

# LEFT NOBODY BEHIND

НЕ ОТКАЗЫВАТЬ В ЛЕЧЕНИИ НИКОМУ

Важность интеграции потребителей наркотиков в программы лечения вирусного гепатита С.

Обоснование с точки зрения общественного здоровья и соблюдения прав человека.



**В**семирная организация здравоохранения (ВОЗ) назвала вирусный гепатит С (ВГС) *«вирусной бомбой замедленного действия.»* На Всемирной ассамблее здравоохранения в 2010 году ВОЗ признала гепатит С *«глобальной проблемой общественного здоровья.»*<sup>1</sup> и призвала к внедрению комплексных программ *«расширения доступа к недорогому лечению в развивающихся странах.»* Кроме этого, на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2014 г. была принята новая резолюция по вирусному гепатиту, которая впервые указывала, что *«распространенность гепатита С непропорционально высока среди потребителей инъекционных наркотиков»* и обращалась к странам-участникам с призывом *«внедрять комплексные программы профилактики, диагностики и лечения для потребителей инъекционных наркотиков, включая девять ключевых интервенций.»*<sup>2</sup> Подавляющее большинство людей с хроническим гепатитом С проживает в странах с низким и средним уровнем дохода, доступ к лечению гепатита С в которых остается крайне ограниченным. Вероятно, что лечение ВГС станет более доступным в течение нескольких следующих лет, но если существующие тенденции сохранятся, потребители инъекционных наркотиков (ПИН) и в дальнейшем будут более или менее систематически исключаться из программ лечения. В настоящем документе изложены ключевые аргументы в пользу того, почему включение потребителей наркотиков в национальные рекомендации и программы по лечению хронического вирусного гепатита С является целесообразным, экономически обоснованным и исключительно важным с точки зрения как здравоохранения, так и прав человека.

## ЭПИДЕМИЯ ВГС

Гепатиты — группа вирусных заболеваний, от которых ежегодно умирает около 1,4 млн. людей во всем мире<sup>3</sup>, бремя заболевания гепатитами сопоставимо с ВИЧ и туберкулезом. Большинство летальных исходов вызвано гепатитами В и С.

Один лишь гепатит С является причиной почти полумиллиона смертей ежегодно, несмотря на то, что в большинстве случаев вирусный гепатит С (ВГС) поддается лечению. Согласно оценкам, во всем мире насчитывается около 150 миллионов людей, инфицированных хроническим вирусным гепатитом С.<sup>4</sup> Пандемия сконцентрирована в странах со средним уровнем дохода, в которых проживает 73% людей с хроническим вирусным гепатитом С.<sup>5</sup>

Потребители наркотиков, особенно инъекционных, подвержены непропорционально более высокой заболеваемости и несут большее бремя заболевания, чем любые другие группы населения. Количество потребителей инъекционных наркотиков в мире оценивается в 16 млн., из них примерно 10 млн. имеют положительный результат теста на антитела к ВГС<sup>8</sup>, около 8 млн. — хронический гепатит С.<sup>9</sup> Более того, **распространенность гепатита С среди потребителей наркотиков более чем в 3 раза превышает распространенность ВИЧ.**<sup>10</sup>

На основании данных исследования, проведенного Médecins du Monde и дополнительной клинической и эпидемиологической информации мы оцениваем, **что примерно 2 млн. потребителей инъекционных наркотиков во всем мире нуждаются в немедленном лечении.**<sup>11</sup>

Кроме того, потребители инъекционных наркотиков подвержены крайне высокому риску дальнейшей передачи вируса в большинстве стран мира. В странах с высоким доходом, согласно оценкам, 80% новых случаев инфицирования ВГС происходят среди потребителей наркотиков.<sup>12</sup> Точных данных по заболеваемости в странах с низким и средним уровнем дохода не существует, но весьма вероятно, что доля этого фактора ниже, поскольку играют значительную роль другие пути передачи вируса, например, внутрибольничное инфицирование. В разных регионах и странах имеются существенные различия эпидемиологического

процесса. **В целом, передача ВГС среди потребителей инъекционных наркотиков в странах с низким и средним уровнем дохода важна с точки зрения общественного здоровья. Риск заражения ВГС является высоким среди потребителей инъекционных наркотиков, которым часто отказывают в доступе к услугам снижения вреда, и среди потребителей с небольшим стажем, которые, возможно, еще не осведомлены о техниках безопасной инъекции и практике снижения вреда.**

Не в последнюю очередь, коинфекция ВИЧ является очень распространенной проблемой среди потребителей наркотиков. Фактически 80% ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков также живут с ВГС.<sup>13</sup> Подавляющее большинство людей с коинфекцией ВИЧ/ВГС заразились обоими этими вирусами из-за того, что не имели доступа к стерильному инъекционному инструментарию. Несмотря на то, что антиретровирусная терапия увеличила ожидаемую продолжительность жизни людей с ВИЧ/СПИДом, они все остаются уязвимыми к заболеваниям печени. ВГС фактически стал ведущей причиной смерти ВИЧ-позитивных

**Таблица 1. Данные по распространенности ВГС (антитела) в 11 избранных странах**

Страна	Распространенность ВГС среди взрослых – ПИН <sup>6</sup>	Распространенность ВГС среди взрослых – общее население <sup>7</sup>
Бразилия	39.5–69.6%	1.4%
Эстония	90%	5%
Германия	75%	0.75%
Индия	92%	1.5%
Индонезия	60–98%	3.9%
Маврикий	95%	2.1%
Новая Зеландия	70%	0.3%
Пакистан	89%	5.9%
Таиланд	90%	2.2%
Украина	70–90%	4%
США	50–80%	1.8%

## Документирование потребностей в лечении среди потребителей инъекционных наркотиков в Тбилиси, Грузия

В октябре 2012 года организация Médecins du Monde провела одновременное межгрупповое исследование в Грузии, основной целью которого было выявление новых и дополнительных доказательств эпидемии ВГС среди активных потребителей инъекционных наркотиков в Тбилиси.<sup>15</sup> Эта работа также подчеркивала необходимость включения уязвимых и стигматизированных групп в будущие программы лечения ВГС. Из 216 участников (средний возраст составлял 39,6 лет, 7,9% - женщины) у 91,9% были выявлены антитела к гепатиту С, у 82,0% была хроническая инфекция ВГС. Стадия фиброза печени оценивалась в помощью транзиентной эластографии (FibroScan). Считалось, что пациенты нуждаются в немедленном лечении, если у них

выявлен фиброз стадии F3 или F4. Исследование показало, что почти четверть (24,2%) участвующих в исследовании потребителей инъекционных наркотиков нуждались в немедленном лечении. На основе существующих оценок численности ПИН исследователи пришли к выводу, что в общем примерно 5000 потребителей инъекционных наркотиков в Тбилиси, Грузия, нуждаются в немедленном лечении ВГС. Выводы по результатам этого исследования наглядно демонстрируют государственным организациям необходимость признать важность эпидемии гепатита С среди потребителей наркотиков и разработать варианты интервенций по снижению вреда и лечению для этой группы.

Таблица 2. Распространенность гепатита С, тяжелого фиброза печени и различных генотипов вируса среди ПИН

		N	Распространенность (%)
<b>Антитела к ВГС</b>		199	91.9
<b>Текущая инфекция</b>		180	82.0
<b>Среди лиц с текущей инфекцией</b>	Тяжелый фиброз	40	24.2
	Генотип 1	32	22.0
	Генотип 2	42	20.3
	Генотип 3	126	66.9
	Смешанный	20	10.4
N: количество участников			

людей. С другой стороны, ВИЧ ускоряет прогрессирование ВГС и более чем в три раза увеличивает риск заболеваний печени и печеночной недостаточности. Однако ВГС излечим, независимо от ВИЧ-статуса, поэтому лечение рекомендовано всем людям с коинфекцией ВИЧ/ВГС, поскольку оно снижает риск смертности, вызванной СПИДом, поражением печени, а также другими причинами.<sup>14</sup>

### **ДОСТУП К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ – ПРАВО ЧЕЛОВЕКА!**

Сегодня люди в странах с низким и средним уровнем дохода (НСУД) все еще не имеют практически никакого доступа к информации о ВГС, услугам по профилактике, диагностике и лечению, за отдельными исключениями, среди которых следует упомянуть Египет.

### **ЗАОБЛАЧНЫЕ ЦЕНЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ВГС**

Антивирусное лечение ВГС пегилированным интерфероном-альфа (pegIFN- $\alpha$ ) и рибавирином (RBV) в настоящее время является стандартом лечения хронического ВГС – для тех немногих, которые вообще могут получить лечение. На основе этого режима можно достигнуть излечения в 50-80% случаев, в зависимости от генотипа. Но цена пегилированного интерферона в НСУД может достигать 18 000 дол. США за 48-недельный курс. Таким образом, стоимость лечения может почти в 10 раз превышать среднегодовой доход на душу населения.

Даже невзирая на быстрые на (ре)эволюционные изменения в системе организации и проведения лечения – последнее поколение антивирусных препаратов прямого действия (DAAs) демонстрирует излечение в 90% случаев – в ближайшее время вероятен рост цен на лечение. Например, софосбувир, антивирусный препарат прямого действия, производимый компанией Gilead, был одобрен Европейским агентством по лекарственным средствам в ноябре 2013 года, а Управлением США по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов – в декабре 2013 г. Цена, установленная Gilead за 12-недельный курс

*Согласно нашим оценкам, около 2 миллионов людей во всем мире нуждаются в немедленном лечении.*

лечения софосбувиром, составляет 84 000 дол. США, т.е. 1000 долларов в день. Софосбувир должен применяться в комбинации с другими препаратами, иногда в течение 24 недель. Но софосбувир и многие другие антивирусные препараты прямого действия на последних этапах разработки могут производиться генерически, причем себестоимость такого производства будет составлять лишь крохотную часть от рыночной цены, как это было с препаратами для лечения ВИЧ. Например, себестоимость производства генерического софосбувира может составлять всего лишь 68-136,<sup>16</sup> дол. США. Цена лечения также определяет то, может ли лечение считаться экономически эффективной интервенцией в НСУД.

### **НЕДОСТАТОК УСЛУГ ПО СНИЖЕНИЮ ВРЕДА И ЛЕЧЕНИЮ**

Доступные данные указывают на значительные барьеры для доступа к соответствующим услугам по профилактике и лечению для потребителей инъекционных наркотиков. Наши систематические исследования показали, что в среднем по миру потребители наркотиков получают всего 2 шприца в месяц на человека, и всего 8 из 100 человек получают опиоидную заместительную терапию.<sup>17</sup> Этого крайне недостаточно для того, чтобы эти признанные услуги по снижению вреда могли эффективно работать в борьбе с распространением как ВГС, так и ВИЧ. В дополнение к недостаточному охвату, интервенции по снижению вреда часто являются низкокачественными и недостаточными для предотвращения передачи ВГС. Принцип «один укол – один шприц», который доказал свою эффективность в профилактике ВИЧ при условии достаточного охвата, должен быть трансформирован в более комплексный подход, если речь идет о борьбе с ВГС.

Прежде всего, необходимо учитывать риск передачи не только через иглы и шприцы, но и через другой инъекционный инструментарий, способность ВГС сохранять заразность в течение 6 недель в засохшей крови<sup>18</sup>, а также потребление наркотиков неинъекционным путем. Более того, даже в странах с высоким уровнем дохода ежегодные показатели начала лечения среди потребителей наркотиков остаются крайне низкими, примерно 1-2%.<sup>19</sup> Само собой разумеется, в НСУД этот показатель еще ниже. Это отчасти обусловлено тем, что эта группа сталкивается со многими системными и структурными проявлениями дискриминации, стигмы и нарушения прав человека. Кроме того, в среде медицинского персонала существуют необоснованные, порождаемые стигмой и дискриминацией опасения насчет низкой приверженности к лечению, высокой частоты побочных явлений и повторного инфицирования, а также отсутствием условий проведения лечения, приспособленных к потребностям этой группы.

Учитывая наш опыт за последнее десятилетие, особенно в сфере доступа к лечению ВИЧ/СПИДа для потребителей инъекционных наркотиков, мы опасаемся, что эта стигматизированная группа людей и дальше будет сталкиваться с серьезными барьерами для доступа к национальным программам лечения, даже невзирая на высокое бремя эпидемии и риск передачи, вызванные катастрофически ограниченным доступом к стерильному инъекционному инструментарию.

Для решения серьезных проблем с доступом (как к лечению, так и к профилактике), усиливающееся всемирное движение активистов и правозащитников, состоящее из людей, живущих с ВГС и ВИЧ или подверженных риску инфицирования, потребителей нелегальных инъекционных наркотиков, исследователей, медицинских работников или представителей услуг по снижению вреда требует всеобщего доступа к недорогой диагностике и лечению, а также широкомасштабного развертывания надлежащих программ профилактики и лечения.

### Комплексный пакет ООН из 9 интервенций

Комплексный пакет услуг по профилактике ВИЧ, лечению и уходу для ПИН, разработанный ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС<sup>20</sup>

- 1 Программы обмена игл и шприцов, включающие другой инъекционный инструментарий
- 2 Опиоидная заместительная терапия и другое лечение наркозависимости
- 3 Тестирование на ВИЧ и консультирование
- 4 Антитретровирусная терапия
- 5 Профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем
- 6 Программы раздачи презервативов для ПИН и их сексуальных партнеров
- 7 Целевая информационная, просветительская и коммуникационная деятельность для ПИН и их сексуальных партнеров
- 8 Вакцинация, диагностика и лечение вирусных гепатитов
- 9 Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза

### НЕОБХОДИМОСТЬ ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИИ В НАРКОПОЛИТИКЕ

Преобладающая в настоящее время репрессивная наркополитика и почти повсеместная криминализация потребления наркотиков является основным структурным фактором передачи ВИЧ и ВГС среди потребителей инъекционных наркотиков. Такое законодательство криминализует не только потребителей, но и во многих случаях программы снижения вреда, необходимые для защиты их здоровья. Совместное заключение по итогам консультации «Научный подход к проблеме наркотиков и ВИЧ: новейшие достижения» («Science Addressing Drugs and HIV: State of the Art»), выпущенное во время Научной консультации Управления ООН по наркотикам и преступности в Вене в марте 2014 года гласит, что «криминализация потребления наркотиков, репрессивная наркополитика и агрессивные правоохранительные меры являются ключевой движущей силой эпидемии ВИЧ и ВГС среди потребителей наркотиков».<sup>21</sup> Соответственно, существенное реформирование законодательства о наркотиках и отказ от репрессивной наркополитики являются необходимыми условиями для каких-либо значимых мероприятий по борьбе с

эпидемией ВГС среди потребителей наркотиков. Программы снижения вреда могут быть полностью эффективными только в том случае, если они функционируют в благоприятной правовой среде, и если потребители наркотиков уверены, что не подвергнутся аресту или преследованию со стороны полиции после того, как покинут место предоставления услуг. Как таковые, реформирование наркополитики, соблюдение прав человека и создание не криминализирующей среды являются ключевыми факторами<sup>22</sup> успешности любых комплексных мер по борьбе с параллельными эпидемиями ВИЧ и ВГС, поражающими сообщество потребителей наркотиков.

## ЛЕЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ БЕЗОПАСНО И ЭФФЕКТИВНО!

Доступ к лечению ВГС для потребителей наркотиков особенно затруднен вследствие криминализации и высокого уровня структурной дискриминации и общей стигмы, которой подвергается эта группа. В случае гепатита С медицинские работники и специалисты, определяющие политику, зачастую утверждали, что лечение потребителей наркотиков менее эффективно и потенциально более опасно, особенно в случае сопутствующих психиатрических расстройств. Среди прочих возможных поводов для беспокойства – риск повторного инфицирования активных потребителей после успешного лечения и потенциально низкая приверженность к лечению. Эти доводы не новы, они уже были озвучены много лет назад относительно лечения ВИЧ/СПИДа, но основываются они не столько на эмпирической доказательной базе, сколько на недостаточной информированности и стигме.

Предоставление медицинской помощи потребителям наркотиков действительно может быть сопряжено с определенными трудностями, особенно в случае коинфекции туберкулеза или ВИЧ, а также психических расстройств. Более того, проблему может представлять отсутствие постоянного места проживания или недостаток поддержки со

стороны родственников. Несмотря на это, анализ доказательств показывает, что многие из вышеупомянутых предубеждений неоправданны, и что лечение потребителей наркотиков не только вполне возможно – и эффективно – но и является приоритетом прав человека и общественного здоровья. В любом случае, отказ этой группе в лечении является нарушением фундаментального права всех людей на наивысший достижимый уровень здоровья.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВГС СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

Целью лечения ВГС является ликвидация вируса, измеряемая через достижение стойкого вирусологического ответа (СВО). Существующие данные нескольких различных исследований<sup>23,24,25</sup> убедительно показывают, что лечение пегилированным интерфероном-альфа (pegIFN-α) и рибавирином (RBV) является безопасным для потребителей наркотиков. По результатам последнего систематического обзора данных и мета-анализа<sup>26</sup> было выявлено, что показатели излечения ВГС среди потребителей наркотиков находятся на приемлемом уровне. Этот мета-анализ ограничен шестью исследованиями, в которых все участники

## Репрессивная наркополитика является основным структурным движущим фактором ВГС и ВИЧ.

или известная часть были активными потребителями нелегальных наркотиков. Среди общей популяции потребителей наркотиков средний показатель СВО после лечения хронического ВГС пегилированным интерфероном-альфа/рибавирином составлял 55,9%. Таким образом, средний показатель СВО был немного ниже показателя основных клинических исследований схемы с пегилированным интерфероном-альфа/рибавирином для людей, не употребляющих

наркотики, но близок к показателю, наблюдающемуся в реальных условиях. Авторы пришли к выводу, что эффективность лечения «среди потребителей наркотиков действительно может быть несколько ниже, но в реальных условиях отличие невелико». Авторы также предполагают, что «решения относительно лечения должны приниматься независимо от того, является ли пациент потребителем наркотиков».

### **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ, ПРЕРЫВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ**

Тот же систематический обзор выявил высокий показатель приверженности к лечению — 82% — по данным разных исследований. Это и другие исследования также обнаружили невысокий показатель прерывания лечения из-за побочных явлений по сравнению с крупными предрегистрационными исследованиями и суммарным опытом лечения в реальной ситуации.<sup>27,28</sup> Как и для многих других патологий, доказательства неоднократно демонстрируют, что потребители наркотиков способны позаботиться о своем здоровье, мотивированы получать лечение и могут придерживаться сложных режимов лечения.

Более того, исследование показало, что обеспокоенность относительно каких-либо сопутствующих психиатрических расстройств среди потребителей инъекционных наркотиков и потенциальные риски в связи с неврологическим и психиатрическим побочным действием лечения на основе пегилированного интерферона-альфа является необоснованной: Schaefer в недавней публикации заключает следующее: «на данный момент существует достаточно доказательств того, что ПИН в целом не подвержены повышенному риску развития выраженной или тяжелой депрессии в процессе антивирусного лечения пегилированным интерфероном-альфа. Кроме этого, сопутствующие психиатрические расстройства не связаны с повышением риска досрочного прерывания лечения, худшим соблюдением режима и более низкими показателями стойкого вирусологического ответа, а также развитием депрессии в процессе лечения пегилированным интерфероном-альфа».<sup>29</sup> Несомненно, перед началом лечения пегилированным интерфероном-альфа необходимо оценивать психиатрический анамнез, но большинство сопутствующих психиатрических состояний поддается терапии до или в процессе антивирусного лечения.





## ПОВТОРНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ

Повторное инфицирование ВГС людей, продолжающих употреблять наркотики, после успешного лечения – еще один ключевой аргумент в пользу отказа в лечении для потребителей инъекционных наркотиков. В процессе систематического обзора и мета-анализа было выявлено, что средний показатель повторного инфицирования составлял 2,35 на 100 человеко-лет для всех участников исследования и 6,44 на 100 человеко-лет среди людей, которые указывали на продолжение употребления наркотиков после лечения.<sup>30</sup> Это свидетельствует о том, что риск повторного инфицирования низок даже среди людей, которые продолжают употреблять наркотики после лечения. Безусловно, существует необходимость дальнейшего исследования этой темы, но показатели повторного инфицирования из последних отчетов не подтверждают аргументированность отказа активным потребителям наркотиков в лечении с точки зрения общественного здоровья.

## ЛЕЧЕНИЕ: ОТПРАВНАЯ ТОЧКА ДЛЯ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

В более широкой перспективе доступ к лечению ВГС может быть важной и очень ценимой потребителями наркотиков отправной точкой для пользования услугами системы здравоохранения. Как и в случае лечения других заболеваний, таких как ВИЧ и туберкулез, доступ к лечению ВГС может быть главным мотивирующим фактором для вступления в программы снижения вреда или обращения в другие службы поддержки, при необходимости. Как известно из опыта по доступу к лечению ВИЧ, лечение может не только уменьшить страдания пациентов и летальность, но также и предоставить возможность перенаправить людей, желающих по собственной воле заняться проблемой своей наркозависимости и рискованных практик, в добровольные, уважающие их права, соответствующие потребностям и приемлемые для них службы по лечению зависимости и снижению вреда.

**Имеющиеся в наличии научные данные доказывают, что лечение активных потребителей инъекционных наркотиков, живущих с хроническим ВГС, пегилированным интерфероном-альфа и рибавирином в основном безопасно и эффективно, и что приверженность к лечению**

**у потребителей наркотиков, а также показатели прерывания лечения очень близки к показателям для групп, не употребляющих наркотики; также важно заметить, что риск повторного инфицирования в этой группе сравнительно невелик и не является доводом в пользу отказа в лечении.** На основе этих данных ВОЗ рекомендует, *«чтобы все взрослые и дети с хронической инфекцией ВГС, в том числе ПИН, проходили оценку показаний и перспективы для антивирусного лечения.»*<sup>31</sup>

В целях улучшения результатов и приверженности к лечению работа с потребителями наркотиков и уход за ними должны основываться на мультидисциплинарном подходе.<sup>32</sup> Эти подходы должны включать поддержку со стороны равных для усиления приверженности к лечению<sup>33</sup> и развитие адаптированного для соответствующей группы информирования о техниках безопасной инъекции и о профилактике ВГС, а также напоминание о своевременном приеме препаратов.<sup>34</sup>

Дальнейшие исследования должны быть направлены на детальное изучение способов усиления приверженности и достижения оптимальных результатов лечения. Необходимы углубленные исследования по проблематике повторного инфицирования.

## ЛЕЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ ПРЕДОТВРАЩАЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФЕКЦИИ!

### ЛЕЧЕНИЕ КАК ПРОФИЛАКТИКА

В отличие от ВИЧ, профилактическое влияние лечения ВГС не было научно продемонстрировано в рамках клинических исследований. Но поскольку лечение ВГС не длится всю жизнь и часто заканчивается выздоровлением, с теоретической и вирусологической точки зрения кажется весьма вероятным, что наряду с пользой для здоровья отдельных пациентов оно может быть также потенциальным средством снижения передачи вируса в сообществе. Однако такой эффект профилактики, основанной на лечении, должен рассматриваться только в дополнение к необходимому внедрению и расширению программ снижения вреда с доказанной эффективностью и реформированию репрессивной правовой среды,

поскольку биомедицинские методы не следует использовать как основание для сворачивания программ снижения вреда силами сообществ, которые доказали свою эффективность.

Различные эпидемиологические модели из стран с высоким уровнем дохода<sup>35,36,37,38</sup>, а также одна модель из Вьетнама<sup>39</sup> показывают значительное постепенное снижение распространенности среди потребителей наркотиков благодаря программам лечения, с поправкой на повторное инфицирование и с учетом классических показателей СВО при лечении пегилированным интерфероном-альфа/рибавирином. Согласно этим моделям, польза таких программ с точки зрения профилактики зависит в основном от базовой распространенности ВГС среди потребителей наркотиков в данной стране и охвата лечением группы повышенного риска. Более того, чтобы достигнуть существенной профилактической пользы, программы должны стабильно работать на протяжении минимум десятилетия. Профилактическое воздействие может усиливаться за счет доступа к безинтерфероновым режимам лечения антивирусными препаратами прямого действия<sup>40</sup> или в случае преобладания генотипов 2 и 3 в данной группе потребителей наркотиков.<sup>41</sup>

Дальнейшее моделирование, проведенное Martin и коллегами<sup>42</sup>, исследовало влияние сочетания ОЗТ, высокого уровня охвата программами обмена шприцев/игл и лечения ВГС на распространенность и заболеваемость ВГС среди потребителей инъекционных наркотиков. Результаты показали, что при вполне реалистичных показателях охвата лечением можно достичь существенного снижения (более чем на 45%) распространенности хронического гепатита С в течение 10 лет, если лечение сочетается с ОЗТ и программами обмена игл и шприцев.

Следовательно, наилучшие доступные модели приводят убедительные доказательства того, что потребителям наркотиков не следует отказываться в лечении, напротив, его следует приоритизировать с учетом потенциальной профилактической поль-

зы и экономической целесообразности. Однако при любых обстоятельствах польза для здоровья отдельного человека должна быть превыше всего, а профилактическое значение может рассматриваться как второстепенное. Более того, любое лечение должно предоставляться на полностью добровольной основе.

**В настоящее время существует большой потенциал для искоренения вирусного гепатита С, особенно с помощью новых, полностью пероральных режимов лечения. Поскольку на рынке появляется новое поколение антивирусных препаратов прямого действия, режимы лечения станут короче, эффективнее, проще и безопаснее. Лечение потребителей наркотиков полностью пероральными режимами антивирусных препаратов прямого действия подкрепит результаты, достигнутые с помощью лечения на основе пегилированных интерферонов. Более того, лечение антивирусными препаратами прямого действия позволит повысить приверженность, уменьшить побочные явления и увеличить эффективность, даже у пациентов с сопутствующими заболеваниями или на поздних стадиях заболевания печени. Полностью пероральные режимы лечения также могут создать условия для более низкого порога доступа к лечению, например, на основе программ снижения вреда или опиоидной заместительной терапии, или даже лечения, предоставляемого врачами общей практики.**

Но только подход, основанный исключительно на охране общественного здоровья и правах человека, может полностью ликвидировать ВГС. Этот подход должен включать значительное снижение цены на все доступные варианты лечения, устранение структурных барьеров для доступа к лечению ВГС для потребителей инъекционных наркотиков в репрессивной правовой среде, а также расширение программ снижения вреда как ключевого инструмента профилактики ВГС, реформы наркополитики и включения потребителей наркотиков в программы лечения во всем мире.

*Это поможет покончить с гепатитом С!*

ПРИМЕЧАНИЯ

1. World Health Organization. Viral hepatitis resolution [Internet]. Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB126/B126\\_R16-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_R16-en.pdf).
2. World Health Organization. Viral hepatitis resolution [Internet]. Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R6-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R6-en.pdf).
3. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2095–128. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0.
4. World Health Organization. Hepatitis C: fact sheet no. 164. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>.
5. Lavanchy D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus. *Clin Microbiol Infect*. 2011 Feb;17(2):107–15. doi: 10.1111/j.1469-0691.2010.03432.x.
6. Table Sources: Cook C, Kanaef N. Global state of harm reduction: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics. London: International Harm Reduction Association; 2008. Available from: [www.ihra.net/files/2010/06/16/GSHRFullReport1.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/16/GSHRFullReport1.pdf).
7. Lavanchy D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus.
8. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*. 2011;378:571–83. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61097-0.
9. Grebely J, Dore GJ. Can hepatitis C virus infection be eradicated in people who inject drugs? *Antiviral Res*. 2014;104:6272. doi: 10.1016/j.antiviral.2014.01.002.
10. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, et al. Global epidemiology of hepatitis B.
11. More details about this research work can be found in the text box titled: “Documenting treatment needs among people who inject drugs in Tbilisi, Georgia.” This study revealed that almost a quarter (24.2%) of the participating injecting drug users were in need of immediate treatment – when using a cut-off point of advanced fibrosis of stage F3 and F4. Other studies show that – with this cut-off point – typically 20–30% of participants are found to be in need of immediate treatment. For the purpose of this policy brief, we have thus used a proportion of 25% for our estimation.
12. Grebely J, Dore GJ. Can hepatitis C virus infection be eradicated?
13. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.) (Fact Sheet). HIV and viral hepatitis. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; May 2013.
14. Berenguer J, Rodríguez E, Miralles P, et al. GESIDA HIV/HCV Cohort Study Group. Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces non-liver-related mortality in patients coinfecting with HIV and hepatitis C virus. *Clin Infect Dis*. 2012 Sep;55(5):728–36.
15. Bouscaillou J, et al. Hepatitis C among people who inject drugs in Tbilisi, Georgia: An urgent need for prevention and treatment. *Int J Drug Policy*. 2014 Jan 23. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.01.007. [Epub ahead of print]
16. Hill A, Khoo S, Fortunak J, Simmons B, Ford N. Minimum costs for producing hepatitis C direct-acting antivirals for use in large-scale treatment access programs in developing countries. *Clin Infect Dis*. 2014 Feb 13. 2014 Apr;58(7):928–36. doi: 10.1093/cid/ciu012.
17. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet* 2010 Mar 20;375(9719):1014–28. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60232-2.
18. See: <http://jid.oxfordjournals.org/content/early/2013/11/22/infdis.jit648.full.pdf+html>.
19. Grebely J, Dore GJ. Can hepatitis C virus infection be eradicated?
20. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. 2012 Revision. Geneva: World Health Organization; 2012. ([http://www.drugsandalcohol.ie/19190/1/IDU-Technical\\_Guide\\_2012\\_Revision.pdf](http://www.drugsandalcohol.ie/19190/1/IDU-Technical_Guide_2012_Revision.pdf) accessed 30 January 2014).
21. See: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/CND2014/LAST\\_VERSION\\_03.04.14\\_Statement\\_Science\\_addressing\\_drugs\\_and\\_HIV\\_State\\_of\\_the\\_Art.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/CND2014/LAST_VERSION_03.04.14_Statement_Science_addressing_drugs_and_HIV_State_of_the_Art.pdf).
22. See: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2960702-2/abstract>.
23. Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J. Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. *Infect Dis*. 2009;49(4):561–73. doi: 10.1086/600304.
24. Dimova RB, Zeremski M, Jacobson IM, Hagan H, Des Jarlais DC, Talal AH. Determinants of hepatitis C virus treatment completion and efficacy in drug users assessed by meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2013; 56:806–16. doi: 10.1093/cid/cis1007.
25. Aspinall EJ, Corson S, Doyle JS, Grebely J, Hutchinson SJ, Dore GJ, Goldberg DJ, Hellard ME. Treatment of hepatitis C virus infection among people who are actively injecting drugs: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2013;57 Suppl 2:S80–9.
26. Ibid.
27. Ibid.
28. Hilsden RJ, Macphail G, Grebely J, Conway B, Lee SS. Directly observed pegylated interferon plus self-administered ribavirin for the treatment of hepatitis C virus infection in people actively using drugs: a randomized controlled trial. *Clin Infect Dis*. 2013;57 Suppl 2:S90–6. doi: 10.1093/cid/cit327.
29. Schaefer M, Sarkar R, Diez-Quevedo C. Management of mental health problems prior to and during treatment of hepatitis C virus infection in patients with drug addiction. *Clin Infect Dis*. 2013 Aug;57 Suppl 2:S111–7. doi: 10.1093/cid/cit266.
30. Aspinall EJ, Corson S, Doyle JS, et al. Treatment of hepatitis C virus infection.
31. World Health Organization. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. 2014. Geneva: World Health Organization. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf?ua=1).
32. Bruggmann P, Litwin AH. Models of care for the management of hepatitis C virus among people who inject drugs: one size does not fit all. *Clin Infect Dis*. 2013;57 Suppl 2:S56–61. doi: 10.1093/cid/cit271.
33. Crawford S, Bath N. Peer support models for people with a history of injecting drug use undertaking assessment and treatment for hepatitis C virus infection. *Clin Infect Dis*. 2013; 57 Suppl 2:S75–9. doi: 10.1093/cid/cit297.
34. Ibid.
35. Martin NK, Vickerman P, Foster GR, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, et al. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility. *Journal of Hepatology*. 2011;54(6):1137–44. doi: 10.1016/j.jhep.2010.08.029.
36. Zeiler I, Langlands T, Murray JM, Ritter A (2010) Optimal targeting of Hepatitis C virus treatment among injecting drug users to those not enrolled in methadone maintenance programs. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 110:228–33. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.03.006.
37. Hutchinson SJ, Bird SM, Goldberg DJ. Modeling the current and future disease burden of hepatitis C among injection drug users in Scotland. *Hepatology* 2005;42:711–23.
38. Hellard ME, Jenkinson R, Higgs P, Stoové MA, Sacks-Davis R, Gold J, et al. Modelling antiviral treatment to prevent hepatitis C infection among people who inject drugs in Victoria, Australia. *Med J Aust*. 2012 Jun 4;196(10):638–41.
39. Durier N, Nguyen C, White LJ. Treatment of hepatitis C as prevention: a modeling case study in Vietnam. *PLoS One*. 2012; 7(4):e34548. doi: 10.1371/journal.pone.0034548.
40. Martin NK, Vickerman P, Grebely J et al. HCV treatment for prevention among people who inject drugs: Modeling treatment scale-up in the age of direct-acting antivirals. *Hepatology*. 2013 Mar 28. doi: 10.1002/hep.26431. [Epub ahead of print].
41. Martin NK, Vickerman P, Foster GR, et al. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV?
42. Martin NK, Hickman M, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Vickerman P. Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy. *Clin Infect Dis*. 2013;57 Suppl 2:S39–45.

Настоящий краткий аналитический отчет был разработан Médecins du Monde (MdM) в сотрудничестве с Международной сетью потребителей наркотиков (INPUD).

Авторы:  
Niklas Luhmann, Harm Reduction and HIV/AIDS Advisor, Médecins du Monde.  
При участии: Chloé Forette, Harm Reduction, HCV & HIV Advocacy Officer, Médecins du Monde; Olivier Maguet, Board Member in charge of HR Programs, Médecins du Monde; Dr. Eliot Ross Albers, PhD, Executive Director, INPUD Secretariat.

Июнь 2014.

#### **КОНТАКТНОЕ ЛИЦО**

**Niklas Luhmann**

MD, MPH - HR & HIV/AIDS Advisor

**[niklas.luhmann@medecinsdumonde.net](mailto:niklas.luhmann@medecinsdumonde.net)**

**+33 (0)1 44 92 13 17**

**[www.medecinsdumonde.org](http://www.medecinsdumonde.org)**