

Снижение вреда в Евразии

Общая информация

Регион Евразии охватывает разнообразные страны, с разным уровнем и способами у потребления веществ. Инъекционное употребление отмечается во всех странах региона^[4], но, как и в остальных странах мира наиболее широко употребляемым остается каннабис.^[18,37] В евразийском регионе за последнее десятилетие наблюдается растущая тенденция употребления стимуляторов амфетаминового ряда (САР).^[37] В частности, Чехия (а также в последнее время и соседние с ней страны) была связана с производством большей части амфетаминов на европейском рынке, а стимуляторы, согласно отчетам, являются основным инъекционным наркотиком, употребляемым в Чехии, Венгрии и Латвии.^[38] Несмотря на то, что в последние годы в Евразийском регионе инъекции в целом в качестве основного способа употребления уже не так часто используются, данные также показывают общую тенденцию к росту употребления САР и новых психоактивных веществ (НПВ) посредством других способов введения в организм (например, глотание, вдыхание и курение).^[18, 37]

Состояние снижения вреда в Евразии остается в значительной степени стабильным с 2016 года, за исключением некоторых стран, а именно Боснии и Герцеговины, Болгарии, Венгрии и Румынии, которые столкнулись с закрытием/сокращением программ снижения вреда. Снижение вреда по-прежнему упоминается в национальных политических документах в 26 из 29 стран региона.¹ Программы обмена игл и шприцев (ПОШ) дос

¹ Азербайджан, Россия и Туркменистан не включают снижение вреда в какие-либо национальные стратегии.

тупны в 27 из 29 стран региона. Со времени публикации последнего отчета о *Глобальном состоянии снижения вреда*, заметным изменением является закрытие ПОШ в Туркменистане и Болгарии.

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) доступна в 26 из 29 стран региона. В России, которая сохраняет значительное влияние в отдельных частях региона, правительства проводят репрессивную политику в отношении употребления наркотиков, включая национальный запрет на использование ОЗТ и крайне ограниченное предоставление услуг обмена игл и шприцев, несмотря на увеличение показателей распространенности ВИЧ^[38] и гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.^[38] Репрессивная идеология поддерживает ненаучные методы профилактики и лечения наркотической зависимости, которые лишают людей доступа к жизненно необходимым лекарственным средствам и услугам, приводят к грубым нарушениям прав человека, включая использование правоохранительными органами боли и мучений, связанных с синдромом отмены, для принуждения к даче показаний.^[39, 40] Услуги ОЗТ также недоступны в Туркменистане и Узбекистане.

Гражданское общество в России и в соседних с ней странах продолжает бороться за внедрение девяти основных услуг снижения вреда, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).^[2]

Уровень передачи ВИЧ, связанный с употреблением инъекционных наркотиков, снижился в некоторых странах региона (подробная информация представлена ниже). Однако, отличие от остальных стран, в России и Венгрии наблюдается рост распространенности ВИЧ^[38] и согласно отчету ЮНЭЙДС за 2018 год, на людей, употребляющих инъекционные наркотики, приходится 39% всех новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе.^[41] В

2016 году число людей, имеющих доступ к услугам снижения вреда в Венгрии, достигло самого низкого уровня за последние семь лет.^[17] В Украине наблюдается вторая по величине в регионе эпидемия ВИЧ, сконцентрированная среди ключевых групп населения.^[42] Во многих странах также наблюдается отсутствие интеграции услуг по тестированию и лечению ВИЧ в программы снижения вреда.^[2]

Кризис финансирования снижения вреда оказывает негативное влияние на ряд стран Евразийского региона.^[43] Жесткая экономия, уход международных доноров и слабая политическая поддержка снижения вреда являются основными факторами, провоцирующими данную ситуацию.^[43] В некоторых странах Евразии уход Глобального фонда оставил пробелы в финансировании услуг, которые впоследствии предстоит заполнить за счет поддержки со стороны государства.^[43] Гражданское общество в регионе сообщает о закрытии организаций сообществ и центров предоставления услуг. В некоторых случаях переход к государственному финансированию влияет на качество предоставляемых услуг, например, наблюдается поставка некачественных игл.^[2,44] Зачастую в местах, где есть услуги по снижению вреда, остается много барьеров для доступа к ним; например, женщины испытывают большие трудности, так как адаптированных моделей предоставления услуг по снижению вреда для женщин очень мало, если таковые вообще имеются.^[45] Роль неправительственных организаций (НПО) и организаций сообщества, предоставляющих услуги снижения вреда, по-прежнему не признается и не поддерживается большинством правительств в странах Евразии.

Изменения в реализации программ снижения вреда

Программы обмена игл и шприцев (ПОШ)

Количество стран в Евразии, в которых предоставляются услуги ПОШ, сократилось на одну с момента публикации *Доклада о глобальном состоянии снижения вреда в 2016 году*, в настоящее время услуги доступны в 27 из 29 стран. Несмотря на это, ограниченные часы работы, некачественные инструменты и стигматизация остаются барьерами и во многих ПОШ в странах региона.^[2] Согласно полученным данным, в Туркменистане действовали два сайта ПОШ в 2016 году, но в данный момент эти услуги больше не предоставляются. В 2017 году из-за прекращения донорского финансирования и отсутствия государственной поддержки все сайты ПОШ в Болгарии прекратили свое существование и перестали предоставлять иглы и шприцы.^[10] В 2016 году ВОЗ скорректировала свои цели по высокому охвату программами шприцев: в 2009 году цель охвата составляла 200 шприцев в год на одного человека, употребляющего инъекционные наркотики, к 2030 году этот показатель должен повыситься до 300 шприцев в год.^[46] В целом в регионе Евразии наблюдались как увеличение, так и спад доступности и охвата услугами ПОШ. Рассматривая конкретно количество сайтов, предоставляющих данный вид услуг, их количество увеличилось в 8 странах с момента выхода последнего отчета о *Глобальном состоянии снижения вреда в 2016 году* (эти страны - Грузия, Латвия, Польша, Словакия, Словения, Хорватия, Чешская Республика и Эстония). В Чехии с 2007 года было выдано около 6,5 миллиона шприцев, число людей, употребляющих наркотики и получающих доступ к услугам ПОШ, увеличилось, при этом в 2016 году число новых клиентов превысило 8 000 человек.^[47] Т.к. в Чехии инъекционным путем чаще употребляют метамфетамин, а не опиаты (по оценкам, около 75% закупаемых игл затем используются для употребления метамфетамина), требуется закупать большее количество шприцев,

потому что употребление стимуляторов предполагает более частые инъекции. Также в Чехии^[47] и Венгрии^[13] шприцы можно купить в торговых автоматах.

В ряде стран региона также предоставляются услуги мобильных ПОШ и аутрич-программ, которые раздают шприцы, иглы и другие инструменты для инъекций, а также во многих случаях предоставляют медицинские услуги или направляют к врачу. В Эстонии, в 2018 году начали работать два мобильных сайта ПОШ, услуги которого включают в себя тестирование и лечение ВИЧ, гепатита С, туберкулеза и заболеваний передающихся половым путем (ЗППП), хотя лечение гепатита С еще не доступно.^[48] В 2016 год, в Эстонии удалось раздать 2,1 миллиона шприцев в рамках ПОШ (как в мобильных, так и в стационарных сайтах программы), и хотя охват по региону может быть улучшен, люди, пользующиеся этими услугами, сообщили об удовлетворении своих потребностей.^[48] В период с 2015 по 2016 год, в Словакии был отмечен рост количества розданных шприцев, что, как и в случае с Чехией, было связано с увеличением инъекционного употребления стимуляторов.^[49] Латвия и Венгрия также сообщают о стимуляторах в качестве основного наркотика, употребляемого посредством инъекций.^[37] В связи с этим, в Латвии охват услугами ПОШ был увеличен с 2016 года, в то время как в Венгрии два основных сайта программы игл и шприцев были закрыты.^[17,50] Серьезная обеспокоенность по поводу возможного постепенного увеличения распространенности ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики была еще до закрытия программы^[17,52], а количество розданных шприцев в год на одного человека, употребляющего инъекционные наркотики и составляло только 10% (n=30) от рекомендуемого ВОЗ стандарта в 300 штук^[46]. Аналогичные опасения вызывает закрытие всех программ игл и шприцев в Болгарии.^[10]

² Торговые автоматы не предоставляют иглы и шприцы бесплатно.

Со времени выхода последнего отчета о *Глобальном состоянии снижения вреда* в 2016 году, снижение предоставления услуг ПОШ также наблюдалось в Сербии и Узбекистане. В 15 странах (Албания, Армения, Азербайджан, Беларусь, Босния и Герцеговина, Казахстан, Косово, Кыргызстан, Литва, Македония, Молдова, Черногория, Таджикистан, Россия и Украина) предоставление услуг ПОШ остается стабильным. В России ежегодно отмечаются 100 000 новых случаев ВИЧ-инфекции, причем большая доля этих случаев связана с небезопасным инъекционным употреблением наркотиков, нехваткой финансирования и низким охватом услуг снижения вреда.^[38] Представители гражданского общества в Казахстане сообщают, что шприцы, раздаваемые в рамках финансируемых правительством программ, имеют низкое качество, что может привести к росту случаев небезопасного употребления.^[2,44] В Румынии две НПО предоставляют услуги ПОШ; тем не менее, географический охват остается низким, а услуги доступны только в Бухаресте и области Илфов.^[28] В Украине женщины сталкиваются с высоким уровнем стигмы, дискриминации и насилия, что затрудняет для них доступ к услугам ПОШ.^[45] Вследствие этих причин необходимо введение адаптированных услуг снижения вреда, адвокацией которых занимается Женская международная сеть снижения вреда (WHRIN).^[45]

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)

Согласно данным за 2016 год, 26 стран региона имеют ту или иную форму программ ОЗТ, доступную для людей, употребляющих опиаты, в т.ч. инъекционно. ОЗТ запрещена в России, Туркменистане и Узбекистане, несмотря на рекомендации ВОЗ о *приоритетном* внедрении услуг ОЗТ и ПОШ в ответ на инъекционное употребление наркотиков как на проблему в сфере общественного здравоохранения.^[51] В Таблице 2.2.1 показаны высокие показатели распространения ВИЧ и гепатита С среди 1,8 миллиона человек,

употребляющих инъекционные наркотики в России. Для сравнения: с 2011 по 2016 год ежегодный рост распространения ВИЧ во всем мире составил 10% (включая страны Африки к югу от Сахары – наиболее затронутый эпидемией регион). В России за тот же период уровень распространения ВИЧ вырос на 75%.^[52] Исследование Международной сети снижения вреда (Harm Reduction International) показало, что в то время как на Россию приходится 20% всех людей, употребляющих инъекционные наркотики в странах с низким и средним уровнем дохода, уровень инвестиций в снижение вреда в стране настолько низок, что составляет лишь 1% от общего объема финансирования снижения вреда в странах с низким и средним уровнем дохода.^[53]

В 26 странах региона, предоставляющих ОЗТ, в течение последних двух лет положение в этой области оставалось в основном стабильным; однако охват программ существенно различается, и в некоторых из них является крайне низким.^[2] ОЗТ с использованием героина все еще остается недоступной услугой в регионе Евразии. Гражданское общество в Румынии сообщает о сокращении объема услуг ОЗТ.^[27] В Косово менее 0,3% оценочного числа людей, употребляющих инъекционные наркотики, получают ОЗТ.^[20] В Литве ОЗТ может назначаться только психиатрами и в специализированных центрах, при этом пациент должен иметь медицинскую страховку.^[30,54] Метадон остается наиболее широко используемой формой предоставления ОЗТ в регионе; однако, невозможность выдачи метадона на руки из-за жестких нормативных рамок, позиции правоохранительных органов и отсутствия доверия между поставщиками услуг и клиентами усугубляют проблемы доступа к этим услугам для людей, употребляющих инъекционные наркотики.^[2]

В отличие от услуг ПОШ, многие правительства полностью финансируют предоставление ОЗТ в регионе, в том числе в таких странах, как Азербайджан, Болгария, Хорвати

я, Чешская Республика, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Сербия, Словакия и Словения.^[2] В Беларуси и Грузии государственное финансирование услуг ОЗТ в последнее время увеличилось.^[2] В Беларуси в настоящее время предоставление ОЗТ финансируется государством, за исключением расходов на лекарственные препараты (лекарственные средства закупаются за счет Глобального Фонда).^[2] Грузия в 2017 году начала предоставлять полное финансирование всех метадоновых программ, охват которых составляет около 6000 человек. Еще 1200 человек получают бупренорфин в рамках частной системы.^[2,55] В Эстонии охват ОЗТ считается стабильным, государственное финансирование услуг по снижению вреда увеличивается; однако людей, которые хотят начать лечение, сначала включают в лист ожидания.^[48] В 2018 году правительство Украины обязалось предоставить финансирование и расширить доступ к услугам ОЗТ более чем для 10 000 человек в 178 медицинских учреждениях.^[56]

В Казахстане сокращение финансирования со стороны Глобального Фонда и ограниченная политическая поддержка привели к тому, что предоставление ОЗТ ограничивается пилотными программами на 10 сайтах в трех городах, при этом менее 1% людей, употребляющих наркотики, имеют доступ к данным программам.^[53] Репрессивная политика и правовая среда, неравный охват в сельских и городских условиях, стигма и требование воздерживаться от употребления уличных наркотиков - все это создает барьеры для доступа и приверженности к ОЗТ. Ранее в 2018 году, правительство Казахстана грозило закрыть все программы ОЗТ в стране, подчеркнув политическую уязвимость этих услуг. По всей видимости, оперативный ответ гражданского общества на это заявление приостановил принятие данного решения.^[57]

Стимуляторы амфетаминового ряда (САР), кокаин и его производные и новые психоактивные вещества (НПВ)

Марихуана является наиболее популярным наркотиком почти во всех странах региона, однако в последнее десятилетие в Евразии наметилась тенденция к росту употребления стимуляторов амфетаминового ряда.^[37] В частности, на Чехию (а в последнее время и на соседние с ней страны) приходится большая часть европейского рынка метамфетамина, причем стимуляторы являются основным инъекционным наркотиком в Чехии, Венгрии и Латвии.^[37] Хотя число случаев инъекционного употребления в целом снизилось за последнее десятилетие,^[37] информация, полученная от многих стран, оказывает увеличение популярности употребления стимуляторов амфетаминового ряда при помощи других, не инъекционных способов, например в Польше,^[26] и Эстонии^[14], где амфетамины являются наиболее часто употребляемым стимулятором, или в Словакии или Литве^[54] (в столице страны, Вильнюсе, был обнаружен самый высокий в Европейском Союзе уровень остаточных следов амфетаминов в сточных водах).^[49]

В недавнем докладе Mainline, организации, работающей в сфере снижения вреда в Нидерландах, был представлен наиболее полный обзор программ и практик по снижению вреда от стимуляторов, доступных на сегодняшний день.^[58] В докладе представлен обзор литературы по различным типам стимуляторов, способам употребления и стратегиям снижения вреда, включая кейсы со всего мира и обзоры интервенций, специфичных для людей, употребляющих стимуляторы. Потенциальный вред здоровью от употребления стимуляторов отличается от вредного воздействия опиатов. Люди, употребляющие стимуляторы, считают, что они принадлежат к разным (социальным) сообществам людей, употребляющих наркотики, а это может означать, что услуги снижения вреда, ориентированные на людей, употребляющих опиаты, для них неактуальны или недоступны.^[58] Однако, как и в случае с людьми, употребляющими опиаты/инъекционные наркотики, рекомендуется целый комплекс мер,^[58] включающий такие услуги,

как раздача комплектов для безопасного курения (при курении крэка и метамфетами на); профилактика рискованного сексуального поведения; ориентированные на женщин услуги; комнаты безопасного употребления наркотиков; обучение стратегиям самоуправления; заместительная терапия; аутрич и интервенции на уровне сообщества; дроп-ин центры; предоставление временного жилья; психотерапия, а также услуги по тестированию веществ на качество и чистоту.^[58]

Услуги снижению вреда для людей, употребляющих стимуляторы, включая кокаин и его производные, МДМА и такие психоделики, как ЛСД (так называемые "клубные наркотики") относительно ограничены в странах Евразии. Ответные меры на употребление САР во всех странах Евразийского региона практически полностью основаны на принципах воздержания, за исключением применения подходов снижения вреда в Чехии и Польше.^[2] В Чехии, учитывая высокий процент людей, употребляющих метамфетамин посредством инъекций, а также данные, свидетельствующие о том, что более половины опрошенных когда-либо использовали общие инструменты для инъекций,^[47] многие программы снижения вреда (в том числе ПОШ) распространяют желатиновые капсулы, которые можно употреблять перорально, в качестве альтернативы инъекциям.^[47] Этот простой и недорогой подход может способствовать снижению риска заражения вирусами, передающимися через кровь, а также снижению вреда от воздействия токсичных веществ при курении.^[59] Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости (EMCDDA) сообщает, что в Чехии постоянно увеличивается число людей, обращающихся за услугами снижения вреда.^[47] В Польше пилотный проект, действующий в Варшаве, предлагает услуги проверки чистоты веществ и распространяет специальные тест-полоски в клубах, на фестивалях и других мероприятиях.^[60] Помимо этого, в рамках проекта в интернет-магазинах закупаются образцы имеющихся на ры

нке веществ, которые потом тестируются, оцениваются, а полученная в результате информация распространяется среди людей, употребляющих наркотики.^[60] Во многих случаях НПВ рекламируются как синтетические каннабиноиды, но по факту содержат синтетические опиаты.^[60] В ряде стран барьером для предоставления услуг по проверке наркотических веществ на чистоту является требование для поставщиков таких услуг получить специальную лицензию, которая позволяет хранить и исследовать вещества, внесенные в списки; во многих странах проверка вещества на чистоту не принимается в качестве уважительной причины для получения такой лицензии.^[61]

Новые психоактивные вещества способствуют росту употребления стимуляторов амфетаминового ряда в Евразии. Согласно Всемирному докладу о наркотиках Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) за 2018 год, 36% всех НПВ на мировом рынке являются стимуляторами.^[18] Со времени публикации последнего отчета о Глобальном состоянии снижения вреда в 2016 году, многие страны Евразии сообщают об увеличении уровня употребления НПВ.^[2] В основном НПВ глотают, нюхают, курят или употребляют посредством инъекций; но в большинстве случаев, инъекционный способ употребления связан либо с синтетическими стимуляторами, либо с опиатами.^[2] Порой люди, употребляющие героин или метамфетамин, особенно там, где эти вещества могут быть временно недоступны, переходят на НПВ.^[2] Причинами перехода на употребление НПВ, а не традиционных веществ, часто являются цена, доступность и меньшая вероятность обнаружения вещества полицией и сотрудниками правоохранительных органов.^[2] НПВ часто популярны среди молодежи, что представляет собой проблему для программ снижения вреда с точки зрения охвата, особенно если молодые люди употребляют наркотики посредством инъекций и не знают о потенциальных рисках.^[2,37]

В Венгрии в последние годы наблюдается переход от традиционных инъекционных наркотиков (героин или амфетамин) к инъекционному употреблению НПВ (а именно синтетических катинонов, воздействие которых подобно амфетамину и МДМА).^[17] Другие НПВ, которые часто употребляются другими способами (например, их глотают, нюхают или курят) также становятся все более популярными среди молодых людей.^[17] Сог

ласно данным EMCDDA за 2018 год, не смотря на то, что количество *НОВЫХ* психоактивных веществ снизилось по сравнению с пиком, достигнутым в 2015 году, ежегодно регистрируется около 400 новых видов таких веществ.^[37] НПВ, в основном синтетические каннабиноиды и катиноны, чаще всего импортируются из Чехии, Польши и Венгрии или поступают напрямую из стран Восточной Азии (в основном из Китая).^[49]

НПВ представляют постоянно усугубляющуюся проблему для сферы и практики снижения вреда, а услуги по снижению вреда от НПВ в регионе являются неудовлетворительными. Даже в тех странах, где более широкая раздача шприцев среди лиц, употребляющих стимуляторы/НПВ находит политическую поддержку, организациям часто не удается обеспечить достаточное количество шприцев или их хорошее качество.^[44]

Передозировки, профилактика передозировок и комнаты безопасного употребления

В странах Евразии передозировки продолжают быть основной причиной смерти, связанной с употреблением опиатов.^[37] Согласно данным по употреблению наркотиков в странах Европейского Союза (некоторые из них также являются странами региона Евразии и упоминаются в данном отчете), опиаты были причиной 84% случаев смертельных передозировок.^[37] В 2018 году в Эстонии был зафиксирован самый высокий показатель смертей от передозировки среди всех стран Европейского союза, причем причиной большинства случаев был фентанил.^{3 [37]} Истинные масштабы передозировок и смертности трудно оценить из-за непоследовательности отчетов и различий систем мониторинга, что приводит к систематическому занижен

³ Фентанил и его аналоги являются синтетическими опиатами, воздействие которых может быть в 50 раз превышать эффект героина и в 100 раз - эффект от морфия.

ию показателем. Например, в Литве уровень смертности, связанной с наркотической зависимостью, среди взрослых в возрасте от 15 до 64 лет почти вдвое превышает средний показатель по Европе.^[54] В Венгрии опиаты были причиной примерно четверти всех случаев смерти, связанных с употреблением наркотиков, при этом анализы показывали употребление опиатов вместе с другими веществами.^[17] Несмотря на то, что в 2015 году в Чехии наблюдалась более низкая доля смертей, вызванных употреблением опиатов, в 2016 году количество случаев смерти от передозировки *рецептурными* опиатами увеличилось.^[47] В Словакии, как и во многих других странах региона, число смертей, вызванных употреблением наркотиков, относительно невелико, но около девяти из десяти таких случаев смерти связано с опиатами.^[49]

Налоксон является высокоэффективным антагонистом опиатов, используемым для устранения симптомов передозировки в течение нескольких минут. Однако это медицинское средство, которое можно применять целым рядом способов (интраназально, сублингвально и трансбуккально), может быть эффективным только при своей доступности.^[62-65] В Эстонии налоксон предоставляют всего пять поставщиков услуг (в Хартюском и Ида-Вирусском уездах), но наборы могут выдаваться только медицинскими работниками. Людей, употребляющих опиаты, а также их родственников обучают тому, как распознавать передозировку, применять налоксон и оказывать первую помощь до прибытия скорой.^[14] В период с 2013 по 2016 год, 1770 человек прошли тренинги по использованию налоксона, а также были розданы 1764 набора с налоксоновыми шприцами.^[48] 466 наборов были предоставлены повторным клиентам, причем 95% явились за дополнительным набором по причине того, что шприц с налоксоном был использован, чтобы спасти чью-то жизнь.^[48]

В конце 2016 года в Литве началась пилотная программа раздачи налоксона, но он предоставляется только после того, как клиент пройдет программу детоксикации.^[54] В 2013 году в Кыргызстане и Таджикистане были запущены две пилотные программы раздачи налоксона, в рамках которых люди, употребляющие инъекционные наркотики, были обучены основам профилактики передозировок и применению налоксона.^[66] На протяжении действия пилотной программы 81,5% участников в Кыргызстане и 59,3% участников в Таджикистане сообщили об успешном применении налоксона для предотвращения симптомов передозировки.^[66] В Таджикистане программы по раздаче налоксона все еще продолжают действовать, и клиенты могут получить доступ к нему, обратившись в программы снижения вреда.^[2] В Украине, благодаря финансированию Глобального Фонда, налоксон может быть получен через медицинских и социальных работников, обученных профилактике передозировок, и распространяется в рамках программ снижения вреда и при аутрич-выходах.^[34] В России такие организации как Фонд Андрея Рылькова предоставляют налоксон людям, употребляющим наркотики, в рамках аутрич-программ. В 2018 году производство налоксона в России прекратилось, и представители гражданского общества сообщают, что доступ к данному лекарственному препарату в настоящее время сопряжен с рядом трудностей.^[67]

Во многих других странах региона налоксон отпускается только по рецепту.^[2] Хотя медицинский персонал скорой медицинской помощи имеет доступ к налоксону во всех странах, для тех, кто с наибольшей вероятностью может стать свидетелем передозировки, доступ к нему крайне ограничен.^[2] Программы снижения вреда предоставляют налоксон в Беларуси, Грузии, Эстонии, Литве (частично), Казахстане и Кыргызстане.^[2] Тем не менее, профилактика передозировок (если она проводится) часто носит фрагментарный характер из-за недостатка финансирования, нехватки ресурсов и недостат

очной осведомленности стран в отношении эффективности данного жизненно важного медицинского средства.^[2]

По данным 2018 года, в странах евразийского региона нет ни комнат для употребления наркотиков (также известных как сайты профилактики передозировок), ни пространств для безопасных инъекций.

Вирусный гепатит

Согласно данным отчета о *Глобальном состоянии снижения вреда* за 2016 год, распространенность гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, составила более 50% в 16 странах Евразии, что совпадает с данными 2018 года. Например, с 2011 года уровень заболеваемости гепатитом С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Венгрии увеличился в два раза^[17], а исследование в Латвии в 2014 году показало, что показатель распространенности гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, составляет 85,4%.^[23] Только в некоторых странах региона имеются национальные программы лечения гепатита С, независимо от планов действий или политических заявлений.^[2] Лечение гепатита С часто сопровождается высокими финансовыми затратами и не является бесплатным для входа.^[2] Там, где лечение доступно, часто существуют ограничительные критерии; например, в Беларуси и Казахстане государство будет покрывать расходы на лечение, только если человек коинфицирован ВИЧ.^[2] В Венгрии, в то время как лечение доступно и не требует высоких затрат, доступ ограничен и вает длинный список ожидания.^[2] В Эстонии и Литве лечение доступно бесплатно только на поздних стадиях фиброза.^[2] В Эстонии лечение гепатита С осуществляется в основном в рамках системы медицинского страх

ования, что представляет собой барьер для многих людей, употребляющих наркотики и, которые не имеют частной медицинской страховки.^[48]

В Чехии и Словении лечение гепатита С доступно всем людям, употребляющим инъекционные наркотики, и предоставляется государственными медицинскими учреждениями, но доступ к терапии остается ограниченным.^[47,49] Доступ к тестированию на гепатит С и лечению в Литве, Молдове и Румынии ограничен и доступен только тем людям, которые имеют государственную медицинскую страховку или могут самостоятельно покрыть расходы на тестирование и лечение. В Литве только четыре учреждения во всей стране предоставляют тестирование на вирусные гепатиты.^[54] В Украине благодаря финансированию Глобального Фонда лечение гепатита С предоставляется бесплатно ключевым группам населения, включая людей, употребляющих наркотики (государство финансирует лечение для населения в целом).^[68,69] В Армении, России и Таджикистане лечение гепатита С доступно только тем, кто может полностью покрыть расходы.^[2] В Латвии, Черногории, Сербии и Албании люди, употребляющие инъекционные наркотики, обязаны прекратить употребление до получения лечения от гепатита С.^[2]

Тестирование и лечение гепатита С: комплексный подход в Грузии

Грузия является первой страной в регионе, которая приступила к осуществлению общенациональной программы ликвидации гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Программа была запущена в апреле 2015 года при содействии и технической помощи со стороны Центра по контролю и профилактике заболеваний США, при этом Gilead Sciences обязались бесплатно предоставить противовирусные препараты прямого действия (DAA).^[70] По состоянию на март 2018 года, по всей стране действовал 31 пункт лечения гепатита С, в 2017 году

пункты лечения гепатита были интегрированы в систему ОВТ, а в 2018 году - включены в ПОШ^[2, 55] На сегодняшний день 500 000 человек прошли скрининг и более 40 000 человек начали лечение^[55]

Представители гражданского общества и правозащитники в сфере общественного здравоохранения считают, что программа по ликвидации гепатита С в Грузии позволит извлечь полезные уроки для будущих программ лечения гепатита, особенно по мере того, как лечение становится более финансово доступным и все больше стран стремятся предоставлять услуги по лечению гепатита С^[71]

Туберкулез (ТБ)

Данные о распространенности ТБ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, часто являются недостаточными, и без них трудно оценить истинную распространенность ТБ среди этой группы населения в регионе. Общая заболеваемость туберкулезом в странах Европейского Союза (Болгария, Хорватия, Чешская Республика, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Румыния, Словакия и Словения) является низкой.^[72] Тем не менее, в регионе Евразии уровень обнаружения новых случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ -Т Б) остается самым высоким^[72], причем на долю Беларуси, Молдовы и Узбекистана приходится 35,8%, 31,1% и 44,6% всех случаев соответственно.^[72] В Казахстане, Кыргызстане, России, Таджикистане и Украине распространенность МЛУ -Т Б составляла 20–29%, и 10–19% в Армении, Азербайджане, Эстонии и Латвии.^[72] В Российской Федерации - стране с крайне высоким уровнем заболеваемости ТБ - показатели заболеваемости упали на 13% за период 2013-2017 гг.^[73] Тем не менее, Россия остается одной из трех стран, на которые приходится почти половина случаев МЛУ -Т Б в мире.^[73] Туберкулез также остается основной причиной смерти от СПИДа среди людей, живущих с ВИЧ в Украине.^[42]

Уровень интеграции ТБ в программы снижения вреда варьируется по всему региону, и теоретически скрининг на ТБ и лечение доступны во всех странах региона Евразии. Учитывая, что туберкулез остается серьезной проблемой для здоровья людей, живущих с ВИЧ, в Эстонии проводится бесплатный скрининг на туберкулез на регулярной основе для представителей групп риска, не имеющих медицинской страховки, включая людей, употребляющих инъекционные наркотики.^[14] В Румынии лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции предоставляется всем инфицированным пациентам, но уровень доступа к лечению хронической инфекции ВГС остается низким.^[28]

Проект DETECT-TB (раннее выявление и интегрированное ведение больных туберкулезом в Европе) был запущен в 2016 году и направлен на содействие снижению уровня и окончательной ликвидации туберкулеза в Европейском Союзе. Проект подчеркивает важность ранней диагностики уязвимых групп населения, включая людей, употребляющих инъекционные наркотики и заключенных, а также обмен передовым опытом между странами программы. Мобильный проект работает через сеть партнеров в шести странах, две из которых находятся в регионе Евразии (Болгария и Румыния).^[74,75] Хорошие кейсы показывают, что охват маргинализированных групп населения такими программами может служить связующим звеном между этими группами и официальными институтами в сфере здравоохранения.^[76] Как и в случае с другими инфекционными заболеваниями, связанными с употреблением инъекционных наркотиков, стигма и отсутствие осведомленности также играют важную роль в распространении эпидемии туберкулеза.^[76-78]

ВИЧ и антиретровирусная терапия (АРТ)

Согласно отчету ЮНЭЙДС за 2018 год, 39% всех новых случаев ВИЧ-инфекции в странах Евразии были вызваны употреблением инъекционных наркотиков.^[41] Однако, способы передачи значительно варьируются от страны к стране. Примечательно, что число случаев ВИЧ, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, снизилось в Польше,^[26] Латвии,^[23] и в Эстонии, где, согласно оценкам, только 30 новых случаев ВИЧ-инфекции были связаны с употреблением инъекционных наркотиков в 2016 году, что ниже, чем в предыдущие годы.^[14] В Словакии только один случай ВИЧ в 2016 году был связан с инъекционным употреблением наркотиков.^[49] В целом, в Литве доля новых случаев ВИЧ-инфекции, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, снизилась с более чем 60% в 2010 году до менее 30% в 2015, но увеличилась примерно до 40% в 2016 году.^[54] В Латвии число новых случаев ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в последнее десятилетие оставалось стабильным, тем не менее, результаты исследования среди людей, употребляющих инъекционные наркотики в Риге (столице страны), показали, что у около четверти исследуемых был положительный результат на ВИЧ.^[23] Этот пример иллюстрирует сложность в оценке истинных показателей ВИЧ среди криминализованного и стигматизированного населения. В России в период с 2011 по 2016 год число новых ВИЧ-инфекций увеличилось на 75%.^[38]

Во многих странах региона услуги тестирования и лечения ВИЧ не интегрированы в программы снижения вреда.^[2] Но если такая интеграция наблюдается, уровень включения этих услуг часто зависит от ситуационного сотрудничества между организациями, предоставляющими услуги снижения вреда, и специализированными медицинскими

⁴ Данные о способах и путях инфицирования в значительном числе новых случаев инфекций в Польше отсутствуют, поэтому могут быть не репрезентативными.

ими учреждениями.^[2] В Литве экспресс-тестирование на ВИЧ для людей, употребляющих наркотики, теперь проводится в медицинских центрах, тогда как раньше тесты проводились в НПО, нанятой ими медсестрой.^[2] Организации гражданского общества обеспокоены тем, что подобные изменения могут привести к снижению охвата этой услугой и без того в высокой степени стигматизированной и труднодоступной группы.^[2] Исследование, проведенное в 2016 году в Казахстане и Кыргызстане, показало, что страх быть поставленным на наркоучет мешает людям, употребляющим наркотики, обратиться за медицинской помощью и получить доступ к медицинским услугам.^[79] Дополнительные нормативные барьеры для эффективного проведения тестирования на ВИЧ и лечения были обнаружены в Армении и Таджикистане, где НПО для этого необходимо получить специальную медицинскую лицензию. Чтобы обойти данные правила, некоторые НПО сотрудничают с медицинскими учреждениями для проведения тестирования.^[2]

Для достижения целей 90-90-90, установленных ЮНЭЙДС,^[52] необходимо в срочном порядке расширить девять групп основных мероприятий по снижению вреда, рекомендованных ВОЗ, в регионе,^[51] особенно с учетом растущего уровня ВИЧ, связанного с небезопасным инъекционным употреблением наркотиков в таких странах, как Россия, Туркменистан и Узбекистан.

Снижение вреда в тюрьмах

По оценкам ЮНЭЙДС, 56-90% людей, употребляющих инъекционные наркотики, будут заключены в тюрьму на каком-либо этапе их жизни.^[80] В Евразии преступления, связанные с наркотиками, являются основной причиной переполненности тюрем^[81], хотя доля заключенных варьируется от страны к стране. В опросе 2015 года более трети з

а заключенных в Словении сообщили, что когда-либо употребляли наркотики в течение жизни, причем каждый четвертый опрошенный заявил, что употреблял наркотики в тюрьме.^[49] В Латвии примерно 69% заключенных употребляли наркотики в какой-либо период своей жизни, а 40% употребляли в прошлом месяце.^[23] Было также установлено, что употребление наркотиков встречается среди женщин-заключенных чаще, чем среди заключенных-мужчин.^[23] В 2016 году опрос, проведенный в местах лишения свободы в Чехии, показал, что более половины заключенных употребляли запрещенные наркотические средства до заключения, 41% из них употребляли метамфетамин.^[47] Употребление инъекционных наркотиков также часто встречается в местах лишения свободы Чехии: около 7% людей употребляют инъекционные наркотики в тюрьмах, а 6% сообщили, что делятся инструментами для инъекций с другими заключенными.^[47] На момент публикации, услуги ПОШ в тюрьмах Чехии не предоставлялись. В России около 23% заключенных осуждены за преступления, связанные с наркотиками.^[82]

Программы игл и шприцев функционируют в тюрьмах только пяти из 29 стран региона Евразии: Армения (все тюрьмы),^[83] Кыргызстан (7 тюрем),^[21] Македония (подробности отсутствуют),^[84] Молдова (18 тюрем),^[85] Таджикистан (1 тюрьма).^[86] Румыния также предоставляет ПОШ в 9 из 45 тюрем;^[13] однако, согласно полученным данным, услугами этой программы никогда не пользовались^[28], поскольку для участия в этой программе заключенные должны официально зарегистрироваться.^[84,87] Молдова

⁵ Данные 2014 года.

⁶ Данные 2014 года.

является одной из единственных стран в регионе, которой удалось расширить охват ПОШ с 13 тюрем в 2016 году, до 18 тюрем в 2018 году.

Доступ к ОЗТ в тюрьмах является более распространенным явлением, чем доступ к ПОШ и в настоящее время ОЗТ в тюрьмах предоставляется в 18 странах: Албания,^[88] Армения,^[83] Босния и Герцеговина,^[89] Болгария,^[9] Хорватия,^[12] Чехия,^[47] Эстония,^[14,48] Грузия,^[90] Кыргызстан,^[21] Латвия,^[23] Македония,^[84] Молдова,^[85] Черногория,^[2] Польша,^[84] Румыния,^[84] Сербия,^[84] Словения^[91] и Украина. Согласно данным отчета о *Глобальном состоянии снижения вреда* за 2016 год, услуги ОЗТ были доступны в Литве;^[54] тем не менее исследование, проведенное в 2018 году, показывает, что ОЗТ доступна только в случае, если задержанный содержится под стражей в полиции и уже зарегистрирован в программе ОЗТ. ОЗТ прекращается, когда задержанного переводят в тюрьму.^[54]

Хотя ОЗТ предоставляется в 18 странах, качество и доступность программы существенно различаются, как внутри стран, так и по сравнению с соседними странами. ОЗТ доступна во всех тюрьмах Эстонии.^[48] Молдова занимает позицию регионального лидера по увеличению охвата ОЗТ в тюрьмах; услуги предоставляются через 10 неправительственных организаций и Департамент пенитенциарных учреждений.^[85] В Словении на более недавние данные за 2016 год показывают, что около две трети заключенных, употребляющих опиаты, имеют доступ к ОЗТ.^[92] В Грузии услуги ОЗТ доступны только в трех из 15 тюрем страны и предоставляются только в целях детоксикации максимум в течение трех месяцев.^[2] В Польше наблюдается такой же подход к предоставлению данных услуг, основанный на принципах полного отказа от употребления.^[84] Хотя обе м

⁷ Доступно только при детоксикации.

⁸ ОЗТ невозможно начать, находясь в тюрьме, может быть предоставлена только в случае продолжения лечения.

одеди недостаточно подходят под критерии программ снижения вреда, важно отметить их наличие и возможность предоставления этих услуг. Согласно нашим данным, ОЗТ доступна в тюрьмах в Венгрии, но в основном предоставляется в качестве одной из форм детоксикации.^[17] В Чехии включение в программу и начало ОЗТ происходит только в исключительных случаях, но в шести тюрьмах страны терапия может быть предоставлена людям, которые уже принимали ОЗТ до тюремного заключения. На момент написания данного доклада, только 63 человека получали ОЗТ в чешских тюрьмах.^[47,92] В Черногории, Сербии, Албании и Латвии прием ОЗТ не может быть начат в тюрьме, но продолжительное лечение терапия доступна.^[2]

Как и в 2016 году, общий запрет на ОЗТ как в тюрьмах, так и в целом для населения все еще остается в силе в России, Туркменистане и Узбекистане. ОЗТ также по-прежнему отсутствует в тюрьмах Азербайджана, Беларуси, Венгрии, Казахстана, Косово, Литвы, Словакии и Таджикистана. Исследования показали, что заключенные с большей вероятностью подвержены заражению вирусами, передающимися через кровь,^[93,94] а инъекционное употребление наркотиков является частым явлением в тюрьмах во всем мире.^[95]

Недавний систематический обзор, посвященный риску заражения ВИЧ среди людей, ранее находившихся в местах лишения свободы, показал, что заключение в тюрьму людей, употребляющих инъекционные наркотики за преступления, связанные с наркотиками, ведет за собой увеличение риска заражения ВИЧ на 81%.^[96]

Важно обеспечить непрерывность доступа к программам игл и шприцев и ОЗТ в тюрьме для предотвращения передачи передаваемых через кровь вирусов и смертности среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и людей, употребляющих оп

иаты.^[97] Постановление Европейского суда по правам человека от 2016 года определил о, что отказ в предоставлении ОЗТ заключенному, находящемуся под стражей, наруш ает статью 3 Европейской конвенции о правах человека, которая запрещает бесчело вечное или унижающее достоинство обращение.^[98]

Люди, употребляющие инъекционные наркотики, также часто сталкиваются с передо зировками после освобождения из тюрьмы^[100-103], однако, во всех странах региона, за ис ключением Эстонии, заключенные не имеют доступа к налоксону после освобождени я. С сентября 2013 года в двух наиболее пораженных районах Эстонии действует прогр амма выдачи налоксона на руки, а в 2015 году охват программы был расширен и на зак люченных, ожидающих освобождения.^[14,48]

Тестирование на ВИЧ и лечение доступны в тюрьмах всех стран Евразии, хотя регул ирование, качество и охват этих услуг значительно различаются по странам.^[2] Тестир ование на гепатит С, лечение и медицинские услуги в тюрьмах региона весьма огран ичены, что обычно отражает ситуацию в стране и за пределами тюрем.^[2] Лишь нескол ько стран предоставляют лечение гепатита С во всех тюрьмах: Словакия,^[84] Словения^[84] и Эстония.^[48] В Венгрии и Украине лечение гепатита С доступно менее чем в полови не тюрем.^[84] В Грузии заключенные имеют доступ к противовирусным препаратам пря мого действия с момента запуска программы э л и м и н а ц и и гепатита в 2015 году, за это время лечение получили 2753 человека.^[103] Лечение гепатита С недоступно для зак люченных в тюрьмах Боснии и Герцеговины, Хорватии, Македонии и Польши.^[84]

Представители гражданского общества сообщают, что в большинстве стран в тюрьм ах п р е з е р в а т и в ы недоступны или доступны лишь в ограниченных количествах.^[2] Хотя в тюрьмах Эстонии предоставляется ОЗТ и налоксон, презервативы для заключ

енных не предоставляются.^[48] С августа 2017 года в одной из чешских тюрем действует экспериментальная программа раздачи презервативов (до этого презервативы были доступны только в тюремных столовых и в некоторых специальных комнатах для посещения заключенных).^[92] В рамках пилотной программы в ваннных комнатах/туалетах были установлены четыре автомата по продаже презервативов, а также мусорные баки для сбора опасных отходов. За первые 12 месяцев было распространено четыре тысячи презервативов, что привело к продлению пилотной программы и предложению о внедрении аналогичных пилотных проектов в других тюрьмах страны в 2018/2019 г.^[92]

Развитие политики в сфере снижения вреда

В 26 из 29 стран Евразии существует национальная стратегия по ВИЧ или наркотикам, которая включает прямую отсылку на снижение вреда. Как и в 2016 году, Азербайджан, Россия и Туркменистан по-прежнему отказываются включать снижение вреда в свою национальную политику. По крайней мере три страны (Албания, Чехия и Эстония) считают снижение вреда одним из четырех основных столпов своей национальной стратегии в сфере наркополитики.^[1,47] Несмотря на внедрение услуг по снижению вреда во многих странах региона, для подавляющего большинства государств в политической среде преобладают принципы карательной наркополитики, направленные на снижение уровня сбыта и криминализацию. В рамках этой политической среды распространена враждебность по отношению к снижению вреда. Национальное законодательство в сфере наркотиков в бывших советских республиках устанавливает низкие пороговые значения для преступлений, связанных с хранением, что приводит к несоизмеримым по своей длительности тюремным срокам.^[2]

Согласно данным отчета о *Глобальном состоянии снижения вреда* за 2016 год, Армения и Чехия декриминализовали хранение небольших количеств наркотических веществ.^[104] Хотя употребление и хранение небольшого количества наркотических средств не является уголовным преступлением в Армении, административный штраф за хранение остается настолько высоким, что не многие могут себе позволить его выплатить, и вместо этого людей часто арестовывают за неуплату штрафа.^[2] Низкая распространенность как ВИЧ, так и гепатита С (последнего - в сравнении с регионом) в Чехии среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, объясняется устойчивым предоставлением услуг снижения вреда в сочетании с декриминализацией и широким охватом.^[105] В январе 2017 года Литва ввела уголовную ответственность за хранение небольших количеств запрещенных наркотических средств. До этой даты хранение наркотического средства в небольшом размере являлось административным, а не уголовным правонарушением. Это привело к тому, что сотни людей были отправлены в тюрьмы.^[106] Евразийская ассоциация снижения вреда (ЕСАВ) провела оценочное исследование в Литве и обнаружила, что государство **потратило более 25 миллионов евро на заключение людей в тюрьму за хранение наркотиков.**^[107] В 2018 году власти Кыргызстана заявили, что употребление наркотиков будет декриминализовано в соответствии с новым Уголовным кодексом; тем не менее, необходимо провести дальнейшую оценку реализации и воздействия реформ, поскольку в настоящее время минимальный штраф за хранение наркотиков эквивалентен окладу за 18 месяцев.^[108]

В 2017 году Комитету ООН по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП) был представлен доклад, в котором рассматривался ряд нарушений прав человека в Эстонии в отношении нарушения социальных прав в отношении женщин, употребляющих наркотики и/или живущих с ВИЧ в Эстонии.^[109]

Гражданское общество и развитие адвокации и снижения вреда

Организации гражданского общества продолжают играть важную роль в движении за снижение вреда в Евразии в качестве поставщиков услуг, инициативных групп и консультантов при правительственных учреждениях. Во многих странах НПО предоставляют услуги по снижению вреда и либо направляют в медицинские учреждения, либо сами проводят тестирование и лечение ряда инфекционных заболеваний.^[2] Региональная сеть Евразийская ассоциация снижения вреда (ЕАС В) является хабом для 250 организаций и активистов сферы снижения вреда из 29 стран Евразии и работает над созданием благоприятных условий для обеспечения устойчивости программ снижения вреда, нерепрессивной наркополитики и повышения уровня жизни людей, употребляющих наркотики.^[111] Страновые сети людей, употребляющих наркотики, также существуют в Эстонии, Македонии, Грузии, Азербайджане, Кыргызстане и Черногории.^[2,48] Также недавно были созданы такие организации, как Белорусская национальная организация пациентов ОЗТ «Твой Шанс»^[108], организация литовских потребителей наркотиков «Молодая волна»^[108,111] и Украинская сеть женщин, употребляющих наркотики.^[45] В Казахстане сформировалась адвокационная группа людей, употребляющих наркотики, с активными представителями, занимающимися вопросами снижения вреда и адвокации в сфере здравоохранения на национальном уровне.^[108]

В Грузии реформа наркополитики стала важной темой в политических дебатах в течение последних двух лет.^[2] Грузинская наркополитика является одной из самых жестких в регионе, где хранение любого количества вещества (в любых целях) является наказуемым деянием, влекущим за собой длительные сроки тюремного заключения.^[2] К

роме того, обязательное уличное тестирование на употребление наркотиков стало лидирующим методом вмешательства со стороны правоохранительных органов в стране.^[2] Грузинская национальная платформа по наркополитике (коалиция из 41 НПО) разработала серию законодательных поправок, направленных на изменение действующего законодательства в области наркотиков, и на декриминализацию употребления наркотиков и хранения небольших количеств вещества для личного употребления.^[55] В июне 2017 года группа депутатов от парламентского большинства представила в парламент исправленный законопроект. Слушания по предлагаемым законодательным поправкам выявили огромный разброс мнений как среди лиц, принимающих решения, так и среди широкой общественности, причем эти поправки на момент публикации все еще находятся на рассмотрении.^[2] Национальная платформа по наркополитике Грузии является примером скоординированной и консолидированной работы представителей гражданского общества, активистов и 3 людей, употребляющих наркотики, организаций, оказывающих услуги в сфере наркополитики, правозащитников, врачей, исследователей, политиков и других заинтересованных групп.^[2]

Развитие финансирования в сфере снижения вреда

В отчете Международной организации снижения вреда за 2017 год было установлено, что в ряде стран Евразии наблюдается кризис финансирования сферы снижения вреда, особенно в таких странах, как Болгария, Румыния, Польша и Венгрия.^[43] Жесткая экономия, уход международных доноров и слабая политическая поддержка снижения вреда являются основными факторами, лежащими в основе продолжающегося кризиса финансирования.^[43] В 2016 году анализ выделенного финансирования на профилактику

ику и лечение ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в восьми странах региона (Армения, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Молдова и Украина) показал, что в странах Евразии для финансирования услуг могут использоваться как внутренние ресурсы, так и средства доноров.^[112] Болгария, например, выделила всего 4% своего бюджета на услуги по ВИЧ для людей, употребляющих инъекционные наркотики, тогда как Грузия выделила 40%.^[112]

В отчете 2018 года Международной организации снижения вреда также подчеркивается влияние сокращения финансирования снижения вреда и оказания услуг со стороны Глобального Фонда.^[53] Некоторые страны, которые в значительной степени зависели от Глобального Фонда по финансированию услуг по снижению вреда, столкнулись с резким спадом финансирования на период с 2017 по 2019 год.^[53] Например, в годовом исчислении объем финансирования в Молдове на период 2017–2019 гг. сократился на 43% по сравнению с 2014–2016 гг.^[113] Казахстан также в значительной степени зависел от средств Глобального Фонда, причем большая часть полученных средств использовалась для приобретения игл, шприцев и презервативов.^[53] Получение Казахстаном статуса страны с уровнем дохода выше среднего в сочетании с низкой общей распространенностью ВИЧ в стране привело к тому, что страна больше не имела права получать финансирование от Глобального Фонда в грантовый период с 2014 по 2016 гг. Несмотря на то, что национальное правительство также оказывало финансовую поддержку сайтам ПОШ, только 4,7% от общего бюджета страны в сфере профилактики и лечения ВИЧ были направлены на услуги по профилактике и только 2,7% на услуги для людей, употребляющих инъекционные наркотики.^[53] В 2018 году сайты ОЗТ в Казахстане находятся под угрозой закрытия, т.к. правительство рассматривает возможность прекращения их деятельности.^[53,114] Также представители гражда

нского общества заявляли о раздаче некачественных шприцев в рамках правительственных программ, что может привести к небезопасному и рискованному инъекционному употреблению.^[2,44] Пример Казахстана иллюстрирует политическую уязвимость программ снижения вреда, и побудил гражданское общество к действиям по привлечению правительства к ответственности.^[53]

Со времени последнего отчета о *Глобальном состоянии снижения вреда* в 2016 году, государственное финансирование программ по ВИЧ, включая снижение вреда, увеличилось в Польше, Грузии, Беларуси и Эстонии.^[2,48] В Польше решение правительства выделить финансирование на снижение вреда от средств, полученных в результате налога обложения азартных игр, как сообщается, привело к улучшению как уровня услуг снижения вреда, так и лечения наркозависимости в стране.^[2] Здесь программы снижения вреда со-финансируются местными органами власти и Национальным бюро по профилактике наркотической зависимости.^[26]

Центральное место в задаче по обеспечению устойчивости и качества услуг снижения вреда в регионе занимает отсутствие политической поддержки этой сферы.

СНОСКИ

1. EMCDDA (2017) Albania: National Drug Report 2017. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4700/National%20drug%20report_Albania.pdf.
2. Otiashvili D (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
3. Larney S, Peacock A, Leung J, Colledge S, Hickman M, Vickerman P, et al. (2017) 'Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review.' *Lancet Glob Health* 5(12):e1208-20.
4. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. (2017) 'Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review.' *Lancet Glob Health* 5(12):e1192-207.
5. UNAIDS (2013) Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
6. UNAIDS (2016) Global AIDS Response Progress Reporting: Belarus. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
7. AMPMG (2014) Size Estimation Report of MSM, PWID, SW Population in Bosnia and Herzegovina. Bosnia and Herzegovina: AIDS Project Management Group.
8. Ibisevich S (2018) personal communication.
9. EMCDDA (2018) Bulgaria Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
10. Georgieva Y (2018) personal communication.
11. Latypov A, Bidordinova A, Khachatryan A (2012) Opioid Substitution Therapy in Eurasia: How to Increase the Access and Improve the Quality. London: International Drug Policy Consortium.
12. EMCDDA (2018) Croatia Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

13. EMCDDA (2018) Statistical Bulletin 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018_en.
14. EMCDDA (2018) Estonia Drug Report. 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
15. Bemoni Public Union, CIF (2018) Population Size Estimation of People who Inject Drugs in Georgia 2016-2017. Tbilisi: Curatio International Foundation.
16. Bemoni Public Union, CIF (2018) HIV Risk and Prevention Behaviors Among People who Inject Drugs in Seven Cities of Georgia. Tbilisi: Curatio International Foundation.
17. EMCDDA (2018) Hungary Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
18. UNODC (2018) World Drug Report. Vienna: United Nations Office On Drugs and Crime.
19. UNAIDS (2016) Global AIDS Response Progress Reporting: Kazakhstan. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
20. UNAIDS (2015) Global AIDS Response Progress Reporting: Kosovo. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
21. UNAIDS (2015) Global AIDS Response Progress Reporting: Kyrgyzstan. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
22. Michels I, Keizer B, Trautmann F, Stover H, Robello E (2017) 'Improvement of treatment of drug use disorder in Central Asia and the contribution of the EU Central Asia Drug Action Programme (CADAP).' *J Addict Med Ther* 5(1):1025.
23. EMCDDA (2018) Latvia Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
24. EHRA (2016) The Impact of Transition from the Global Fund Financing on the Sustainability of Harm Reduction Programs: A Case Study from Macedonia. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Association.
25. UNAIDS (2016) Global AIDS Response Progress Reporting: Moldova. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
26. EMCDDA (2018) Poland Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

27. Urgan M (2018) personal communication.
28. EMCDDA (2018) Romania Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
29. EHRA (2015) The Impact of Transition from Global Fund Support to Governmental Funding on the Sustainability of Harm Reduction Programs: A Case Study from Serbia. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Association.
30. UNAIDS (2016) Global AIDS Response Progress Reporting: Serbia. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
31. UNDP (2105) NGO Social Contracting: Factsheet Tajikistan. New York: United Nations Development Programme.
32. UNAIDS (2018) Country Progress Report: Tajikistan. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
33. Government of Ukraine (2017) Ukraine: Overview of the Drug Situation in the Country (data of 2016). Kyiv: Republic of Ukraine.
34. APH (2018) Training on Prevention and First Aid in case of Drug Overdose. Kyiv: Alliance for Public Health. Available from: <http://aph.org.ua/en/news/training-on-prevention-and-first-aid-in-case-of-drug-overdose/>
35. UNAIDS (2014) Global AIDS Response Progress Reporting: Uzbekistan. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
36. CADAP (2017) Assessment Reports on the State of Play of Drug Policy Making in Central Asia. Bishkek: Central Asia Drug Action Programme.
37. EMCDDA (2018) European Drug Report 2018: Trends and Developments. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
38. Varentsov I (2017) The HIV Epidemic in Russia as the Consequence of State Political Ideology. Amsterdam: AFEW International.
39. Golichenko M, Chu SKH (2018) 'Human rights in patient care: drug treatment and punishment in Russia.' Public Health Rev 39. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5984458/>.
40. Committee Against Torture (2018) Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: Concluding Observations on the Sixth Periodic Report of the Russian Federation. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights.

41. UNAIDS (2018) Miles to Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
42. UNAIDS (2018) Global AIDS Monitoring 2018: Ukraine. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
43. Cook C (2017) Harm Reduction Investment in the European Union. London: Harm Reduction International.
44. Belyaeva O (2018) personal communication.
45. WHRIN 10 (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
46. WHO (2016) Combating Hepatitis B and C to Reach Elimination by 2030. Geneva: World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/hepatitis/publications/hep-elimination-by-2030-brief/en/>.
47. EMCDDA (2018) Czech Republic Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
48. Abel-Ollo K (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
49. EMCDDA (2018) Slovakia Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
50. Sárosi P (2018) The Politically Motivated Closure of Harm Reduction Programs in Hungary Violates Human Rights. Budapest: Drug Reporter Foundation. Available from: <https://drogriporter.hu/en/the-politically-motivatedclosure-of-harm-reduction-programs-in-hungary-violates-human-rights/>.
51. WHO (2016) Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations: 2016 Update. Geneva: World Health Organization. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf;jsessionid=7069724739A73EFAF24FDAF58C9A07B0?sequence=1>.
52. UNAIDS (2017) Ending AIDS: Progress Towards the 90-90-90 Targets. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
53. Cook C, Davies C (2018) The Lost Decade: Neglect for Harm Reduction Funding and the Health Crisis Among People who use Drugs. London: Harm Reduction International; 2018.

54. EMCDDA (2018) Lithuania Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
55. Beselia A, Gegenava V, Kirtadze I, Mgebrishvili T, Otiashvili D, Razmadze M (2018) Drug Situation in Georgia 2016-2017. Tblisi: PUBLISHER UNKNOWN.
56. WHO (2018) Ukraine to Finance Expanded Opioid Substitution Therapy Programme. Geneva: World Health Organization. Available from: <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/news/news/2018/01/ukraine-tofinance-expanded-opioid-substitution-therapy-programme>.
57. EHRA (2018) 'Letter to Nursultan Nazarbayev.' Vilnius: Eurasian Harm Reduction Association. Available from: <http://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2017/06/1.1.pdf>.
58. Rigoni R, Brecksema J, Woods S (2018) Speed Limits: Harm Reduction for People who use Stimulants. Amsterdam: Mainline. Available from: http://mainline-eng.blogbird.nl/uploads/mainline-eng/2018_Mainline_-_Harm_Reduction_for_People_Who_Use_Stimulants_-_Full_Report.pdf.
59. Pinkham S, Stone K (2015) A Global Review of the Harm Reduction Response to Amphetamines: A 2015 Update. London: Harm Reduction International.
60. SIN (2018) Spoleczna Injicjatywa Narkopolotyki (SIN). Available from: <https://sin.org.pl/?lang=en>.
61. Brunt T (2017) Drug Checking as a Harm Reduction Tool for Recreational Drug Users: Opportunities and Challenges. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/132547543.pdf>.
62. Clark AK, Wilder CM, Winstanley EL (2014) 'A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs.' J Addict Med 8(3):153-63.
63. Mueller SR, Walley AY, Calcatera SL, Glanz JM, Binswanger IA (2015) 'A review of opioid overdose prevention and naloxone prescribing: implications for translating community programming into clinical practice.' Subst Abuse 36(2):240-53.
64. Lambdin BH, Davis CS, Wheeler E, Tueller S, Kral AH (2018) 'Naloxone laws facilitate the establishment of overdose education and naloxone distribution programs in the United States.' Drug Alcohol Depend 188:370-6.

65. US Department of Health and Human Services (2018) Surgeon General's Advisory on Naloxone and Opioid Overdose. Available from: <https://www.surgeongeneral.gov/priorities/opioid-overdose-prevention/naloxoneadvisory.html>.
66. Kan M, Gall JA, Latypov A, Gray R, Bakpayev M, Alisheva D, et al. (2014) 'Effective use of naloxone among people who inject drugs in Kyrgyzstan and Tajikistan using pharmacy- and community-based distribution approaches.' *Int J Drug Policy*25(6):1221-6.
67. Varentsov I (2018) **В России приостановлено производство «Налоксона» — медицинского средства а от передозировок. К чему это приведет?** Moscow: Andrey Rylkov Foundation for Health and Social Justice. Available from: <http://rylkov-fond.org/blog/health-care/overdose/dostup-naloxone/>
68. APH (2018) Viral Hepatitis. Kyiv: Alliance for Public Health. Available from: <http://aph.org.ua/en/about-alliance/key-themes/viral-hepatitis/>.
69. WHO (2017) Assessment of the Viral Hepatitis Response in Ukraine. Geneva: World Health Organization. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/372697/ukr-hepatitis-report-eng.PDF.
70. Mitraka K, Tsertsvadze T, Butsashvili M, Gamkrelidze A, Sabelashvili P, Adamia E, et al. (2015) 'Launch of a nationwide hepatitis C elimination program: Georgia, April 2015.' *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 64(28):753-7.
71. CDC (2016) National Progress Toward Hepatitis C Elimination: Georgia, 2015-2016. Washington DC: Centers for Disease Control and Prevention.
72. ECDPC/WHO Europe 92017) Tuberculosis Surveillance and Monitoring in Europe 2017. Stockholm/Copenhagen: European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe.
73. WHO (2017) Global Tuberculosis Report. Geneva: World Health Organization.
74. E-DETECT TB (2016) Work Plan. E-DETECT TB. Available from: <https://edetecttb.eu/about/work-plan/>
75. de Vries G (2017) Early Detection and Treatment of TB in Europe (May 2016 - May2019). Brussels: E-DETECT TB.
76. Rego X (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.

77. Ronconi S, Camposeragna A, Stagnitta M, di Pino P, Fornero E (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
78. Baumberger P (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
79. Rosenkranz M, Kerimi N, Takenova M, Impinen A, Mamyrov M, Degkwitz P, et al. (2016) 'Assessment of health services for people who use drugs in Central Asia: findings of a quantitative survey in Kazakhstan and Kyrgyzstan.' Harm Reduct J 13:3
80. UNAIDS (2014) The Gap Report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
81. EMCDDA (2018) European Legal Database on Drugs: Penalties for Drug Law Offences in Europe at a Glance. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/law/penalties-at-a-glance>.
82. Federal Penitentiary Service (2017) Official Statistics. Moscow: Federal Penitentiary Service of the Russian Federation.
83. Lazarus J, Delpech V, Sonnerborg A (2015) HIV Programme Review in Armenia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
84. Bielen R, Stumo S, Halford R, Werling K (2018) 'Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: a cross-sectional survey of 25 countries.' Harm Reduct J 15(25).
85. UNAIDS (2018) Country Progress Report: Republic of Moldova. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
86. Mansfeld M, Ristola M, Klinte J (2014) HIV Programme Review in Tajikistan: Evaluation Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
87. UNAIDS (2016) Global AIDS Response Progress Reporting: Romania. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
88. Brown A, Dvoriak S, Delpeche V (2014) HIV in Albania: A National Programme Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
89. CPT (2016) Report to the Government of Bosnia and Herzegovina on the Visit to Bosnia and Herzegovina, Carried out from 29 September to 9 October 2015. Strasbourg: European Committee for the Prevention of Torture.

90. Altice F, Azbel L, Stone J, Brooks-Pollack E (2016) 'The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia.' *Lancet* 388(10050):1228-48.
91. EMCDDA (2018) Slovenia Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
92. Mravčič V (2018) Best Practice Model from a Czech Republic Prison. 7th International Symposium on Hepatitis Care in Substance Users, Cascais, Portugal, 19 September 2018.
93. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. (2016) 'Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoner and detainees.' *Lancet* 388(10049):1089-102.
94. Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, Zaller ND, Jarlais DD, Hagan H, et al. (2013) 'Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis.' *Hepatology* 58(4):1215-24.
95. Jürgens 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.
96. Stone J, Fraser H, Lim AG, Walker JG, Ward Z, MacGregor L, et al. (2018) 'Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis.' *Lancet Infect Dis*. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(18\)30469-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(18)30469-9/fulltext).
97. Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Hetherington KL, Bromberg DJ, Ocampo D, Graf N, et al. (2018) 'Health outcomes for clients of needle and syringe programs in prisons.' *Epidemiol Rev* 40(1):96-104.
98. ECHR (2016) Domestic Authorities Failed to Thoroughly Examine Which Therapy was Appropriate for Long-Term Drug Addict in Detention. Strasbourg: European Court of Human Rights.
99. Beletsky L, LaSalle L, Newman M, Pare J, Tam J, Tochka A (2015) 'Fatal re-entry: legal and programmatic opportunities to curb opioid overdose among individuals newly released from incarceration.' *NE U LJ* 7:149.

100. Bukten A, Stavseth MR, Skurtveit S, Tverdal A, Strang J, Clausen T (2017) 'High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period.' *Addiction* 112(8):1432-9.
101. Merrall ELC, Kariminia A, Binswanger IA, Hobbs MS, Farrell M, Marsden J, et al. (2010) 'Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison.' *Addiction* 105(9):1545-54.
102. Zlodre J, Fazel S (2012) 'All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis.' *Am J Public Health*. 102(12):e67-75.
103. Ivanishvili M (2018) personal communication.
104. Stone K (2016) *Global State of Harm Reduction 2016*. London: Harm Reduction International.
105. Csete J (2012) *A Balancing Act: Policymaking on Illicit Drugs in the Czech Republic*. New York: Open Society Foundations.
106. Kurcevic E (2017) Lithuania: Where one Shared Joint may cost you Liberty. Eurasian Harm Reduction Association. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/lithuania-where-one-shared-joint-may-cost-youliberty-2/>.
107. EHRA (2018) Criminalization Costs. Eurasian Harm Reduction Association. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/criminalization-costs/>
108. Dovbakh G (2018) personal communication.
109. EHRA, Canadian HIV/AIDS Legal Network, Lunest (2018) Human Rights Violations in Estonia, Situation Overview of Violations Faced by Women who Use Drugs in Tallinn and Ida-Viru County. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Association. Available from: http://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2018/01/VK_Report-HumanRightsWomen-Fin-1-2.pdf.
110. EHRA (2018) Eurasian Harm Reduction Association. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/>.
111. Young Wave (2018) Young Wave. Available from: <https://youngwave.net/>.

112. Benedikt C, Kelly SL, Wilson D, Wilson DP, Optima Consortium (2016) 'Allocative and implementation efficiency in HIV prevention and treatment for people who inject drugs.' *Int J Drug Policy* 38:73-80.

113. Zardiashvili T, Garmaise D (2017) 'Dispute erupts on Moldova CCM; Global Fund Secretariat declines to intervene.' *Aidspace*. Available from: http://www.aidspace.org/gfo_article/dispute-erupts-moldova-ccm-global-fundsecretariat-declines-intervene.

114. EHRA (2018) *Preserving Substitution Maintenance Therapy in Kazakhstan: The History of Advocacy*. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Association. Available from: https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2018/10/Kazakhstan_ENG_VERY_NEW.pdf