



## СИМОНА+

### ПРОЕКТ ИТРСru ПО МОНИТОРИНГУ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ / ТБ/ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

#### Доступ к АРВ в России: Проблемы и рекомендации

##### Контакты:

Координатор проекта Евгения Марон, +79013028665, [zhenya.maron@gmail.com](mailto:zhenya.maron@gmail.com)  
Менеджер по адвокации и информационному обмену Александра Волгина, +79110829966,  
[alexandravolgina@gmail.com](mailto:alexandravolgina@gmail.com)  
Координатор по адвокации Альберт Зарипов, +79053111609, [alizaripov@gmail.com](mailto:alizaripov@gmail.com)

##### Краткое резюме:

В декабре 2009 года – феврале 2010 года СИМОНА+, сеть корреспондентов сообщества пациентов, провела исследование доступа к АРВ в 19 российских городах. С помощью структурированных опросников было собрано 203 интервью с врачами, социальными работниками, медицинскими сестрами и пациентами. Интервью проводились активистами СПИД-сервисных организаций и самоорганизаций людей, живущих с ВИЧ, в Бийске (Алтайский край), Зиме (Иркутская область), Златоусте (Челябинская область), Иркутске, Казани, Калининграде, Красноярске, Курске, Москве, Набережных Челнах, Новороссийске (Краснодарский край), Оренбурге, Орле, Орске (Оренбургская область), Ростове-на-Дону, Санкт-Петербурге, Тольятти (Самарская область), Уфе, Хабаровске. Изменения схем АРВТ в результате проблем в цепочках поставок и дискриминация потребителей инъекционных наркотиков, преобладающих среди людей, инфицированных ВИЧ в России, были задокументированы во множестве регионов. **Препятствия для доступа к получению АРВ включали недостаточные поставки АРВ (30% городов, где проводился опрос); изменения схем терапии в результате проблем внутри цепочек поставок (36% городов), а также недоступность одного или более АРВ препаратов из-за перебоев (30% опрошенных городов).** В восемнадцати из 19 городов сообщалось о существовании комиссий специалистов, которые решали, получит ли пациент одобрение для назначения АРВ; в 10 городах употребление наркотиков считалось поводом для исключения.

##### Контекст:

Россия подписала Политическую Декларацию по борьбе с ВИЧ/СПИДом в 2006 году, которая гласит, что все люди, нуждающиеся в лечении ВИЧ, должны получить доступ к лечению к 2010 году. В дополнение к этому, правительство России увеличило финансирование программ лечения ВИЧ-инфекции, обещая достигнуть универсального доступа к лечению, и в 2010 году приняло от Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией ответственность за финансирование и поставки всех антиретровирусных препаратов в стране. В 2009 – 2010 году силами людей, живущих с ВИЧ, проект СИМОНА+ провел интервью с пациентами, социальными и медицинскими работниками для мониторинга доступа к лечению ВИЧ. Сбор опросников осуществлялся в 19 российских городах.

Несмотря на заявления государства, доступ к лечению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации систематически подрывается дефицитом антиретровирусных препаратов, проблемами внутри цепочек поставок и дискриминационными практиками, которые исключают людей, употребляющих наркотики, из программ лечения ВИЧ.

### **Дефицит лекарственных средств для лечения ВИЧ**

В 2009-2010 году антиретровирусная терапия могла быть назначена всем нуждающимся по клиническим показаниям только в 6 из 19 городов. Несмотря на гарантии государства обеспечить доступ к лечению ВИЧ для всех нуждающихся, ограниченные поставки заставляют СПИД центры *устанавливать приоритеты при назначении АРВТ*. В противоречие руководству Всемирной организации здравоохранения, которое призывает назначать АРВ всем людям с ВИЧ при иммунном статусе 350 клеток/мм<sup>3</sup>, в 8 из 19 городов, охваченных исследованием, пациенты сообщили о более низком значении ИС, при котором назначается терапия, что было вызвано дефицитом лекарственных средств.

---

«Раньше с этим было легче, сейчас, с весны того [2009] года, это все усложнилось. Это связано с финансированием, подорожал доллар – подорожали препараты, наличие на складе и так далее. Раньше терапию назначали при CD4 меньше 350, а сейчас CD4 меньше 200 или меньше 100. Пациенты многие ждут долго назначения препаратов».

*Интервью с инфекционистом, Казань*

### **Изменения схем лечения в связи с перерывами в поставках АРВ (перебоями)**

В ходе исследования, проведенного в рамках проекта СИМОНА+, были выявлены множественные случаи изменения схемы АРВТ не по медицинским причинам вследствие сбоев системы поставок антиретровирусных препаратов.

В 30% городов, охваченных исследованием, пациенты сообщили о недоступности одного или более из антиретровирусных препаратов в 2009 году: Москва, Набережные Челны, Орел, Санкт-Петербург, Тольятти, Уфа. Несмотря на то, что изменения схем лечения были направлены на сохранение непрерывности терапии, тем не менее, пациенты сообщали, что изменения в препаратах повлияли на приверженность лечению, и потенциально могут вызывать лекарственную устойчивость и поставить в опасность их здоровье.

---

«Схема «Комбивир + Калетра» была почти год... Приезжаю в МОНИКИ, а мне говорят, ни Комбивира, ни Калетры нет. Мы вам меняем схему. И при том, что я беременная и срок еще маленький - седьмая неделя... В общем, выписали мне Ритонавир + Инвираса + Интеленс + Никавир. За приём семь таблеток сразу глотать, вместо привычных трех. Врач на мои вопросы возмущенно ответила - я что, виновата что ли, что нет лекарств?»

*Письмо с сайта [www.pereboi.ru](http://www.pereboi.ru), ЛЖВ из Московской области*

---

«Медицинский персонал вынужден назначать лекарства, даже зная о том, что, возможно, вскоре придется менять схему пациентам из-за отсутствия назначенных препаратов».

*Интервью с инфекционистом, Орск, Оренбургская область*

Наиболее распространены случаи, когда перебои в поставках привели к замене формы препарата (таблетированная форма заменялась на сироп или капсулы заменялись на таблетки и т.д.), выдаче педиатрической формы препарата вместо взрослой, замене препарата на тот же препарат другого производителя, увеличению дозировки в связи с дефицитом лекарств.

---

«Инфекционист предлагает только Презисту и Ритонавир. Раньше [пациент] принимал Стокрин и Комбивир, а сейчас пьет Видекс, Зиаген, Презиста и Ритоновир. Инфекционисты говорят, что нет Видекса.»

*Человек, живущий с ВИЧ, Ульяновск*

В большинстве случаев, действия сотрудников центров СПИД направлены на то, чтобы даже в ситуации острого дефицита лекарственных средств обеспечить продолжение терапии в эффективном и безопасном для пациента режиме; вместе с тем, были задокументированы случаи, когда изменение схемы препаратов могло нанести существенный ущерб для здоровья пациента, либо негативным образом сказаться на его приверженности.

Перебои и последующие изменения схем лечения подтверждены другими ресурсами. По информации, собранной мониторинговым Интернет-сайтом Международной коалицией по готовности к лечению [www.pereboi.ru](http://www.pereboi.ru), пациенты сообщили об изменении схем АРВ в связи с перерывами в поставках препаратов в 18 городах: Москве, Санкт-Петербурге, Архангельске, Волгограде, Воронеже, Иркутске, Казани, Калининграде, Кургане, Курске, Мурманске, Нижнем Новгороде, Твери, Туле, Саратове, Ульяновске, Пскове, и Пензе. В Туле некоторые пациенты подтвердили, что тройная комбинированная терапия, которая считается минимальным стандартом медицинской помощи, была приостановлена. Пациенты работают с правозащитной ассоциацией «Агора» для подачи заявления в суд против центра СПИД.

---

«Калетру не дают с зимы. Предлагают лечиться только комбивиром. Заменять Калетру другим препаратом отказываются.»

*Письмо с сайта [www.pereboi.ru](http://www.pereboi.ru), ЛЖВ из Тулы*

### **Систематическое исключение потребителей наркотиков из программ лечения ВИЧ**

Во всех городах, охваченных исследованием проекта СИМОНА+, центры СПИД при назначении АРВТ используют **ограничения, основанные на социальных и поведенческих критериях**. Эти критерии идут вразрез с рекомендациями ВОЗ по лечению, которые подчеркивают, что активное употребление наркотиков не должно приводить к исключению пациентов из программ лечения. Применяемые критерии, в том числе заключения членов комиссии о «социальной непригодности», влекут за собой дискриминацию пациентов, употребляющих наркотики и представителей других уязвимых групп, тем самым нарушая принцип универсального доступа к лечению ВИЧ. Большинство людей, живущих с ВИЧ в России, являются потребителями инъекционных наркотиков.

В восемнадцати из 19 городов, охваченных исследованием, медицинские комиссии, часто состоящие из врачей, которые никогда не видели пациентов, принимают решение о том, будет ли пациент принимать АРВ. До проведения комиссии часто требуется множество анализов, в комиссии входят специалисты (например, гинекологи, отоларингологи и т.д.) с небольшой или без экспертизы в области ВИЧ-инфекции. В 14 из 19 городов в состав комиссии не входят ни социальный работник, ни равный консультант, ни психолог, обладающие информацией о способности пациента быть приверженным терапии. В более, чем половине городов, врачи и социальные работники указали, что зависимость от наркотиков используется в качестве критерия для отказа в АРВ.

---

«Личное отношение врача к пациенту играет роль, то есть многие пациенты просто не нравятся врачу-инфекционисту, и это сказывается на их взаимоотношениях, и это играет роль при лечении пациента. Если он является ПИН, то во многом это и означает для врачей не «социальная пригодность» пациента».

*Интервью с соцработником, Набережные Челны*

---

«Лечение [ВИЧ-инфекции у] ПИН назначается только в ремиссии. ПИН рекомендуем лечение от наркозависимости.»

---

«Я в первую очередь интересуюсь, в какой [стадии] ремиссии находится ПИН, стойкая ремиссия или нет. Желательно, чтобы ремиссия была больше года. У таких ПИН больше шансов. Потом я пишу информацию в кандидатскую карту клиента и отправляю в Казань на одобрение [комиссией]».

*Интервью с врачом, Набережные Челны*

Другие основания для отказа в лечении – это отсутствие российского гражданства, отсутствие прописки, отсутствие постоянного места жительства, судебное разбирательство против пациента.

Люди, употребляющие наркотики, в 2009 году реже начинали лечение ВИЧ-инфекции. Так, в Казани из 132 наивных пациентов, включенных в программу лечения в 2009 году, только 17 являлись потребителями наркотиков, в Новороссийске из 35 наивных пациентов только 5 имели опыт употребления наркотиков, в Орске из 217 новых пациентов 17 были потребителями наркотиков.

### **Усложненные требования для начала лечения**

Российская государственная система здравоохранения часто устанавливает дополнительные препятствия на пути к получению АРВ, откладывая лечение и также снижая мотивацию пациентов начинать лечение.

Одним из главных барьеров на пути к началу АРВТ является необходимость проходить дополнительные анализы и обследования, многие из которых не обязательны согласно ВОЗ. В дополнение к анализам на иммунный статус и вирусную нагрузку, российские центры СПИД требуют сдавать до 8 дополнительных анализов и проходить таких врачей как окулист, стоматолог или кардиолог, несмотря на то, что их заключения не являются основанием для начала приема или отказа в назначении АРВ.

В большинстве случаев, время, через которое пациенту будет назначена терапия, зависит от скорости прохождения дополнительных обследований. Посещение длинного списка специалистов и сдача лабораторных анализов занимает до трех недель, что становится особым препятствием для потребителей наркотиков и других пациентов, живущих за чертой бедности или испытывающих страх стигматизации внутри системы здравоохранения.

### **Рекомендации**

1. Разработать и утвердить основанные на доказательной медицине и международных рекомендациях протоколы лечения ВИЧ для обязательного их соблюдения в специализированных учреждениях здравоохранения, занимающихся вопросами диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа.
2. Обеспечить непрерывность антиретровирусной терапии и, в том числе:
  - Уделить особое внимание формированию заявок на антиретровирусные препараты и создать механизмы для их оценки в свете актуальных потребностей;
  - Проводить закупки антиретровирусных препаратов дважды в год а не один раз ежегодно,
  - Создать резервный фонд АРВТ для защиты от перебоев,
  - Продолжить международную поддержку программ профилактики и лечения ВИЧ в России, в том числе через программы Глобального Фонда.
3. Обеспечить доступ к программам антиретровирусной терапии для потребителей наркотиков и людей с низким социальным статусом, в том числе:
  - Обеспечить ранний доступ к АРТВ (при иммунном статусе 350 клеток/мм3);
  - Рекомендовать врачам центров СПИД назначать АРВТ людям, употребляющим наркотики;

- Сократить перечень осмотров и анализов, которые необходимо пройти перед началом АВРТ;
- Пересмотреть целесообразность комиссий, рассматривающих вопрос о назначении АВРТ, и включить в них психологов, социальных работников и равных консультантов;
- Уделять большее внимание вопросам формирования приверженности у потребителей наркотиков;
- Обеспечить доступ к наркологическому лечению для потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ, в том числе к программам опиоидной заместительной терапии.