



3

АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ ДЕЙСТВИЙ
Серия аналитических обзоров

**МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ТЮРЬМАХ:
ПРОГРАММЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ИГЛАМИ И ШПРИЦАМИ,
СТРАТЕГИИ ДЕЗИНФЕКЦИИ**



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Управление по наркотикам и преступности



Всемирная
организация здравоохранения



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
МПП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНФПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies / Ralf Jürgens.

(Evidence for Action Technical Papers)

1.HIV infections – prevention and control. 2.Acquired immunodeficiency syndrome – prevention and control. 3. Substance Abuse, Intravenous – complications. 4.Needle exchange programs. 5.Prisons. I.World Health Organization. II. UNAIDS. III.UNODC. IV.Jürgens, Ralf.

ISBN 978 92 4 459581 7

(NLM classification: WC 503.6)

©Всемирная организация здравоохранения, 2007

Все права сохранены.

Настоящее медицинское издание не предназначено для широкой общественности. Обзоры, выдержки, цитаты, воспроизведение, передача, распространение, перевод или адаптация настоящего издания полностью или частично в любой форме или любыми средствами не допускаются.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их властей или делимитации их границ или очертаний. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упоминаются в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в этом медицинском издании, является полной и правильной, и не несет ответственности за любой ущерб, причиненный в результате ее использования.

Тираж: 3000 экземпляров

АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ ДЕЙСТВИЙ
СЕРИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ

**МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ТЮРЬМАХ:
ПРОГРАММЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ИГЛАМИ И ШПРИЦАМИ;
СТРАТЕГИИ ДЕЗИНФЕКЦИИ**



Всемирная
организация здравоохранения



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВБС ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
МЛП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНЕП ВСЕМИРНЫЙ БАНК



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Управление по наркотикам и преступности

Женева
2007

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Автором настоящего документа и других аналитических обзоров серии "Аргументы в пользу действий", посвященного эффективности мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах, является Ральф Юргенс (Ralf Jürgens).

Важный вклад в подготовку данных публикаций внесли представители обширной международной исследовательской сети и их коллеги. О большом объеме проделанной ими научно-практической работы по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах свидетельствует прилагаемая библиография. Отдельной благодарности заслуживают: Кейт Долан (Kate Dolan) и ее коллеги, проводившие серьезную исследовательскую работу и опубликовавшие множество материалов по данной тематике; Анке Столвитц (Anke Stallwitz) и Хейно Штёвер (Heino Stöver), недавно закончившие обзор литературы по заместительной терапии в тюрьмах; Эмануэле Понтали (Emanuele Pontali) за его превосходный анализ проблем, связанных с предоставлением антиретровирусной терапии в тюрьмах; Рик Лайнс (Rick Lines) за его работу, посвященную тюремным программам обеспечения иглами и шприцами; Джуди Ауэрбах (Judy Auerbach), Моника Бег (Monica Beg), Дейв Барроуз (Dave Burrows), Холли Катанья (Holly Catania), Аниндья Чаттерджи (Anindya Chatterjee), Пэдди Косталл (Paddy Costall), Мартин Донохью (Martin Donoghoe), Жумана Эрме (Joumana Hermez), Йоти Райа (Jothi Raja), Кристиан Кролл (Christian Kroll), Мораг Макдональд (Morag MacDonald), Мартина Мелис (Martina Melis), Ларс Моллер (Lars Moller), Игорь Олийник (Igor Oliynyk), Грей Саттлер (Gray Sattler), Бобби Смит (Bobby Smyth), Джеральд Томас (Gerald Thomas), Майк Трейс (Mike Trace), Рон Вальдисерри (Ron Valdiserri), Алекс Водак (Alex Wodak), а также Отдел профилактики внебольничных инфекций Департамента здравоохранения Канады за комментарии к некоторым разделам первой редакции данных публикаций.

Мы признательны многим людям из многих стран, участвовавшим в финансировании и содействовавшим проведению исследований в данной области, помогавшим в трудном деле претворения результатов исследований

в конкретные политические программы, предоставлявшим услуги несмотря на недостаточное финансирование, а также работавшим с заключенными и теми сообществами, выходцами из которых эти заключенные являются и куда большинство из них возвращаются. Мы благодарны заключенным, которые в течение ряда лет участвовали в исследованиях и практических мероприятиях, информировали работников сферы общественного здравоохранения о своей жизни в тюрьме и давали рекомендации по эффективной профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах.

Публикацию, подготовленную под общим руководством Джоса Перриёнса (Jos Perriëns), Отдел ВИЧ/СПИДа, редактировали Аннетт Верстер (Annette Verster) и Эндрю Болл (Andrew Ball), ВОЗ, а также Эндрю Дуп (Andrew Doupe), консультант по вопросам права и ВИЧ-инфекции.

ВОЗ хочет особо отметить активное участие в подготовке этого документа Австралийского агентства по международному развитию и Министерства здравоохранения Нидерландов.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
Краткое содержание	8
Методология	11
1. Данные о потреблении инъекционных наркотиков и о распространении в связи с этим ВИЧ-инфекции и других парентеральных инфекций в тюрьмах	12
1.1. Общая информация	12
1.2. Потребление инъекционных наркотиков в тюрьме	13
1.2.1. Приобщение к потреблению инъекционных наркотиков в тюрьме	14
1.2.2. Использование нестерильного инъекционного инструментария в тюрьме	14
1.2.3. Основные причины потребления инъекционных наркотиков в тюрьме	16
1.2.4. Потребление инъекционных наркотиков после освобождения	16
1.3. Данные о передаче ВИЧ и вируса гепатита С	17
2. Данные о программах обеспечения иглами и шприцами в тюрьмах	18
2.1. Общая информация	18
2.2. Свидетельства эффективности ПИШ, реализуемых среди гражданского населения	19
2.3. Свидетельства эффективности ПИШ, реализуемых в тюрьмах	19
2.3.1. Снижение использования нестерильного инъекционного инструментария и, как следствие, уровня парентеральных инфекций	20
2.3.2. Дополнительные выгоды	20
2.3.3. Отсутствие непредвиденных отрицательных последствий	21
2.3.4. Другие выводы	23
2.4. Выводы и рекомендации	25
3. Данные о стратегиях применения хлорсодержащих веществ и дезинфекции	28
3.1. Общая информация	28
3.2. Данные об эффективности общественных программ предоставления хлорсодержащих веществ	28
3.3. Данные исследований, проведенных в тюрьмах	29
3.3.1. Уменьшение случаев рискованного поведения и инфицирования	29
3.3.2. Безопасность	30
3.4. Выводы и рекомендации	30

ВВЕДЕНИЕ

Отношение в мире к проблеме ВИЧ-инфекции существенно изменилось в сторону серьезной активизации мероприятий по профилактике, лечению и уходу. В частности, на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 г. правительства приняли на себя беспрецедентные обязательства к 2015 г. остановить эпидемию и обратить ее вспять. Позднее, на Всемирном саммите 2005 г. и во время Встречи на высшем уровне по проблемам СПИДа 2006 г., правительства выразили готовность приложить все необходимые усилия для достижения к 2010 г. цели обеспечения всеобщего доступа к комплексным программам профилактики, лечения, ухода и помощи. В поддержку этого решения, для расширения мер противодействия ВИЧ-инфекции, были выделены значительные дополнительные финансовые ресурсы, в том числе через Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Перед правительствами стоит задача претворения этих обязательств в практические программы, включающие ряд комплексных мероприятий по профилактике передачи ВИЧ через потребление инъекционных наркотиков, в том числе в условиях тюремной системы. Данная публикация является частью серии аналитических обзоров "Аргументы в пользу действий", цель которых - продемонстрировать эффективность мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах лицам, принимающим решения, и специалистам по планированию.

Эта серия включает:

1. Четыре документа, посвященных вопросам эффективности ряда ключевых мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах, в том числе:

- программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции;
- обеспечение презервативами и принятие других мер для снижения риска передачи инфекции половым путем;
- заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью, а также другие виды лечения и профилактики наркотической зависимости;
- уход за людьми, живущими с ВИЧ (ЛЖВ), их лечение и поддержка.

2. Всеобъемлющую публикацию "Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах", в которой: 1) представлена гораздо более подробная информация о мероприятиях, описанных в четырех вышеупомянутых документах; 2) содержится обзор данных о распространении ВИЧ-инфекции, рискованном поведении и передаче инфекции в тюрьмах, а также описываются мероприятия (обучение по вопросам ВИЧ-инфекции, тестирование, консультирование и другие программы), являющиеся частью всестороннего подхода к профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Эта публикация доступна только в электронном виде по адресу <http://www.who.int/hiv/idu/>

ВОЗ, УПН ООН* и ЮНЭЙДС** признают важность данного аналитического обзора в поддержке реализации и дальнейшего расширения доказавших свою эффективность мер, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции, лечение ЛЖВ и оказание им помощи в условиях тюрем.

* УНП ООН - управление ООН по наркотикам и преступности.

** ЮНЭЙДС - Объединенная программа ООН по СПИДу.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ

В разных юрисдикциях используются разные термины для обозначения мест лишения свободы, где содержатся лица, ожидающие суда, осужденные или лица, удерживаемые по другим соображениям безопасности. Точно так же разные слова используются для обозначения различных групп лиц, содержащихся под стражей.

В настоящей публикации термин «**тюрьма**» используется для обозначения всех мест содержания под стражей, а термин «**заклученный**» – для обозначения всех содержащихся в таких местах лиц, включая взрослых и подростков мужского и женского пола, находящихся в уголовно-следственных учреждениях и учреждениях тюремного типа во время уголовного расследования, в процессе судебного разбирательства, после вынесения обвинения, до и после вынесения приговора. И хотя данный термин формально не охватывает категории лиц, которые содержатся под стражей по причинам, **связанным с иммиграцией или статусом беженца, задержаны без предъявления обвинения, а также тех, кто проходит принудительное лечение и реабилитацию в специальных центрах**, как это происходит в некоторых странах, большинство положений данной публикации распространяются и на них.

В настоящей публикации термин "**программы обеспечения иглами и шприцами**" (**ПИШ**) используется для обозначения программ, которые обеспечивают потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) доступ к стерильному инъекционному инструментарию (иглы и шприцы, дезинфицирующие салфетки, пузырьки со стерильной водой), а также, как правило, предоставляют информацию по медицинским вопросам, способствуют получению направлений к специалистам, проводят консультирование и оказывают другие виды услуг. Этот термин становится все более популярным и все чаще вытесняет такие термины как "программы обмена игл" или "программы обмена шприцев". В рамках некоторых тюремных ПИШ использованный инъекционный инструментарий обменивается на новый, например через специальные автоматы. Однако в большинстве тюремных ПИШ, равно как и в обычных условиях, инъекционный инструментарий выдается; одновременно с этим предоставляется информация о безопасной утилизации шприцев и соответствующие приспособления, предлагаются дополнительные услуги.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

ВИЧ-инфекция поражает тюрьмы быстро и поражает их тяжело. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных во многих странах значительно выше, чем среди населения в целом, а уровень распространенности вируса гепатита С еще выше. Несмотря на то, что большинство заключенных, живущих с ВИЧ или СПИДом в тюрьме, инфицируются до того, как попали в заключение, риск инфицирования в тюрьме, особенно через использование нестерильного инъекционного инструментария и незащищенный секс, очень высок. Проводимые в мире исследования показывают, что инъекционное потребление наркотиков распространено во многих тюрьмах и что большинство заключенных ПИН вынуждены использовать нестерильный инъекционный инструментарий, создавая тем самым серьезный риск распространения инфекции. Даже те страны, которые потратили огромные средства, пытаясь снизить спрос на наркотики и проникновение наркотиков в тюрьмы, не смогли остановить инъекционное потребление наркотиков. В целом ряде тюремных систем случились вспышки ВИЧ-инфекции, продемонстрировавшие, как быстро ВИЧ может распространиться в тюрьме, если не предпринять эффективных профилактических мер.

Важность реализации в тюрьмах мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, включая программы обеспечения иглами и шприцами, была осознана еще на раннем этапе развития эпидемии. После первой консультации по вопросу распространения ВИЧ в тюрьмах, проведенной в 1987 г., ВОЗ отреагировала на рост числа случаев ВИЧ-инфекции в тюрьмах всего мира выпуском в 1993 г. "Руководства по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах". Со ссылкой на необходимость заботы о здоровье и профилактики ВИЧ-инфекции в руководстве подчеркивается, что "заключенные имеют право на такую медицинскую помощь, включая профилактическую, которая предоставляется всему гражданскому населению, без какой-либо дискриминации, особенно по правовому или национальному статусу". В частности, руководство рекомендует, чтобы "в тех странах, где для гражданских ПИН доступны чистые шприцы и иглы, стерильный инструментарий предоставлялся бы также во время

заключения и при освобождении". Эти рекомендации были вновь подтверждены в 2006 г. в изданном совместно УПН ООН, ВОЗ и ЮНЭЙДС документе об эффективных мерах профилактики на национальном уровне ВИЧ/СПИДа в тюрьмах.

С начала 1990-х годов в разных странах внедряются программы по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Однако многие из этих программ маломасштабны, ограничиваются несколькими тюрьмами или исключают те необходимые мероприятия, эффективность которых подтверждена. Следует срочно внедрять комплексные программы (в том числе информирование и обучение, особенно по принципу "равный - равному"; обеспечение презервативами; предоставление лечения наркотической зависимости, в особенности заместительной терапии опиоидной зависимости метадонном и/или бупренорфином; организация добровольного тестирования на ВИЧ и консультирования, а также оказание помощи и поддержки ЛЖВ, включая антиретровирусную терапию) и способствовать их быстрому распространению. Среди этих программ тюремные системы должны предусмотреть место для программ обеспечения иглами и шприцами.

Программы обеспечения иглами и шприцами

Существует ряд подтверждений того, что **программы обеспечения иглами и шприцами (ПИШ) вполне осуществимы** в условиях самых разных тюрем, включая в мужские и женские тюрьмы, тюрьмы всех уровней безопасности, малые и большие тюрьмы. Имеются свидетельства, что предоставление чистых игл и шприцев позитивно воспринимается потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) в тюрьмах и что подобная практика со временем приводит к значительному снижению использования нестерильного инъекционного инструментария. Эти программы также эффективно снижают распространение ВИЧ-инфекции. В то же время отсутствуют какие-либо данные о том, что тюремные ПИШ приводили к серьезным непредвиденным отрицательным последствиям. В частности, они не влекут за собой роста наркопотребления или частоты инъекционного введения нар-

котиков; они также не используются в качестве оружия. В ходе проведенных оценок было обнаружено, что ПИШ в тюрьмах реально способствуют обращению наркопотребителей в программы лечения наркотической зависимости. В конечном итоге, поскольку большинство заключенных рано или поздно выходят из тюрьмы и возвращаются в свою среду, реализация ПИШ в тюрьмах выгодна не только заключенным и тюремному персоналу, но и обществу в целом. Поэтому рекомендуется следующее:

- **Тюремные администрации в странах, которые переживают или которым угрожает эпидемия ВИЧ-инфекции среди ПИН, должны срочно внедрять ПИШ и распространять их как можно скорее.** Чем шире практикуется потребление инъекционных наркотиков и связанное с ним рискованное поведение в тюрьме, тем безотлагательнее нужно внедрять ПИШ.
- **Заключенные должны иметь легкий, конфиденциальный доступ к ПИШ; кроме того, заключенные и персонал должны получать информацию о таких программах, обучаться участию в них и вовлекаться в их разработку и реализацию.**
- **Тщательно проанализированные пилотные ПИШ в тюрьмах могут сыграть важную роль в принятии решения о внедрении таких программ.** Однако пилотные ПИШ не должны задерживать распространение имеющихся программ, особенно там, где уже существуют данные о высоких уровнях инъекционного потребления наркотиков в тюрьмах.
- **Следует провести дополнительные исследования работы ПИШ в тюрьмах.** В частности, большее число исследований в небогатых ресурсами системах за пределами Западной Европы могли бы ускорить внедрение в эти системы ПИШ. Исследования должны быть сосредоточены на решении практических вопросов и предоставлении недостающих научных данных, а не повторять уже существующие наработки. Оценка пилотных программ может быть оправдана в том случае если: 1) она проводится в условиях, существенно отличающихся от условий, в которых

оценки уже проводились, или 2) ее целью является получение недостающих научных данных.

Стратегии применения хлорсодержащих веществ и дезинфекции

Оценка программ применения хлорсодержащих веществ (ХСВ) в тюрьмах показала, что распространение хлорсодержащих или других дезинфицирующих веществ в тюрьмах осуществимо и не угрожает безопасности. Однако **не было получено доказательств эффективности** схем дезинфекции и обеззараживания, используемых вне тюрем. Исследования, предпринятые в тюрьмах, показали, что тюремные условия еще больше снижают вероятность эффективной дезинфекции инъекционного инструментария. **По причине ограниченной эффективности программ применения ХСВ они могут рассматриваться только в качестве вторичной стратегии по отношению к ПИШ.**

Следовательно:

Из-за своей ограниченной эффективности программы предоставления хлорсодержащих веществ могут рассматриваться только в качестве вторичной стратегии по отношению к ПИШ.

Поэтому:

- Программы предоставления ХСВ должны быть доступны в тех тюрьмах, руководство которых продолжает препятствовать внедрению ПИШ, несмотря на их очевидную эффективность, а также в дополнение к ПИШ. Однако заменить ПИШ такие программы не могут.
- Там, где реализуются программы предоставления ХСВ, заключенные должны иметь возможность легко и незаметно получать эти вещества в разных точках тюрьмы вместе с обучающей информацией о том, как следует обеззараживать инъекционный инструментарий, а также об ограниченной эффективности ХСВ как дезинфицирующего средства для инактивации ВИЧ и, особенно, ВГС.
- В тюрьмах, где имеются программы предоставления ХСВ, но нет ПИШ, работники общественного здравоохранения должны продолжать агитацию за внедрение ПИШ.

МЕТОДОЛОГИЯ

Тем не менее, возможности при проведении анализа были ограничены: не все документы были доступны, и исследователям не удалось использовать публикации, подготовленные на других языках.

В ходе подготовки данной публикации был проведен всесторонний анализ изданной литературы, изучены электронные библиотеки и базы данных по ВИЧ/СПИДу, а также веб-сайты различных правительственных и неправительственных организаций, соответствующих конференций, сайты, посвященные вопросам тюремной медицины, и медицинские новостные сайты. Поиск осуществлялся по таким ключевым словам как "prison(s)" (тюрьма(ы)), "jail(s)" (следственный(е) изолятор(ы)), "detention centre(s)" (место(а) содержания под стражей), "correctional facility(ies)" (исправительное(ые) учреждение(я)), "prisoner(s)" (заключенный(е)), "inmate(s)" (заключенный(е)), "HIV" (ВИЧ), "human immunodeficiency virus" (вирус иммунодефицита человека), "hepatitis C" (гепатит С) и "HVC" (вирус гепатита С). Эти ключевые слова были использованы в сочетании со специфическими дополнениями, такими как "condom(s)" (презерватив(ы)), "bleach" (хлорсодержащие вещества), "needle exchange" (обмен игл) и т.д., и, при необходимости, с названиями конкретных стран или регионов. Проводился обзор исследований и других материалов, опубликованных на английском, французском, немецком, итальянском, португальском и испанском языках. Были предприняты попытки получить информацию из развивающихся стран и доступ к так называемой "серой"* литературе, используя профессиональные контакты и прямые контакты с известными исследователями и исследовательскими центрами. Однако составители обзора столкнулись с рядом ограничений: не все документы удалось получить, а потому публикации на других языках, помимо упомянутых в библиографии, использованы не были.

В целом авторы обзора пытаются ответить на вопрос, явились ли мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах научным доказательством реальной возможности сни-

зить распространение ВИЧ среди заключенных или оказать иное положительное воздействие на их здоровье. В основу оценки полученных данных легли критерии, впервые предложенные Бредфордом Хиллом (Bradford Hill, 1965) и позволяющие устанавливать причинно-следственные связи между результатами наблюдений. Использовались и дополнительные критерии, включая:

- **Отсутствие негативных последствий:** Непредусмотренные негативные последствия способны оказать серьезное влияние на выбор или расширение мероприятий. Например, существует опасение, что программы обеспечения иглами и шприцами могут быть рассмотрены как потворствование наркопотреблению в тюрьмах, способны создать угрозу безопасности, привести к насилию среди заключенных или к нападениям на персонал.
- **Возможность реализации и расширения:** Возможна ли реализация программ в тюрьмах разных типов, в том числе в тюрьмах с ограниченными ресурсами, а также в тюрьмах с разными степенями безопасности, включая женские?
- **Приемлемость предлагаемых мероприятий для целевой аудитории:** Являются ли программы приемлемыми для заключенных и персонала, и какие условия делают их приемлемыми?
- **Непредвиденные выгоды:** Дает ли внедрение таких программ какие-либо незапланированные, но желательные выгоды?

Хотя достоверность результатов исследований, не подкреплённых рандомизированными клиническими испытаниями, часто ставится под сомнение, не следует преуменьшать сложность проведения подобных испытаний для оценки таких мероприятий как программы обеспечения иглами и шприцами (см., например, Drucker et al., 1998). В целом же, по ряду причин, пока было проведено очень мало рандомизированных клинических испытаний для оценки мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах.

*"Серая" литература - это не опубликованные в официальных научных изданиях работы (в том числе научные), доступ к которым через библиотеки (в том числе электронные) практически отсутствует.

1. Данные о потреблении инъекционных наркотиков и о распространении в связи с этим ВИЧ-инфекции и других парентеральных инфекций в тюрьмах

1.1. Общая информация

Запрещенные наркотики доступны в тюрьмах несмотря на то, что тюремные системы прилагают постоянные усилия для предотвращения наркопотребления среди заключенных посредством профилактики проникновения наркотиков в тюрьмы, осуществления строгого контроля назначения лекарственных средств и исполнения уголовных запретов на незаконное хранение наркотиков и их потребление среди заключенных.

Многие заключенные поступают в тюрьму с уже устоявшимися привычками наркопотребления (Calzavara et al., 2003). Hiller et al. (1999) сообщают, что в США анализ мочи на запрещенные наркотики дает положительный результат у 68 % всех вновь поступающих заключенных; сходные результаты наблюдаются в Европе (EMCDDA, 2005), Северной Америке и Австралии (Shewan, Stöver, Dolan, 2005). В других частях мира ситуация менее ясна из-за недостатка систематических исследований (Dunn et al., 2000; Ohaeri, 2000), но во многих странах наркопотребление среди заключенных является обычным делом. В действительности же многие заключенные попадают в тюрьму прежде всего из-за правонарушений, связанных с наркотиками (UNAIDS, 1997). Это могут быть либо изготовление, хранение, сбыт и потребление наркотиков, либо преступления, совершенные ради добычи средств на покупку наркотиков. Многие тюрьмы испытали значительный приток заключенных (и, как следствие, переполнение), вызванный в немалой степени политической активностью преследования и лишения свободы лиц, сбывающих и потребляющих запрещенные наркотические вещества (Stöver et al., 2001).

В частности, для ПИН лишение свободы является обычным делом: исследования, проведенные во множестве стран, свидетельствуют о том, что от 56% до 90% ПИН когда-либо побывали в тюрьме (Ball et al., 1995; Normand et al., 1995; Millson, 1991; Wood et al., 2004;

Beyrer et al., 2003). Для заключенных ПИН неоднократные попадания в места лишения свободы более характерны, чем для других заключенных (Gore et al., 1995). Согласно ряду исследований (Dolan, 2000), процент заключенных, потреблявших инъекционные наркотики на воле, варьирует от 11% в одном из исследований, проведенных в Англии (Maden et al., 1992), до 64% в исследованиях, проведенных в Новом Южном Уэльсе, Австралия (Dolan et al., 1999).

Те, кто потреблял наркотики до заключения, часто находят возможность продолжить их потребление и в тюрьме, хотя распространенность и частота потребления у большинства, но не у всех (Plourde, Brochu, 2002; Swann, James, 1998), заключенных с попаданием в тюрьму снижается (Shewan et al., 1994). Некоторые заключенные, находясь в тюрьме, прекращают потреблять наркотики, тогда как другие, напротив, начинают их потреблять - для снятия напряжения и получения возможности приспособиться к условиям существования в переполненной камере и зачастую склонной к насилию среде (Taylor et al., 1995; Hughes, Huby, 2000). Plourde, Brochu (2002) установили, что в Канаде наркопотребление значительно выше в учреждениях строгого (52%) и усиленного режима (35%), чем в учреждениях общего режима (19%). Потребление кокаина значительно снижается, тогда как многие заключенные, ранее не употреблявшие героин, впервые пробуют его именно в тюрьме. Это согласуется с результатами других исследований, указывающих на популярность героина в тюрьмах (Swann, James, 1998).

Bullock (2003) обнаружил, что, по признаниям заключенных, основной причиной снижения уровня наркопотребления в тюрьме является относительная малодоступность наркотиков (эту причину назвали 61% из тех, кто сообщил о снижении уровня потребления); далее следуют попытки отказаться от наркотиков и "улучшить форму" (14%: Kevin, 2000), отсутствие средств на наркотики (13%) и опасение быть наказанным (6%: Bullock, 2003).

1.2. Потребление инъекционных наркотиков в тюрьме

Потребление инъекционных наркотиков в тюрьме вызывает особую озабоченность в связи с распространением ВИЧ-инфекции и других парентеральных инфекций, таких как гепатиты В и С. Эта озабоченность обусловлена тем, что в тюрьмах ПИН часто используют нестерильные иглы, шприцы и другой инъекционный инструментарий (см. ниже раздел 1.2.2), что очень способствует передаче ВИЧ.

Вследствие множества методологических, логистических и этических проблем, связанных с изучением высокорискованного поведения заключенных, в исследованиях могут приводиться заниженные данные о распространенности потребления инъекционных наркотиков в тюрьмах. Инъекционное потребление наркотиков - это тщательно скрываемая деятельность (Hughes, 2000a), и многие заключенные отказываются участвовать в исследованиях, утверждая, что они не практикуют какие-либо формы высокорискованного поведения (Health Canada, 2004, со ссылкой на Pearson, 1995). Это может привести к низкой степени обобщенности и занижению получаемых данных о рискованных формах поведения, что негативно влияет на всю мировую статистику по тюрьмам. Кроме того, заключенные, все же участвующие в исследованиях, могут с большой неохотой предоставлять информацию о рискованных формах поведения, в частности, о потреблении инъекционных наркотиков (Health Canada, 2004). Заключенные боятся репрессий за незаконные действия (Rutter, 2001, со ссылкой на Dolan, Wodak, Penny, 1995).

Кроме того, необходимо с осторожностью сравнивать распространенность инъекционного потребления и связанных с ним рискованных форм поведения в тюрьмах разных стран, так как в ходе исследований использовались различные методологии и индикаторы. Тем не менее, несмотря на эти сложности, существует достаточно свидетельств того, что потребление инъекционных наркотиков широко распространено в тюрьмах и включает в себе серьезный риск передачи ВИЧ (и/или вируса гепатита С).

Как следует из табл. 1, множество исследований, проведенных в различных странах мира, зафиксировали высокие уровни инъекционного потребления наркотиков, в том числе и среди заключенных женского пола (DiCenso, Dias, Gahagan, 2003; Elwood Martin et al., 2005). Исследования также показывают, что

- степень и характер инъекционного потребления и использования нестерильного инструментария в различных тюрьмах разнятся;
- многие из тех, кто потреблял инъекционные наркотики до заключения, снижают или прекращают их потребление после попадания в тюрьму, но многие вновь возвращаются к инъекциям по выходе на свободу;
- некоторые начинают потреблять инъекционные наркотики в тюрьме, а
- те, кто потребляет инъекционные наркотики в тюрьме, обычно делают это реже, чем на свободе, но зато с большей вероятностью используют нестерильный инъекционный инструментарий, чем ПИН на свободе (Shewan et al., 1994);
- те, кто потребляет инъекционные наркотики в тюрьме, используют нестерильный инъекционный инструментарий совместно с другими заключенными-сокамерниками, среди которых зачастую весьма высок уровень распространенности ВИЧ и вируса гепатита С.

Большинство названных исследований проводились в развитых странах, но имеются и данные из некоторых развивающихся стран и стран, находящихся в переходном периоде развития (см. табл. 1 и Dolan et al., 2007). Например, Rowhani-Rahbar, Tabatabee-Yazdi и Panahi (2004) сообщают, что около 10% иранских заключенных потребляют инъекционные наркотики и более 95% из них используют нестерильный инъекционный инструментарий. Потребление инъекционных наркотиков является серьезной проблемой в тюрьмах стран Восточной Европы и Средней Азии (Россия: Frost, Tchertkov, 2002; Drobniowski et al., 2005; Украина: Zhivago, 2005; Армения: Weilandt, Eckert, Stöver, 2005; Таджикистан: Godinho, 2005); имеются также сообщения о потреблении инъекционных наркотиков в

тюрьмах Латинской Америки (например, Мексика: Cravioto P et al., 2003) и Африки (например, Rapid Situation Assessment Mauritius, 2005; Adjei et al., 2006).

1.2.1. Приобщение к потреблению инъекционных наркотиков в тюрьме

Исследования, проведенные в тюрьмах многих стран, показывают, что относительно высокий процент (13-23%) тех, кто потребляет инъекционные наркотики в тюрьме, приобщились к этому именно в тюрьме - например, в тюрьмах Ирландии (Allright et al., 2000: 21% ПИН); Шотландии (Gore SM et al., 1995; Gore SM et al., 1997; Bird AG et al., 1997: 19% в одной из тюрем); Финляндии (Korte et al., 1998: 21,7%), Таиланда (Thaisri et al., 2003: из 351 ПИН 15,9%, начали потреблять инъекционные наркотики в заключении), России (Frost, Tchertkov, 2002: 13,5%), Канады (Calzavara et al., 1997: 23%; Ford et al., 2000: 16%) и Австралии (Dolan, Wodak, 1999). В других исследованиях доля ПИН, приобщившихся к инъекционным наркотикам в тюрьме, была несколько ниже (Bird AG et al., 1997: 4%; Bird AG et al., 1995: 6%; Power et al., 1992: 8% выборки ПИН мужского пола в шотландских тюрьмах). В обзоре, подготовленном ЕС до его расширения, сообщается, что от 0,4% до 21% ПИН начали потреблять инъекционные наркотики в тюрьме (EMCDDA, 2002). Gill, Noone и Heptonstall (1995) рекомендуют с осторожностью интерпретировать данные о том, что многие заключенные приобщаются к потреблению инъекционных наркотиков в тюрьме. Они считают, что "если мужчины, рискующие приобщиться к потреблению инъекционных наркотиков, проводят существенную часть своей молодости в тюрьме, то доля молодых людей, приобщившихся к инъекционным наркотикам в тюрьме, может и не отличаться от доли мужчин того же возраста вне тюрьмы".

1.2.2. Использование нестерильного инъекционного инструментария в тюрьме

Исследования показывают, что потребление инъекционных наркотиков в тюрьме намного чаще сопровождается использованием нестерильного инъекционного инструментария, чем на свободе (см. табл. 1); при этом в большинстве исследований уровни использования

нестерильного инъекционного инструментария указываются от 60% до 90%. Поскольку пронести контрабандой в тюрьму иглы и шприцы гораздо труднее, чем наркотики, иглы и шприцы часто бывают в дефиците. Нередко среди большой популяции заключенных ПИН циркулирует лишь небольшое количество игл и шприцев. В результате 15-20 человек могут пользоваться одним и тем же инструментарием (Correctional Service Canada, 1994; Small et al., 2005; Taylor, Goldberg, 1996). Иногда этот инструментарий является самодельным: иглы и приспособления для их применения изготавливаются из прочной пластмассы и шариковых ручек; они повреждают вены, оставляют шрамы и вызывают тяжелые инфекции (Small et al., 2005; Mahon, 1996; Hughes, 2003; Turnbull, Stimson, Stillwell, 1994; Taylor, Goldberg, 1996; Bijl, Frost, 2000). Помимо серьезного риска инфицирования, ПИН в тюрьме больше рискуют получить и другие осложнения для здоровья, включая шрамы, гематомы, абсцессы и тромбоз вследствие использования инъекционного инструментария чрезвычайно низкого качества (Morrison, Elliott, Gruer, 1997).

Во многих случаях фиксация успехов в деле снижения рисков во внетюремной среде контрастирует с довольно стабильными отчетами о высоких степенях риска, связанного с использованием нестерильного инъекционного инструментария в тюрьме. В ходе одного из исследований более 15% участников, сообщивших о потреблении инъекционных наркотиков и об использовании нестерильного инъекционного инструментария во время последнего пребывания в тюрьме, сообщили также, что это был первый случай, когда они использовали нестерильный инструментарий (Crofts et al., 1995). В ходе исследований, проведенных в Ирландии, Шотландии и Австралии, от 9,7% до 45,7% тех, кто потреблял инъекционные наркотики до заключения, сообщили об использовании нестерильного инструментария, тогда как среди ПИН в тюрьме эти уровни составили от 52,1% до 76% (- Shewan et al., 1994; Allright et al., 2000; Kevin, 2000). Уровень использования нестерильного инъекционного инструментария был особенно высок среди заключенных женского пола (EMCDDA, 2002). Shewan et al. (1994) выявили

ряд факторов, в значительной мере обуславливающих использование нестерильного инъекционного инструментария в тюрьме: потребление в тюрьме более широкого спектра наркотиков; частота потребления препарата Temgesic® (бупренорфин); прекращение после попадания в тюрьму назначенного на свободу медицинским специалистом лечения метадонем. Лишь одно канадское исследование установило, что уровни инъекционного потребления наркотиков с использованием нестерильного инструментария в тюрьме были такими же, как и до заключения (Calzavara et al., 2003).

Использование нестерильного инъекционного инструментария в тюрьмах аналогично его использованию в наркопритонах: в тюрьме точно так же множество незнакомцев используют первые попавшиеся под руку шприцы (Dolan, Wodak, Hall, Kaplan, 1998; Small, 2005). Как правило, в обычной жизни только друзья или половые партнеры пользуются общими шприцами (Dolan et al, 1996a). Использование нестерильного инъекционного инструментария в притонах и тюрьмах намного опаснее, чем в других местах, и это отличие особо заметно при низкой распространенности ВИЧ (Allard, 1990). В тюрьмах межличностные отношения и обладание "обменным фондом" определяют доступ к дефицитным шприцам. Дефицит шприцев приводит к тому, что их используют множество людей. В исследовании Dolan et al. (1996a) 51 респондент вне тюрьмы делили нестерильный инструментарий со 144 другими ПИН; в тюрьме же 60 респондентов делили его с 1144 ПИН. Такое продолжительное повторное использование дефицитных шприцев представляет серьезную опасность для здоровья (Small et al., 2005).

Немногочисленные качественные исследования изучали риск инфицирования ВИЧ, связанный с инъекционным потреблением наркотиков и использованием нестерильного инструментария в тюрьмах (Taylor, Goldberg, 1996; Hughes, 2003; Small et al., 2005). В этих исследованиях сообщается, что бывшие в употреблении шприцы могут циркулировать в течение долгого времени, использоваться многими заключенными и что ПИН трудно

избежать использования нестерильного инъекционного инструментария, так как шприцы представляют собой большой дефицит. Доступ к шприцам обычно предполагает определенную плату, если только заключенный не связан с владельцем более тесными социальными отношениями, например дружбой. Обладание инъекционным инструментарием способно обеспечить привилегированное положение в тюрьме. Владелец может брать плату за использование инъекционного инструментария или получать наркотики в обмен на его предоставление. Некоторые заключенные, участвовавшие в исследованиях, намекали на то, что заключенный может не раскрывать свой ВИЧ-позитивный статус, боясь в будущем потерять доступ к шприцу.

1.2.3. Основные причины потребления инъекционных наркотиков в тюрьме

В ходе ряда исследований было установлено, что наркопотребление в тюрьме, по крайней мере частично, является продуктом тюремного режима, когда наркотики потребляются в попытке избавиться от тоски и изоляции (Calzavara et al., 1997; Hughes, Huby, 2000). "Важно понять, что потребление наркотиков в тюрьме позволяет человеку ощутить свою социальную значимость и индивидуальность, помогает справиться с тоской и заполнить тот вакуум, который неизбежно возникает в отсутствие конструктивного режима" (Hughes, 2003, со ссылкой на Chief Inspector of Prisons for England and Wales, 1993; Hughes, Huby, 2000).

Исследования показали, что мотивы потребления наркотиков до и во время заключения различны. Plourde и Brochu (2002) установили, что в тюрьме большинство заключенных потребляли наркотики, чтобы расслабиться (62%), а до заключения они, прежде всего, стремились забыть о своих проблемах (38%) и развлечься (31%). Calzavara et al. (1997) определили, что главными причинами потребления наркотиков в течение 12 месяцев до лишения свободы были следующие: "мне от этого хорошо", "потому что я зависим" и "способ уйти от реальности". В отличие от этого, главными причинами потребления наркотиков в течение 12 месяцев, прошедших в заключении, были: "мне от этого хорошо", "время

летит быстрее" и "помогает справиться с чувством тоски".

Более того, в ходе одного из исследований было установлено, что независимыми коррелятами инъекционного потребления наркотиков в заключении являются инъекционное потребление героина (OR = 6,4) или других опиатов (OR = 7,9) и неприменение нестерильного инъекционного инструментария (OR = 0,20) на свободе в течение года, предшествовавшего заключению, а также опыт пребывания в федеральной тюрьме (OR = 5,3) (Calzavara et al., 2003). Несколько других исследований указывают на то, что наркопотребление в тюрьме в большей мере определяется типом заключенных и их поведением на воле, нежели тюремной средой (Kevin, 2000; Thomas, Sage, 1975). В целом, все сходится во мнении, что для понимания того, почему некоторые заключенные продолжают потребление наркотиков или даже повышают его уровень в тюрьме, необходимы дальнейшие исследования (см., например, Shewan, Stöver, Dolan, 2005). Health Canada (2004) указывает, что в исследованиях, проведенных на сегодняшний день, часто "отсутствует углубленное понимание мотивировок, которые лежат в основе рискованных форм поведения; между тем, это могло бы помочь эффективнее планировать и реализовывать профилактические мероприятия". Предлагается сориентировать будущие исследования на установление причин рискованного поведения среди заключенных, а не на выявление конкретных форм поведения и факторов. Такой подход мог бы помочь в выработке более подходящих и эффективных мер профилактики и вмешательства".

1.2.4. Потребление инъекционных наркотиков после освобождения

Как уже упоминалось выше, многие заключенные-наркопотребители, включая ПИН, перестают потреблять наркотики после попадания в тюрьму и, находясь в тюрьме, чувствуют себя физически и морально более здоровыми, чем на свободе. Но имеются данные о высоком уровне рецидивов (или возвращении к прежнему характеру потребления) и передозировок после такого периода воздержания. В

одном из исследований 41% участников сообщили о том, что вернулись к инъекционному потреблению наркотиков в первую неделю после освобождения, и 82% из них сделали это в первый же день пребывания на свободе (Van Haastrecht, Anneke, Van Den Hoek, 1998). Это согласуется с результатами других исследований, в ходе которых большинство заключенных, прекративших потреблять инъекционные наркотики в тюрьме, сообщили, что они "точно намереваются" или "вероятно" будут "колоться" после освобождения (Strang et al., 1998; Shewan et al., 2001).

1.3. Данные о передаче ВИЧ и вируса гепатита С

Во многих исследованиях, проводившихся в разных уголках мира, сообщается о сероконверсии ВИЧ и/или вируса гепатита С (ВГС) и/или вируса гепатита В (ВГВ) в тюрьмах либо показано, что история тюремного заключения напрямую связана с распространенностью и заболеваемостью ВИЧ-инфекцией и/или вирусным гепатитом С и/или вирусным гепатитом В среди ПИН.

Что касается ВИЧ-инфекции, то она в значительной степени связана с историей тюремного заключения в ряде стран Западной и Южной Европы (в том числе представительниц женского пола: Estebanez et al., 2000), а также в России, Канаде, Бразилии, Иране и Таиланде. Было установлено, что использование нестерильного инъекционного инструментария в тюрьме является самым важным независимым определяющим фактором в ряде исследований (более подробно см. табл. 2 данного обзора и гл. "Данные о риске передачи ВИЧ и ВГС в тюрьмах" в обширной публикации "Эффективность мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах").

Самые убедительные свидетельства широкого распространения ВИЧ как следствия потребления инъекционных наркотиков в тюрьмах были получены в ходе ряда зарегистрированных вспышек инфекции в Австралии (Dolan, Wodak, 1999), Литве (MacDonald, 2005), Российской Федерации (Bobrik et al., 2005) и Шотландии (Taylor et al., 1995). В случае первой

зарегистрированной вспышки по крайней мере тринадцать заключенных инфицировались в шотландской тюрьме *Glenochil* вследствие использования нестерильного инъекционного инструментария (Taylor, Goldberg, 1996; Yirrell et al., 1997). Контрольное исследование, проведенное спустя 12 месяцев после вспышки, показало, что инфицировались до 20 заключенных (Gore et al., 1995).

В Литве использование нестерильного инъекционного инструментария привело к одной из самых крупных зарегистрированных вспышек ВИЧ-инфекции в тюрьме. В мае-июне 2002 г. Департамент по исправительным делам и Центр СПИДа Литвы выявили 207 ВИЧ-положительных заключенных в исправительном учреждении г. Алитус. Исследование было повторено в июле 2002 г. и выявило еще 77 ВИЧ-положительных заключенных, из кото-

рых у 44 заключенных в мае 2002 г. результат теста был отрицательный. Всего было выявлено 299 новых случаев ВИЧ-инфицирования (MacDonald, 2005). Сходная вспышка была также зарегистрирована в исправительной колонии Татарстана, Российская Федерация, где в 2001 г. ВИЧ инфицировались 260 заключенных (Bobrik, 2005). О вспышках ВИЧ-инфекции сообщали также из других стран, но информация об этих вспышках слишком скудная (Dolan et al., 2007).

Наконец, *о распространении ВГС* вследствие использования нестерильного инъекционного инструментария в тюрьме сообщалось в исследованиях, проведенных в Австралии (Haber et al., 1999; O'Sullivan et al., 2003) и Германии (Keppler, Nolte, Stöver, 1996; Keppler и Stöver, 1999).

2. Данные о программах обеспечения иглами и шприцами в тюрьмах

2.1. Общая информация

Вследствие распространенности потребления инъекционных наркотиков в тюрьмах многих стран мира и сопутствующего риска распространения ВИЧ и ВГС было настоятельно рекомендовано снабжать заключенных стерильными иглами и шприцами.

Еще в 1993 г. в *"Руководстве по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах"* ВОЗ рекомендовала "странам, где в обществе обеспечена доступность чистых шприцев и игл для потребителей инъекционных наркотиков, рассмотреть вопрос о предоставлении чистого инъекционного инструментария в заключении и при освобождении" (WHO, 1993). Такая же рекомендация была сформулирована ЮНЭЙДС (1997a; 1997b) и многими другими национальными и международными организациями, включая Австралийскую медицинскую ассоциацию (Editor, 1996) и Медицинскую ассоциацию Онтарио (2004). В документе *"Международное руководство по ВИЧ/СПИДу и правам человека"* также заявлено, что руководители тюремных ведомств должны обеспечить заключенных средствами профилактики ВИЧ-инфекции, включая "чистое инъекционное оборудование" (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and UNAIDS, 2006, в 29е).

Внедрение ПИШ в тюрьмах, где распространено потребление инъекционных наркотиков, имеет еще более веские основания, чем осуществление такой меры среди гражданского населения (Rutter et al., 2001). Хотя инъекционные наркотики в тюрьме обычно потребляются реже, чем на свободе, каждый эпизод представляет большой риск вследствие дефицита стерильного инъекционного инструментария и более частого использования нестерильного инструментария. Кроме того, быстрый оборот заключенных в тюрьмах не только означает, что смена партнеров по инъекциям в тюрьме происходит чаще, чем в обычной жизни, но и ведет к активному взаимодействию между ПИН, находящимися в заключении и на свободе (Dolan, Rutter и Wodak, 2003).

Первая тюремная ПИШ была внедрена в Швейцарии в 1992 г. С тех пор ПИШ были внедрены (или вскоре будут внедрены) в более чем 50 тюрьмах 12 стран Западной и Восточ-

ной Европы и Средней Азии (см. табл. 3). В некоторых странах лишь несколько тюрем имеют ПИШ, но в Кыргызстане и Испании число ПИШ быстро выросло, и сейчас они действуют во многих тюрьмах.

Впервые ПИШ были опробованы в небольших тюрьмах Швейцарии, но с тех пор их внедрили и другие страны - в мужских и женских тюрьмах; в малых, средних и больших учреждениях; в тюрьмах любого режима; в гражданских и военных тюрьмах; в различных местах содержания под стражей (следственных изоляторах, местах содержания после вынесения приговора, учреждениях открытого и закрытого типа); в учреждениях, предусматривающих содержание заключенных в отдельных камерах, и в учреждениях, где заключенные размещаются в бараках. Значимым является тот факт, что после внедрения программ в хорошо обеспеченных ресурсами тюремных системах Западной Европы они были внедрены и в системах с весьма ограниченными финансовыми ресурсами. Используются несколько моделей распространения стерильного инъекционного инструментария: через автоматы; выдача из рук в руки тюремными врачами, другим тюремным медицинским персоналом, консультантами по вопросам наркозависимости, внештатными представителями общественного здравоохранения; заключенными, прошедшими обучение по принципу "равный - равному". Краткий обзор истории тюремных ПИШ можно найти в публикации *"Эффективность мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах"* (по адресу <http://www.who.int/hiv/idu/>).

2.2. Свидетельства эффективности ПИШ, реализуемых среди гражданского населения

Во многих странах ПИШ стали неотъемлемой частью активных мер, принимаемых системами здравоохранения для снижения риска распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН и, как следствие, среди гражданского населения в целом. К 2007 г. примерно в 60 странах начали работу официально зарегистрированные и/или финансируемые правительством общественные ПИШ.

В ходе проведенных обширных исследований было обнаружено, что ПИШ эффективно сни-

жают распространение ВИЧ-инфекции (General Accounting Office, 1993; Normand, Vlahov, Moses, 1995; Office of Technology Assessment of the US Congress, 1995; Institute of Medicine of the National Academy of Science, 2001; National Academy of Sciences, 2006). Специалисты ВОЗ пришли к выводу, что "с точки зрения любых объективных стандартов свидетельства эффективности ПИШ в деле снижения распространения ВИЧ-инфекции следует расценивать как масштабные" (WHO, 2004, at al., 28).

2.3. Свидетельства эффективности ПИШ, реализуемых в тюрьмах

Систематические попытки оценить влияние ПИШ на связанное с ВИЧ рискованное поведение, а также их общую эффективность в тюрьмах были предприняты по крайней мере в рамках 10 проектов в Германии, Испании и Швейцарии. Эти оценочные мероприятия длились один-два года и собирали данные различными способами, опираясь на общепринятые научные стандарты. Ограничения включают в себя сравнительно небольшой размер выборок, последующий контроль через относительно короткие периоды времени, разнообразие методик оценки распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией, а также отсутствие групп для сравнения (Public Health Agency of Canada, 2006). Наиболее существенные результаты приведены в табл. 4.

Кроме того, возможность реализации ПИШ в тюрьмах изучалась в Новом Южном Уэльсе, Австралия, в 1995 г. (Rutter et al., 1995). И наконец, хотя каких-либо опубликованных оценок ПИШ в Восточной Европе и Средней Азии не существует, ряд опубликованных и неопубликованных отчетов, статей и презентаций дают представление об этих программах и их влиянии.

В основе обзора и анализа опубликованных и неопубликованных данных об эффективности ПИШ в тюрьмах лежали следующие вопросы:

- 1) Ведут ли тюремные ПИШ к снижению рискованного поведения среди ПИН, и связаны ли эти изменения в поведении

с более низкими уровнями инфицирования среди ПИН в тюрьмах?

- 2) Приносят ли тюремные ПИШ дополнительные и заслуживающие внимания выгоды?
- 3) Имеются ли данные о каких-либо серьезных, непредвиденных отрицательных последствиях?

2.3.1. Снижение использования нестерильного инъекционного инструментария и, как следствие, уровня парентеральных инфекций

С одним исключением (Heinemann, Gross, 2001), все имеющиеся оценки показали, что после внедрения ПИШ использование нестерильного инъекционного инструментария либо прекращалось (см., например, Nelles et al., 1998; Stark et al., 2005), либо значительно снижалось (см., например, Nelles, Fuhrer, Vincenz, 1999; Menoyo, Zulaica, Parras, 2000; Stöver, 2000) (см. также табл. 4). Потребители инъекционных наркотиков в тюрьмах Молдовы, где действуют ПИШ, также отметили снижение числа эпизодов использования нестерильного инъекционного инструментария (Pintilei, 2005).

Поскольку комитеты по этике сочли, что сравнение групп, имеющих доступ к ПИШ и лишенных такового, было бы неэтичным, проведенные исследования не смогли представить неоспоримых доказательств влияния ПИШ на уровень парентеральных инфекций. Однако ни одна из оценок не выявила новых случаев инфицирования ВИЧ. В пяти из шести тюрем, где проводился анализ крови на ВИЧ, ВГС или ВГВ, сероконверсии не наблюдалось (резюмировано в Stöver, Nelles, 2003); самоотчеты из других тюрем также не содержали информации о новых случаях инфекции. В другой тюрьме, где заболеваемость ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С определялась при помощи повторных тестов, сероконверсия ВИЧ и ВГВ отсутствовала, но было выявлено четыре случая сероконверсии ВГС (Stark et al., 2005), один из которых явно произошел в тюрьме и был объяснен фактом фронтальной загрузки шприца* (Stark et al., 2005).

* Деление доз наркотиков между двумя или более ПИН, использующими нестерильный инъекционный инструментарий или общие ложки для приготовления наркотика.

Лишь при оценке ПИШ в тюрьме открытого типа Гамбург-Фирланде в Германии заключенные, опрошенные в рамках качественного исследования, сообщили о несущественном снижении уровня использования нестерильного инъекционного инструментария. Использование такого инструментария продолжалось из-за нехватки игл и шприцев - главным образом по причине частых поломок автоматов, но еще и потому, что расположение этих автоматов не обеспечивало анонимности доступа к ним, снабжение жетонами, подходящими для этих автоматов, было недостаточным, а шприцы определенного размера, который пользовался высоким спросом, отсутствовали. Тем не менее, медицинская исследовательская бригада, которая проводила количественное исследование инъекционного поведения заключенных, сообщила о более обнадеживающих результатах, включая значительное снижение уровня использования нестерильного инъекционного инструментария. Кроме того, после внедрения ПИШ не наблюдалось случаев сероконверсии, а ретроспективный анализ данных, зарегистрированных до внедрения ПИШ, позволил выявить в исследуемой группе пять случаев сероконверсии ВГВ и два случая сероконверсии ВГС, которые, скорее всего, произошли в тюрьме (Heinemann, Gross, 2001).

В целом, наблюдавшееся снижение уровня использования нестерильного инъекционного инструментария является значимым.

2.3.2. Дополнительные выгоды

Имеются данные о дополнительных социальных выгодах и пользе для здоровья, полученных от реализации ПИШ.

Сокращение случаев передозировки и смерти

Значительное сокращение случаев передозировки и смерти было зафиксировано в первых пилотных проектах обмена игл в Германии (Jacob, Stöver, 2000a; Jacob, Stöver, 2000b). Lines et al. (2004; 2005) сообщали о сходных результатах в швейцарской тюрьме "Hindelbank", где за год до внедрения ПИШ регистрировалось в среднем от одного до трех случаев смерти от передозировки в год. Для сравнения: за девять лет после внедрения ПИШ

только один заключенный умер от передозировки. Были предложены две причины, объясняющие снижение числа случаев передозировки и смерти после внедрения ПИШ:

- Обеспечение каждого ПИН личным инъекционным инструментарием позволяет употреблять меньшее количество наркотика с каждой инъекцией. Ранее, когда шприцем пользовались многие заключенные, ПИН имел к нему ограниченный доступ, а потому в те редкие моменты, когда шприц оказывался в его распоряжении, вероятнее всего, вводил себе большие дозы.
- Реализация ПИШ и принятие идеологии снижения вреда в тюрьмах существенно меняют возможности консультирования заключенных медицинским персоналом и социальными работниками тюрьмы. Откровенное обсуждение рискованного поведения и риска передозировки может осуществляться лишь в атмосфере, когда заключенные не боятся наказания за признание в потреблении наркотиков (Lines et al., 2004; 2005).

Увеличение частоты направлений в программы лечения от наркотической зависимости

Проведенные в Германии и Испании оценки ПИШ показали, что они облегчают вовлечение заключенных в программы лечения от наркотической зависимости и увеличивают частоту направлений в такие программы (Stöver, 2000; Menoyo, Zulaica, Parras, 2000).

Другие выгоды

В ряде оценок были отмечены и другие выгоды, такие как уменьшение числа абсцессов, снижение стресса, улучшение отношений между заключенными и персоналом, рост информированности о способах передачи инфекции и о рискованном поведении (Menoyo, Zulaica, Parras, 2000; резюме в Lines et al., 2004; Lines et al., 2005).

Имеются также сообщения о повышении безопасности персонала тюрем, в которых реализуются ПИШ, за счет снижения числа случайных ранений спрятанным инъекционным инструментарием при досмотре камер (Jørgens, 1996; Lines et al., 2004). Rihs-Middel

(цит. по Rutter et al., 1995) полагает, что снижение риска ранения обусловлено тем, что заключенным разрешается хранить инъекционный инструментарий в определенном месте камеры и не прятать его, а это уменьшает вероятность ранения иглами во время досмотра. Meuyenberg et al. (1999) выяснили, что, по мнению тюремного персонала, внедрение ПИШ облегчило контроль за инъекционным инструментарием.

С одним исключением, оценочные исследования сообщают об отсутствии каких-либо проблем с утилизацией использованных шприцев и о высоких уровнях обмена инъекционного инструментария, достигающих соответственно 98,9% и 98,3% в двух немецких тюрьмах (Meuyenberg et al., 1999). Лишь в тюрьме Гамбург-Фирланде были зафиксированы нарушения правил утилизации шприцев. Это объяснялось, по крайней мере частично, двумя факторами: заключенные считали, что они столкнутся с отрицательными последствиями, если будут хранить шприц в установленном месте; доступ к стерильному инъекционному инструментарию был ограниченным (Heinemann, Gross, 2001).

2.3.3. Отсутствие непредвиденных отрицательных последствий

Какие-либо серьезные непредвиденные отрицательные последствия зафиксированы не были.

Шприцы не используются в качестве оружия

К самым важным результатам оценочных исследований можно отнести то, что не было зафиксировано ни одного случая использования заключенными шприца в качестве оружия против других заключенных или персонала. Со времени первой ПИШ, начавшей работу в 1992 г., не поступило ни одного сообщения об использовании шприцев в качестве оружия в какой-либо из тюрем с действующей ПИШ. Единственный раз об использовании шприца в качестве оружия было сообщено из тюрьмы Нового Южного Уэльса, Австралия, где не было ПИШ. Тогда ВИЧ-позитивный заключенный нанес охраннику тюрьмы удар наполненным кровью шприцем, что привело к инфицированию и, впоследствии, к смерти охранника (Rutter et al., 2001; Jones, 1991).

ПИШ не ведут к росту наркопотребления или увеличению частоты инъекций

Как следует из табл. 4, оценки существующих ПИШ показали, что доступность стерильного инъекционного инструментария не ведет к росту числа ПИН, наркопотребления в целом или к увеличению объема наркотических веществ в тюрьмах (Jacob, Stöver, 2000a; Menoyo, Zulaica, Parras, 2000; Nelles, Fuhrer, Vincenz, 1999; Stark et al., 2005; Stöver, 2000; Stöver, Nelles, 2003). В ходе оценки двух программ было обнаружено, что зарегистрированные уровни потребления наркотиков и частота инъекций снизились (Nelles, Dobler-Mikola, Kaufmann, 1997).

Несмотря на эти свидетельства, отдельные лица продолжают высказывать мнение, что предоставление игл и шприцев в тюрьмах может привести к росту инъекционного потребления наркотиков. Поскольку это мнение иногда используется для того, чтобы помешать внедрению ПИШ, ниже более детально обсуждаются результаты некоторых спорных исследований.

Двое участников одного из исследований (-Stark et al., 2005), ранее лишь вдыхавшие героин, сообщили об инъекционном потреблении наркотика в отдельных случаях. Нельзя исключить, что доступность стерильного инъекционного инструментария могла подтолкнуть этих людей к инъекционному потреблению, но исследователи пришли к выводу, что, вероятнее всего, этот факт отражает естественный случай инъекционного потребления наркотика среди ингаляционных потребителей героина в ситуациях, когда их товарищи часто вводят наркотики инъекционным способом (Stark et al., 2005, со ссылкой на Allright et al., 2000; Gore et al., 1995).

В письме в *British Medical Journal* Langkamp (2000) заявил, что при оценке одной ПИШ (в тюрьме Гамбург-Фирланде) было установлено, что многие заключенные, ранее прекратившие потреблять наркотики, начали потреблять их вновь и что многие вернулись от вдыхания наркотиков к их инъекционному потреблению, "при этом регулярно используя нестерильный инструментарий". Анализ отчетов социологической и медицинской исследова-

тельских команд (Gross, 1998; Heinemann, Gross, 2001) действительно показывает, что процент заключенных в Гамбург-Фирланде, сообщивших об инъекционном потреблении наркотиков, оказался более высоким, чем в закрытых учреждениях, из которых они были переведены в тюрьму Фирланде. Более того, некоторые заключенные отметили, что у них возникло искушение возобновить инъекционное потребление наркотиков, хотя ранее они переключились на другие формы наркопотребления, боясь инфицироваться ВИЧ и ВГС в отсутствие ПИШ. Однако оценка ПИШ не указывает на связь между повышенным наркопотреблением и частотой инъекций в Гамбург-Фирланде (тюрьма более открытого типа по сравнению с закрытыми учреждениями, из которых заключенные были переведены в нее) и существованием ПИШ в тюрьме. Кроме того, оценочный отчет, утверждая, что сообщения заключенных (относительно того, что они могли бы испытать искушение вернуться к потреблению инъекционных наркотиков из-за наличия ПИШ) следует воспринимать серьезно, одновременно подчеркивает, что эти сообщения нужно "интерпретировать с большой осторожностью, так как изменение поведения в плане потребления наркотиков можно очень легко приписать автоматам, выдающим шприцы, таким образом возложив ответственность и "вину" на кого угодно, кроме самих заключенных" (Gross, 1998, перевод с немецкого).

Переключение с вдыхания или курения на инъекционное потребление наркотиков было также отмечено в исследованиях, выполненных в тюрьмах без ПИШ; этот факт был объяснен малодоступностью героина, подтолкнувшей к переключению с курения на инъекционное потребление как более экономичный способ (Long, 2004).

Опасение, что введение ПИШ в тюрьмах может подтолкнуть некоторых заключенных к возобновлению или продолжению потребления инъекционных наркотиков, было также высказано в одном из обзоров тюремных ПИШ, который основывался не на опыте какой-либо действующей ПИШ, а на небольшом исследовании, предпринятом в канадской тюрьме. В этом исследовании один из 11

заключенных, заявивших, что они прекратили принимать инъекционные наркотики в результате ареста или заключения в тюрьму, сделал особый упор на то, что он отказался от инъекционного потребления вследствие невозможности достать стерильный инъекционный инструментарий и опасения инфицироваться ВИЧ (Thomas, 2005). Согласно Thomas, "это позволяет предположить, что появление стерильных игл в тюрьме может привести к тому, что небольшое число потребителей инъекционных наркотиков, отказавшихся от инъекционного потребления из-за отсутствия стерильных игл, вернутся к внутривенному потреблению наркотиков". Thomas считает, что будущие оценки ПИШ в тюрьмах должны включать в себя сбор этнографических данных для прогнозирования подобных возможностей потенциального влияния на поведение. Smyth (2000) также допускал, что, "несмотря на отсутствие каких-либо свидетельств, указывающих на то, что обмен игл подталкивает к началу инъекционного потребления наркотиков вне тюрьмы, предоставление подобной услуги в тюрьме может спровоцировать гораздо больше ПИН на продолжение потребления наркотиков таким способом". Он выражал озабоченность тем, что если большее число ПИН решат продолжить инъекционное потребление наркотиков в тюрьме вследствие наличия там ПИШ и если некоторые из них, несмотря на наличие ПИШ, время от времени будут использовать нестерильный инъекционный инструментарий, то в тюрьмах может вырасти заболеваемость гепатитом С. Он настаивал на необходимости "более глубокого понимания факторов, обеспечивающих наблюдаемое снижение инъекционного потребления в этих условиях [в тюрьме]", и считал, что при исследовательских оценках тюремных ПИШ необходимо измерять долю тех, кто поступает в тюрьму с потреблением инъекционных наркотиков в анамнезе и продолжает их потреблять до внедрения ПИШ, а после внедрения ПИШ вновь измерить эту долю. Smyth признавал, что "наличие ПИШ в тюрьме все же может принести существенную пользу здоровью большой популяции ПИН", если доля ПИН, продолжающих потребление наркотиков таким способом, "вырастет лишь незначительно" (Smyth, 2006).

В заключение следует отметить, что, хотя наблюдения за влиянием ПИШ на потребление наркотиков и использование инъекционного способа в тюрьмах следует продолжить, имеющиеся на сегодняшний день данные свидетельствуют о том, что ПИШ не ведут к росту наркопотребления, в том числе инъекционного. Те немногие известные случаи, когда небольшое число заключенных могли переключиться на инъекционный способ потребления наркотиков, можно отнести на счет других факторов. Даже если бы они были связаны с облегченным доступом к инъекционному инструментарию, они не оказали бы существенного воздействия на потенциальную пользу для здоровья, зафиксированную в оценках ПИШ.

2.3.4. Другие выводы

Адекватный доступ к ПИШ, необходимость в конфиденциальности и доверии

Легкий, конфиденциальный доступ к ПИШ для всех заключенных и их вера в то, что они могут получить инъекционный инструментарий в нужный момент, не боясь каких-либо отрицательных последствий, являются ключом к успеху этих программ. Проведенные оценки показывают: заключенные отказываются участвовать в ПИШ, если опасаются, что получение инъекционного инструментария может иметь для них негативные последствия - либо потому, что их могут увидеть во время пользования раздаточным автоматом (Heinemann, Gross, 2001), либо потому, что они имеют доступ к ПИШ только через медицинский или другой тюремный персонал (Stöver, 2000). Были также отмечены технические проблемы при использовании автоматов, повлекшие за собой ограничение доступа к инъекционному инструментарию (Stöver, 2000).

В одной из тюрем, где оборудование распространялось через персонал, осуществляющий консультирование, а заключенные, получающие опиоидную заместительную терапию, были исключены из ПИШ, иглы и шприцы оставались предметом торговли. Наблюдалось также нежелание использовать услуги ПИШ вследствие недостаточной анонимности и боязни того, что информированность консультантов о потреблении заключенным нар-

котиков может повлиять на возможность его условного освобождения (Meyenberg et al., 1997; Jacob, Stöver, 1997). По крайней мере в одной тюрьме использование нестерильного инъекционного инструментария продолжалось, так как шприцы определенного размера, которые пользовались высоким спросом, отсутствовали. Это лишний раз указывает на то, что предоставляемый инъекционный инструментарий должен отвечать потребностям заключенных (Heinemann, Gross, 2001).

Если заключенные имеют ограниченный доступ к программе, не получают шприцев нужного типа или не доверяют программе, она принесет меньше пользы и персоналу, поскольку некоторые заключенные продолжают прятать иглы и шприцы, тем самым повышая риск ранений персонала иглами (Heinemann, Gross, 2001).

Важность легкого доступа, конфиденциальности и доверия была лучше всего продемонстрирована в Молдове: там лишь небольшое число заключенных имели доступ к ПИШ, которая реализовывалась в медсанчасти тюрьмы. Только когда появилась возможность получать инъекционный инструментарий от других заключенных, обученных предоставлению услуг по снижению вреда, количество выдаваемого оборудования значительно выросло - 98,4% заключенных сообщили, что они имеют свободный доступ к инъекционному оборудованию (Pintilei, 2005; Lines et al., 2004; Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006). Это свидетельствует о том, что во многих тюрьмах распределение инструментария тюремными медсестрами, врачами, даже представителями неправительственных организаций или внештатными медицинскими работниками, приходящими для этой цели, не является оптимальным вариантом, поскольку многие заключенные в программу не обратятся. В таких тюрьмах распространение через своих же товарищей привело к значительному расширению доступности без каких-либо непредвиденных отрицательных последствий (Pintilei, 2005; Wolfe, 2005; Lines et al., 2004; Lines et al., 2005).

Наконец, именно распространение, а не обмен "один-на-один" гарантирует больший

доступ к инъекционному оборудованию, особенно для тех заключенных, которые не хотят обращаться в ПИШ сами, а предпочитают получать инъекционный инструментарий от товарищей, пользующихся их доверием, и в случаях, когда часы работы программы ограничены.

Принятие ПИШ персоналом и заключенными

Опыт показал, что до внедрения ПИШ необходимо было убедить тюремный персонал в необходимости принять программу или, по крайней мере, терпимо отнестись к ней. Однако, по мере реализации программы, отношение к ней улучшается и в целом становится весьма позитивным как среди персонала, так и среди заключенных -потребляющих и не потребляющих наркотики (Nelles и Fuhrer, 1995; Nelles et al., 1998; Meyenberg et al., 1999).

Единственным исключением явилась тюрьма Гамбург-Фирланде, где отношение персонала к ПИШ не улучшилось. Специалисты, оценивавшие результаты программы, пришли к выводу, что ПИШ не следует распространять на все тюрьмы до тех пор, пока персоналу не будет предоставлена возможность активно участвовать в разработке модели, которая бы соответствовала потребностям и реалиям каждой конкретной тюрьмы (Heinemann, Gross, 2001). Отношение персонала к ПИШ было наименее позитивным в тех тюрьмах, где заключенные имели проблемы с доступом к шприцам и/или не верили, что смогут получить их без негативных последствий; это вело к продолжению торговли шприцами и снижению пользы от ПИШ в целом (Heinemann, Gross, 2001).

2.4. Выводы и рекомендации

Имеются свидетельства, что ПИШ могут быть реализованы в тюрьмах самого широкого диапазона.

В целом, обзор имеющихся данных показывает, что тюремные ПИШ могут быть реализованы в тюрьмах самого широкого диапазона: в мужских и женских тюрьмах; в тюрьмах всех режимов; в малых и больших тюрьмах; в тюрьмах, где заключенные содержатся как в отдельных камерах, так и в помещениях барачного типа. Обзор также показывает, что

ПИШ могут быть успешно реализованы и в тех странах, где тюремные системы относительно хорошо обеспечены, и в тех, где финансирование тюрем и их инфраструктура значительно хуже, например в странах Восточной Европы (Молдова, Беларусь и Украина) и Средней Азии (Кыргызстан).

Тюремные ПИШ эффективно сокращают использование нестерильного инъекционного инструментария и, как следствие, передачу ВИЧ-инфекции.

Имеются убедительные данные о том, что предоставление стерильного инъекционного инструментария с готовностью принимается ПИН в тюрьмах и через некоторое время может привести к значительному снижению уровня использования нестерильного инъекционного инструментария. Основываясь на имеющихся данных и используя изложенный в обширной литературе опыт реализуемых среди гражданского населения программ, можно сделать вывод о том, что тюремные ПИШ также способны эффективно снижать уровень сопутствующей ВИЧ-инфекции.

Тюремные ПИШ приносят дополнительные и заслуживающие внимания выгоды.

В частности, имеются отчеты о том, что ПИШ в тюрьмах:

- ведут к снижению риска передозировки и абсцессов;
- способствуют направлению в программы лечения от наркозависимости (там, где таковые имеются) и ведут к росту числа заключенных, обращающихся в такие программы.

Отсутствуют какие-либо убедительные свидетельства серьезных, непредвиденных отрицательных последствий.

Нет никаких свидетельств, указывающих на то, что тюремные ПИШ имеют серьезные, непредвиденные отрицательные последствия. В частности:

- ПИШ не ведут к росту наркопотребления или частоты инъекций;
- инъекционное оборудование не используется в качестве оружия;
- ПИШ не препятствуют реализации программ, основанных на полном отказе от наркотиков, поскольку в тюрьмах, где

имеются ПИШ, наркотики остаются под запретом. Тюремная охрана продолжает отвечать за выявление и конфискацию запрещенных наркотиков. Однако следует признать, что если наркотики попадают в тюрьму и потребляются заключенными, приоритет должен быть отдан профилактике передачи ВИЧ и ВГС через опасное потребление инъекционных наркотиков. А потому, хотя запрет на наркотики сохраняется, инъекционный инструментарий, являющийся частью официальной ПИШ, не запрещен.

Чтобы ПИШ оказалась успешной, заключенные должны иметь к ней легкий, конфиденциальный доступ, должны, наряду с персоналом, получить информацию и соответствующее обучение по ПИШ, а также должны быть вовлечены в ее разработку и реализацию.

Обзор показал, что имеется ряд ключевых факторов успеха тюремных ПИШ:

- легкий и конфиденциальный доступ заключенных к ПИШ;
- поддержка со стороны тюремного персонала и заключенных с учетом важности информирования и обучения как персонала, так и заключенных по вопросам содержания программы, ее ожидаемых выгод для заключенных, персонала и населения;
- разработка механизма безопасной утилизации шприцев;
- участие персонала и заключенных в разработке и развитии программы.

Дополнительные исследования тюремных ПИШ окажутся полезными, если приведут к заполнению пробелов в доказательной базе.

Обзор показал, что существует ряд областей, будущие оценочные исследования в которых могли бы заполнить информационные пробелы. Наиболее важен тот факт, что тюремные ПИШ в странах за пределами Западной Европы не были оценены с научной точки зрения. В Молдове осуществлялся сбор разнообразных данных и ведутся исследования распространенности ПИШ (Pintilei, 2005), но ни одна из программ, реализованных вне Западной

Европы, либо не провела сбора данных до начала своей работы, либо не предприняла попытки осуществлять сбор научных данных систематически. Сбор дополнительных данных мог бы оказать серьезную поддержку тюремным системам в Восточной Европе и Средней Азии, где внедряется все больше ПИШ.

Для дополнительных исследований Rutter et al. (1995) рекомендуют использовать двухлетнюю оценку, применяя самые разнообразные стратегии, в том числе: количественные и качественные интервью с заключенными и персоналом; тестирование заключенных на парентеральные вирусные инфекции и потребление наркотиков; анализ тюремной документации, фиксирующей случаи физического насилия и/или конфискации наркотиков. Согласно Thomas (2005), "ключевыми задачами" в оценке будущих пилотных тюремных ПИШ "являются сбор достоверной информации по широкому диапазону соответствующих показателей до, в ходе и после реализации программы, анализ любых изменений, которые могут быть отнесены на счет программ обмена игл, сравнение "положительных" и "отрицательных" результатов и определение того, насколько положительные эффекты (например, снижение уровня использования нестерильного инъекционного инструментария и распространения инфекции и т.д.) перевешивают отрицательные (например, начало, возврат или усиление потребления наркотиков из-за доступности игл и т.д.)".

В конечном счете, как заявили сотрудники Института медицины Национальной академии наук США в контексте проведенного ими анализа данных по реализации ПИШ среди гражданского населения, следует признать, что "невозможность проведения решающего исследования... не обязательно исключает возможность вынесения заслуживающих доверия научных суждений". Со ссылкой на Bradford Hill в заявлении Института далее говорится, что "неполнота" научных свидетельств "не дает нам права игнорировать знания, которые мы уже имеем, или откладывать действие, которого эти знания требуют" (Normand, Vlahov, Moses, 1995, цит. в WHO, 2004; National Academy of Sciences, 2006).

Отказ от тюремных ПИШ по причине ограниченности исследований, выполненных на сегодняшний день, приведет к игнорированию доказательно обоснованных преимуществ и явится "как несостоятельным научным суждением, так и плохой политикой в области общественного здравоохранения" (WHO, 2004). Либо, говоря словами Европейского отделения ВОЗ (2005): "... относительно небольшой имеющийся опыт показывает, что там, где степени риска высоки, как в странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции и гепатита, взвешенное внедрение программ обеспечения иглами и шприцами с учетом уже имеющегося опыта было бы оправданно... Когда к тюремным властям поступает информация об инъекционном потреблении наркотиков, они должны рассмотреть вопрос внедрения схемы обмена независимо от распространенности ВИЧ-инфекции на текущий момент".

Поэтому рекомендуется следующее:

1. Тюремные ведомства в странах, которые переживают или которым угрожает эпидемия ВИЧ-инфекции среди ПИН, должны безотлагательно внедрить программы обеспечения иглами и шприцами и добиться их масштабного распространения как можно скорее.

Общий успех оцененных тюремных ПИШ и другие имеющиеся данные, изученные в ходе подготовки настоящей публикации, убедительно свидетельствуют о возможности реализации ПИШ в тюрьмах и позволяют сделать вывод о том, что эти программы снижают частоту использования нестерильного инъекционного инструментария и случаев сопутствующего распространения ВИЧ-инфекции. Из этого следует, что подобные программы могут оказаться полезными в любой тюрьме,

где существует проблема потребления инъекционных наркотиков и связанного с ним использования нестерильного инъекционного инструментария.

Чем выше распространенность потребления инъекционных наркотиков и сопутствующего рискованного поведения в тюрьме, тем безотлагательнее становится внедрение в ней ПИШ.

Контроль и оценка являются важными компонентами любой программы. Хотя пилотные ПИШ в тюрьмах могут иметь важное значение, позволяя обеспечить их дальнейшее внедрение и преодолеть возражения против них, они не должны задерживать расширение программ, особенно там, где имеются данные о высоких уровнях инъекционного потребления наркотиков в тюрьмах.

2. Дополнительные исследования тюремных ПИШ следует предпринимать для того, чтобы заполнить имеющиеся пробелы в знаниях.

Данный обзор выявил значительные пробелы в имеющейся информации. В частности, дополнительные исследования в малообеспеченных системах за пределами Западной Европы могли бы содействовать более активному расширению ПИШ в этих системах. Исследования в других системах должны быть направлены на заполнение информационных пробелов, а не воспроизводить уже существующие исследования. Оценка пилотных программ может быть оправданна в случае, если: 1) она осуществляется в условиях, значительно отличающихся от условий, в которых оценки уже были проведены; 2) она направлена на заполнение информационных пробелов.

3. Данные о стратегиях применения хлорсодержащих веществ и дезинфекции

3.1. Общая информация

Общественные программы предоставления хлорсодержащих веществ (ХСВ) или других дезинфицирующих средств для стерилизации игл и шприцев с целью снижения распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков были впервые реализованы в Сан-Франциско, США, в 1986 г. (Normand, Vlahov, Moses, 1995). Эти программы получили поддержку в первую очередь там, где оппозиция ПИШ была наиболее сильной, включая тюрьмы большинства стран (Rutter et al., 2001).

Количество тюремных систем, предоставляющих заключенным дезинфицирующие средства, главным образом в форме ХСВ, продолжает увеличиваться, но уже в 1991 г. 16 из 52 исследованных тюремных систем, в том числе в Африке и Центральной Америке, обеспечили их доступность (Harding, Schaller, 1992). В исследованиях, предпринятых в Европе, доля тюремных систем, где обеспечивается доступность ХСВ, выросла с 28% в 1992 г. до 50% в 1997 г. (European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons, 1997). В настоящее время хлорсодержащие или другие дезинфицирующие вещества доступны во многих других тюремных системах, включая системы Австралии, Канады, Индонезии, Ирана, а также в некоторых системах Восточной Европы и Средней Азии (Lines, 2002, Dolan, 1999; Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006).

3.2. Данные об эффективности общественных программ предоставления хлорсодержащих веществ

Специалисты ВОЗ (2004) пришли к выводу, что "доказательства эффективности применения хлорсодержащих веществ для обеззараживания инъекционного инструментария и других форм дезинфекции слабы". ВОЗ указывает, что эффективность ХСВ как дезинфицирующего средства для инактивации ВИЧ была продемонстрирована в многочисленных лабораторных исследованиях; более высокие концентрации ХСВ, хотя это не всегда необходимо, более эффективны, а время контакта с ХСВ и наличие других веществ, таких как свернувшаяся кровь в шприцах, также являются важными факторами,

влияющими на эффективность (WHO, 2004). Однако, несмотря на убедительность лабораторных данных, полевые исследования вызвали "серьезные сомнения в возможности того, что эти меры когда-либо смогут стать эффективными в реальных условиях" (WHO, 2004). Исследователи пришли к выводу, что дезинфекция игл с помощью ХСВ не обеспечивает защиты или, в лучшем случае, обеспечивает небольшую защиту от ВИЧ-инфекции (Chaisson et al., 1987; Vlahov et al., 1991; Titus et al., 1994; Vlahov et al., 1994).

Более того, в двух исследованиях было оценено воздействие ХСВ на распространенность ВГС, и ни в одном из них не было выявлено сколь-нибудь значимого воздействия на сероконверсию ВГС (Kapadia et al., 2002; Hagan et al., 2001). Как наилучший результат одного из исследований (Kapadia et al., 2002) отмечается небольшое (и, вероятно, статистически незначимое) снижение инфицирования ВГС.

3.3. Данные исследований, проведенных в тюрьмах

Лишь немногие исследования оценивали программы предоставления хлорсодержащих или других дезинфицирующих веществ в тюрьмах; еще меньше исследований касались влияния таких программ на здоровье.

3.3.1. Уменьшение случаев рискованного поведения и инфицирования

Первые два исследования, осуществившие независимый мониторинг тюремной программы предоставления ХСВ, проводились в Австралии. Было установлено, что большинство заключенных могли получать ХСВ и что фактически все заключенные, использовавшие нестерильный инъекционный инструментарий, обеззараживали шприцы ХСВ (Dolan et al., 1994; Dolan et al., 1996b; Dolan, Wodak, Hall, 1998; Dolan, Wodak, Hall, 1999). Исследователи также выяснили, что в промежутке между первым и вторым исследованиями доступность ХСВ значительно увеличилась. Другие австралийские исследования также показали, что в условиях доступности ХСВ существенная доля ПИН в тюрьмах очищают шприцы с их помощью, однако уровни использования ХСВ в некоторых тюрьмах были значительно ниже (Rutter et al, 2001).

Оценка мер по снижению вреда в Канадской федеральной тюремной системе также показала относительно свободную доступность ХСВ, хотя в некоторых тюрьмах доступ не был затруднен (Correctional Service of Canada, 1999). Напротив, в небольшом качественном исследовании, изучавшем риски для здоровья заключенных ПИН мужского пола в Британской Колумбии, Канада, заключенные утверждали, что снабжение и качество ХСВ в тюрьмах были нестабильными и что ХСВ не всегда хранились в подходящем, доступном месте (Small, 2005).

Хотя исследования показывают, что, при доступности ХСВ, многие заключенные промывают шприцы, они также подчеркивают, что в тюремных условиях вероятность того, что инъекционное оборудование будет эффективно продезинфицировано с применением ХСВ, еще меньше, чем на свободе. Представители коллектива исследователей, проводившего оценку в Канадской федеральной тюремной системе (Correctional Service of Canada, 1999), заявили, что они не "убеждены, что предоставление одних только хлорсодержащих веществ эффективно снизит распространение гепатита или ВИЧ-инфекции". Они пришли к выводу, что "те нелегальные, тайные условия, в которых приходится действовать потребителям инъекционных наркотиков в тюрьмах, использование примитивного и самодельного оборудования для инъекций, а также распространенная среди ПИН тенденция "срезать углы", когда тяга к наркотику одерживает верх над здравым смыслом, вряд ли способны гарантировать, что использование ХСВ эффективно снизит распространение ВИЧ-инфекции или гепатита С".

Это согласуется с результатами других исследований, изучавших применение заключенными ХСВ и сообщающих, что: при опросе лишь небольшое число заключенных заявили о следовании рекомендациям по обеззараживанию шприцев (Dolan, Wodak, 1998); ХСВ в тюрьмах "используются несистематически, и, вероятнее всего, промывание хлоркой, если и производится, то слишком быстро" (Small, 2005); хотя большинство заключенных утверждали, что всегда промывают нестерильный инструментарий, "из-за того, что в любой момент к ним может подойти тюремный

работник, инъекции и чистка выполняются поспешно" (Taylor, Goldberg, 1996).

3.3.2. Безопасность

Сообщений о каких-либо серьезных проблемах для безопасности, связанных с программами предоставления ХСВ в тюрьмах, нет. В единственном оценочном исследовании, выяснявшем, не вызвало ли предоставление заключенным ХСВ каких-либо непредвиденных последствий, сообщалось: и заключенные, и персонал заявили, что ХСВ стали "фактом жизни" в тюрьмах. Опрос персонала показал, что, за несколькими исключениями, его озабоченность вопросами безопасности снизилась (Correctional Service of Canada, 1999).

3.4. Выводы и рекомендации

Схемы дезинфекции и обеззараживания вне тюрем не поддерживаются какими-либо свидетельствами их эффективности. В тюрьмах эффективность может оказаться еще ниже. Типы шприцев, которые доступны в тюрьмах, могут труднее поддаваться эффективной дезинфекции с помощью ХСВ. У заключенных могут возникать проблемы с доступом к ХСВ. Очистка представляет собой длительную процедуру, и заключенные могут не захотеть производить какие-либо действия, которые укажут тюремному персоналу на то, что они потребляют наркотики. Как отмечает Европейское отделение ВОЗ, "весьма сомнительно, что заключенные станут проводить по 45 минут, встряхивая шприцы, чтобы очистить их перед тем, как сделать инъекцию в каком-либо скрытом уголке тюрьмы. Поэтому ХСВ может создать ложное чувство безопасности среди заключенных, использующих нестерильный инструментарий. Эффективность процедур дезинфекции... в значительной мере зависит от используемого метода. Эффективность может быть различной, и дезинфекция теперь считается вторичной стратегией по отношению к программам обмена игл и шприцев" (WHO Europe, 2005). Предоставление хлорсодержащих или других дезинфицирующих веществ в тюрьмах практически осуществимо и не угрожает безопасности.

Дезинфицирующие средства (главным образом в форме ХСВ) стали доступны во многих тюремных системах разных стран мира. Не было обнаружено никаких сообщений о том, что программы по предоставлению ХСВ создали какие-либо серьезные проблемы для безопасности.

Из-за своей ограниченной эффективности программы предоставления хлорсодержащих веществ могут рассматриваться только в качестве вторичной стратегии по отношению к ПИШ.

Поэтому:

- Программы предоставления ХСВ должны быть доступны в тех тюрьмах, руководство которых продолжает препятствовать внедрению ПИШ несмотря на их очевидную эффективность, а также в

дополнение к ПИШ. Однако заменить ПИШ такие программы не могут.

- Там, где реализуются программы предоставления ХСВ, заключенные должны иметь возможность легко и незаметно получать эти вещества в разных точках тюрьмы вместе с обучающей информацией о том, как следует обеззараживать инъекционный инструментарий, а также об ограниченной эффективности ХСВ как дезинфицирующего средства для инактивации ВИЧ и, особенно, ВГС.
- В тюрьмах, где имеются программы предоставления ХСВ, но нет ПИШ, работники общественного здравоохранения должны продолжать агитацию за внедрение ПИШ.

Таблица 1

ПРИМЕРЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ИНЪЕКЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ В ТЮРЬМАХ

Место	Кол-во (выборка)	% ПИН	% исп. нестер. инстр.	Источник
Австралия	2482	36	60	Wodak, 1989
Австралия (Новый Южный Уэльс)	7 исслед.	31-74	70-94	Dolan, Wodak, 1999, и другие источники
Австралия (Южная Австралия)	50	52	60	Gaughwin, Douglas, Wodak, 1991
Канада	4285	11		Correctional Service Canada, 1996
Канада	350	18,3		Ford et al., 2000
Канада	105 ж	19		DiCenso, Dias, Gahagan, 2003
Канада	102	21	86	Elwood Martin et al., 2005
Канада	>1200	27	80	Small et al., 2005
Канада	439 м, 158ж	3,3	32	Calzavara et al., 2003
Канада	450	2,4	92	Dufour et al., 1996
Англия	378	11,6	73	Edwards, Curtis, Sherrard, 1999
Европа (перекрестное исследование): Франция, Германия, Италия, Нидерланды, Шотландия, Швеция)	871	13		Rotily et al., 2001b
Европейский Союз и Норвегия		0,2-34		EMCDD, 2005
Греция	544	24,1	92	Malliori et al., 1998
Греция	861	20,2	83	Koulierakis et al., 1999
Ирландия	1178		70,5	Allright et al., 2000
Маврикий	100 м, 50 ж, 50 подр. (25 м, 25 ж)	10,8 взрослых, 2,1 подростка		RSA Mauritius, 2005
Нидерланды	497 ПИН	3	0	Van Haastrecht et al., 1998
Российская Федерация	1044	10	66	Frost, Tchertkov, 2002
Российская Федерация	277	13		Dolan, Bijl, White, 2004
Шотландия		15,9		Gore et al., 1995
Таиланд	689	25	77,8	Thaisri et al., 2003
США	281 м, 191 ж	31% ПИН с опытом тюремного заключения потребляли в тюрьме запрещенные наркотики, и почти половина потребляли их внутривенно		Clarke et al. 2001

Таблица 2

СВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ГЕПАТИТА С И В СРЕДИ ПИН С НАЛИЧИЕМ ОПЫТА ТЮРЕМНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Восточная Европа	Исследование	Результат
Российская Федерация	Heimer et al., 2005	В ходе этого исследования, проводившегося среди 826 ПИН в различных городах РФ, 44,8% сообщили о том, что когда-либо побывали в тюрьме. Четыре медицинских фактора были связаны с опытом заключения (ВИЧ-положительный статус; туберкулез, передозировки и абсцессы), а три - нет (ИППП, ВГВ и ВГС).
Латинская Америка	Исследование	Результат
Бразилия	Varella et al., 1996	В этом исследовании, осуществлявшемся в тюрьме Сан-Пауло среди 82 мужчин-трансвеститов, факторами, связанными со значимыми различиями в ВИЧ-статусе, были время, проведенное в тюрьме, и число половых партнеров за год, предшествовавший заключению.
Бразилия	Kallas et al., 1998	В этом исследовании, проводившемся среди 780 заключенных в Сан-Пауло, многомерный анализ с помощью метода логистической регрессии показал, что предыдущие заключения являются независимым фактором риска наличия ВИЧ.
Бразилия	Marins et al., 2000	В этом исследовании факторов распространения и риска инфицирования ВИЧ, проводившемся среди 1059 заключенных, количество предыдущих заключений (1 против 0) (OR = 1,7; 95% CI 1,07-2,7)* служило независимым прогностическим фактором наличия ВИЧ.
Бразилия	Guimaraes et al., 2001	В этом исследовании, проводившемся среди 779 заключенных тюрьмы в Сан-Пауло, текущее заключение сроком более 130 месяцев и предыдущее заключение в этой же тюрьме определяли положительный результат серологического теста на ВГС.
Бразилия	Hacker et al., 2005	609 активных/бывших ПИН были рекрутированы из различных сообществ, проинтервьюированы и протестированы на ВИЧ. Было обнаружено, что среди мужчин ПИН с большим стажем потребления использование нестерильного инструментария вместе с человеком, инфицированным ВИЧ (Adj OR = 3,91; 95% CI 1,09-14,06)*, и опыт пребывания в тюрьме (Adj OR = 2,56; 95% CI 1,05-6,24) значительно чаще были связаны с ВИЧ-инфекцией.
Северная Америка	Исследование	Результат
Канада	Tyndall et al., 2003	В этом исследовании, проводившемся среди ПИН в Ванкувере, отбывание срока в последние шесть месяцев было независимо связано с явно повышенным инфицированием ВИЧ.
Канада	Hagan, 2003	Эта внешняя оценка данных в Tyndall et al. (2003) предполагает, что 21% случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН в Ванкувере с 1996 по 2001 г.г. могут быть отнесены к инфицированию во время пребывания в тюрьме (Hagan, 2003).
Канада	Wood et al., 2005	Типы поведения, которые могут непосредственно ассоциироваться с риском ВИЧ-инфицирования (заимствование или предоставление шприца), были явно и независимо связаны с сообщениями о недавнем пребывании в тюрьме
Канада	Calzavara et al., 2005	Было установлено, что предыдущий опыт пребывания в федеральной тюрьме является фактором риска, тесно связанным с инфицированием ВИЧ и ВГС среди взрослых заключенных местной тюремной системы Онтарио.
США	Fox et al., 2005	В этом исследовании случаев инфицирования ВГС среди заключенных исправительной системы Калифорнии независимые корреляты инфицирования ВГС среди потребителей наркотиков - как инъекционных, так и неинъекционных - включали совокупное время пребывания в тюрьме.

Океания, Южная и Юго- Восточная Азия	Исследование	Результат
Австралия	Butler et al., 1997	Проведенный среди заключенных, поступающих в учреждения исправительной системы Нового Южного Уэльса, многофакторный анализ показал, что предыдущий тюремный опыт является значимым прогностическим фактором наличия ВГС.
Австралия	Butler et al., 1999	Многомерный анализ показал, что инъекционное потребление в тюрьме является основным фактором риска инфицирования гепатитом В, а институционализация - фактором инфицирования гепатитом С.
Австралия	Van Beek et al., 1998	Было установлено, что тюремный опыт является независимым прогностическим фактором сероконверсии ВГС; заболеваемость гепатитом С была значительно выше среди ПИН, отбывавших срок (60,8/100 человеко-лет), чем среди не отбывавших его (12,5/100 человеко-лет).
Австралия	Hellard, Hocking, Crofts (2004)	Заключенные, инфицированные ВГС, с большей вероятностью потребляли инъекционные наркотики (OR = 29,9) и потребляли их в тюрьме в ходе текущего срока (OR = 3,0); инъекционное потребление наркотиков в тюрьме в ходе текущего срока было фактором риска инфицирования ВГС.
Австралия	Gates et al., 2004	Опыт предыдущего тюремного заключения был фактором риска инфицирования ВГС.
Исламская Респ. Иран	Zamani et al., 2005	Среди ПИН мужского пола, посещающих лечебные центры в Тегеране, опыт использования нестерильного инъекционного инструментария в тюрьме (скорректированное отношение шансов (OR = 12,37; 95% CI 2,94-51,97)) был главным фактором, связанным с наличием ВИЧ-1.
Таиланд	Choopanya et al., 1991	У ПИН в Бангкоке с опытом тюремного заключения шанс иметь ВИЧ-положительный статус был в два раза выше по сравнению с теми, кто в тюрьме никогда не был.
Таиланд	Kitayaporn et al., 1998	Был сделан вывод, что ПИН в Бангкоке продолжают подвергаться высокому риску инфицирования ВИЧ в связи с использованием нестерильного инъекционного инструментария и пребыванием в тюрьме.
Таиланд	Vanichseni et al., 2001	В когорте ПИН в Бангкоке те, кто потреблял наркотики инъекционным путем в тюрьме, имели более высокую заболеваемость ВИЧ-инфекцией (35,3/100 человеко-лет наблюдения), чем те, кто был в тюрьме, но не потреблял инъекционные наркотики (11,3/100), и те, кто не бывал в тюрьме (4,9/100). Авторы делают вывод, что "высокий риск, связанный с заключением, требует особого внимания. Хотя риск, связанный с заключением, не полностью охарактеризован, возможно, большая доля риска является результатом использования нестерильного инъекционного оборудования в условиях, когда доступ к чистым шприцам и иглам сильно ограничен".
Таиланд	Beyrer et al., 2003	Это исследование подтвердило связь между наличием тюремного опыта и ВИЧ-инфицированием среди тайских ПИН мужского и женского пола.

Западная Европа	Исследование	Результат
Англия и Уэльс	Weild et al., 2000	Наличие антител к ВГС было связано с инъекционным потреблением наркотиков в тюрьме и количеством предыдущих тюремных сроков.
Франция	Richardson et al., 1993	Тюремное заключение непосредственно влияло на инфицирование ВИЧ.
Германия	Stark, Muller, 1993; Muller et al., 1995; Stark et al., 1995a; 1995b; 1997	Использование нестерильного инъекционного инструментария в тюрьме являлось наиболее важным независимым определяющим фактором инфицирования ВИЧ в выборке ПИН в Берлине, а также важным детерминантом инфицирования ВГВ и ВГС.
Греция	Malliori et al., 1998	Использование нестерильного инъекционного инструментария в тюрьме и многократное пребывание в тюрьме являются наиболее важными факторами риска инфицирования гепатитом С среди ПИН.
Греция	Koulierakis et al., 2000	В данном исследовании, проведенном среди заключенных десяти греческих тюрем, анализ с помощью метода логистической регрессии указывает на то, что общее время пребывания в тюрьме, предыдущие судимости за наркотики, осуждение (в отличие от пребывания в следственном изоляторе) и наличие множества сексуальных партнеров-женщин за год до заключения были напрямую связаны со значительным риском инфицирования ВИЧ. За каждый год заключения риск инфицирования в тюрьме возрастал примерно на 17% (OR = 1,17; 95% CI 1,07-1,27)
Ирландия	Allright et al., 2000	Время, проведенное в тюрьме за последние десять лет, и использование нестерильного инъекционного инструментария в тюрьме были тесно связаны с инфицированием ВГС. Сделан вывод, что "пребывание в тюрьме в Ирландии может являться независимым фактором риска инфицирования ВГС".
Италия	Babudieri et al., 2005	Частота попаданий в тюрьму и наличие татуировок были связаны соответственно с риском инфицирования ВИЧ и ВГС в выборке заключенных из восьми итальянских тюрем.
Шотландия	Davies et al., 1995	Наличие ВИЧ-инфекции внутри общегородской выборки ПИН в Эдинбурге, принимавших инъекционные наркотики последние шесть месяцев, было в значительной степени связано с пребыванием в тюрьме.
Шотландия	Champion et al., 2004	Опыт инъекционного потребления наркотиков (относительный риск = 13,0; 95% CI 1,5; 114,3), а также использование нестерильного инструментария в тюрьме (относительный риск = 9,0; 95% CI 1,1; 71,7) были непосредственно связаны с сероконверсией ВГС в тюрьме.
Шотландия	Seaman, Bird, 2001	Не было найдено неопровержимых доказательств влияния тюремного заключения на риск инфицирования ВИЧ; однако было выдвинуто предположение, что тюремное заключение может являться важным относительным фактором риска инфицирования после того как, благодаря внедрению ПИШ, снизилось рискованное поведение среди наркопотребителей на свободе.
Испания	Estebanez et al., 1990	Вероятность инфицирования увеличивается с ростом количества заключений человека в тюрьму.
Испания	Granados et al., 1990	Пребывание в тюрьме связано с ВИЧ-инфицированием.
Испания	Anon et al., 1995	Вероятность инфицирования ВГС соотносится с длительностью и количеством заключений.
Испания	Pallas et al., 1999	Повторное попадание в тюрьму и длительный стаж инъекционного потребления наркотиков были самыми важными факторами риска инфицирования ВГВ и ВГС, а также ВИЧ, ВГВ и ВГС одновременно среди заключенных ПИН.
Испания	Martin et al., 1998	Множественные тюремные сроки и длительное пребывание в тюрьме были непосредственно связаны с более высоким риском инфицирования ВИЧ.
Уэльс	McBride et al., 1994	Инфицирование ВГС проистекало из наличия тюремного опыта.
Много-центровое исследование	Estebanez et al., 2000	В многоцентровом кросссекционном исследовании среди ПИН женского пола, рекрутированных из различных районов Берлина, Лондона, Мадрида, Парижа и Рима, независимо связанные с распространенностью ВИЧ-инфекции факторы, выявленные с помощью метода регрессионного анализа, включали опыт предыдущего тюремного заключения (OR = 1,4).

* CI - доверительный интервал; OR - отношение шансов; Adj OR - скорректированное отношение шансов.

Таблица 3

**СТРАНЫ, ГДЕ В ТЮРЬМАХ ФУНКЦИОНИРУЮТ ПРОГРАММЫ
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИГЛАМИ И ШПРИЦАМИ**

Страна	Начало программы	Количество тюрем с ПИШ (на 2006 г.)
Швейцария	1992	7
Германия	1996	1 (6 ПИШ были закрыты по политическим причинам)
Испания	1997	38
Республика Молдова	1999	7
Кыргызская Республика	2002	11
Республика Беларусь	2003	1 (на 2004 г.)
Республика Армения	2004	3
Люксембург	2005	1
Исламская Республика Иран	2005	от 1 до 6 (пять программ планировалось открыть в 2006 г.)
Республика Украина	2007	2 пилотных проекта планировалось начать в 2007 г.
Шотландия	2007	Одно двухлетнее пилотное исследование планировалось начать в 2007 г.
Португалия	2007-2008	Реализация ПИШ к 2008 г.

Таблица 4

ВЫБОРОЧНЫЕ ОЦЕНКИ ПРОГРАММ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИГЛАМИ И ШПРИЦАМИ В ТЮРЬМАХ

Тюрьма, страна	Заболееваемость ВИЧ-инфекцией/ гепатитом С	Использование нестерильного инструментария	Потребление наркотиков	Иньекционное потребление
Ам Хазенберг (Герм.) (информация в Stöver, Nelles, 2003)	нет данных	значительное снижение	нет роста	нет роста
Басаури (Испания) (Menoюо, Zulaica, Parras, 2000)	нет сероконверсии	значительное снижение	нет роста	нет роста
Ганноверзанд (Герм.) (информация в Stöver, Nelles, 2003)	нет данных	значительное снижение	нет роста	нет роста
Хиндельбанк (Швейцария) (Nelles, Dobler-Mikola, Kaufmann, 1997)	нет сероконверсии	значительное снижение	снижение	нет роста
Берлин (Лехртер Штрассе и Лихтенберг) (Герм.) (Stark et al., 2005)		значительное снижение	нет роста	нет роста*
Линген 1 (Герм.) (Stöver, 2000; Jacob, Stöver, 2000a)	нет сероконверсии	значительное снижение	нет роста	нет роста
Реальта (Швейцария) (Nelles, Fuhrer, Vincenz, 1999)	нет сероконверсии	отдельные случаи	снижение	нет роста
Вехта (Герм.) (Stöver, 2000; Jacob, Stöver, 2000a)	нет сероконверсии	значительное снижение	нет роста	нет роста
Фирланде (Герм.) (Heinemann, Gross, 2001)	нет сероконверсии	небольшие изменения или снижение	нет роста	нет роста

* Два человека, которые ранее только вдыхали героин, сообщили об инъекционном потреблении наркотика в единичных случаях. (адаптировано из Thomas, 2005; Stöver, Nelles, 2003; Rutter et al., 2001)

БИБЛИОГРАФИЯ

- Adjei AA et al. (2006). Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology*, 55: 593-597.
- Allard R et al. (1990). A mathematical model to describe the risk of infection from sharing injecting equipment. *Journal on AIDS*, 3: 1010-1016.
- Allright S et al. (2000). Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 321: 78-82.
- Anon C et al. (1995). The hepatitis C virus among the prison population in Valencia [article in Spanish]. *Rev Esp Enferm Dig*, 87(7): 505-508.
- Babudieri S et al. (2005). Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: Results from a multicentre study in Italy. *Journal of Medical Virology*, 76 (3): 311-317.
- Ball A et al. (1995). Multi-centre Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection: a report prepared on behalf of the international collaborative group for World Health Organization Programme on Substance Abuse. Geneva: WHO.
- Beyrer C et al (2003). Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand. *AIDS and Behavior*, 7(2): 153-161.
- Bijl M, Frost L (2000). Establishing an HIV/AIDS prevention and health promotion program in Russian prisons. 11th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Jersey, April 9-13.
- Bird AG et al. (1995). Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison, Barlinnie. *AIDS*, 9: 801-808.
- Bird AG et al. (1997). Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing: results of a cross sectional anonymous questionnaire survey. *British Medical Journal*, 315 (7099): 21-24.
- Bobrik A et al. (2005). Prison health in Russia: the larger picture. *Journal of Public Health Policy*, 26: 30-59.
- Bradford Hill A (1965). The environment and disease: association or causation. *Proceedures of the Royal Society of Medicine*, 58: 295-300.
- Bullock T (2003). Changing levels of drug use before, during and after imprisonment. In: Ramsay M (ed). *Prisoners' drug use and treatment: seven research studies*. Home Office Research Study 267. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Butler T et al. (1997). Hepatitis B and C in New South Wales prisons: prevalence and risk factors. *Medical Journal of Australia*, 166: 127.
- Butler T et al. (1999). Seroprevalence of markers for hepatitis B, C and G in male and female prisoners - NSW, 1996. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(4), 377-384.
- Calzavara L et al. (1997). *Understanding HIV-Related Risk Behaviour in Prisons: The Inmates' Perspective*. Toronto: HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Toronto.
- Calzavara LM et al. (2003). Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction*, 98: 1257-1265.
- Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006). HIV/AIDS in Prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. Bleach and other disinfectants (Info sheet 5). Montreal: The Network.
- Chaisson RE et al. (1987). HIV, bleach, and needle-sharing. *Lancet*, 1(8547): 1430.
- Champion J et al. (2004). Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 159: 514-519.
- Choopanya K et al. (1991) Risk factors and HIV seropositivity among injecting drug users in Bangkok. *AIDS*, 5: 1509-1513.

- Clarke JG et al. (2001). Active and former injection drug users report of HIV risk behaviors during periods of incarceration. *Subst Abus*, 22(4): 209-216.
- Correctional Service Canada (1994a). HIV/AIDS in Prisons: *Final Report of the Expert Committee on AIDS and Prisons*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Correctional Service Canada (1996). 1995 *National Inmate Survey: Final Report*. Ottawa: CSC (Correctional Research and Development), No SR-02.
- Correctional Service Canada (1999). *Evaluation of HIV/AIDS Harm Reduction Measures in the Correctional Service of Canada*. Ottawa: CSC.
- Cravioto P et al. (2003). Patterns of heroin consumption in a jail on the northern Mexican border: barriers to treatment access. *Salud Publica de Mexico*, 45: 181-190.
- Crofts N et al. (1995). Spread of bloodborne viruses among Australian prison entrants. *British Medical Journal*, 310: 285-288.
- Davies A et al. (1995). HIV and injecting drug users in Edinburgh: Prevalence and correlates. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome Human-Retroviral*, 8: 399-405.
- DiCenso A, Dias G, Gahagan J (2003). *Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons, HIV, and Hepatitis C*. Toronto: PASAN.
- Dolan K et al. (1994). *Bleach Availability and Risk Behaviours in New South Wales*. Technical Report No 22. Sydney: NDARC.
- Dolan K, Wodak A, Penny R (1995). AIDS behind bars: preventing HIV spread among incarcerated drug injectors. *AIDS*, 9: 825-832.
- Dolan K, et al. (1996a). HIV Risk Behaviour of IDUs before, during and after Imprisonment in New South Wales. *Addiction Research*, 4(2): 151-160.
- Dolan K et al. (1996b). *Bleach Easier to Obtain But Inmates Still at Risk of Infection in New South Wales Prisons*. Technical Report. Sydney: NDARC.
- Dolan K, Wodak AD (1998). A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy. *Aust N Z J Public Health*, 22(7): 838-840.
- Dolan K, Wodak A, Hall W (1998). Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in NSW prisons. *Drug and Alcohol Review*, 17(2): 153-158.
- Dolan K, A Wodak, W Hall, E Kaplan (1998). A mathematical model of HIV transmission in NSW prisons. *Drug & Alcohol Dependence*, 50: 197-202.
- Dolan K (1999). The epidemiology of hepatitis C infection in prison populations. National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW.
- Dolan K, Wodak A (1999). HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Medical Journal of Australia*, 171(1): 14-17.
- Dolan K, Wodak A, Hall W (1999). HIV risk behavior and prevention in prison: a bleach program for inmates in NSW. *Drug and Alcohol Review*, 18: 139-143.
- Dolan K (2000). The epidemiology of hepatitis C infection in prison populations. In: *Hepatitis C: Informing Australia's National Response*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Dolan K, Rutter S, Wodak A (2003). Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction*, 98, 153-158.
- Dolan K et al. (2004). Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries. UN Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDUs in Developing and Transitional Countries.

- Dolan J, Kite B, Aceijas C, Stimson GV (2007). HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infectious Diseases*, 7 : 32-43.
- Dolan K, Bijl M, White B (2004). HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males. *International Journal of Equity in Health*, 3: 7.
- Drobniewski FA et al. (2005). Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners. *Eur Respir J*, 26(2): 298-304.
- Drucker E et al. (1998). Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programmes and methadone maintenance on the ecology of HIV. (Review). *AIDS*, 12 (Suppl. A): S217-230.
- Dufour A Alary M, Poulin C et al. (1996). Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City. *AIDS*, 10:1009-1015.
- Dunn J, Laranjeira R, Marins J (2000). HIV, drug use, crime, and the penal system: competing priorities in a developing country - the case of Brazil. In: Shewan D & Davies JB (eds). *Drug Use and Prisons: An International Perspective*. Chur: Harwood.
- Editor (1996). Australian Medical Association calls for needle exchange programs for prisoners. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 2(4): 25.
- Edwards A, Curtis S, Sherrard J (1999). Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison. *Int J STD AIDS*, 10(7): 464-466.
- Elwood Martin R et al. (2005). Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*, 96(2): 97-101.
- Estebanez PE et al. (1990). Jails and AIDS. Risk factors for HIV infection in the prisons of Madrid. *Gaceta sanitaria*, 4(18): 100-105.
- Estebanez PE et al. (2000) Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre European study. *International Journal of Epidemiology*, 29: 734-43.
- European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (1997). Final Report on the EU Project European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons. Bonn and Marseille: The Network.
- European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)(2002). *2002 Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union and Norway*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Community.
- European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2005). *The State of the Drugs Problem in Europe*. Annual Report 2005. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Community.
- Ford PM et al. (2000). HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *Quarterly Journal of Medicine*, 93: 113-119.
- Fox et al. (2005). Hepatitis C virus infection among prisoners in the California state correctional system. *Clinical Infectious Diseases*, 41(2): 177-186.
- Frost L, Tchertkov V (2002). Prisoner risk taking in the Russian Federation. *AIDS Education and Prevention*, 14 (Suppl B): 7-23.
- Gates J et al. (2004). Risk factors for hepatitis C infection and perception of antibody status among male prison inmates in the hepatitis C incidence and transmission in prisons study cohort, Australia. *Journal of Urban Health*, 81(3): 448-452.
- Gaughwin MD, Douglas RM, Wodak AD (1991). Behind bars - risk behaviours for HIV transmission in prisons, a review. In: J Norberry, SA Gerull & MD Gaughwin (eds). *HIV/AIDS and Prisons* (conference proceedings). Canberra: Australian Institute of Criminology.
- General Accounting Office (1993). *Needle exchange programs: research suggests promise as an AIDS prevention strategy*. Washington DC: United States Government Printing Office.

- Gill O, Noone A, Heptonstall J (1995). Imprisonment, injecting drug use, and bloodborne viruses (editorial). *British Medical Journal*, 310: 275-276.
- Godinho J. (2005). Reversing the Tide: Priorities for HIV/AIDS Prevention in Central Asia. Washington: The World Bank.
- Gore SM et al. (1995). Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil Prison. *British Medical Journal*, 310: 293-296.
- Gore SM, Bird AG, Ross A (1995). Prison rites: Starting to inject inside. *British Medical Journal*, 311: 1135-1136.
- Gore SM et al. (1997). Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Perth (for men) and Cornton Vale (for women) prisons in Scotland. *International Journal on STDs and AIDS*, 8: 166-175.
- Granados et al. (1990). HIV seropositivity in Spanish prisons. Presented at the VIth International AIDS Conference, San Francisco. Abstract no Th.D.116.
- Gross U (1998). *Wissenschaftliche Begleitung und Beurteilung des Spritzenaustauschprogramms im Rahmen eines Modellversuchs der Justizbehoerde der Freien und Hansestadt Hamburg. Evaluationsbericht eines empirischen Forschungsprojekts*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. [Evaluation of the prison needle exchange program in Hamburg]
- Guimaraes T et al. (2001). High prevalence of hepatitis C infection in a Brazilian prison: identification of risk factors for infection. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 5(3): 111-118.
- Haber PS et al. (1999). Transmission of hepatitis C within Australian prisons. *Medical Journal of Australia*, 171: 31-33.
- Hacker MA et al. (2005). The role of "long-term" and "new" injectors in a declining HIV/AIDS epidemic in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Use Misuse*, 40(1): 99-123.
- Hagan H. (2003). The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning. *AIDS*, 17: 911-913.
- Harding TW, Schaller G (1992). *HIV/AIDS and Prisons: Updating and Policy Review. A Survey Covering 55 Prison Systems in 31 Countries*. Geneva: WHO Global Programme on AIDS.
- Health Canada - Public Health Agency of Canada (2004). Hepatitis C Virus Transmission in the Prison/Inmate Population. *Canada Communicable Disease Report*, 30(16): 141-148.
- Heimer R et al. (2005). Imprisonment as risk for HIV in the Russian Federation: evidence for change. 16th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm.
- Heinemann A, Gross U (2001). Prevention of blood-borne virus infections among drug users in an open prison by vending machines. *Sucht* 2001; 47(1): 57-65.
- Hellard ME, Hocking JS, Crofts N (2004). The prevalence and the risk behaviours associated with the transmission of hepatitis C virus in Australian correctional facilities. *Epidemiology Infect*, 132(3): 409-15.
- Her Majesty's Chief Inspector of Prisons for England and Wales (1993). *Doing Time or Using Time. Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by Command of Her Majesty, January 1993 (Cm 2128)*. London, Her Majesty's Stationery Office.
- Hiller ML, Knight K & Simpson D (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*, 94(6): 833-842.
- Hughes RA (2000a). Drug injectors and prison mandatory drug testing. *Howard Journal Of Criminal Justice*, 39(1): 1-13.
- Hughes RA (2000b). Lost opportunities? Prison needle and syringe exchange schemes. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7(1): 75-86.
- Hughes RA, Huby M (2000). Life in prison: Perspectives of drug injectors. *Deviant Behavior*, 21(5): 451-479.

- Hughes RA (2003). Illicit drug and injecting equipment markets inside English prisons: a qualitative study. *Journal of Offender Rehabilitation*, 37(3/4): 47-64.
- Inciardi JA & Lockwood D (1993). Drug use in prison: Patterns, processes and implications for treatment. *Journal of Drug Issues*, 23(1), 119-130.
- Institute of Medicine of the National Academy of Science (2001). *No time to lose: getting more from HIV prevention*. Washington DC: National Academies Press.
- Jacob J, Stöver H (1997). Germany - needle exchange in prisons in Lower Saxony: a preliminary review. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 3(2/3): 30-31.
- Jacob J, Stöver H (2000a). Drug use, drug control and drug services in German prisons: Contradictions, insufficiencies and innovative approaches. In: Shewan D, Davies J (eds). *Drug Use and Prisons: An International Perspective*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 57-88.
- Jacob J, Stöver H (2000b). The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons. *International Journal of Drug Policy*, 11: 325-335.
- Jones PD (1991). HIV transmission by stabbing despite zidovudine prophylaxis (letter). *Lancet*, 338: 884.
- Jürgens R (1996). HIV/AIDS in Prisons: Final Report. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, at 52-66.
- Kallas EG et al (1998). HIV seroprevalence and risk factors in a Brazilian prison. *Braz J Infect Dis*, 2(4): 197-204.
- Kapadia F et al. (2002). Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? *Epidemiology*, 13(6): 738-741.
- Keppler K, Nolte F, Stover H (1996). Transmission of infectious diseases in prison: results of a study in the prison for women in Vechta, Lower Saxony, Germany. Originally published in German in *Sucht*, 42(2): 98-107.
- Keppler K, Stöver H. (1999) Transmission of infectious diseases during imprisonment - results of a study and introduction of a model project for infection prevention in Lower Saxony. *Gesundheitswesen*, 61(4): 207-213. Summarized in English in *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1996; 2(2), 18-19.
- Kevin M (2000). *Addressing the Use of Drugs in Prison: A Survey of Prisoners in New South Wales*. Sydney: NSW Department of Corrective Services (Research Publication No. 44).
- Kitayaporn D et al (1998). Infection with HIV-1 subtypes B and E in injecting drug users screened for enrollment into a prospective cohort in Bangkok, Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 19: 289-295.
- Korte T, Pykalainen J, Seppala T (1998). Drug abuse of Finnish male prisoners in 1995. *Forensic Sci*, 97(2-3): 171-183.
- Koulierakis G et al. (2000). HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. *Addiction*, 95(8):1207-16.
- Langkamp H (2000). Risks of syringe exchange programmes in prisons prevail. *British Medical Journal*, 321: 1406-1407.
- Lines R. (2002) *Action on HIV/AIDS in Prisons: Too Little, Too Late - A Report Card*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- Lines R et al. (2004). *Prison Needle Exchange: A Review of International Evidence and Experience*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- Lines R et al. (2005). Taking action to reduce injecting drug-related harms in prisons: The evidence of effectiveness of prison needle exchange in six countries. *International Journal of Prisoner Health* 1(1): 49-64.
- Long J, Allwright S, Begley C (2004). Prisoners' view of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, 15(2): 139-149.

- MacDonald M (2005). *A Study of Health Care Provision, Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe*. Finland: Heuni.
- Maden A, Swinton M & Gunn J (1993). A survey of pre-arrest drug use in sentenced prisoners. *British Journal of Addiction*, 87: 27-33.
- Mahon N (1996) New York inmates' HIV risk behaviors: the implications for prevention policy and programs. *American Journal of Public Health*, 86: 1211-1215.
- Malliori M et al. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction* 1998; 93(2): 243-251.
- Marins JR et al (2000). Seroprevalence and risk factors for HIV infection among incarcerated men in Sorocaba, Brazil. *AIDS and Behavior*, 4(1): 121-128.
- Martin V et al. (1998) Predictive factors of HIV-infection in injecting drug users upon incarceration. *European Journal of Epidemiology*, 14(4): 327-331.
- McBride AJ, Ali IM, Clee W (1994). Hepatitis C and injecting drug use in prisons. *British Medical Journal*, 309: 876.
- Menoyo C, Zulaica D, Parras F (2000). Needle exchange in prisons in Spain. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review*, 5(4): 20-21.
- Meyenberg R, Stöver H, Jacob J, Pospeschill M (1999). *Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug*. Oldenburg: BIS-Verlag, 418 pp.
- Millson P (1991). Evaluation of a programme to prevent HIV transmission in injection drug users in Toronto. Toronto: Toronto Board of Health.
- Morrison A, Elliott L & Gruer L (1997). Injecting-related harm and treatment-seeking behaviour among injecting drug users. *Addiction*, 92(10): 1349-1352.
- Muller R et al. (1995). Imprisonment: A risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. *AIDS*, 9: 183-190.
- National Academy of Sciences (Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries) (2006). *Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence*. Washington, DC: National Academies Press.
- Nelles J, Fuhrer A (1995). *Drug and HIV prevention at the Hindelbank penitentiary. Abridged report of the evaluation results of the pilot project*. Berne: Swiss Federal Office of Public Health.
- Nelles J, Dobler-Mikola A, Kaufmann B (1997). Provision of syringes and prescription of heroin in prison. The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün. In: Nelles J, Fuhrer A (eds). *Harm Reduction in Prison*. Bern: Peter Lang, 239-262.
- Nelles J et al. (1998) Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *British Medical Journal*, 317(7153): 270-273.
- Nelles J, Fuhrer A, Vincenz I (1999). *Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta. Schlussbericht*. Berne: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.
- Normand J, Vlahov D, Moses LE, eds (1995). *Preventing HIV transmission: the role of sterile needles and bleach*. Washington DC: National Academy Press.
- Office of Technology Assessment of the US Congress (1995). *The effectiveness of AIDS prevention efforts*. Washington DC: US Government Printing Office.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and UNAIDS (2006). *HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines (2006 consolidated version)*. Geneva: UNAIDS (HR/PUB/06/9).

- Ohaeri JU (2000). Drug use and HIV/AIDS in sub-Saharan African Prisons. In: Shewan D & Davies JB (eds). *Drug Use and Prisons: An International Perspective*. Chur: Harwood.
- Ontario Medical Association (2004). Improving Our Health: Why is Canada lagging behind in establishing needle exchange programs in prisons? Toronto: The Association.
- O'Sullivan B et al. (2003). Hepatitis C transmission and HIV post-exposure prophylaxis after needle-and syringe-sharing in Australian prisons. *Medical Journal of Australia*, 178(11): 546-549.
- Pallas JR et al. (1999). Risk factors for mono-infections and coinfections with HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in northern Spanish prisoners. *Epidemiol Infect*, 123: 95-102.
- Pearson M (1995). Voluntary screening for hepatitis C in a Canadian federal penitentiary for men. *Canadian Communicable Disease Report*, 21(14): F4-F5.
- Pintilei L (2005). Harm reduction in prisons of Republic of Moldova. Presentation at "HIV/AIDS in Prisons in Ukraine - From Evidence to Action: Prevention and Care, Treatment, and Support." Kiev, 1-2 November.
- Plourde C, Brochu S (2002). Drugs in prison: a break in the pathway. *Substance Use Misuse* 2002; 37: 47-63.
- Power KG, Markova I, Rowlands A, McKee KJ, Anslow PJ, Kilfedder C (1992). Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons. *British Journal of Addiction*, 87: 35-45.
- Public Health Agency of Canada (2006). *Prison needle exchange: Review of the evidence*. Ottawa: The Agency, April 2006.
- Rapid Situation Assessment Mauritius (2005). Unpublished paper on file with author.
- Richardson C, Ancelle-Park R, Papaevangelou G (1993). Factors associated with HIV seropositivity in European injecting drug users. *AIDS*, 7: 1485-1491.
- Rotily M et al. (2001) Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *Eur J Public Health*, 11(3): 243-250.
- Rowhani-Rahbar A, Tabatabee-Yazdi A, Panahi M (2004). Prevalence of common blood-borne infections among imprisoned injection drug users in Mashhad, North-East Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 7(3): 190-194.
- Rutter S et al. (1995). *Is Syringe Exchange Feasible in a Prison Setting? An Exploration of the Issues*. Technical Report No 25. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, 1995.
- Rutter S et al. (2001). *Prison-Based Syringe Exchange Programs. A Review of International Research and Program Development* (NDARC Technical Report No. 112). Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Seaman SR, Bird SM (2001). Proportional hazards model for interval-censored failure times and time-dependent covariates: application to hazard of HIV infection of injecting drug users in prison. *Stat Med*, 20(12): 1855-70.
- Shewan D, Gemmell M, Davies JB (1994). Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons. *Soc Sci Med*, 39(11): 1585-1586.
- Shewan D et al. (2001). Injecting risk behaviour among recently released prisoners in Edinburgh (Scotland): The impact of in-prison and community drug treatment services. *Legal and Criminological Psychology*, 6: 19-28.
- Shewan D, Stöver H, Dolan K (2005). Injecting in prisons. In: Pates R, McBride A, Arnold K (eds). *Injecting Illicit Drugs*. London: Blackwell Publishing, 69-81.
- Small W et al. (2005). Incarceration, addiction and harm reduction: inmates experience injecting drugs in prison. *Substance Use & Misuse*, 40: 831-843.

- Smyth B (2000). Health effects of prisons (letter). *British Medical Journal*, 321: 1406.
- Stark K, Muller R (1993). HIV prevalence and risk behaviour in injecting drug users in Berlin. *Forensic Sci Int*, 62(1-2): 73-81.
- Stark K et al (1995a). Determinants of HIV infection and recent risk behaviour among injecting drug users in Berlin by site of recruitment. *Addiction*, 90(10): 1367-1375.
- Stark K et al. (1995b). Prevalence and determinants of anti-HCV seropositivity and of HCV genotype among intravenous drug users in Berlin. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 27(4) 331-337.
- Stark K et al. (1997). History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. *International Journal of Epidemiology*, 26(6): 1359-1366.
- Stark K et al. (2005). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiol Infect*, Dec 22; 1-6 [Epub ahead of print].
- Stöver H (2000). Evaluation of needle exchange pilot project shows positive results. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 5(2/3): 60-64.
- Stöver H et al. (2001). *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Stöver H, Nelles J (2003). 10 years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: A review of different evaluation studies. *International Journal of Drug Policy*, 14: 437-444.
- Strang J et al. (1998). HIV/AIDS risk behaviour among adult male prisoners (Research Findings No. 82). London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Swann R, James P (1998). The effect of the prison environment upon inmate drug taking behaviour. *Howard Journal of Criminal Justice*, 37: 252-265.
- Taylor A et al. (1995). Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *British Medical Journal*, 310(6975): 289-292.
- Taylor A, Goldberg D (1996). Outbreak of HIV infection in a Scottish prison: why did it happen? *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 2(3): 13-14.
- Thaisri H et al (2003). HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand : a prospective cohort study. *BMC Infectious Diseases*, 3: 25.
- Thomas C & Cage R (1975). Correlates of prison drug use: an evaluation of two conceptual models. Paper presented at the Southern Conference on Corrections, Tallahassee, Florida.
- Thomas G (2005). *Assessing the need for prison-based needle exchange programs in Canada: a situational analysis*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Titus S et al. (1994). Bleach use and HIV seroconversion among New York City injecting drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 7(7): 700-704.
- Turnbull PJ, Stimson GV & Stillwell G (1994). *Drug Use in Prison*. Horsham: AIDS Education and Research Trust.
- Tyndall et al. (2003). Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *AIDS*, 17: 887-893.
- UNAIDS (1997a). *Prisons and AIDS: UNAIDS point of view*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS (1997b). *Prisons and AIDS: UNAIDS technical update*. Geneva: UNAIDS.
- United Nations Office on Drugs and Crime, WHO, UNAIDS (2006). HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment, and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response. New York: United Nations.

- Van Beek I et al. (1998). Infection with HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in a prevention setting: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 317: 433-437.
- Van Haastrecht H, Anneke JS, Van Den Hoek AR (1998) High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons. *Addiction*, 93(9): 1417-25.
- Vanichseni S et al. (2001). Continued high HIV-1 incidence in a vaccine trial preparatory cohort of injection drug users in Bangkok, Thailand. *AIDS*, 15: 397-405.
- Varella D et al (1996). HIV infection among Brazilian transvestites in a prison. *AIDS Patient Care STDS*, 10(5): 299-302.
- Vlahov D et al. (1991). Prevalence of antibody to HIV-1 among entrants to US correctional facilities. *Journal of the American Medical Association*, 265: 1129-32.
- Vlahov D et al. (1994). Field effectiveness of needle disinfection among injecting drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 7(7): 760-766.
- Weilandt C, Eckert J & Stöver H (2005). Anonymous survey on infectious diseases and related risk behaviour among Armenian prisoners and on knowledge, attitudes and behaviour of Armenian prison staff towards infectious diseases and drugs. Bonn: WIAD, ENDIPP, ICRC.
- Weild AR et al. (2000). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey. *Communicable Disease and Public Health*, 3(2): 121-126.
- Wolfe D (2005). *Pointing the Way: Harm Reduction in Kyrgyz Republik*. Bishkek: Harm Reduction Association of Kyrgyzstan "Partners' network".
- Wood et al. (2004). Inability to access addiction treatment and risk of HIV infection among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 36: 750-754.
- Wood E et al. (2005). Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users. *Public Health Reports*, 120: 150-156.
- World Health Organization (1993). *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva: WHO (WHO/GPA/DIR/93.3).
- World Health Organization (2004). *Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users*. Geneva: WHO.
- World Health Organization Europe (2005). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen, WHO Europe.
- Yirrell D et al. (1997). Molecular investigation into outbreak of HIV in a Scottish prison. *British Medical Journal*, 314: 1446.
- Zamani S et al. (2005). Prevalence of an factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centres in Tehran, Iran. *AIDS*, 19(7): 709-716.
- Zhivago S (2005). HIV/AIDS epidemic situation in penitentiary system of Ukraine. Presentation at "HIV/AIDS in Prisons in Ukraine - From Evidence to Action: Prevention and Care, Treatment, and Support." Kiev, 1-2 November.

ISBN 978 92 4 459581 7



9 789244 595817

