

Опиоидная заместительная терапия

в Центральной Азии:

на пути к многообразному и эффективному
лечению наркозависимости

КРАТКИЙ ОБЗОР

Алишер Латыпов, Давид Отиашвили,
Олег Айзберг и Азизбек Болтаев



ЕВРАЗИЙСКАЯ СЕТЬ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

ЕССВ

Выражение признательности

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) – неправительственная организация, миссия которой заключается в продвижении гуманных, научно обоснованных подходов снижения вреда от употребления наркотиков с целью сохранения и поддержания здоровья и обеспечения защиты прав человека на уровне индивидуума, сообщества и населения в целом.

Более подробная информация на сайте: www.harm-reduction.org.

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) ©, 2010.

Рекомендуемый формат цитирования:

ЕССВ (2010). Опиоидная заместительная терапия в Центральной Азии: на пути к многообразному и эффективному лечению наркозависимости. Авторы: Латыпов, А., Отиашвили, Д., Айзберг, О., Болтаев, А. ЕССВ: Вильнюс.

Полный текст отчета доступен на сайте: www.harm-reduction.org

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) благодарит Европейское отделение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ / Европа) за финансовую поддержку данной публикации, осуществленную в рамках проекта по адвокации опиоидной заместительной терапии в Центральной Азии. ЕССВ и авторы публикации выражают глубокую признательность всем участникам консультативной встречи по адвокации опиоидной заместительной терапии в Центральной Азии (Бишкек 9-10 февраля, 2010 г.) за полезную дискуссию и ценные предложения, которые помогли оценить ситуации в регионе и сформулировать соответствующие выводы.

Мнения и точки зрения, представленные в обзоре, могут не совпадать с мнениями и точками зрения ВОЗ / Европа или ЕССВ.

Определенная часть информации была собрана в рамках деятельности авторов публикации в качестве консультантов проекта «USAID | NPI TO 1 MAT E&E». Финансовые средства проекта «USAID | NPI TO 1 MAT E&E» не были использованы для проведения настоящего исследования.

Рецензенты: Мэтт Куртис, независимый эксперт; Мартин Донохью, ВОЗ/Европа; Владимир Д. Менделевич, проф. доктор медицинских наук; Шона Шоннинг, ЕССВ; Раминта Штуйките, ЕССВ.

Редактирование: Нази Арутюнян

Дизайн и верстка: Дональдас Анджулис, Ex Arte.

Описание ситуации

В настоящее время в мире насчитывается около 15,9 млн людей, употребляющих инъекционные наркотики, из которых 3 млн являются ВИЧ-положительными. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) уязвимы не только перед ВИЧ-инфекцией, но и перед такими заболеваниями, как вирусный гепатит, туберкулез, инфекции, передающиеся половым путем, и другими бактериальными заболеваниями. Более того, им угрожает смерть от передозировки. При этом в большинстве стран по-прежнему остаются низкими охват и качество доступных для представителей этой уязвимой группы услуг. В странах Центральной Азии основным путем передачи ВИЧ-инфекции является использование нестерильных инструментов при употреблении инъекционных наркотиков (преимущественно опиатов) (ECDC/WHO, 2009). Значительная доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией через гетеросексуальные контакты также ассоциируется с употреблением инъекционных наркотиков, – нередки случаи заражения женщин, не употребляющих наркотики, от их партнеров-ПИН.

Для предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции и предоставления лечения людям, живущим с ВИЧ, необходимо существенно расширить лечебно-профилактические программы, нацеленные на потребителей инъекционных наркотиков. Наиболее эффективным методом лечения опиоидной зависимости признана опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) в комбинации с программами психосоциальной поддержки. Данный метод является важнейшим компонентом комплекса мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН и формирование в этой группе приверженности к антиретровирусной терапии (WHO, 2009). ОЗТ входит в комплексный пакет услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди ПИН, одобренный ООН и состоящий из девяти интервенций. Экономический и социальный совет ООН (ECOSOC) и Программный координационный комитет ЮНЭЙДС демонстрируют единую позицию в отношении компонентов комплексного пакета услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков. Эта позиция отражена в «Техническом руководстве для стран по разработке целей» 2009 года, подготовленном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), УНП ООН (UNODC) и ЮНЭЙДС (UNAIDS). В 2006 году на Встрече на высшем уровне по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИДом, было принято обязательство по обеспечению универсального доступа к программам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции, определенное ЮНЭЙДС и ВОЗ как основная задача.

Правительства Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана, несмотря на противодействие со стороны внутренней и внешней оппозиции, приняли похвальное решение о внедрении программ опиоидной заместительной терапии в своих странах. Кыргызстан давно зарекомендовал себя как страна, лидирующая в поддержке программ снижения вреда, обеспечив для ПИН один из самых высоких в Центральной Азии уровень доступа к необходимым услугам (Cook C. & Kanaef N., 2008). Кыргызстан также является одной из первых стран региона Восточной Европы и Центральной Азии, одобдившей проведение программ ОЗТ.

Процесс предоставления адекватного доступа к услугам в Центральной Азии сопряжен с преодолением значительных препятствий. В Узбекистане пилотная программа заместительной терапии была закрыта в 2009 году, и в настоящее время правительство страны не намерено ее возобновлять. В Туркменистане ОЗТ никогда не предоставлялась. Ни в одной из стран, где имеется доступ к ОЗТ (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан), не удалось достичь хотя бы 5%-го охвата оценочной популяции ПИН (Mathers B., et al, 2008), в то время как в «Техническом руководстве для стран по разработке целей» (ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. 2009) любой уровень охвата ниже 20% считается «низким» («высоким» считается уровень охвата, превышающий 40% целевой группы). В Кыргызстане доступ к ОЗТ имеют порядка 3% ПИН, в Казахстане и Таджикистане – менее 1%. В Кыргызстане – стране, добившейся наиболее высокого охвата пациентов, – только 948 пациентов получают ОЗТ (хотя в стране насчитывается порядка 25 000 ПИН). В Казахстане заместительная терапия назначена 50 ПИН. В Таджикистане в первом квартале 2010 года начнет работать пилотная программа, в планах которой предусмотрен охват до 700 пациентов к 2014 году (Latypov A., 2010). В Узбекистане до закрытия программы в июне 2009 года заместительную терапию получали 142 пациента (Керими Н., 2009).

В настоящем исследовании представлен анализ текущих законодательной, политической и программной ситуаций в регионе и связанных с ними противоречий и препятствий в отношении доступа к ОЗТ. Цель данного анализа – предоставить специалистам государственных, общественных и международных организаций рекомендации по преодолению этих препятствий и расширению доступа к ОЗТ. В рамках исследования был сделан обзор существующей литературы и проведены интервью с региональными специалистами. При поддержке Европейского бюро ВОЗ в феврале 2010 года в Бишкеке (Кыргызстан) были организованы консультации с представителями гражданского общества, государственных структур и международных организаций. В отчете использованы данные национальных экспертов Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ) и организации «Futures Group International», собранные в четырех странах с июня по октябрь 2009 года в рамках Инициативы USAID по развитию политики здравоохранения (проект «Поддерживающая терапия в Восточной Европе и Евразии» – USAID Health Policy Initiative, Task Order 1, Medication-Assisted Therapy Eastern Europe & Eurasia Project).

Выводы и рекомендации

Ситуация с программами ОЗТ в каждой из четырех стран Центральной Азии имеет свою специфику, поэтому в полной версии отчета рекомендации представлены отдельно по каждой стране. В то же время по ряду позиций эти ситуации похожи, и в кратком обзоре мы знакомим читателя с общими для стран Центральной Азии рекомендациями и выводами.

1. Необходимо продолжать работу по укреплению законодательной базы для программ ОЗТ. Во всех изученных странах документы, решения и законодательные акты по заместительной терапии порой принимаются в соответствии с сиюминутной необходимостью, а не в рамках долгосрочного стратегического планирования и продуманной реформы. Положения правовых документов различного уровня часто отличаются непоследовательностью и откровенно противоречат друг другу. В Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане заместительная терапия была утверждена соответствующими актами государственных министерств и ведомств. Но ни в одной из стран на законодательном уровне до сих пор не существует специальных положений, которые бы определяли основополагающие принципы программ ОЗТ и гарантировали бы предоставление ОЗТ государством. Это не может не вызывать определенных сомнений в твердости намерений правительств Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана, связанных с реализацией программ ОЗТ на долгосрочной основе. К концу 2009 года из всех стран только в Кыргызстане метадон и бупренорфин были включены в «Перечень жизненно необходимых лекарственных средств», хотя оба препарата с 2005 года включены в аналогичный перечень, рекомендуемый ВОЗ.

Рекомендация: в законодательство должны быть внесены положения о заместительной терапии; метадон и бупренорфин должны быть включены в национальные списки основных лекарственных средств.

2. Система учета и регистрации пациентов должна предусматривать меры по защите их прав. Существующая система наркологического учета людей с опиоидной зависимостью и связанные с ней нарушения прав человека являются одним из главных факторов, удерживающих от участия в программе ОЗТ многих потенциальных клиентов, не состоящих на учете. Законы Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана, с одной стороны, предусматривают неразглашение медицинской информации, с другой – дают возможность найти «квази-легальные» пути для передачи медицинской информации в милицию и/или другие бюрократические структуры, например, в органы, выдающие водительские права (о подобных проблемах в России, Грузии и на Украине см.: Shields A., 2009).

Рекомендация: чтобы гарантировать сохранение медицинской тайны в отношении людей, употребляющих наркотики, необходимо внести соответствующие поправки в законы и постановления и следить за их выполнением, применяя санкции административного наказания за нарушение конфиденциальности и активно вовлекая в данный процесс омбудсменов и правозащитников. Следует также провести реформу системы регистрации наркозависимых людей, учитывая передовой опыт стран постсоветского пространства или других стран, имеющих национальные системы по управлению базами данных с высоким уровнем защиты информации.

- 3. Критерии принятия в программу ОЗТ должны быть пересмотрены в соответствии с рекомендациями ВОЗ.** В Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане одним из критериев принятия в программу заместительной терапии является наличие в прошлом клиента безуспешных попыток лечения, направленного на абстиненцию. Для достижения этой цели государственные наркологические учреждения часто используют подходы, не имеющие научного обоснования, в связи с чем значительная часть ПИН стремится получить помощь в различного рода неправительственных организациях, реабилитационных программах религиозного характера, у традиционных народных целителей и других провайдеров услуг, а также в группах взаимной поддержки. Однако регуляторные документы вышеуказанных стран при приеме в программы ОЗТ, как правило, не признают подобные услуги в качестве попыток лечения, и все ПИН, не обращавшиеся в государственные наркологические учреждения, обречены на отказ. Вместе с тем следует отметить, что данные ограничения на принятие в программы ОЗТ подрывают их эффективность в предупреждении распространения ВИЧ-инфекции и препятствуют реализации прав человека на максимально достижимый уровень.

Рекомендация: критерии приема пациентов в программу ОЗТ должны быть пересмотрены с учетом рекомендаций ВОЗ о предоставлении поддерживающего лечения агонистами всем пациентам, которые страдают опиоидной зависимостью и могут дать информированное согласие, при отсутствии особых противопоказаний (WHO, 2009). В «Техническом руководстве для стран по разработке целей», разработанном ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, четко определено, что программы и службы должны быть справедливо доступны для всех и не иметь дискриминационного характера. Программы не должны применять критериев, исключающих пациентов по иным показателям, кроме медицинских, то есть ОЗТ не должна ограничиваться принятием лишь тех ПИН, которые являются ВИЧ-положительными или которым не помогли другие виды наркологического лечения.

- 4. Местоположение и рабочие часы программ должны определяться с учетом потребностей клиентов.** В Узбекистане в качестве препятствий к доступу отмечались: территориальная удаленность наркологического диспансера, в котором проводилась единственная в стране программа ОЗТ (Айзберг О., 2008), от места жительства клиентов программы; большая концентрация клиентов в единственном пункте предоставления ОЗТ; необходимость подниматься по лестнице на 6-й этаж (так как здание не оснащено лифтом). Кроме того, график работы программы не всегда можно было совместить с рабочими графиками клиентов. Как отметили участники саммита в Ялте, проведенного в 2008 году, доступ пациентов к программе заместительного лечения ограничивали «географическая удаленность наркологических центров и запрет на вынос дозы с целью употребления на дому» (Международное общество по борьбе со СПИДом (IAS), 2008).

Рекомендация: часы работы программ и их географическое расположение следует определять с учетом потребностей клиентов. Клиенты программы ОЗТ и других программ лечения наркозависимости не должны по причине их посещения лишаться своих рабочих мест – у них должна быть возможность быстро, без существенных затрат на дорогу и притеснений со стороны сотрудников правоохранительных органов добраться до лечебных центров. Программам ОЗТ необходимо разработать протоколы выдачи препаратов для приема на дому. Это поможет клиентам избежать необходимости ежедневных посещений, требующих затрат времени и денег и обычно никак не обоснованных с медицинской точки зрения. В «Техническом руководстве» ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС также указано, что программы и услуги должны быть «физически доступны».

- 5. Возможность получения лицензии на проведение ОЗТ должна быть предоставлена широкому спектру провайдеров услуг.** Ни в одной стране Центральной Азии опиоидная заместительная терапия не осуществляется врачами первичной медицинской помощи, хотя во многих других странах эта практика не только распространена, но и признана успешной. Программы ОЗТ также нигде не предоставляются на базе лечебно-профилактических центров по ВИЧ-инфекции, будь то государственные или неправительственные. Только в Кыргызстане программы ОЗТ внедрены в центры семейной медицины и в учреждения уголовно-исполнительной системы, и там они осуществляются исключительно врачами-наркологами. В Казахстане и Таджикистане (в соответствии с распоряжениями министерств здравоохранения), а также в Узбекистане (до закрытия программы 25 июня 2009 года) предоставление ОЗТ составляет прерогативу специализированных государственных наркологических заведений. Это затрудняет доступ пациентов к ОЗТ, ограничивает потенциал применения разных моделей лечения для реагирования на те или иные потребности клиентов и препятствует реализации инновационных методов. В ряде стран, в частности в России, специалисты государственных наркологических учреждений противодействуют внедрению научно обоснованных программ и возглавляют оппозицию, настроенную однозначно против ОЗТ (см., например: Краснов и соавторы, 2006).

Рекомендация: необходимо принять специальные положения, позволяющие выдавать лицензии на право предоставления ОЗТ учреждениям первичного здравоохранения, СПИД-сервисным и неправительственным организациям, а также медицинским службам пенитенциарной системы.

- 6. Значимое участие пациентов может улучшить качество программ.** За редким исключением, мнение пациентов и их близкого окружения практически не учитывается при планировании и осуществлении мероприятий, направленных на совершенствование качества программ ОЗТ. Даже если пациенты и приглашаются к участию в рабочих группах, реального влияния на процесс принятия решений они обычно не оказывают.

Рекомендация: для совершенствования услуг необходимо регулярно получать обратную связь со стороны пациентов и их близкого окружения. Необходимо поддерживать проведение программ, направленных на повышение уровня информированности и знаний в области лечения наркозависимости среди пациентов, членов их семей, а также сообщества потребителей наркотиков. Поддержка также необходима для консультативных комитетов и ассоциаций, созданных на базе сообщества пациентов.

- 7. Важно проводить оценку и предоставлять техническую поддержку программам ОЗТ на стадии их пилотирования и дальнейшей реализации.** В отличие от других программ лечения наркозависимости, программы ОЗТ неизменно привлекают внимание политиков, общественности и специалистов, так или иначе связанных с проблемой наркотиков и ВИЧ-инфекции, включая представителей правоохранительных органов. Чтобы преодолеть политическую оппозицию, крайне важно надлежащим образом документировать информацию, свидетельствующую об эффективности программ ОЗТ, и предоставлять этим программам соответствующую техническую поддержку для обеспечения высокого качества услуг. Несмотря на то что широко распространенное применение принудительного лечения как «метода лечения наркомании» считается само собой разумеющимся, эффективность лечения, согласно отчетам центральноазиатских наркологических учреждений определяемая как воздержание от приема наркотиков в течение не менее одного года после прохождения лечения, в настоящее время не превышает 12%. Формальная оценка эффективности лечения наркозависимости в местах лишения свободы вообще не проводилась (Керими Н., 2009). В то же время опросы пациентов, проведенные в 2004 году в Душанбе в рамках одного из исследований, показали, что промежуток времени между завершением лечения и рецидивом составлял в среднем 51 день (Stachowiak J., Stibich M., et al., 2006).

Рекомендация: крайне необходимо проводить независимые, научно обоснованные оценки программ ОЗТ (см., к примеру: Moller L., et al., 2009). Проекты по предоставлению ОЗТ не должны внедряться без соответствующих протоколов по сбору базовых и последующих сведений о биопсихосоциальных и поведенческих характеристиках пациентов (согласно рекомендациям ВОЗ). Программам ОЗТ следует предоставлять компетентную техническую поддержку для проведения регулярной оценки и анализа работы, а также для публикации и распространения полученных результатов. В то же время внедрение программ ОЗТ не следует рассматривать как панацею: во всех странах Центральной Азии очевидна острая необходимость в проведении реформы наркологической службы для того, чтобы расширить спектр и улучшить качество услуг, сделать их более доступными, гуманными и направленными на удовлетворение индивидуальных потребностей клиентов. Особое внимание должно быть уделено преодолению обособленности, существующей между службами по лечению наркозависимости, психическому здоровью и борьбе с инфекционными заболеваниями, в рамках вертикальной системы здравоохранения, и налаживанию между ними взаимодействия.

- 8. Необходимо издавать на русском языке литературу о современных методах лечения наркозависимости.** В странах Центральной Азии практически недоступна специализированная литература на русском и национальных языках, посвященная различным аспектам организации и оценки программ ОЗТ, а также и их научной обоснованности. В большинстве доступных публикаций, подготовленных на русском языке и опубликованных на русскоязычных веб-сайтах, прослеживается негативное отношение к ОЗТ, не подтвержденное никакими научными данными.

Рекомендация: правительства, организации по оказанию технической помощи и финансирующие агентства должны обеспечить выпуск технической и медицинской литературы на русском и национальных языках стран Центральной Азии и ее распространение среди врачей и специалистов, осуществляющих поддерживаемые ими (с финансовой, лицензионной или технической точек зрения) программы. Такие сети и структуры, как Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) и Центр знаний по снижению вреда ЕССВ, Центральноазиатский информационно-учебный центр по снижению вреда и другие национальные и международные организации, должны изыскивать средства на перевод литературы по данной тематике и ее доступность в интернете.

- 9. Стратегически направленная работа со средствами массовой информации способна развеять мифы об ОЗТ и создать атмосферу поддержки и понимания.** В Центральной Азии, как и в других странах Евразийского региона, широко распространены неверные представления о программах ОЗТ, например, о том, что они способствуют росту наркопотребления, или что специалисты, выступающие в поддержку ОЗТ, преследуют личную финансовую выгоду. Ответственные лица, принимающие решения на местном и национальном уровнях, могут оказаться под влиянием подобной информации или общественного мнения.

Рекомендация: необходимо, чтобы дискуссии по вопросам ОЗТ проводились, прежде всего, на основе научно доказанных фактов в области медицины, охраны общественного здоровья и прав человека. Сторонники ОЗТ должны приложить все усилия, чтобы стратегическая работа с представителями СМИ и формирование у них поддерживающего мнения стали важным компонентом лоббирования программ ОЗТ на долгосрочной основе.

- 10. Следует обеспечить долгосрочное и полномасштабное финансирование программ ОЗТ.** В Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане программы поддерживающего лечения агонистами финансируются исключительно в рамках проектов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Правительства этих трех стран не выделяют своих средств на поддержку программ ОЗТ, вместе с тем направляя значительное финансирование на борьбу с незаконным оборотом наркотиков.

Рекомендация: новые заявки в Глобальный фонд должны включать компонент по расширению доступа к ОЗТ. Специалисты государственных учреждений, выступающие в поддержку ОЗТ, представители гражданского общества и международных организаций должны проводить активную работу с Национальными координационными комитетами (НКК) и основными реципиентами с целью обеспечения необходимого финансирования для расширения и предоставления технической поддержки программам ОЗТ. Структуры Глобального фонда, организации, предоставляющие техническую поддержку, и общественные объединения должны делать все возможное, чтобы заявки основных реципиентов составлялись с учетом адекватного уровня финансирования ОЗТ. Одновременно, для обеспечения долгосрочной устойчивости программ ОЗТ, активисты должны лоббировать выделение средств на их реализацию со стороны национальных правительств. В ситуации, когда финансовое положение стран остается нестабильным, особенно уместным является апеллирование к документально подтвержденным аргументам экономической эффективности программ.

В заключение считаем необходимым привлечь внимание к развитию тенденции, красной нитью проходящей через все главы обзора, посвященные рассмотрению ситуаций в каждой стране Центральной Азии: какой бы ни была позиция международных организаций и доноров, там, где наркологи выступают в роли активных сторонников опиоидной заместительной терапии и являются катализаторами реформы наркологии, программы ОЗТ проходят наиболее успешно и вовлекают большее количество людей с опиоидной зависимостью. Там же, где наркологи являются противниками ОЗТ или занимают безразличную, выжидательную позицию, программы ОЗТ или закрываются, или до сих пор не работают, или находятся на так называемой «пилотной» стадии. Авторы настоящего отчета, трое из которых – врачи-наркологи, призывают своих коллег в Центральной Азии направить все усилия на скорейшую реализацию современных подходов в области лечения опиоидной зависимости, самым эффективным из которых в настоящее время признана опиоидная заместительная терапия, предоставляемая в сочетании с психосоциальной поддержкой (ВОЗ, 2009).

Библиография и прочая литература:

Абдуллоев, М., Рачабов, А., и Шабонов, Г. (2009). Анализ эпидемиологической ситуации и ответных мер по данным системы второго поколения эпидемиологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков, Таджикистан, 2008 год. Душанбе, 22-23 мая 2009 года

Айзберг, О. (2008). *Опиоидная заместительная терапия в некоторых странах Восточной Европы и Центральной Азии*. Международное общество по борьбе со СПИДом, Евразийская сеть снижения вреда. Доступно на: http://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/19Jan-Final-OST%20Overview_RUS_Jan%2009%202%20_2_.pdf

АКН. (2009). Обзор о наркоситуации в Республике Таджикистан за 2008 год. Душанбе: Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан, ОБСЕ.

Асанов, Т., и Парпиева, А. (2005). Анализ программы заместительной терапии в Кыргызской Республике. *Вопросы наркологии Казахстана*, 5(2), 7-24. Доступно на: www.rncenter.kz/2-2005.pdf

ВОЗ, УООННП, ЮНЭЙДС. (2004). *Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС: Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*. Всемирная Организация Здравоохранения, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу. Доступно на: http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_Russian.pdf

ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. (2009). Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией потребителей инъекционных наркотиков. Москва: Всемирная организация здравоохранения. Доступно на: http://www.who.int/hiv/pub/idu/who_unodc_unaids_target_settings_rus.pdf

Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике. (2009). Основные показатели социально-экономического развития Республики Узбекистан в 2008 году. Доступно на: <http://www.stat.uz/STAT/index.php?lng=2&event=1630>

Керими, Н. (2009). Доступность опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане: Текущая ситуация и следующие шаги. 4-ый Центрально-азиатский форум партнеров по вопросам ВИЧ инфекции, 10-11 ноября 2009, Алматы, Казахстан

Краснов, В.Н., Иванец, Н.Н., и др. (2006). Нет метадонным программам в Российской Федерации. Меморандум. Доступно на: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/news/methadone_2006/noto_russian_20060511.pdf

Международное общество по борьбе со СПИДом (IAS). (2008). *Расширение доступа к опиоидной заместительной терапии для потребителей инъекционных наркотиков в странах Восточной Европы и Средней Азии*. Саммит в Ялте, 17 – 18 октября 2008 года. Доступно на: <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=160>

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. (2009). Статистические данные о ВИЧ/СПИД.

Правительство Кыргызской Республики. (2007). *Выполнение Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (UNGASS). Страновой отчет*. Доступно на: <http://www.carisa.info/files/00000107.pdf>

Правительство Республики Таджикистан. (2002). Стратегический план предотвращения угрозы распространения ВИЧ/СПИД на период 2002-2005 гг. Утвержден постановлением Правительства Республики Таджикистан от 01 октября 2002 года № 389

Правительство Республики Таджикистан. (2007). *Концепция перехода Республики Таджикистан к устойчивому развитию*. Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 01 октября 2007 года, № 500. Доступно на: http://www.untj.org/files/reports/Concept_on_SD_rus.pdf

Республиканский Центр по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД. (2009). Распределение ВИЧ-инфицированных по путям передачи. Национальный Координационный Комитет по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан. Доступно на: http://www.ncc.tj/index.php?option=com_content&task=view&id=50&Itemid=

Страновой Многосекторальный Координационный Комитет по социально значимым и особо опасным инфекционным заболеваниям при Правительстве Кыргызской Республики. (2009). Эпидемиологическая ситуация в Кыргызской Республике. Доступно на: <http://www.aids.gov.kg/ru/>

Султанов, М. (2009). Региональный Советник по ВИЧ/СПИД Представительства УНП ООН в Центральной Азии. Персональная коммуникация с одним из авторов (А. Болтаев).

Beyrer, C., Patel, Z., Stachowiak, J., Tishkova, F., Stibich, M., Eyzaguirre, L., Carr, J., Mogilnii, V., Peryshkina, A., Latypov, A., & Strathdee, S. (2009). Characterization of the emerging HIV type 1 and HCV epidemics among injecting drug users in Dushanbe, Tajikistan. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 25(9), 853-860.

Cook, C., & Kanaef, N. (2008). *Global state of harm reduction 2008. Mapping the response to drug-related HIV and Hepatitis C epidemic*. London: International Harm Reduction Association.

ECDC/WHO Regional Office for Europe. (2009). HIV/AIDS surveillance in Europe 2008. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

- IHRA. (2009). The global state of harm reduction. Available at: http://www.ihra.net/Assets/1616/1/2009-04_GlobalState_HarmReduction2009.pdf
- IHRD. (2008). *Harm reduction developments 2008: Countries with injection-driven HIV-epidemic*. New York: International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute. Available at: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/developments_20080304/developments_20080304.pdf
- Latypov, A. (2009). Understanding post 9/11 drug control policy and politics in Central Asia. *The International Journal of Drug Policy*, 20(5), 387-391.
- Latypov, A. (2010). Opioid substitution therapy in Tajikistan: Another perpetual pilot? *The International Journal of Drug Policy*, doi:10.1016/j.drugpo.2010.01.013
- Lawrinson, P., Ali, R., Buavirat, A., Chiamwongpaet, S., Dvoryak, S., Habrat, B., Jie, S., Mardiaty, R., Mokri, A., Moskalewicz, J., Newcombe, D., Poznyak, V., Subata, E., Uchtenhagen, A., Utami, DS., Vial, R., & Zhao, C. (2008). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103(9), 1484-92.
- Mathers, B. Degenhardt, L., Hammad A., Wiessing L., Hickman, M., Mattick, p., Myers, B., A Ambekar, A., Strathdee, S., for the 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use, *The Lancet*, March 1, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60232-2
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A., Mattick, R., for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and injecting drug use. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet*, 372(9651), 1733-45.
- Moller, L., Karymbaeva, S., Subata, E., & Kiaer, T. (2009). *Evaluation of patients in opioid substitution therapy in the Kyrgyz Republic*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Available at: www.euro.who.int/Document/E92641.pdf
- Niaz, K. (2007). Assessment of problem drug use in Central Asia, UNODC GAP Study. Central Asian Conference on Sentinel Epidemiological Surveillance. Bishkek, 2007
- Parfitt, T. (2006). Vladimir Mendelevich: Fighting for drug substitution treatment. *The Lancet*, 368(9532), 279.
- Shields, A. (2009). *The effect of drug user registration laws on people's rights and health: Key findings from Russia, Georgia and Ukraine*. New York: International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, Assessment in Action Series. Available at: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf
- Stachowiak, J., Stibich, M., Tishkova, F., Mogilnii, V., Latypov, A., Strathdee, S., & Beyrer, C. (2006). Experiences with drug treatment among injecting drug users in Dushanbe, Tajikistan. 17th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Vancouver, April - May 2006
- Subata, E., Moller, L., Kharabara, G., & Suleimanov, S. (2007). *Evaluation of pilot opioid substitution therapy in the Republic of Uzbekistan*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Utyasheva, L., & Elliott, R. (2009). Effects of UN and Russian influence on drug policy in Central Asia. In *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs."* New York: Open Society Institute Public Health Program. Available at: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/atwhatcost_20090302
- UN ECOSOC. (2009). Economic and Social Council resolution E/2009/L.23 adopted by the Council on 24 July 2009: Joint United Nations Programme on Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (UNAIDS). Available at: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090724_e2009l23_en.pdf
- UNAIDS. (2008). *Report on the global AIDS epidemic*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Available at: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
- UNAIDS. (2007). *Policy brief: The greater involvement of people living with HIV (GIPA)*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Available at: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1299-PolicyBrief-GIPA_en.pdf
- UNAIDS PCB. (2009). Decisions, recommendations and conclusions. 24th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board Geneva, Switzerland, 22-24 June 2009. Available at: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090624_pcb_24_decisions_final_en.pdf
- UNODC ROCA. (2008). *Compendium of drug related statistics, 1997-2008*. Tashkent: UNODC Regional Office for Central Asia. Available at: http://www.unodc.org/images/uzbekistan/pubs/Compendium08_final.pdf
- UNODC ROCA. (2007a). *Compendium of drug related statistics, 1996-2007*. Tashkent: UNODC Regional Office for Central Asia. Available at: http://www.dbregional.info/filebox/5/stat_compendium_en.pdf
- UNODC ROCA. (2007b). *Illicit drug trafficking in Central Asia*. Tashkent: UNODC Regional Office for Central Asia. Available at: http://www.dbregional.info/filebox/20/Trends_Central_Asia_final.pdf
- WHO. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf
- WHO. (2005). Model list of essential medicines. 14th edition. World Health Organization. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf



www.harm-reduction.org