

Война с наркотиками и ее негативное влияние на общественное здоровье:

скрытая эпидемия
гепатита С

**Отчет Глобальной
комиссии по вопросам
наркополитики**



СЕКРЕТАРИАТ

Мигель Дарси де Оливейра
Илона Сабо де Карвальо
Патрисия Кундрат
Ребека Лерер
Раминта Штуйките

ПОДДЕРЖКА

Igarapé Institute
Институт Фернанду Энрики Кардозу
Фонды «Открытое общество»
Сэр Ричард Брэнсон (Поддержка через Virgin Unite)

СОВЕТНИКИ

Др. Филип Брюггманн,
Центр медицины, связанной с
зависимостью Аруд,
Цюрих: www.arud.ch

Джейми Бридж,
Международный консорциум по
наркополитике (IDPC):
www.idpc.net

Профессор Мэтью Хикман,
Университет Бристоля:
www.ac.bristol.uk

Комиссия хотела бы поблагодарить Аннет Верстер, Дэниела Вульфа, Карин Каплан, Эрику Матуйзайте, Азадэ Моменхалибаф, Мари Нужье, Дарью Очерет, Элс Торрель, Майка Трейса, Энн Форхэм, Шэрон Хатчинсон, Томаса Целтнера и Эрику Юзи за их рецензию и вклад в написание данного отчета.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ:

www.who.int/hiv/topics/idu
www.who.int/topics/hepatitis
www.unodc.org
www.drugpolicy.org
www.icsdp.org
www.idpc.net
www.igarape.org.br
www.talkingdrugs.org
www.tni.org/drugs
www.ihra.net
www.countthecosts.org
www.intercambios.org.ar
www.cupihd.org
www.wola.org/program/drug_policy
www.beckleyfoundation.org
www.idhdp.com
www.inhsu.com
www.easl.eu
www.aasld.com
www.apasl.info

Отчет Глобальной комиссии по вопросам наркополитики



Более подробная информация о Комиссии на сайте:
www.globalcommissionondrugs.org

Или по электронной почте:
declaration@globalcommissionondrugs.org

Скрытая эпидемия гепатита С зачастую игнорируется политиками и обществом. Действия гражданского общества играют ключевую роль в повышении осведомленности о проблеме - на этой фотографии пациент окружен международными и национальными СМИ Украины.

Фото: Денис Дядин // предоставлено Советательным советом сообществ по вопросам доступа к лечению в Украине (UCAB)

СОСТАВ КОМИССИИ

Кофи Аннан, Бывший Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций, Гана

Луиза Арбур, Бывший Верховный комиссар ООН по правам человека, президент Международной кризисной группы, Канада

Павел Бем, Бывший мэр Праги, член парламента Чешской республики

Ричард Брэнсон, Предприниматель, защитник социальных свобод, основатель Virgin Group, один из основателей The Elders, Великобритания

Марио Варгас Льоса, Писатель и публичный интеллектуал, Перу

Пол Волкер, Бывший председатель Федеральной резервной системы США и Консультативного совета при Президенте США по экономическому восстановлению

Сесар Гавирия Трухильо, Бывший президент Колумбии

Асма Джахангир, Правозащитник, бывший Специальный докладчик ООН по вопросу о внесудебных, произвольных казнях и расправах, Пакистан

Рут Дрейфус, Бывший министр по социальным вопросам и бывший президент Швейцарии

Мишель Казачкин, Специальный посол Генерального секретаря ООН по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, бывший исполнительный директор Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, профессор медицины, Франция

Фернанду Энрики Кардозу, Бывший президент Бразилии (Председатель Комиссии)

Мария Каттауи, Бывший генеральный секретарь Международной торговой палаты, Швейцария

Александр Квасневский, Бывший президент Польши

Рикардо Лагос, Бывший президент Республики Чили

Георгиос Папандреу, Бывший премьер-министр Греции

Жоржи Сампайу, Бывший президент Португалии

Хавьер Солана, Бывший Верховный представитель Европейского Союза по вопросам внешней политики и безопасности, Испания

Торвальд Столтенберг, Бывший министр иностранных дел и Верховный комиссар ООН по делам беженцев, Норвегия

Эрнесто Седильо, Бывший президент Мексики

Джон Уайтхед, Банкир, государственный служащий, председатель Мемориального фонда Всемирного торгового центра, США

Карлос Фуэнтес, Писатель и публичный интеллектуал, Мексико – in memoriam

Джорж Шульц, Бывший Государственный секретарь США (почетный председатель Комиссии)

Гепатит С – высоко распространённая хроническая вирусная инфекция, эпидемия которой влечет экономический, социальный и медицинский кризис, особенно в странах с низким и средним уровнями дохода. Глобальная эпидемия гепатита С охарактеризована Всемирной организацией здравоохранения как «вирусная бомба замедленного действия», однако ей до сих пор уделяется мало внимания. Доступ к профилактическим программам очень низок, диагностика и лечение являются недостижимо дорогими и остаются недоступными большинству нуждающихся. Общественная обеспокоенность и политическая воля в отношении гепатита С остаются крайне низкими, а национальные системы эпидемиологического надзора зачастую отсутствуют.

Вирус гепатита С является высокоинфекционным и легко передается при контакте с кровью. В связи с этим инфицированию особенно подвержены люди, употребляющие наркотики инъекционным путем: по оценкам, во всем мире из 16 миллионов человек, употребляющих инъекционные наркотики, 10 миллионов живут с гепатитом С. В некоторых странах с особенно репрессивной наркополитикой большинство людей, употребляющих инъекционные наркотики, уже инфицированы вирусным гепатитом С. Распространенность гепатита С в этой группе в Тайланде, а также в некоторых регионах Российской Федерации, достигает 90%.

Гепатит С вызывает тяжелое смертельное заболевание примерно у четверти людей, имеющих хроническую инфекцию, и все чаще становится причиной преждевременной смерти среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Большинство ВИЧ-инфицированных наркопотребителей по всему миру также имеют гепатит С. Программы снижения вреда – такие, как предоставление стерильных игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии, являются эффективной мерой профилактики передачи гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, но только в том случае, если эти программы доступны и широкомасштабны.

Вместо инвестирования в эффективную профилактику и лечение правительства продолжают растрачивать миллионы долларов на аресты и наказание наркопотребителей, используя не по назначению ограниченные средства, которые можно было бы с гораздо большей эффективностью направить на защиту общественного здоровья. Репрессивные наркополитики разжигают стигматизацию, дискриминацию и являются причиной массового лишения свободы наркопотребителей. В результате лишь крайне незначительному числу стран удалось добиться существенного снижения числа новых случаев гепатита С среди данной группы населения. Неспособность правительств многих стран предотвратить новые случаи и контролировать заболеваемость гепатитом ведет к огромной нагрузке на бюджеты здравоохранения и социального обеспечения в будущем.

В 2012 году Глобальная комиссия по вопросам наркополитики выпустила отчет, продемонстрировавший, как «война с наркотиками» способствует распространению эпидемии ВИЧ среди наркопотребителей. Настоящий отчет сфокусирован на гепатите С – еще одной смертельно опасной для данной группы населения эпидемии. В отчете представлен краткий обзор информации о вирусе гепатита С, а также анализ того, как «война с наркотиками» и репрессивная наркополитика препятствуют снижению уровня распространения инфекции.

Замалчивание вредных последствий репрессивной наркополитики уже невозможно – это неэффективно, это нарушает основные права человека, продуцирует насилие и подвергает огромному риску отдельных людей и целые сообщества. Одним из вредных последствий является гепатит С – заболевание как предотвратимое, так и излечиваемое, но только тогда, когда ответ на проблему наркотиков сосредоточен на сохранении общественного здоровья. Настало время реформ.

ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Правительства должны публично признать важность эпидемии гепатита С и связанные с ней огромные человеческие, экономические и социальные затраты, особенно в отношении наркопотребителей.
2. Правительства должны признать, что наркополитика, основанная на жестких силовых подходах, способствует распространению гепатита С (а также ВИЧ и других вредных для здоровья последствий). Это происходит из-за усиления социальной маргинализации людей, употребляющих наркотики, а также из-за того, что затрудняется их доступ к жизненно важным программам снижения вреда и лечения.
3. В связи с этим правительства должны реформировать существующую наркополитику: прекратить криминализацию и массовое лишение свободы людей, употребляющих наркотики, а также принудительное лечение наркозависимости.
4. Правительства должны, не откладывая, перенаправить ресурсы, выделяемые на «войну с наркотиками», в сферу общественного здравоохранения для того, чтобы максимально расширить программы профилактики и лечения гепатита С, разработанные с участием затронутых сообществ.
5. Эффективность наркополитики должна оцениваться при помощи индикаторов, важных, прежде всего, для затронутых сообществ, таких, как снижение уровня передачи ВИЧ и гепатита и связанной с ними смертности, повышение охвата сервисных программ и улучшение доступа к ним, снижение насилия, связанного с черными наркорынками, соблюдение прав человека и уменьшение количества случаев лишения свободы.
6. Правительства должны устранить все юридические или фактические ограничения на предоставление стерильного инъекционного оборудования и других сервисов по снижению вреда, а также опиоидной заместительной терапии в соответствии с руководством Всемирной организации здравоохранения. Критически важно, чтобы эти сервисы были настолько широкомасштабными, чтобы повлиять на распространение гепатита С – как в сообществах, так и в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях.
7. Правительства должны обеспечить, чтобы люди, употребляющие наркотики, не исключались из лечебных программ. Национальные стратегии и планы действий в области гепатита С должны разрабатываться при участии гражданского общества, затронутых сообществ и специалистов из разных секторов: ВИЧ, общественного здравоохранения, социальной политики, наркоконтроля и криминальной юстиции.
8. Правительства должны улучшать качество и доступность данных по гепатиту С, укреплять системы эпидемиологического надзора и оценки профилактических и лечебных программ. В свою очередь, это будет способствовать повышению политической и общественной осведомленности об эпидемии.
9. Правительства должны прилагать усилия для снижения стоимости новых и уже существующих препаратов для лечения гепатита С – в том числе, посредством переговоров с фармацевтическими компаниями о необходимости обеспечить лечение для всех нуждающихся. Правительства, международные структуры и организации гражданского общества должны стремиться к повторению успеха, достигнутого в снижении стоимости терапии ВИЧ по всему миру, в том числе за счет использования гибких положений патентного законодательства.
10. Глобальная комиссия призывает Организацию Объединенных Наций продемонстрировать необходимое лидерство и приверженность к продвижению передовых национальных ответов, направленных на достижение вышеперечисленных реформ.
11. Действовать нужно незамедлительно! «Война с наркотиками» провалилась, но если начать действовать уже сейчас, еще можно предотвратить серьезные проблемы общественного здоровья.

ГЕПАТИТ С СРЕДИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ

По оценкам, в мире около 16 миллионов человек употребляют инъекционные наркотики,¹ из них около 10 миллионов инфицированы гепатитом С.² Эпидемия стремительно распространяется во многих регионах: подогреваемая неэффективной репрессивной наркополитикой, она представляет огромную экономическую и социальную угрозу для стран. Заражение гепатитом С происходит при попадании вируса в кровь. Распространение гепатита С в среде людей, употребляющих наркотики, может быть предотвращено за счет достижения широкого охвата научно обоснованными программами снижения вреда (такими, как программы предоставления стерильных игл и шприцев). Гепатит С излечим, но лишь небольшое число людей имеет доступ к лечению в связи с его недостижимо высокой ценой. Для людей, употребляющих наркотики, доступ к профилактике и лечению еще более затруднен в связи с криминализацией, лишением свободы и систематической дискриминацией – включая отказ со стороны медицинских работников предоставлять им лечение.

Эпидемиология

Распространенность гепатита С среди людей, инъекционно употребляющих наркотики, в три раза выше, чем распространенность ВИЧ.^{1,2} Самое большое число случаев инфекции гепатита С в данной группе населения наблюдается в Восточной и Юго-Восточной Азии (2,6 миллиона человек) и в Восточной Европе (2,3 миллиона человек). Три страны с особенно высокой распространенностью гепатита С среди людей, инъекционно употребляющих наркотики – это Китай (1,6 миллиона человек), Российская Федерация (1,3 миллиона человек) и США (1,5 миллиона человек).²

Совместное использование игл и шприцев для употребления наркотиков – наиболее распространенный фактор риска инфицирования вирусом гепатита С.

© Лорена Рос для Фондов «Открытое общество»

В большинстве стран более половины людей, употребляющих наркотики инъекционно, живут с гепатитом С.^{3,4} Уровень распространенности инфекции особенно высок во многих странах, где наркополитика и практики силовых органов ограничивают доступ к стерильным иглам и шприцам. Так, в Таиланде и различных регионах Российской Федерации тестирование людей, употребляющих наркотики инъекционным путем, показало, что уровень распространённости инфекции доходит до 90%.⁵ Уровень новых случаев заражения гепатитом С среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем, зачастую превышает 10% в год⁶, но в некоторых странах может быть существенно выше: в исследовании из США более половины людей, которые недавно начали употреблять инъекционные наркотики, имели гепатит С.⁷

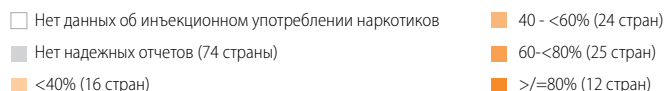
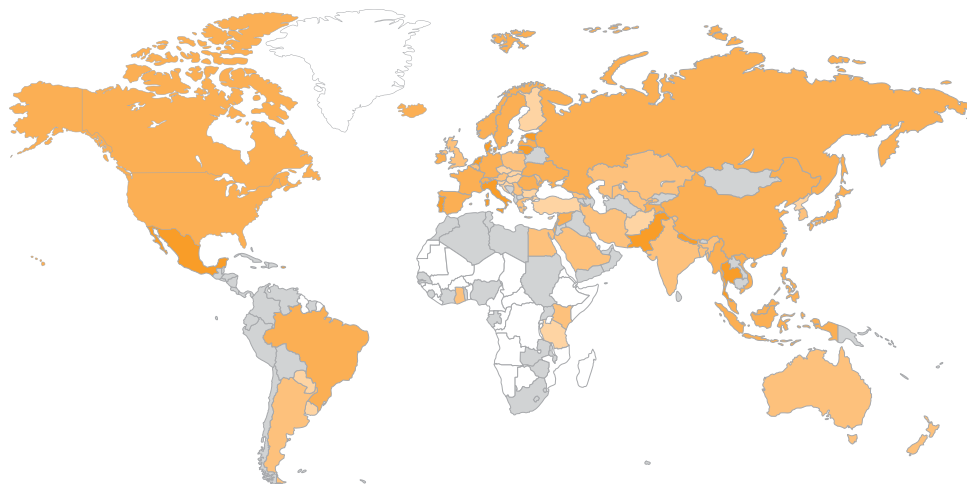
Критически важно то, что истинный масштаб эпидемии, скорее всего, сильно недооценивается, так как в большинстве стран данных эпиднадзора очень мало.^{8,9} Необходимо улучшать комплексные скоординированные системы эпиднадзора для того, чтобы на их основе расширять программы профилактики и контроля.¹⁰



ГРАФИК:

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНТИТЕЛ К ГЕПАТИТУ С СРЕДИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННО²

Заметка: Данные по распространенности на этой карте предоставляют кумулятивную информацию по инфекциям на протяжении последних десятилетий. Следовательно, высокий уровень распространения на этой карте не обязательно отражает высокий уровень появления новых инфекций. Данные по числу новых инфекций (так называемой «заболеваемости») в большинстве стран недоступны.



КАК ВЛИЯЕТ НА ЭПИДЕМИЮ ГЕПАТИТА С ЛИШЕНИЕ СВОБОДЫ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ

Одно из основных последствий «войны с наркотиками» - это широко распространенная практика лишения наркопотребителей свободы. В то же самое время инъекционное употребление наркотиков так же широко распространено в местах лишения свободы. Отсутствие стерильного инструментария для инъекций (а также для нанесения татуировок), опиоидной заместительной терапии и медицинских услуг по гепатитам в большинстве следственных изоляторов и тюрем приводит к тому, что лишение свободы становится дополнительным серьезным фактором риска распространения гепатита С среди людей, употребляющих наркотики.¹²

Во многих странах гепатит С гораздо больше распространен в местах лишения свободы, чем среди общего населения.¹³ В результате предоставление тестирования и лечения заключенным зарекомендовало себя как затрато-эффективная стратегия.¹⁴ Предоставление стерильного инъекционного инструментария, опиоидной заместительной терапии и лечения наркозависимости во всех закрытых учреждениях также рекомендовано Всемирной организацией здравоохранения. Вопреки распространенному мнению,

исследования продемонстрировали, что предоставление игл и шприцев в закрытых учреждениях не оказывает негативного влияния на безопасность тюремного персонала и (так же, как на свободе) не ведет к росту употребления наркотиков.^{15,16} Исследование, недавно проведенное в Шотландии, показало, что распространенность гепатита С среди заключенных, употребляющих инъекционные наркотики, была ниже, чем на свободе, что связано с широкой доступностью и высоким охватом программ опиоидной заместительной терапии в местах лишения свободы.¹⁷

Численность людей, заключенных за наркопреступления, в США одна из самых высоких в мире, и уровень распространенности инфекции среди заключенных в США гораздо выше, чем среди общего населения: 12-35% заключенных инфицированы гепатитом С по сравнению с 1-2% в общем населении. Несмотря на доказательства эффективности, Центр по контролю заболеваемости США (CDC) до сих пор не вынес рекомендации о необходимости проведения программ игл и шприцев в исправительных учреждениях,¹⁸ охват тестированием и лечением гепатита С в тюрьмах США также очень низок.^{19,20}

Передача

Риск инфицирования при использовании общего инъекционного инструментария гораздо выше в случае гепатита С, чем в случае ВИЧ, что связано с большей инфективностью гепатита С.²¹ Именно это, в сочетании с широкой распространенностью гепатита С, объясняет, почему данная эпидемия настолько быстро распространяется среди людей, употребляющих наркотики. Вирус гепатита С выживает продолжительное время вне человеческого организма в иглах и шприцах,²² а также в другом инъекционном оборудовании - таком как фильтры и вода для инъекций.²³ Этим также частично объясняется то, что в некоторых странах, которые внедрили программы снижения вреда, уровень новых случаев гепатита С снижается не так быстро, как уровень новых случаев ВИЧ-инфекции. Для того, чтобы оказать влияние на уровень передачи гепатита С, охват этих программ в большинстве стран должен быть гораздо шире: даже если люди, инъекционно употребляющие наркотики, в большинстве случаев используют стерильный инструментарий, всего лишь нескольких рискованных инъекций в год достаточно для того, чтобы уровень эпидемии не снижался.²⁴ Для расширения охвата требуется сильная политическая приверженность и поддерживающая политика, в том числе перераспределение ресурсов от «войны с наркотиками» к подходу, основанному на защите общественного здоровья.

В странах с более высоким уровнем дохода инъекционное употребление наркотиков остается основным путем передачи гепатита С уже несколько десятилетий – с ним связано от 50 до 80 процентов новых случаев инфекций.²⁵ Существуют гипотезы, что в связи с высокой инфективностью вирус гепатита С может передаваться также при совместном использовании неинъекционного инструментария для наркопотребления – например, соломинок и трубочек для курения.²⁶ Кроме того, к инфицированию могут привести нестерильное нанесение татуировок и пирсинга. В странах, где структуры здравоохранения более слабые и не налажен скрининг крови, существенный объем инфицирования может также быть связан с использованием нестерильного медицинского инструментария и с переливанием крови.

Смертность и заболеваемость

Гепатит С – ведущая причина заболеваний печени в мире: в 80% случаев инфекция приобретает хроническую форму.²⁷ Примерно у четверти людей с хронической инфекцией вирус вызывает смертельное заболевание печени. Однако, на протяжении нескольких лет симптоматика гепатита С может быть выражена очень слабо или вообще не проявляться – поэтому большинство людей не знают о своем состоянии (именно поэтому вирусу присвоили ярлык «тихой эпидемией»²⁸). Зачастую хронический гепатит С не определяется до тех пор, пока не начнут проявляться существенные повреждения печени.

Риск развития цирроза и рака печени с возрастом прогрессирует и возрастает в случае потребления большого количества алкоголя, наличия ВИЧ-инфекции, употребления нелегальных наркотиков и продолжительного использования психиатрических препаратов. В результате люди, живущие с гепатитом С, которые употребляют наркотики, подвержены повышенному риску развития цирроза и рака печени и связанной с этим смерти.^{29,30}

Гепатит С становится причиной все большего количества преждевременных смертей среди людей, употребляющих наркотики.³¹ За период с 1999 по 2007 г. в США больше людей умерло от гепатита С, чем от ВИЧ.³² Риск развития цирроза печени резко возрастает у людей в возрасте 45–50 лет, живущих с гепатитом и употребляющих инъекционные наркотики.³⁰ Доля людей, страдающих болезнями печени, связанными с гепатитом С, возрастает во всем мире и будет возрастать среди людей, употребляющих наркотики, что неминуемо приведет к повышению расходов, связанных со здравоохранением. Гепатит С – это глобальная проблема общественного здравоохранения: Всемирная организация здравоохранения называет его «вирусной бомбой замедленного действия».³³

КО-ИНФЕКЦИЯ ВИЧ/ГЕПАТИТА С

Примерно 3 миллиона человек, употребляющих инъекционные наркотики, живут с ВИЧ-инфекцией, большинство из них также живет с гепатитом С.³⁴ Например, в Китае, Российской Федерации и Вьетнаме уровень ко-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков оценивается в 90%.³⁵ Поскольку подавляющее большинство людей, живущих с ко-инфекцией – это потребители инъекционных наркотиков,³⁶ двойная эпидемия ВИЧ и гепатита С разгорается еще больше из-за репрессивной наркополитики, ограничивающей доступ к профилактическим программам и отталкивающей представителей уязвимых групп от служб здравоохранения. Важно отметить, что профилактические усилия, направленные на расширение охвата, необходимого для предотвращения гепатита С среди наркопотребителей, будут также способствовать профилактике передачи ВИЧ.

Ко-инфекция ВИЧ оказывает негативное влияние на такие аспекты течения гепатита С как прогрессирование заболевания, выживание и успех лечения.³⁷ В то же время предоставление лечения гепатита С людям с ко-инфекцией остается на недопустимо низком уровне даже для тех, кто уже получает медицинскую помощь в связи с ВИЧ-инфекцией³⁸ – даже несмотря на то, что лечение гепатита С оказывает положительное влияние на приверженность лечению ВИЧ.³⁹ Кроме того, лишь единицы из тех, кто употребляет наркотики, вовлекаются в клинические испытания лечения ко-инфекции ВИЧ и гепатита С – подобное положение дел необходимо незамедлительно менять для того, чтобы улучшить результаты лечения для этой категории пациентов.

ГЕПАТИТ В

Гепатит В – это еще одна вирусная инфекция, и так же, как гепатит С, она передается в основном через контакт с кровью. Пути передачи гепатита В более разнообразны: он так же передается от матери к ребенку, от человека к человеку в раннем детстве, при небезопасных медицинских процедурах и высокорискованных сексуальных практиках, а также при совместном использовании инфицированного инъекционного инструментария при инъекционном употреблении наркотиков. У взрослых людей риск развития хронической формы заболевания составляет менее 5%.

ТЕСТИРОВАНИЕ НА ГЕПАТИТ С

Люди, подверженные риску инфицирования гепатитом С, должны регулярно проходить тестирование, что бы определить их контагиозность и нуждаются ли они в лечении. На сегодняшний день число недиагностированных случаев, по оценкам, очень велико: 50-90 % людей, живущих с гепатитом С, могут быть не осведомлены о том, что у них есть инфекция.^{49,50} В странах с репрессивным наркозаконодательством уровень тестирования на гепатит С среди людей, употребляющих наркотики, зачастую еще ниже^{10,51} – в основном из-за стигматизации в медицинских учреждениях, страха ареста или недоступности лечения и тестирования.

Диагностика гепатита С проводится в два этапа:

1. Капля крови или образец слюны анализируется на наличие антител к гепатиту С: положительный результат теста означает, что человек контактировал с вирусом на каком-то этапе своей жизни.
2. После этого проводится тест на вирусную нагрузку, который определяет наличие в крови самого вируса, присутствует ли у человека хроническая инфекция и является ли он контагиозным (примерно в 20% случаев инфекция спонтанно проходит и не надо предпринимать дополнительных действий).

Для того, чтобы повысить осведомленность о гепатите С, каждый тест должен сопровождаться информационной беседой и консультированием о путях передачи вируса и как ее можно предотвратить.

Согласно оценкам, с хроническим гепатитом В в мире живут 1,2 миллиона человек, употребляющих инъекционные наркотики.² Несмотря на наличие безопасной, недорогой и эффективной вакцины, систематическая дискриминация и криминализация наркопотребителей приводит к тому, что доступность и востребованность вакцины против гепатита В остается очень низкой.

Профилактика гепатита С

В 2012 году Всемирная организация здравоохранения выпустила «Руководство по профилактике вирусных гепатитов В и С среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем», которое основывается на шести принципах: соблюдение прав человека, доступность здравоохранения, доступность правосудия, приемлемость сервисов для людей, употребляющих наркотики, грамотность по вопросам здоровья и интегрированное предоставление сервиса. Руководство подчеркивает важность внедрения пакета интервенций по снижению вреда для борьбы с гепатитами В и С, ВИЧ и туберкулезом, который включает в себя программы игл и шприцев, опиоидную заместительную терапию (которые также эффективны в профилактике ВИЧ), целенаправленное обучение, профилактику, диагностику и лечение вирусных гепатитов.²⁸

Поскольку в настоящее время не существует вакцины против гепатита С, предоставление стерильного инъекционного инструментария (игл, шприцев и других предметов, таких как фильтры, вода для инъекций и емкости для приготовления наркотиков), а также опиоидная заместительная терапия являются основными профилактическими мерами, которые могут остановить распространение инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.^{40,41,42,43} Однако охват этих интервенций в большинстве стран должен быть существенно расширен. Страны с низким уровнем охвата этих интервенций (или страны, где они вообще отсутствуют) должны приложить все силы для их немедленного расширения.⁴⁴

Важно, что в связи со схожестью путей передачи масштабы охвата, достижение которых необходимо для профилактики гепатита С, также достаточны для эффективной профилактики ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики.

Однако вряд ли возможно достигнуть существенного снижения передачи гепатита С только лишь за счет этих двух интервенций⁴⁵ – помимо этого необходимо также незамедлительно расширять программы антивирусного лечения.⁴⁶ Как и в области ВИЧ, тема «лечения как профилактики» недавно также привлекла внимание к проблеме гепатита С: темпы распространения инфекции можно снизить, если расширять доступ к лечению, поскольку все меньше людей будут оставаться носителями активного вируса гепатита С. Комнаты контролируемого употребления наркотиков, интервенции по принципу «равный предоставляет помощь равному» (когда помощь предоставляют сами потребители наркотиков), индивидуальные поведенческие интервенции и добровольное тестирование и консультирование – все эти научно обоснованные интервенции также продемонстрировали свою эффективность в снижении рискованного поведения, связанного с инъекционным употреблением наркотиков.⁴⁷



Эффективное предоставление научно обоснованных профилактических мер сократит уровень распространения инфекции гепатита С, сберегая жизни и ресурсы. «Война с наркотиками» представляет собой основной барьер для реализации этих интервенций и вместо этого порождает стигму и страх, рост совместного использования инъекционного инструментария, рост инфекций и снижение доступа к здравоохранению.^{48,13,16}

Лечение гепатита С

Гепатит С – это излечимое заболевание, но лишь единицы из тех, кто употребляет наркотики, имеют доступ к терапии.^{51,52,53,54,55} В большинстве стран необходимо принять научно обоснованные национальные руководства по профилактике и лечению гепатита С, которые развенчивали бы мифы о неэффективности терапии среди наркопотребителей. Например, некоторые медицинские работники продолжают распространять мифы о том, что люди, принимающие наркотики, не могут принимать терапию в связи с особыми побочными эффектами, или что они повторно инфицируются гепатитом С после лечения. Исследования показали, что люди, употребляющие инъекционные наркотики, добиваются такого же успеха в лечении, как и представители других категорий пациентов.¹⁷ Некоторые исследования также продемонстрировали, что уровень реинфицирования по окончании лечения может быть низким. Лечение людей, продолжающих инъекционное употребление, очень затратно-эффективно в связи с большими преимуществами, достигаемыми в связи с предотвращением новых инфекций.⁴ Как и огромное число других факторов – таких, как наличие постоянного места жительства, прием алкоголя или проблемы с психическим здоровьем, наркопотребление не должно служить поводом для отказа людям в лечении. Решения нужно принимать, исходя из потребностей, выявленных при индивидуальной оценке.⁵⁶

Работа по снижению вреда среди людей, употребляющих инъекционные наркотики: программы игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии в Украине.

Фото: Ефрем Лукацкий и Наталья Кравчук // предоставлено Международным Альянсом по ВИЧ/СПИДу в Украине

Если доступ к лечению будет оставаться низким, людей, употребляющих наркотики, с тяжелой или смертельной стадией заболевания печени будет все больше. Расширение лечебных программ окажет существенное воздействие на распространенность заболевания за счет излечения людей, которые в противном случае могли бы быть источником вируса, включая людей, которые продолжают употреблять наркотики или имеют возможность рецидива.⁴⁶ Лечение само по себе является ресурсосберегающей интервенцией по сравнению с подходом, при котором лечение не предлагается вообще или предлагается только тем, кто не употребляет наркотики.⁵⁷

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА С

Стандартное лечение гепатита С – это комбинация «пегилированного интерферона» (одна инъекция в неделю) и рибавирина (от одной до трех таблеток два раза в день), хотя точный протокол лечения зависит от генотипа вируса пациента. В зависимости от ряда факторов продолжительность лечения варьируется от 12 до 72 недель. Терапевтические режимы достаточно сложны для всех пациентов в связи с побочными эффектами и длительностью лечения, но эти проблемы могут решаться посредством качественного клинического сопровождения.

В настоящее время в разработке находится несколько новых препаратов для лечения гепатита С, и можно ожидать, что спустя несколько лет будут доступны новые эффективные и легче переносимые режимы лечения. Преимущество этих режимов также в том, что они будут лишь в таблетированной форме и не будут содержать интерферон. У них будет меньше побочных эффектов и меньшая продолжительность приема, что облегчит их применение. По мере разработки новых препаратов поступают заявления о том, что гепатит С в конце концов будет побежден.⁵⁸

Международные рекомендации по ведению диагностики, лечения и ухода при гепатите С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в настоящее время разрабатываются Всемирной организацией здравоохранения и Международной сетью по вопросам гепатита среди потребителей наркотиков (INHSU).⁵⁶ Данные рекомендации послужат основой для более специфических руководств, соответствующих потребностям и контексту отдельных стран.

Осведомленность и стигма

Низкая осведомленность о гепатите С среди общего населения, политиков, людей, употребляющих наркотики, и профессионалов здравоохранения является существенным барьером для организации эффективного ответа на растущую эпидемию.⁶³ Знания о гепатите С и вреде от невыявленной или нелеченной инфекции очень низки даже среди людей, которые сами живут с вирусом.^{64,65} Например, недавнее исследование в Таиланде среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, показало, что две трети респондентов не стремились пройти анализы на гепатит С, потому что они «никогда не слышали» об этом вирусе.⁵⁰ Причины такой низкой осведомленности - это и отсутствие ранних симптомов, и медленное прогрессирование заболевания и низкая политическая воля в борьбе с эпидемией, стигматизация людей, употребляющих наркотики, недостаток поддержки людям, живущим с гепатитом С, а также репрессивные подходы к контролю за оборотом наркотикаов, которые отталкивают наркопотребителей от программ поддержки и ухода. Для многих потребителей инъекционных наркотиков гепатит С представляется «неизбежным злом».

Люди, употребляющие наркотики и живущие с гепатитом С, могут испытывать двойную стигму, препятствующую их доступу к тестированию, лечению и поддержке, а также не дающую им раскрыть свой статус, связанный с гепатитом С или с употреблением наркотиков, медицинскому персоналу.⁶⁶ Эти вопросы должны обязательно решаться в рамках эффективного ответа на эпидемию гепатита С среди наркопотребителей.

С течением времени и по мере того, как во всем мире снижался уровень передачи вируса гепатита С через переливание крови и другие медицинские процедуры, он стал все больше ассоциироваться с инъекционным потреблением наркотиков. В связи с этим люди, живущие с гепатитом С, вызывают все меньше сочувствия. Это связано с широко распространённым восприятием наркозависимости как слабости характера, недостатка ответственности и силы духа, как «социальное зло», а не как хроническое рецидивирующее заболевание. Там, где ведется «война с наркотиками», эти заблуждения усугубляются криминализацией и массовым лишением свободы людей, употребляющих наркотики.

ГЕПАТИТ С В ЛИТВЕ

В Литве более 90% людей, употребляющих инъекционные наркотики, живут с вирусом гепатита С;² каждый клиент программ опиоидной заместительной терапии тестируется и в случае необходимости направляется на лечение. Число пациентов со средним уровнем дохода, включенных в лечение гепатита С в этой стране, выросло на 26% в период с 2008 по 2011 гг.. Диагностика и лечение гепатита С покрывается за счет обязательного медицинского страхования,⁵⁹ но «пегилированный интерферон» остается одним из самых дорогих медикаментов, оплачиваемых государством (в период 2007 - 2011 гг. стоимость лечения сократилась всего лишь на 3%). У людей, употребляющих инъекционные наркотики, зачастую нет страховки, они не знают о своем статусе гепатита С и не имеют доступа ни к программе опиоидной заместительной терапии, ни к лечению гепатита С.

Хотя Литва и является ведущей страной в Восточной Европе в плане обеспечения лечением гепатита С, его получают лишь 5% нуждающихся.^{59,60} Национальный ответ на эпидемию осложняется низким охватом программ снижения вреда и неблагоприятным политическим климатом для наркопотребителей. В Литве работают девять программ игл и шприцев (которые финансируются в основном местными властями) и 19 учреждений, предлагающих опиоидную заместительную терапию.⁶¹ Однако, охват этих интервенций недостаточен: в среднем в год распространяется всего лишь 37 игл на одного наркопотребителя;⁶² другой инъекционный инструментарий (такой как фильтры и вода) не предоставляется. Кроме того, существует ряд проблем на национальном уровне, связанных с обеспечением тестирования и эпиднадзора за распространением гепатита С.

ФИНАНСОВОЕ БРЕМЯ ГЕПАТИТА С

Всемирная организация здравоохранения назвала гепатит «вирусной бомбой замедленного действия», привлекая внимание к огромным человеческим, социальным и экономическим затратам, которые влечет за собой эпидемия.³³ Для того, чтобы своевременно и эффективно ответить на эту угрозу, правительства должны расширять профилактику и лечение, особенно для людей, употребляющих наркотики. Для достижения этих целей необходимы: реформа наркополитики, направленная на создание благоприятной среды для общественного здравоохранения; перераспределение ресурсов от «войны с наркотиками» в направлении услуг здравоохранения и интенсивная работа, направленная на снижение стоимости терапии.

Высокая стоимость лечения гепатита С во всем мире приводит к его недоступности для людей, употребляющих наркотики. Производители двух запатентованных форм «пегилированного интерферона» (компании Roche и Merck) запрашивают разные цены в разных странах: одно и то же лекарство может стоить от US\$ 2,000 до US\$ 20,000 за курс лечения.⁶⁷ Патенты на эти препараты истекают в течение следующих 2–4 лет. Диагностика гепатита С также сравнительно дорогая – тест на вирусную нагрузку стоит US\$ 100 – US\$ 200 и для его проведения необходимо лабораторное оборудование.

Однако проблема гепатита С не получает достаточного внимания и международного давления со стороны правительств, международных доноров, ООН и проч., а ведь именно такое давление в свое время помогло драматически снизить цены на лечение ВИЧ⁶⁸. Недавно прозвучали призывы ко Всемирной организации здравоохранения включить препараты для лечения гепатита С в «Модельный список основных лекарственных средств», а также к UNAIDS включить гепатит в их новую четырехлетнюю стратегию в надежде на то, что организация сможет оказать значительное влияние, аналогичное тому, которое было оказано ей ранее для существенного снижения цен на лечение ВИЧ и туберкулеза.⁶⁹

На национальном уровне стоимость лечения может быть сокращена уже сегодня посредством активных переговоров с фармацевтическими компаниями, а также давления со стороны гражданского общества и международных организаций для того, чтобы помочь снизить цены и сделать лечение более доступным (в том числе надежные и эффективные генерические версии пегилированного интерферона).⁷⁰

Даже по существующим ценам лечение гепатита С является затрато-эффективным с точки зрения общественного здравоохранения в связи с еще более высокой стоимостью лечения заболеваний печени, связанных с хроническими нелеченными инфекциями. В США, например, стоимость одного курса лечения гепатита С (между US\$ 16,300 и US\$ 32,700) гораздо ниже, чем стоимость лечения рака печени (в среднем US\$ 44,200 в год).⁷⁴

Что касается новых препаратов для лечения гепатита С, находящихся сейчас в разработке, их использование будет сильно ограничено, если они будут недоступны для стран с низким и средним уровнями дохода. Если переговоры с фармацевтическими компаниями не приведут к существенному снижению цен, страны должны обратиться к гибким положениям «Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности» Всемирной торговой организации (TRIPS), применяемым в случае, когда эпидемия представляет собой обстоятельства крайней необходимости для защиты общественного здоровья.⁷⁵ Эти положения включают в себя возможность принудительного лицензирования для импорта продукции от производителей более дешевых генериков или «биосимилярных» версий этих препаратов, даже несмотря на то, что они запатентованы.

Снижение стоимости существующих и будущих препаратов для лечения гепатита должно стать срочным приоритетом для всех национальных и международных властей.

АДВОКАЦИЯ РАСШИРЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ И СНИЖЕНИЯ ЕГО СТОИМОСТИ: ПРИМЕР УКРАИНЫ

Организации гражданского общества успешно добивались снижения стоимости терапии и большей приверженности со стороны правительства: например, на Украине, но также в Индии и Таиланде. На Украине около 1 миллиона человек живет с гепатитом С, им инфицированы более 90% людей, употребляющих инъекционные наркотики. Подобно ситуации в других странах мира это означает, что правительство не может обеспечить всех нуждающихся в лечении при имеющемся уровне цен. Как и во многих других странах мира, на Украине до сих пор не разработана национальная программа или клинические протоколы лечения и нет официальной статистики о состоянии эпидемии.

В ответ на эту ситуацию организации гражданского общества – такие как «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД на Украине», достигли договоренности с Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией о финансировании терапии гепатита С для людей, употребляющих наркотики, которое бы

было интегрировано с лечением опиоидной заместительной терапии и ВИЧ.⁷¹ Во время переговоров с фармацевтическими компаниями стоимость терапии была сокращена вдвое.

Гражданское общество на Украине также сыграло ключевую роль в повышении осведомленности населения о проблеме гепатита, мобилизации партнеров и сообществ и налаживанию диалога между правительством и фарминдустрией. В результате президент Украины дал распоряжение правительству обеспечить финансирование лечения гепатита С⁷², в следствии чего была принята Национальная программа по вирусным гепатитам.⁷³



В апреле 2013, люди, живущие с гепатитом С, и группы гражданского общества, включая Советательный совет сообществ по вопросам доступа к лечению в Украине (UCAB) провели демонстрацию напротив Кабинета министров – одну из многих акций, направленных на привлечение внимания правительства. На этот раз их требования о принятии Национальной программы по обеспечению лечения гепатитом были услышаны хотя бы частично – вскоре программа была принята.

Фото: Андрей Андришук // предоставлено Всеукраинской сетью людей живущих с ВИЧ и UCAB

ГЕПАТИТ С И «ВОЙНА С НАРКОТИКАМИ»

Термин «Война с наркотиками» был популяризирован президентом Никсоном более 40 лет назад и на сегодняшний день он означает подход, основанный на наказании, репрессивной работе силовых служб, принципе «нулевой терпимости» с целью построить «мир без наркотиков». ⁷⁶ Данный подход выходит за рамки требований и намерений существующих международных договоров в области наркотиков, которые уделяют внимание «здоровью и благополучию человечества» и допускают альтернативы криминализации наркотиков. ⁷⁷ «Война с наркотиками» рассматривает наркопотребителей в рамках системы криминальной юстиции, а не здравоохранения. Поскольку в силовые средства ведения этой войны по всему миру вкладываются огромные средства, она переросла в войну с людьми, употребляющими наркотики, и другими уязвимыми группами.

Глобальная комиссия по вопросам наркополитики уже указывала на то, что данный подход не смог снизить уровень поставок или употребления наркотиков, ⁷⁶ и указывала на несколько путей, посредством которых «война с наркотиками» разжигала пандемию ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики:

- Из-за стигмы и страха ареста люди, употребляющие наркотики, не обращаются в службы здравоохранения.
- Системы здравоохранения ограничивают доступ к услугам для людей, употребляющих наркотики - например, посредством установления произвольных требований воздержания от наркотиков.
- Из-за ограничений на предоставление стерильных игл и шприцев растет уровень совместного использования инъекционного инструментария, особенно в тех случаях, когда найденные иглы и шприцы могут использоваться полицией в качестве доказательства вовлечения в преступную деятельность.
- Запрет или ограничения на предоставление программ заместительной терапии и других научно обоснованных подходов приводит к вредным последствиям, которых можно было бы избежать.
- Массовое лишение свободы людей, употребляющих наркотики, подвергает их еще большему риску, связанному с нахождением в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях.
- В то же время недостаток профилактических программ в местах лишения свободы приводит к предотвратимым вспышкам вирусных эпидемий среди людей, употребляющих наркотики.
- Вместо того, чтобы вкладывать ограниченные публичные средства в профилактику и лечение, они продолжают растрачиваться на вредоносную и неэффективную силовую деятельность. ⁷⁸

Каждый из этих факторов также способствует росту эпидемии гепатита С среди потребителей наркотиков. Более того, поскольку гепатит С более распространен и контагиозен, наркополитика

оказывает еще более пагубное влияние на эту эпидемию – это лишний раз подтверждает то, что «война с наркотиками» провалена и приводит только к негативным последствиям, демонизируя и изолируя людей, подверженных риску. Гепатит С среди людей, употребляющих наркотики, предотвратим и излечим, но необходима срочная реформа наркополитики. Эта глава рассматривает некоторые конкретные пути влияния «войны с наркотиками» на эпидемию гепатита С и возможности реагирования на эту ситуацию со стороны правительств.

Политическое замалчивание эпидемии гепатита С

Глобальной пандемии гепатита С уделяется лишь незначительная доля того внимания, ресурсов и приверженности, которых заслуживает эта проблема. Доступ к лечению гепатита С во всем мире для людей, употребляющих наркотики, находится на слишком низком уровне, особенно в странах Восточной Европы, Центральной Азии и Азии, где эпидемия среди этой уязвимой группы населения особенно тяжела.

Хотя публичная осведомленность растет, большинство правительств продолжают уделять недостаточно внимания этой важной сфере общественного здравоохранения и ее взаимосвязи с репрессивной наркополитикой. Эпиднадзор за гепатитом развит очень слабо и политические усилия обеспечить эффективную профилактику и доступное лечение не столь успешны, как в случае с ВИЧ. Для того, чтобы преодолеть гепатит С, существующие подходы к снижению вреда должны быть оптимизированы и расширены, однако даже среди ведущих доноров, поддерживающих снижение вреда, гепатит С остается маргинализованной проблемой общественного здоровья.

Страх полиции и стигма умножают риски

Люди, управляющие мультимиллиардными черными рынками наркотиков и использующие их для своего обогащения, крайне редко попадают в поле зрения силовых органов. Вместо них жертвами «войны с наркотиками» становятся простые наркопотребители или мелкие наркоторговцы. Они представляют собой легкую мишень для сотрудников силовых служб, деятельность которых зачастую оценивается на основе показателей арестов и которые порой стремятся к личной наживе посредством взяток и вымогательства.

Акцент на силовых мерах приводит к широко распространённому страху арестов и издевательств со стороны полиции, но не сокращает потребление наркотиков или спрос на них. Он способствует увеличению риска в отношении гепатита С и

других предотвратимых вредных последствий. Основной результат такой политики то, что люди, употребляющие наркотики, боятся обращаться в жизненно важные программы здравоохранения. Так, в поисках легких способов идентифицировать возможных преступников и подвергать нападкам людей сотрудники полиции зачастую патрулируют сервисные программы, предоставляющие помощь потребителям наркотиков. Подобное тем более возможно, если закон запрещает хранение игл и шприцев, или в странах, где они могут использоваться в качестве доказательства участия в преступной деятельности. В связи с этим возможность и желание людей, употребляющих наркотики, участвовать в профилактических программах бывают сильно ограничены.

«Война с наркотиками» повсеместно способствует стигматизации и дискриминации наркопотребителей. Например, специальный докладчик ООН по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания, заявил, что нарушения, с которыми сталкиваются люди, употребляющие наркотики, в медицинских учреждениях «могут достигать степени, при которой их можно приравнять к пыткам или другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения».⁷⁹ Во многих обстоятельствах к людям, употребляющим наркотики, относятся с подозрением и недоверием и с заведомым предубеждением, что они не достигнут успеха в лечении, если не будут воздерживаться от наркотиков.

Массовое лишение свободы разжигает эпидемию

Провальная «война с наркотиками» привела к массовому лишению свободы людей, употребляющих наркотики, и других уязвимых групп населения. Как уже говорилось в данном отчете, места лишения свободы представляют собой зоны повышенного риска с точки зрения распространения эпидемий ВИЧ и гепатита.⁸⁰ В закрытых учреждениях людям часто отказывают в предоставлении опиоидной заместительной терапии и антивирусного лечения, а также в научно обоснованных мерах профилактики – таких, как предоставление стерильного инъекционного инструментария и презервативов. Эти проблемы также усугубляются в центрах принудительного содержания людей, употребляющих наркотики, которые, несмотря на явные нарушения прав человека, продолжают свою деятельность под видом «лечения наркозависимости» во многих странах.⁸¹

Наркотики широко распространены в местах лишения свободы по всему миру, несмотря на то, что администрации этих учреждений предпочитают это отрицать. В то же время там чаще всего не обеспечивается доступ к службам снижения вреда. Из 158 стран, в которых зафиксированы случаи наркопотребления, только в 10 предоставляют программы игл и шприцев в тюрьмах и только в 41 – программы опиоидной заместительной терапии.³ Отсутствие

подобных программ в закрытых учреждениях влияет на уровень удержания пациентов в программе и успех лечения, начиная с момента ареста. Правительства должны незамедлительно сосредоточиться на разработке политики, направленной на защиту здоровья людей, употребляющих наркотики и находящихся в закрытых учреждениях. Правительства также должны расширять политику, альтернативную массовому лишению свободы – в частности, декриминализацию наркопотребления и хранения наркотиков для личных целей.

Репрессивная политика затрудняет доступ к сервисам

Многие правительства продолжают отдавать приоритет репрессивным мерам, затрудняющим доступность и охват программ снижения вреда. Несмотря на наличие огромного объема научных данных и технических руководств, позволяющих продемонстрировать эффективность и приемлемость сервисов снижения вреда, охват этих программ по всему миру остается незначительным. Например, программы игл и шприцев все еще недоступны в более чем 70 странах и территориях, где было задокументировано употребление инъекционных наркотиков.³ Российская Федерация законодательно запрещает применение препаратов, используемых в качестве опиоидной заместительной терапии (метадон и бупренорфин), отказывая в этой эффективной интервенции 1,8 миллионам людей, употребляющим инъекционные наркотики, без видимых попыток исправить эту ситуацию.

Даже когда существуют сервисы для людей, употребляющих наркотики, последние подвергаются постоянной угрозе ареста и преследования со стороны полиции, что оказывает негативное влияние, поскольку люди зачастую опасаются обращаться за помощью. Даже если лечение гепатита доступно общему населению, наркопотребители зачастую сталкиваются со стигмой и дискриминацией и не получают доступ к лечению. Программы здравоохранения редко выстроены так, чтобы отвечать на специфические потребности наркопотребителей, хотя известно, что люди, употребляющие наркотики, могут с успехом подключаться к интегрированным службам на основе сообществ.⁸² Усилия, направленные на то, чтобы сделать сервисы более дружелюбными, помогут привлечь больше участников, что в свою очередь позволит добиться успехов с точки зрения профилактики гепатита и тяжелых заболеваний печени. Однако на сегодняшний момент несколько существующих программ, направленных на включение потребителей наркотиков, все еще носят характер «пилотных», зависят от внешних доноров вместо того, чтобы быть широкодоступными систематическими инициативами. Правительства должны прилагать больше усилий для профилактики вреда общественному здоровью, такого, как гепатит С, вместо того, чтобы растрачивать ресурсы на репрессивную политику, которая в лучшем случае неэффективна, а в худшем усугубляет вред.

ПОДХОДЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СНИЖАЮТ ВРЕД: ТАМ, ГДЕ ОНИ ИГНОРИРУЮТСЯ, ЭПИДЕМИЯ ВЫХОДИТ ИЗ-ПОД КОНТРОЛЯ

Когда наркополитика страны преследует цели защиты здоровья, а не тщетной борьбы за мир без наркотиков, она может защитить граждан от эпидемии гепатита С. Гепатит С предотвратим и излечим, и научные данные показывают, что люди, употребляющие наркотики, могут достигать таких же успешных результатов лечения, как и все остальные.⁸³

На сегодняшний день уже существует ряд примеров успешных национальных программ, повышающих осведомленность и вследствие этого улучшающих выявляемость и лечение гепатита С,^{49,84} как, например, ситуация в Шотландии, описанная ниже. Исследования систематически подтверждают, что подходы, основанные на снижении вреда и здравоохранении, не увеличивают уровень потребления наркотиков. Более того, они могут снижать уровень наркопотребления путем создания благоприятной среды, в которой люди могут обращаться в службы здравоохранения и лечения зависимости, не боясь осуждения и дискриминации.

Несмотря на научные доказательства, многие правительства продолжают безрезультатные и в конечном итоге контрпродуктивные усилия по уничтожению наркорынка. Наркотики продолжают оставаться такими же доступными, как

были всегда. В то же время наши представления о негативных последствиях «войны с наркотиками» становятся все более четкими. Массовое лишение свободы и репрессивный подход ведут к тому, что люди, употребляющие наркотики, не обращаются в жизненно важные программы; стигма, дискриминация и нарушения, с которыми сталкиваются эти люди, создают окружение высокого риска, в том числе с точки зрения передачи гепатита.

Замалчивание вредных последствий «войны с наркотиками» уже невозможно, на сегодняшний день очевидна потребность в реформе – об этом говорят и сами правительства, объективно критикующие существующую политику и практику. Необходимо расширять и продолжать оценивать широкий спектр научно обоснованных подходов и интервенций, направленных на снижение негативных последствий репрессивной наркополитики.

Настало время действовать!

Задержание под видом «лечения наркозависимости» в Пномпене, Камбоджа. Это кадр из фильма «Насилие – не решение», использованного в кампании «Остановите пытки в здравоохранении».

© Скотт Энгр и Боб Сача для Фондов «Открытое общество»



ПЕРЕДОВОЙ ОПЫТ: НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ГЕПАТИТУ С В ШОТЛАНДИИ⁸⁵

Научно обоснованные национальные стратегии могут по большому счету снизить бюджетное и общественное бремя, связанное с гепатитом С. Шотландский план действий в области гепатита С – хороший пример национальной стратегии, при разработке которой были учтены потребности людей, употребляющих наркотики. За шесть лет ее работы удалось существенно улучшить тестирование, выявление и лечение гепатита С.

Двухфазовый план действий, представленный в 2006 году, был направлен на то, чтобы включить представителей всех затронутых групп в его реализацию и управление. В нем четко подчеркивалось, что основной группой, подверженной риску гепатита С в стране, были потребители инъекционных наркотиков; ресурсы распределялись соответственно:

От четырехкратного до шестикратного увеличения объема предоставления стерильного инъекционного инструментария в том числе игл, шприцев, фильтров и ложек.

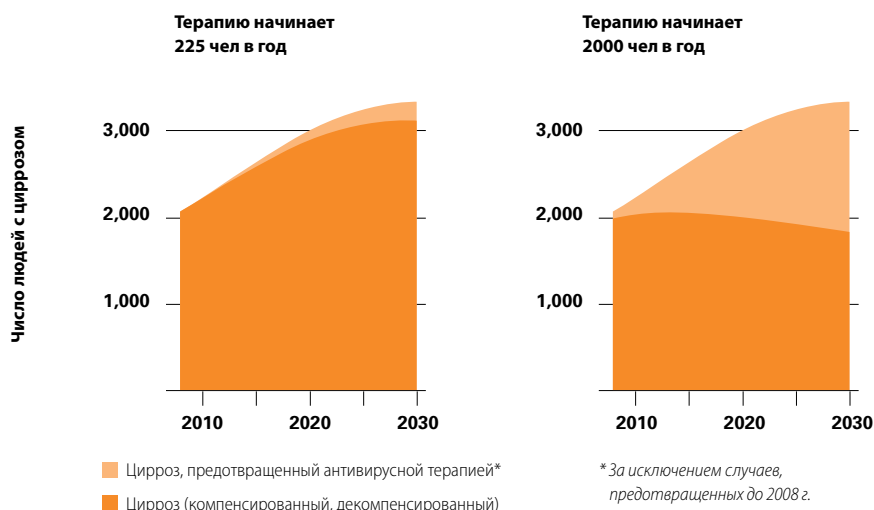
- Увеличение числа людей, проходящих тест на гепатит С, в основном в тюрьмах и наркосервисе.
- Улучшение осведомленности о гепатите С путем разнообразных инициатив по популяризации тестирования.

- За счет модернизации клинических служб стало возможным увеличение вдвое числа людей, получающих лечение гепатита С, в том числе большого числа людей, употребляющих наркотики.
- Число заключенных, получающих лечение гепатита С, возросло в восемь раз.
- Произошло четкое снижение в статистике новых инфекций гепатита С.

По мере работы и оценки шотландского плана действий ожидается дальнейшее улучшение в программе лечения людей, употребляющих наркотики. Например, была разработана математическая модель, помогающая определить воздействие лечения гепатита С на заболеваемость циррозом и других заболеваний печени в Шотландии. Как показывает график ниже, предоставление лечения гепатита С 2000 человек, употребляющим инъекционные наркотики, каждый год могут предотвратить более 1000 случаев цирроза печени к 2030 году.⁸⁶

ГРАФИК:

СМОДЕЛИРОВАННОЕ ЧИСЛО ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ С ЦИРРОЗОМ В ШОТЛАНДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНОГО УРОВНЯ ВХОЖДЕНИЯ В ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА С, 2008-2030⁸⁷



1. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*; 372(9651): 1733-1745.
2. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, et al (2011). Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*; 378(9791): 571-583.
3. Harm Reduction International (2012). The global state of harm reduction 2012: towards an integrated response. Available from: <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>
4. Vickerman P, Hickman M, May M, et al (2010). Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users?: an ecological analysis. *Addiction*; 105(2): 311-318.
5. Rhodes T, Platt L, Judd A, et al (2005). Hepatitis C virus infection, HIV co-infection, and associated risk among injecting drug users in Togliatti, Russia. *Int J STD AIDS*; 16(11): 749-754.
6. MacDonald M, Crofts N, Kaldor J (1996). Transmission of hepatitis C virus: rates, routes, and cofactors. *Epidemiol Rev*; 18(2): 137-148.
7. Garfein RS, Vlahov D, Galai N, et al (1996). Viral infections in short term injecting drug users: the prevalence of hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency and human T-lymphotropic viruses. *Am J Public Health*; 86: 655-661.
8. World Hepatitis Alliance (2008). The World Hepatitis Atlas: completing the data map.
9. ECDC and EMCDDA (2011). Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm: ECDC and EMCDDA.
10. Hagan LM, Schinazi RF (2013). Best strategies for global HCV eradication. *Liver Int*; 33 Suppl 1: 68-79.
11. Jurgens R, Ball A, Verster A (2009). Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis*; 9(1): 57-66.
12. Falster K, Kaldor JM, Maher L (2009). Hepatitis C virus acquisition among injecting drug users: a cohort analysis of a national repeated cross-sectional survey of needle and syringe program attendees in Australia, 1995-2004. *J Urban Health*; 86(1): 106-118.
13. Sarang A, Rhodes T, Sheon N, Page K (2010). Policing drug users in Russia: risk, fear, and structural violence. *Subst Use Misuse*; 45(6): 813-864.
14. Sutton AJ, Edmunds WJ, Gill ON (2006). Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison. *BMC Public Health*; 6: 170.
15. Hunt DR, Saab S (2009). Viral hepatitis in incarcerated adults: a medical and public health concern. *Am J Gastroenterol*; 104(4): 1024-1031.
16. Friedman SR, Kippax SC, Phaswana-Mafuya N, et al (2006). Emerging future issues in HIV/AIDS social research. *AIDS*; 20(7): 959-965.
17. Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J (2009). Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. *Clin Infect Dis*; 49(4): 561-573.
18. Weinbaum C, Lyerla R, Margolis HS (2003). Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. *MMWR Recomm Rep*; 52 (RR-1): 1-36.
19. Tan JA, Joseph TA, Saab S (2008). Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving. *Hepatology*; 48(5): 1387-1395.
20. Rice JP, Burnett D, Tsotsis H, et al (2012). Comparison of hepatitis C virus treatment between incarcerated and community patients. *Hepatology*; 56(4): 1252-1260.
21. Sepkowitz KA (1996). Occupationally acquired infections in health care workers. *Ann Intern Med*; 125(11): 917-928.
22. Painsil E, He H, Peters C, et al (2010). Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users. *J Infect Dis*; 202(7): 984-990.
23. Doerrbecker J, Behrendt P, Mateu-Gelabert P, et al (2013). Transmission of hepatitis C virus among people who inject drugs: viral stability and association with drug preparation equipment. *J Infect Dis*; 207(2): 281-287.
24. Vickerman P, Martin N, Turner K, Hickman M (2012). Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence?: model projections for different epidemic settings. *Addiction*; 107(11): 1984-1995.
25. Shepard CW, Finelli L, Alter MJ (2005). Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *Lancet Infect Dis*; 5: 558-567.
26. Scheinmann R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C, et al (2007). Non-injection drug use and hepatitis C virus: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*; 89(1): 1-12.
27. Te HS, Jensen DM (2010). Epidemiology of hepatitis B and C viruses: a global overview. *Clin Liver Dis*; 14(1): 1-21, vii.
28. World Health Organization (2012). Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis>
29. Thein HH, Yi Q, Dore GJ, Krahn MD (2008). Estimation of stage-specific fibrosis progression rates in chronic hepatitis C virus infection: a meta-analysis and meta-regression. *Hepatology*; 48(2): 418-431.
30. Grebely J, Raffa JD, Lai C, et al (2011). Impact of hepatitis C virus infection on all-cause and liver-related mortality in a large community-based cohort of inner city residents. *J Viral Hepat*; 18(1): 32-41.
31. Gibson A, Randall D, Degenhardt L (2011). The increasing mortality burden of liver disease among opioid-dependent people: cohort study. *Addiction*; 106(12): 2186-2192.
32. Ly KN, Xing J, Klevens RM, et al (2012). The increasing burden of mortality from viral hepatitis in the United States between 1999 and 2007. *Ann Intern Med*; 156(4): 271-278.
33. Canadian HIV/AIDS Legal Network, et al (2008). "Viral time bomb": health and human rights challenges in addressing hepatitis C in Canada. Available from: www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=2016
34. Cook C, Kanaef N (2008). The global state of harm reduction: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics. Available from: <http://www.ihra.net/contents/551>
35. International Harm Reduction Association (2010). The global state of harm reduction: key issues for broadening the response. Available from: www.ihra.net/contents/535
36. Thomas DL, Leoutsakas D, Zabransky T, Kumar MS (2011). Hepatitis C in HIV-infected individuals: cure and control, right now. *J Int AIDS Soc*; 14: 22.
37. Taylor LE, Swan T, Mayer KH (2012). HIV coinfection with hepatitis C virus: evolving epidemiology and treatment paradigms. *Clin Infect Dis*; 55 Suppl 1: S33-S42.

38. Grebely J, Oser M, Taylor LE, Dore GJ (2013). Breaking down the barriers to hepatitis C virus (HCV) treatment among individuals with HCV/HIV coinfection: action required at the system, provider, and patient levels. *J Infect Dis*; 207 Suppl 1: S19-S25.
39. Roux P, Fugon L, Winnock M, et al (2012). Positive impact of hepatitis C virus (HCV) treatment on antiretroviral treatment adherence in human immunodeficiency virus-HCV coinfecting patients: one more argument for expanded access to HCV treatment for injecting drug users. *Addiction*; 107(1): 152-159.
40. Hagan H, Thiede H, Des Jarlais DC (2005). HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users: risk behavior and prevention. *AIDS*; 19 Suppl 3: S199-S207.
41. Thiede H, Hagan H, Murrill CS (2000). Methadone treatment and HIV and hepatitis B and C risk reduction among injectors in the Seattle area. *J Urban Health*; 77(3): 331-345.
42. Turner KM, Hutchinson S, Vickerman P, et al (2011). The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*; 106(11): 1978-1988.
43. Van Den BC, Smit C, Van BG, et al (2007). Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*; 102(9): 1454-1462.
44. Vickerman P, Martin NK, Hickman M (2013). Could low dead-space syringes really reduce HIV transmission to low levels? *Int J Drug Policy*; 24(1): 8-14.
45. Vickerman P, Martin N, Turner K, Hickman M (2012). Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings. *Addiction*; 107(11): 1984-1995.
46. Martin NK, Vickerman P, Foster GR, et al (2011). Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations?: a modeling analysis of its prevention utility. *J Hepatol*; 54(6): 1137-1144.
47. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, et al (2010). Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*; 376(9737): 285-301.
48. Rhodes T, Mikhailova L, Sarang A, et al (2003). Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. *Soc Sci Med*; 57(1): 39-54.
49. Hagan LM, Schinazi RF (2013). Best strategies for global HCV eradication. *Liver Int*; 33 Suppl 1: 68-79.
50. Hatzakis A, Wait S, Bruix J, et al (2011). The state of hepatitis B and C in Europe: report from the hepatitis B and C summit conference. *J Viral Hepat*; 18 Suppl 1: 1-16.
51. Lindenburg CE, Lambers FA, Urbanus AT, et al (2011). Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *Eur J Gastroenterol Hepatol*; 23(1): 23-31.
52. Mehta SH, Genberg BL, Astemborski J, et al (2008). Limited uptake of hepatitis C treatment among injection drug users. *J Community Health*; 33(3): 126-133.
53. Grebely J, Petoumenos K, Matthews GV, et al (2010). Factors associated with uptake of treatment for recent hepatitis C virus infection in a predominantly injecting drug user cohort: The ATAC Study. *Drug Alcohol Depend*; 107(2-3): 244-249.
54. Grebely J, Raffa JD, Lai C, et al (2009). Low uptake of treatment for hepatitis C virus infection in a large community-based study of inner city residents. *J Viral Hepat*; 16(5): 352-358.
55. Strathdee SA, Latka M, Campbell J, et al (2005). Factors associated with interest in initiating treatment for hepatitis C Virus (HCV) infection among young HCV-infected injection drug users. *Clin Infect Dis*; 40 Suppl 5: S304-S312.
56. Robaey G, Grebely J, Mauss S, et al (2013). Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *Clin Infect Dis*; in press.
57. Martin NK, Vickerman P, Miners A, et al (2012). Cost-effectiveness of hepatitis C virus antiviral treatment for injection drug user populations. *Hepatology*; 55(1): 49-57.
58. Martin NK, Vickerman P, Grebely J, et al (2013). HCV treatment for prevention among people who inject drugs: modeling treatment scale-up in the age of directacting antivirals. *Hepatology*; in press.
59. Minister of Health of the Republic of Lithuania (2008). Order of Minister of Health of the Republic of Lithuania on the approval of the description of the procedure of diagnostic and treatment of chronic HCV with reimbursable medicines. Report Number V-613.
60. Liakina V, Valantinas J (2012). Anti-HCV prevalence in the general population of Lithuania. *Med Sci Monit*; 18(3): PH28-35.
61. Lithuanian Drug, Tobacco and Alcohol Control Department (2012). Annual report.
62. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al (2010). HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*; 375(9719): 1014-1028.
63. National Institute for Health and Clinical Excellence (2012). Hepatitis B and C: ways to promote and offer testing to people at risk of infection. Available from: <http://publications.nice.org.uk/hepatitis-b-and-c-ways-to-promote-and-offer-testing-to-people-at-increased-risk-of-infection-ph43>
64. Ng MH, Chou JY, Chang TJ, et al (2013). High prevalence but low awareness of hepatitis C virus infection among heroin users who received methadone maintenance therapy in Taiwan. *Addict Behav*; 38(4): 2089-2093.
65. Treloar C, Rhodes T (2009). The lived experience of hepatitis C and its treatment among injecting drug users: qualitative synthesis. *Qual Health Res*; 19(9): 1321-1334.
66. Paterson BL, Backmund M, Hirsch G, Yim C (2007). The depiction of stigmatization in research about hepatitis C. *Int J Drug Policy*; 18(5): 364-373.
67. Ford N, Singh K, Cooke GS, et al (2012). Expanding access to treatment for hepatitis C in resource-limited settings: lessons from HIV/AIDS. *Clinical Infectious Diseases*; 54: 1465-1472.
68. Очерет Д, Бикмухаметов Д, Султангазиев А, Матуйзайте Э (2013). Доступ к лечению гепатита С в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Доступен в интернете: http://www.harm-reduction.org/ru/images/stories/News_PDF_2013_ru/o_____c.pdf.pdf
69. von Schoen-Angerer T, Cohn J, Swan T, Piot P (2013). UNAIDS can address HCV/HIV co-infection. *Lancet*; 381(9867): 628.
70. Гувер Дж (2009). Пролывая свет на скрытую эпидемию. С какой целью и как именно сторонники открытого общества могут поддержать расширение программ лечения гепатита С в Восточной Европе и Центральной Азии. Доступно в интернете: <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/shining-light-hidden-epidemic>

71. International HIV/AIDS Alliance in Ukraine (2013). The Alliance plans to provide treatment of viral hepatitis C for 50 HIV-positive SMT [substitution maintenance therapy] patients. Available from: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/news/pdf/03_2013/GF_VHC_eng.pdf
72. Приказ Президента Украины от 28 декабря 2012 Относительно некоторых вопросов предупреждения распространения эпидемий туберкулеза ВИЧ-инфекции/СПИДа и вирусных гепатитов.
73. Департамент Информации и коммуникации с общественностью Кабинета Министров Украины (2013). Задача Премьер-министра об утверждении целевой программы профилактики и лечения вирусных гепатитов выполнена. 29.04.2013 [на украинском]. Доступно в интернете: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=246305333&cat_id=244276429
74. Liu S, Cipriano LE, Holodniy M, et al (2012). New protease inhibitors for the treatment of chronic hepatitis C: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med*; 156(4): 279-290.
75. World Trade Organization (2006). TRIPS and pharmaceutical patents. Available from: www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/tripsfactsheet_pharma_2006_e.pdf
76. Глобальная Комиссия по вопросам наркополитики (2011). Война с наркотиками. Доступно в интернете: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Russian.pdf
77. Организация Объединенных Наций (1972). Единая конвенция о наркотических средствах, 1961: с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года.
78. Глобальная Комиссия по вопросам наркополитики (2012). Война с наркотиками и ВИЧ/СПИДом: как криминализация употребления наркотиков способствует распространению глобальной пандемии. Доступно в интернете: http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_RU_v3.pdf
79. Организация Объединенных Наций (2013). Доклад Специального докладчика по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания Хуана Э. Мендеса. Документ: A/HRC/22/53. Доступно в интернете: http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?m=103
80. Friedland G (2010). Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV: hepatitis C and tuberculosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 55 Suppl 1: S37-S42.
81. United Nations (2012). Joint statement: compulsory drug detention and rehabilitation centres. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement-6March12FINAL_en.pdf
82. Wilkinson M, Crawford V, Tippet A, et al (2009). Community-based treatment for chronic hepatitis C in drug users: high rates of compliance with therapy despite ongoing drug use. *Aliment Pharmacol Ther*; 29(1): 29-37.
83. Dimova RB, Zeremski M, Jacobson IM, et al (2012). Determinants of hepatitis C virus treatment completion and efficacy in drug users assessed by meta-analysis. *Clin Infect Dis*; 56(6): 806-816.
84. Delarocque-Astagneau E, Meffre C, Dubois F, et al (2010). The impact of the prevention programme of hepatitis C over more than a decade: the French experience. *J Viral Hepat*; 17(6): 435-443.
85. Health Protection Agency (2011). Hepatitis C in the UK: 2011 report. Available from: http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1309969906418
86. Economist Intelligence Unit (2012). The silent pandemic: tackling hepatitis C with policy innovation. Available from: http://www.janssen-emea.com/sites/default/files/The%20Silent%20Pandemic%20-%20Tackling%20Hepatitis%20C%20with%20Policy%20Innovation%20FINAL_0.PDF
87. Hutchinson SJ, Weir A, Bird SM, Goldberg DJ (2008). Modelling the impact of antiviral therapy on the future health and economic burden of chronic hepatitis C in Scotland. *J Hepatology*; 48 (Suppl 2): S297.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДОКЛАДА ГЛОБАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ НАРКОПОЛИТИКИ «ВОЙНА С НАРКОТИКАМИ» ЗА 2011 Г.

1. Разрушить существующее табу. Вести открытые дискуссии и продвигать меры, которые эффективно сокращают потребление, а также предупреждают и снижают вред, связанный как с употреблением наркотиков, так и с наркоконтролем. Увеличить финансовый вклад в проведение научных исследований и анализа эффективности различных стратегий и программ.
2. Вместо преследования и уголовного наказания людей, употребляющих наркотики, предложить медико-профилактическую помощь и лечение тем, кто в них нуждается.
3. Поощрять внедрение государствами экспериментальных моделей правового регулирования оборота наркотиков (например, каннабиса) для того, чтобы прекратить деятельность организованной преступности и защитить здоровье и безопасность граждан.
4. Установить более точные критерии, показатели и цели для адекватной оценки деятельности и целеустремленного продвижения вперед.
5. Разоблачать, а не укреплять распространенные мифы и заблуждения относительно наркорынков, наркопотребления и наркозависимости.
6. Страны, которые вопреки фактам продолжают вкладывать средства главным образом в силовые методы, должны сосредоточить репрессивные меры на борьбе с насильственными преступлениями организованных криминальных структур и крупных наркоторговцев, чтобы снизить ущерб, наносимый обществу незаконным рынком наркотиков.
7. Применять альтернативные методы наказания для мелких и впервые нарушивших закон дилеров.
8. Вкладывать больше ресурсов в научно обоснованные методы профилактики с особым упором на молодежь.
9. Предложить широкий и доступный выбор вариантов лечения и помощи при наркотической зависимости, включая заместительную и героиновую поддерживающую терапию и уделяя особое внимание лицам наиболее высокого риска, в том числе содержащимся в тюрьмах и в других закрытых учреждениях.
10. Система ООН должна взять на себя ведущую роль в реформе глобальной наркополитики. Это значит поощрять эффективные и научно обоснованные подходы, оказывать поддержку странам в разработке наркополитики, соответствующей их контексту и удовлетворяющей их запросы, а также обеспечить координацию различных учреждений, стратегий и конвенций ООН.
11. Действовать нужно без промедления: поскольку война с наркотиками не удалась, следует сейчас же изменить политику!

РЕКОМЕНДАЦИИ ДОКЛАДА ГЛОБАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ НАРКОПОЛИТИКИ «ВОЙНА С НАРКОТИКАМИ И ВИЧ/СПИД» ЗА 2012 Г.

Следующие меры должны быть приняты руководителями государств и Генеральным секретариатом ООН, а также Управлением ООН по наркотикам и преступности, Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), и Комиссией ООН по наркотическим средствам:

1. Признать поражение и сконцентрировать усилия на устранении медико-социальных последствий войны с наркотиками – таких, как распространение ВИЧ-инфекции и инфекции гепатита С, насилие, связанное с наркотрафиком, и другие.
2. Ответить на существующее доказательство того, что во многих регионах мира рискованное поведение, приводящее к распространению ВИЧ и являющееся основным вектором эпидемии - прямой результат репрессивной наркополитики и недостатка финансирования для научно обоснованных подходов.
3. Призвать национальные правительства к отмене практики арестов и заключения лиц, употребляющих наркотики, но не причиняющих никакого вреда окружающим.
4. Заменить неэффективные меры, сконцентрированные на криминализации и наказании людей, употребляющих наркотики, на научно обоснованные, учитывающие права человека мероприятия, доказавшие свою значимость в области снижения негативных последствий от употребления наркотиков как для отдельных лиц, так и для общества в целом.
5. Страны, где меры здравоохранения недостаточно применялись, должны немедленно расширить программы, основанные на подходах, доказавших свою эффективность в снижении распространения ВИЧ-инфекции и охране здоровья среди лиц, употребляющих наркотики, включая распространение стерильного инъекционного инвентаря и другие программы по безопасным инъекциям. Отказаться от данного шага будет преступлением.
6. Государственный и частный секторы должны сделать вклад в спектр легкодоступных программ по лечению наркозависимости, основанных на существующей лучшей практике и включающих заместительную терапию и героиновое поддерживающее лечение. Данные стратегии снижают заболеваемость и смертность, а также, снижая общий спрос на наркотики, положительно влияют на спад негативных проявлений наркоторговли.
7. Все органы власти, начиная с муниципального и заканчивая международным уровнем, должны признать очевидный провал «войны с наркотиками» для того, чтобы значительно уменьшить поставки и при этом отказаться от традиционных понятий «успеха» (таких, как аресты, конфискации и осуждения), которые не приводят к позитивным улучшениям в обществе.
8. Измерять успех наркополитики индикаторами, действительно несущими позитивные изменения для общества: такими, как снижение распространения ВИЧ и других инфекционных заболеваний (например, гепатита С), снижение смертности от передозировок, снижение преступности и насилия, связанного с наркотрафиком, уменьшение количества осужденных и снижение уровня проблематичного употребления наркотиков.
9. Призвать все агентства ООН, имеющие отношение к здравоохранению, взять на себя руководство формированием ответа употреблению наркотиков и продвижением научно обоснованных подходов. Провести независимую оценку деятельности других агентств, таких как Международный комитет по контролю за наркотиками, и убедиться, что политика, пропагандируемая этими агентствами, не ухудшает здоровье и безопасность общества.
10. Действовать незамедлительно - война с наркотиками провалена и миллионы новых ВИЧ-инфекций и смертей могут быть предотвращены, если меры будут приняты прямо сейчас.

ГЛОБАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ПО ВОПРОСАМ НАРКОПОЛИТИКИ

Цель Глобальной комиссии по вопросам наркополитики - инициировать на международном уровне дискуссию на основе всесторонней информации и научных данных о гуманных и эффективных способах уменьшения вреда, наносимого наркотиками человеку и обществу.

ЦЕЛИ

- Проанализировать основные предположения и гипотезы относительно степени эффективности и последствий «войны с наркотиками»
- Оценить риски и преимущества различных национальных ответов на проблему наркотиков
- Разработать практически осуществимые, научно обоснованные рекомендации по вопросам конструктивных правовых и политических реформ

