

ВИЧ и связанные с ним инфекции у заключенных 6

Буря не стихает: лишение свободы и окружение с высоким уровнем риска поддерживают распространение ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и туберкулеза в Восточной Европе и Центральной Азии*

Frederick L Altice, Lyuba Azbel, Jack Stone, Ellen Brooks-Pollock, Pavlo Smyrnov, Sergii Dvoriak, Faye S Taxman, Nabila El-Bassel, Natasha K Martin, Robert Booth, Heino Stöver, Kate Dolan, Peter Vickerman

Опубликовано в Интернет 14 июля 2016 г. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30856-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30856-X)

Это шестая из [Серии шести статей](#) о ВИЧ и связанных с ним инфекциями у заключенных.

Школа медицины и Школа общественного здравоохранения, Йельский университет, Нью-Хейвен, Коннектикут, США (Prof. F L Altice MD); Кафедра общественного здоровья и политики, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Великобритания (L Azbel MSc); Школа социальной и общественной медицины, Бристольский университет, Бристоль, Великобритания (J Stone M., MathStat, E Brooks-Pollock, PhD, N K Martin, Prof., P Vickerman DPhil); ICF Альянс общественного здоровья, Киев, Украина (П Смирнов МРН.); Украинский институт политики общественного здоровья, Киев, Украина (С Дворяк, MD); Кафедра криминологии, законодательства и общества, Университет Джорджа Мейсона, Фэрфакс, VA, США (Prof F S Taxman PhD); Школа социальной работы, Колумбийский Университет, Нью-Йорк, США (Prof. N El-Bassel PhD); Кафедра глобального общественного здравоохранения, Калифорнийский Университет Сан-Диего, Сан-Диего, Калифорния, США (N K Martin DPhil); Кафедра психиатрии, Университет Колорадо, Денвер, CO, США (Prof. R Booth PhD); Институт исследования зависимости, Франкфуртский Университет Прикладных Наук, Франкфурт, Германия (Prof. H Stöver PhD); (Prof. K Dolan PhD).

Переписка:

Prof. Frederick L Altice, School of Medicine and School of Public Health, Yale University, New Haven, CT 06510-2283, USA frederick.altice@yale.edu

Несмотря на снижение заболеваемости и смертности, связанных с ВИЧ, в целом, 15 выделенных ЮНЭЙДС стран Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), получивших независимость от Советского Союза в 1991 году, являются единственным регионом, где оба показателя продолжают расти. Трансмиссия ВИЧ в странах Восточной Европы и Центральной Азии поддерживается главным образом путем инъекций опиоидов при жесткой криминализации употребления наркотиков, что привело к чрезвычайно высоким показателям численности заключенных в этом регионе. Следовательно, люди, употребляющие наркотики инъекционно, в том числе инфицированные ВИЧ, вирусом гепатита С и возбудителем туберкулеза, сконцентрированы в местах заключения. Основанные на доказательствах вмешательства первичной и вторичной профилактики ВИЧ-инфекции с использованием агонистов опиоидов, таких как метадон и бупренорфин, доступны в местах заключения только в немногих странах ВЕЦА (метадон или бупренорфин в пяти странах, а программы обмена игл и шприцев в трех странах), причем ни одно из этих

*Frederick L Altice, Lyuba Azbel, Jack Stone et al. The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *The Lancet*. Published online July 14, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30856-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30856-X)

Перевод с англ. В. Штенгелова (2017 г.)

вмешательств не отвечает рекомендованным уровням охвата. Это относится и к антиретровирусной терапии, значение которой, особенно для людей, употребляющих наркотики инъекционно, явно недооценивается. В России полностью запрещена терапия агонистами опиоидов и не поддерживаются программы обмена игл и шприцев, в том числе в местах заключения - несмотря на высокий процент граждан, лишенных свободы, и наибольшее в регионе количество людей, живущих с ВИЧ, которые употребляют наркотики инъекционно. Математическое моделирование для Украины свидетельствует о том, что высокий процент лиц, находящихся в заключении в странах ВЕЦА, способствует трансмиссии ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционно. Прогнозируется, что 28-55% всех новых случаев ВИЧ-инфекции в течение следующих 15 лет могут быть связаны с повышенным риском трансмиссии ВИЧ среди людей, употреблявших наркотики инъекционно в настоящее время или ранее. Увеличение масштабов терапии агонистами опиоидов в местах лишения свободы и продолжение лечения после освобождения смогут привести к значительному сокращению трансмиссии ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционно. Полученные данные также свидетельствуют о том, что не менее 6% всех новых случаев заболевания туберкулезом, а также 75% новых случаев заболевания туберкулезом среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, связаны с пребыванием в местах заключения. Для того, чтобы остановить сочетанные эпидемии, сосредоточенные в местах лишения свободы, срочно необходимы вмешательства, которые сократят численность заключенных и обеспечат эффективное выявление, диагностику и лечение зависимости, ВИЧ-инфекции, гепатита С и туберкулеза у заключенных.

Введение

Негативное и синергическое воздействие лишения свободы, наличия расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и трансмиссии ВИЧ, вируса гепатита С и возбудителя туберкулеза представляет особую проблему для 15 стран Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА). Это приводит к концентрации и опасному взаимодействию этих сочетанных медицинских и социальных факторов.^{1,2} В настоящее время страны ВЕЦА являются единственным регионом, где число новых случаев ВИЧ-инфекции ежегодно увеличивается - с 120000 до 190000 в период между 2010 и 2015 годами. В результате за тот же период число людей, живущих с ВИЧ, увеличилось с 1 миллиона до 1,5 миллионов.³ Несмотря на то, что Новые руководящие принципы ВОЗ рекомендуют лечение для всех людей, живущих с ВИЧ, независимо от показателя количества клеток CD4, охват антиретровирусной терапией в этом регионе составляет меньше 10%.⁴ И ситуация усугубляется как недостаточными мерами по выявлению заболевания, так и дефицитом профилактических вмешательств, основанных на доказательной медицине (например, терапия агонистами опиоидов - метадоном или бупренорфином, или программы обмена игл и шприцев).^{5,6}

В странах ВЕЦА запретительная политика, способствующая аресту социально уязвимых лиц с повышенным риском заражения ВИЧ, вирусным гепатитом и туберкулезом (например, люди, которые употребляют наркотики инъекционно, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, и работники секс-бизнеса) приводит к концентрации риска в тюрьмах, что повышает заболеваемость и приводит к дальнейшему распространению возбудителей

инфекций в сообществах после освобождения заключенных.⁷ Эпидемии этих расстройств сосуществуют в регионе ВЕЦА, где резкие и далеко идущие социальные, экономические и политические последствия распада Советского Союза в 1991 году привели к негативным результатам для общественного здравоохранения. Там, где такое негативное сочетание существует, действенная профилактика и лечение ВИЧ-инфекции должны одновременно адресоваться всем этим проблемам для того, чтобы получить заметный эффект¹. Однако ответы на угрозу ВИЧ по-прежнему неадекватны, так как заболеваемость и смертность от ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА продолжают увеличиваться, несмотря на их сокращение на глобальном уровне.³

Хотя страны ВЕЦА разнятся между собой в культурном и религиозном аспектах и претерпели различные политические, экономические, и социальные изменения с момента обретения независимости, в них сохраняются социально-политические, философские и организационные пережитки бывшего Советского Союза. В этих странах в настоящее время развиваются синергичные эпидемии (также известные как синдемии) лишения свободы, расстройств вследствие употребления психоактивных веществ, ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и туберкулеза. Кроме стран с высоким уровнем дохода - Эстонии, Литвы и Латвии, 12 других стран ВЕЦА - это страны с низким или средним уровнем дохода. После распада Советского Союза в этот регион политической и экономической нестабильности героин стал поступать через новые маршруты поставки из Афганистана.^{8,9} Употребление инъекционного героина увеличилось и привело к взрывному распространению ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, именно в этой популяции в основном сосредоточена эпидемия на сегодняшний день. Жесткая наркополитика и криминализирующие законы, касающиеся потребителей инъекционных наркотиков, привели к переполнению мест лишения свободы¹⁰ и высоким темпам роста показателей численности заключенных (пять из десяти самых высоких в мире).¹¹ Концентрация в местах лишения свободы людей, употребляющих наркотики инъекционно, а также людей, живущих с ВИЧ и имеющих нарушения иммунной системы и лиц, страдающих туберкулезом, создает среду с особенно высоким риском трансмиссии ВИЧ-

Стратегия поиска и критерии выбора

Мы провели всесторонний обзор рецензируемых публикаций и отчетов, касающихся лечения и профилактики зависимости, ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и туберкулеза в системах уголовного судопроизводства в 15 странах Восточной Европы и Центральной Азии (Армения, Азербайджан, Беларусь, Эстония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Молдова, Россия, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан). Для поиска использовались ключевые слова и медицинские предметные рубрики (MeSH), относящиеся к лишению свободы (то есть «заключенный», «тюрьма», «арестованный», «задержанный», «уголовное судопроизводство», «досудебное разбирательство», «задержание», «тюрьма», «СИЗО», «исправительные» - в английском варианте: «inmate», «prison», «prisoner», «detainee», «criminal justice», «pre-trial», «detention», «jail», «SIZO», «correctional»), которые перекрестно сопоставлялись с упоминаниями, относящимися к каждому целевому инфекционному заболеванию («ВИЧ», «СПИД», «ВГС», «туберкулез», - в английском варианте: «HIV», «AIDS», «HCV», «tuberculosis») или расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ («героин», «опиоиды», «употребление наркотиков», «метадон», «бупренорфин», «зло/употребление психоактивных веществ», «зависимость», - в английском варианте: «heroin», «opioids», «drug use», «methadone», «buprenorphine», «substance ab/use», «addiction»). Мы ограничили поиск статьями, которые были опубликованы на английском и русском языках в PubMed и Google Scholar между 1 января 2012 года и 20 июля 2015 года. Мы обнаружили и проанализировали 1837 упоминаний, и отобрали для углубленного анализа 449 из них. Также была включена дополнительная информация из других источников. Мы рассмотрели «серую» литературу с веб-сайтов на английском, украинском и русском языках, включая отчеты о состоянии здоровья заключенных в каждой стране.

инфекции и туберкулеза.¹²⁻¹⁴ Недостаточно компетентные руководители здравоохранения, отказывающиеся внедрять меры профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и туберкулеза в местах лишения свободы, нарушают этим права человека.

Ключевые положения

- Показатели численности заключенных в странах Восточной Европы и Центральной Азии являются одними из самых высоких в мире из-за политики, которая приводит к концентрации людей, практикующих инъекции или иным образом употребляющих наркотики, а также других лиц с высоким риском заражения ВИЧ-инфекцией, вирусным гепатитом и туберкулезом
- В связи с такой политикой в этом регионе распространенность ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и туберкулеза в несколько раз выше, чем в соседних странах
- Анализ данных из Украины свидетельствует о том, что лишение свободы может способствовать появлению до половины всех новых случаев ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, а расширение программ терапии агонистами опиоидов в местах заключения и эффективное удержание этих лиц на лечении в сообществе после освобождения заметно снижают уровень трансмиссии ВИЧ в этой группе
- Аналогичным образом меры, направленные на сокращение показателей лишения свободы людей, употребляющих наркотики инъекционно в Украине, значительно сокращают число новых случаев туберкулеза, особенно среди лиц, которые вводят наркотики инъекционным путем, подчеркивая важность выявления, лечения и преимущества помощи заключенным, страдающим туберкулезом с или состоящим в группе риска
- Армения, Кыргызстан и Молдова успешно внедрили все 15 стратегий профилактики ВИЧ-инфекции, рекомендованные ООН, включая предоставление лечения агонистами опиоидов в форме терапии метадонном, а также программы обмена игл и шприцев - хотя и в недостаточном объеме

Эти данные ранее всесторонне не анализировались для понимания того, как система уголовного судопроизводства в странах ВЕЦА способствует расширению эпидемии ВИЧ-инфекции и связанных с ней расстройств. В этой серии статей мы используем концепцию «среды риска» чтобы описать, как в регионе ВЕЦА сочетаются лишение свободы, ВИЧ-инфекция, гепатит С, туберкулез и расстройства вследствие употребления психоактивных веществ, и пояснить, как поведение, связанное с индивидуальным риском передачи ВИЧ, встраивается в социальные процессы, в частности, лишение свободы.^{15,16} Последующее математическое моделирование и статистический анализ помогают оценить, насколько лишение свободы способствует трансмиссии ВИЧ и возбудителя туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики инъекционно в Украине, и проанализировать эффективность основанных на данных доказательной медицины стратегий профилактики ВИЧ-инфекции для уменьшения негативного влияния пребывания в заключении.

Методы

Схема анализа

В этом углубленном обзоре мы поставили перед собой цели: проанализировать возникшие во время травматичного переходного периода после распада Советского Союза условия, которые

теперь формируют сочетающиеся эпидемии лишения свободы, ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита и туберкулеза в странах ВЕЦА; представить теоретические основы концепции «среды риска» - для понимания того, как система уголовного судопроизводства, включая работу полиции и пенитенциарной системы, влияет на развивающиеся эпидемии ВИЧ-инфекции и туберкулеза; проанализировать последние доступные данные из 15 стран ВЕЦА

	Азербайджан	Казахстан	Кыргызстан	Таджикистан	Туркменистан	Узбекистан*	Россия	Украина	Беларусь	Молдова	Литва	Латвия	Эстония	Армения	Грузия
Численность заключенных	16500*	44893	7961	9000*	30565	42000	656618	57396	31700	5329	6634	3276	2775	3894	9724
Оценочное количество ЛУИН						*									
Сообщество	71283	116840	25000	25000	..	80000	1.8 млн	332500	75000	30200	5403	10034	9000	3310	45000
Места заключения	31,9%	..	30,4%	..	..	..	..	48,7%	..	..	..	..	..	5,5%	..
Охват АРТ															
Сообщество	14%	4639	13%	10%	..	24%	178711	26%	21%	17%	542	1055	2998	16%	39%
Места заключения	63,2%	34,3%	от зарегистрированных трированных	59,1%	..	..	5,0%	6,4%	..	63,1%	23,2%	19,3%	..	77,3%	87,5%
Распространенность ВИЧ															
Сообщество	0,1%	0,2%	0,2%	0,4%	<0,2%	0,2%	1,1%	1,2%	0,5%	0,6%	0,1%	0,7%	1,0%	0,2%	0,3%
Места заключения	3,7%	3,9%	10,3%	2,4%	0	4,7%	6,5%	19,4%	..	2,6%	3,4%	20,4%	14,1%	2,4%	0,90%
Заблеваемость туберкулезом или распространенность на 100 000 населения															
Сообщество	77	99	142	91	64	82	84	94	58	153	62	49	20	45	106
Места заключения	152	2110	145	162						184	58	69			56
Случаи зависимости от опиоидов															
Сообщество	1,5%	1,0%	0,80%	0,54%	..	0,80%	2,3%	0,91%	0,59%	..	0,24%	0,66%	..	0,16%	1,36%
Места заключения	32,5%	3,0%‡	13,7%	5,0%	..	..	..	44,3%	..	6,6%†	7,6%	30,0%	..	..	..
Сайты терапии агонистами опиоидов															
Сообщество	2	10	23	6	..	..	..	169	19	3	23	10	9	10	21
Места заключения	..	..	7	..	..	..	..	..	..	9	..	9	4	9	2‡
Клиенты программ терапии агонистами опиоидов															
Сообщество	137	205	1227	677	..	..	..	8264	1066	392	930	424	919	430	2600
Места заключения	..	..	400	..	..	..	..	..	..	68	..	26	56	151	..
Все значения взяты из данных исследования в сотрудничестве с UNODC и относятся к 2015 году, если нет других указаний. ЛУИН = люди, употребляющие инъекционные наркотики. NODC = Управление ООН по наркотикам и преступности. * Данные приблизительные. †Получены только в пилотной программе в СИЗО и касаются детоксикации, но не поддерживающей терапии. ‡Относится только к лицам, состоящим на наркологическом учете с диагнозом зависимости от опиоидов.															
Таблица 1: Характеристики заключенных в странах Восточной Европы и Центральной Азии															

	Азербайджан	Казахстан	Кыргызстан	Таджикистан	Туркменистан	Узбекистан	Россия	Украина	Беларусь	Молдова	Литва	Латвия	Эстония	Армения	Грузия
	Минюст Т	МВД	Пенитенциарная служба	Минюст Т	МВД	МВД	Пенитенциарная служба	Пенитенциарная служба	МВД	Минюст	Минюст Т	Минюст Т	Минюст	Минюст	Пенитенциарная служба
Отвечает за здоровье заключенных	35	76	11	13	14	42	..	146	..	12	7	11	..	12	15
Количество тюрем	16	69	10	12	12	39	..	131	..	10	6	10	..	11	11
Для мужчин	1	6	1	1	1	1	..	15	..	1	1	1	..	1	1
Для женщин	16500*	44893	7961	9000*	30565	42000*	656618	57396	31700	5329	6643	3276	2775	3894	9724
Численность заключенных	2,8%†	7,7%	4,0%	3,3%	6,5%	3,0%	..	5,6%	..	6,6%	3,7%	7,4%	..	4,5%	3,3%
% женщин	236	231	181	130	583	152	446	193	306	215	268	239	218	132	274
Доля заключенных в населении‡	81,4%	71,8%	55,5%	61,5%	85,0%	80,0%	94,2%	120,24%	96,8%	102,9%	83,1%	59,5%	96,3%	89,3%	47,8%
Наполненность тюрем	Нет	Нет	Да (2005)	Да (2010)	Нет	Нет	..	Нет	..	Да (1999)	Нет	Нет	..	Да (2004)	Нет
Программы обмена илг и шприцев	..	..	10	1	..	..	..	..	..	10	..	..	..	9	..
Количество учреждений	Нет	Нет	Да (2008)	Нет	Нет	Нет	..	Нет	..	Да (2005)	Нет	Да (2012)	..	Да (2011)	Нет
Терапия агонистами опиатов	..	..	7	..	..	..	..	..	..	9	..	9	..	9	..
Количество учреждений	..	..	400	..	..	..	..	..	..	68	..	26	..	151	..
Количество пациентов	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	..	Нет	..	Да	Нет	Нет	..	Нет	Да
Детоксикация метадонном или бупренорфином	Да	Нет	Да	Нет	..	Нет	..	Да	..	Нет	Да	Да	..	Да	Нет
Детоксикация без лекарств	Да	Нет	Да	Нет	..	Нет	..	Да	..	Нет	Да	Да	..	Да	Нет
Консультативные и тестирование на ВИЧ (год)	Да (1997)	Да (2001)	Да (2003)	Да (2003)	Да	Да (2003)	..	Да (2006)	..	Да (2008)	Да	Да (1994)	..	Да (2004)	Да (2004)
Доступность презервативов (год)	Да (2011)	Да (2002)	Да (2005)	Да (2003)	Нет	Нет	..	Да (2008)	..	Да (1999)	Да (2004)	Нет	..	..	Да (2004)
АРТ (год)	Да (2007)	Да (2005)	Да (2007)	Да (2007)	Нет	Да (2008)	..	Да (2008)	..	Да (2004)	Да (1998)	Да (1998)	..	Да (2005)	Да (2005)
Флюорография на туберкулез (год)	Да (1995)	Да (1998)	Да (1997)	Да	Да	Да (1991)	..	Да	..	Да (1996)	Да (2011)	Да (2011)	..	Да (2004)	Да (1998)
Лечение туберкулеза (год)	Да (1995)	Да (1998)	Да (1998)	Да	Да	Да (2004)	..	Да	..	Да (1996)	Да (1998)	Да	..	Да	Да (1998)
Диагностика ВГС (год)	Да (2006)	Да	Да (2005)	Да (2015)	..	Да	..	Нет	..	Да (2004)	Да	Да	..	Нет	Да (2014)
Лечение ВГС	Нет	Нет	Нет	Нет	..	Нет	..	Нет	..	Нет	Да (только острое)	Нет	..	Нет	Да

	Азербайджан	Казахстан	Кыргызстан	Таджикистан	Туркменистан	Узбекистан	Россия	Украина	Беларусь	Молдова	Литва	Латвия	Эстония	Армения	Грузия
(Продолжение предыдущей страницы)															
Диагностика ВГВ	Нет	Да	Да	..	..	Да	..	Нет	..	Да	Нет	Да	..	Нет	Да
Лечение ВГВ	Нет	Нет	Нет	..	..	Да	..	Нет	..	Нет	Нет	Да	..	Нет	Нет
Вакцинация против ВГВ	Нет	Нет	Нет	..	..	Нет	..	Нет	..	Нет	Нет	Нет	..	Нет	Нет
Программы профилактики физического и сексуального насилия	Да	Да	Нет	..	..	Да	..	Нет	..	Нет	..	Нет	..	..	Да
Программы защиты персонала от ВИЧ как производственной вредности	Нет	Да	Да	..	..	Да	..	Да	..	Да	Да	Да	..	Нет	Да
Постконтактная профилактика	Нет	Да	Да (2010)	Да	..	Да	..	Нет	..	Да	Нет	Нет	..	Да	Нет
Диагностика и лечение ИППП	Да	Да	Да	..	..	Да	..	Да	..	Да	..	Да	..	Да	Да

Все значения взяты из данных исследования в сотрудничестве с UNODC и относятся к 2015 году, если нет других указаний. Дата начала указана в скобках, если известна. ВГС = вирусный гепатит С. ВГВ = вирусный гепатит В. UNODC = Управление ООН по наркотикам и преступности.

* Данные приблизительные. † Число заключенных на 100000 населения. ‡ Лица, получившие лечение и тестирование – общее количество получивших услуги в 2014 г. § Доступны только в пилотном проекте. ¶ Женщины и подростки содержатся в тех же учреждениях.

Таблица 2: Стратегии и вмешательства в отношении ВИЧ-инфекции и снижения вреда в местах лишения свободы в Странах ВЕЦА

в отношении юридических и эпидемиологических аспектов, а также системы уголовного судопроизводства; используя подробные данные по Украине, оценить, насколько пребывание в заключении способствует трансмиссии ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционно (используя динамическое математическое моделирование), а также распространению туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, и в общей популяции (с использованием статистического анализа); предложить рекомендации в отношении новых направлений профилактики, лечения, и научных исследований.

Мы рассматриваем, как «среда риска» в системе уголовного судопроизводства синергически усиливает, накапливает и видоизменяет воздействие некоторых расстройств здоровья (например, ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и туберкулеза). Это включает не только воздействие социальных условий (например, пребывание в местах заключения, нищета), но также и деятельность полиции, часто приводящую к арестам и попаданию в поле зрения системы уголовного судопроизводства и пребыванию в заключении, что способствует синдемии медицинских и социальных проблем. Усиление негативного влияния употребления наркотиков в местах заключения¹⁷⁻¹⁹ можно лучше понять именно с помощью концепции «среды риска».¹⁵ Модель этой концепции предполагает, что на индивидуальные решения о профилактике и лечении

заболеваний влияет структурный риск, такой как место (в данном случае место лишения свободы), которое, будучи внешним для индивида, независимо влияет на формы поведения, связанные с риском или со стремлением к сохранению здоровья. Иерархическое построение социальных структур в рамках системы уголовного судопроизводства, межличностное насилие, стигматизация, а также отсутствие безопасности, неприкосновенности частной жизни и автономии ограничивают возможность принятия заключенными решений, включая выбор медицинской помощи и употребление наркотиков.^{16,20} В местах заключения доступ к ВИЧ-сервису и другим медицинским услугам (например, терапии агонистами опиоидов) и возможность уменьшения вреда, связанного с употреблением наркотиков, ухудшаются перечисленными выше факторами окружающей среды на социальном, экономическом и политическом уровнях.²¹

Методы исследования

В большинстве стран ВЕЦА ограничен доступ к точным данным, касающимся мест заключения, и деятельности пенитенциарных систем. Поэтому мы стремились выбрать из разных источников данные, касающиеся здоровья заключенных и доступности для них медицинских услуг с акцентом на расстройствах, связанных с употреблением наркотиков и сопутствующих заболеваниях, а также получить дополнительную информацию от медицинских департаментов пенитенциарных систем при содействии Управления Организации Объединенных Наций по контролю над наркотиками (ЮНОДК) с использованием официальных правительственных запросов в каждой стране. На 15 отправленных запросов поступило 11 ответов, содержащих данные, включенные в таблицы 1 и 2.

Моделирование влияния пребывания в заключении на трансмиссию ВИЧ-инфекции и туберкулеза

Мы осуществили динамическое моделирование передачи ВИЧ для оценки долгосрочного влияния пребывания в заключении на трансмиссию ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционно в Украине, и оценки возможных результатов сокращения применения тюремного заключения и расширения масштабов терапии агонистами опиоидов в местах лишения свободы. Дополнительный статистический анализ использован для оценки вклада нынешнего или недавнего пребывания в заключении на ежегодные показатели трансмиссии туберкулеза как среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, так и в общей популяции. Методы и результаты моделирования и эпидемиологического анализа описаны на примере Украины, с дополнительными подробностями модели, включенными во вставки 1 и 2.

Исторические аспекты, организация уголовного судопроизводства и его значимость в странах ВЕЦА

Во всех странах ВЕЦА кроме Министерства здравоохранения ряд других правительственных органов осуществляют административный надзор за системой уголовного судопроизводства, включая предоставление медицинских услуг (Рис. 4, таблица 2). Министерство внутренних дел осуществляет надзор за деятельностью полиции, включая арест и кратковременное содержание под стражей. Медицинская помощь в местах предварительного заключения и тюрьмах курируется различными министерствами, несмотря на то, что международные организации, такие как ВОЗ и ЮНОДК, поддерживают другое разделение подчиненности: система дознания и судебного преследования, с одной стороны, и система исполнения наказаний и контроля над санкциями, с другой стороны. Хотя существуют различные

Вставка 1: Моделирование воздействия пребывания в заключении и расширения масштабов терапии агонистами опиоидов в местах лишения свободы на трансмиссию ВИЧ в Украине среди людей, употребляющих наркотики инъекционно

Мы разработали динамическую модель влияния лишения свободы на трансмиссию ВИЧ через инъекции наркотиков с использованием стратификации людей, которые употребляют наркотики инъекционно, по статусу лишения свободы (никогда, в настоящее время, недавно освободившиеся за последние 12 месяцев и пребывавшие в заключении более 12 месяцев назад) и по наличию ВИЧ-инфекции (группа риска, случаи острой и хронической ВИЧ-инфекции и пациенты, получающие антиретровирусную терапию). В рамках байесовской сети²² эта модель была градуирована в соответствии с подробными данными по стране о пребывании в заключении людей, употребляющих наркотики инъекционно,²³⁻²⁵ и о распространенности ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, которые никогда не были в заключении (11,9-13,6%), которые в настоящее время лишены свободы (22,2-35,4%) и которые ранее находились в заключении (26,6-29,7%).^{23,24,26} На основании тех же данных результаты показали повышенный риск передачи ВИЧ инъекционным путем среди ранее бывших в заключении людей, употребляющих наркотики инъекционно (относительный риск 1,9-3,3 в течение 12 месяцев после освобождения и 1,4-2,0 в последующем) по сравнению с людьми, которые никогда не пребывали в заключении. Анализ чувствительности уменьшил эти значения. Из-за недостатка данных использовалось неинформативное априорное предположение о риске передачи ВИЧ среди пребывающих в заключении людей, употребляющих наркотики инъекционно.

Чтобы оценить долгосрочную добавочную долю популяционного риска (ДДПР), связанную с лишением свободы, предполагалось относительное снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции в течение 15 лет, при условии, что риск передачи ВИЧ среди заключенных и среди ранее пребывавших в заключении людей, употребляющих наркотики инъекционно, будет таким же, как среди никогда не лишавшихся свободы людей. Осторожная оценка ДДПР исходила из того, что риск передачи ВИЧ среди недавно освобожденных из заключения людей, употребляющих наркотики инъекционно, будет таким же, как среди пребывавших в заключении ранее, но не в последние 12 месяцев. Мы также проанализировали, как расширение масштабов лечения с применением терапии агонистами опиоидов до 50% заключенных, употреблявших наркотики инъекционно, с продолжением в течение 12 месяцев непрерывной терапии агонистами опиоидов после освобождения, может снизить трансмиссию ВИЧ.

Предполагая повышенный риск трансмиссии ВИЧ у ранее пребывавших в заключении людей, которые употребляют наркотики инъекционно, наша модель (Рис. 1, 2) позволяет прогнозировать, что уровень заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции в общей популяции резко снизится к 2030 году (заболеваемость на 75% [95% доверительный интервал (ДИ) 64-87], распространенность на 56% [95% ДИ 42-66]), если риск трансмиссии ВИЧ среди находящихся в настоящее время в местах лишения свободы и ранее пребывавших в заключении лиц принять таким же, как среди лиц, никогда не пребывавших в заключении. Кроме того, 55,1% (95% ДИ 40,2-68,2) новых случаев ВИЧ-инфекции будет предотвращено, главным образом, из-за снижения повышенного риска среди недавно освобожденных людей, употребляющих наркотики инъекционно. Действительно, 28,2% (95% ДИ 13,6-41,1) случаев ВИЧ-инфекции могли бы быть предотвращены, если бы этот повышенный риск был хотя бы частично уменьшен до того же уровня, что и среди людей, которые больше 12 месяцев назад пребывали в заключении.

Эти оценки были устойчивыми и при менее ограничительных предположениях об относительном риске передачи среди ранее пребывавших в заключении лиц. Напротив, если бы у людей, употребляющих наркотики инъекционно, после 2015 года никаких новых эпизодов лишения свободы не было, было бы предотвращено только 12,8% (95% ДИ 4,7-24,6) новых случаев ВИЧ-инфекции. Однако, если бы в Украине в местах лишения свободы было начато лечение с применением терапии агонистами опиоидов, по сценарию нашей модели 19,8% (95% ДИ 14,6-24,5) случаев ВИЧ-инфекции были бы предотвращены в течение 2015-30 годов, а охват терапией агонистами опиоидов в сообществе увеличился бы на 8,3%. Большая часть этого эффекта обусловлена преимуществами удержания заключенных на терапии агонистами опиоидов после освобождения, причем только 5,6% (95% ДИ 1,6-8,3) случаев ВИЧ-инфекции были бы предотвращены без продолжения терапии агонистами опиоидов. Прогноз показывает, что потребуется увеличение охвата терапией агонистами опиоидов в сообществе (без применения этой терапии в местах лишения свободы), до уровня 28% (95% ДИ 20-33), 48% (95% ДИ 43-50) или 16% (95% ДИ 12-21) для достижения того же результата, что и при расширении терапии агонистами опиоидов в местах лишения свободы, в зависимости от того, является ли эта терапия в сообществе нецелевой, или имеет целевыми группами лиц, лишенных свободы или ранее пребывавших в заключении, соответственно. Принимая во внимание выгоды в расчете на одного человека от профилактики с применением терапии агонистами опиоидов, внедрение этой терапии в местах лишения свободы настолько же эффективно, как и целевая терапия агонистами опиоидов для ранее пребывавших в заключении людей, которые употребляют наркотики инъекционно в сообществе, но в 1,6 раза эффективнее, чем нецелевая терапия агонистами опиоидов сообществе и в 3,2 раза эффективнее, чем терапия агонистами опиоидов, направленная на лиц, никогда не пребывавших в заключении.

(Продолжение на следующей странице)

(Вставка 2. Продолжение предыдущей страницы)

Проведенный анализ показывает, что в Украине лишение свободы является движущей силой трансмиссии ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, с показателем 55,1% (95% ДИ 40,2-68,2) новых случаев ВИЧ-инфекции, возможно, связанных с лишением свободы, если мы принимаем гипотезу, что весь повышенный риск среди ранее пребывавших в заключении людей, которые употребляют наркотики инъекционно, являются результатом лишения свободы, или 28,2% (95% ДИ 13,6-41,1), если мы предполагаем, что только дополнительный риск среди недавно освобожденных лиц связан с пребыванием в заключении.

Важно отметить, что повышение уровня рискованного поведения после лишения свободы подпитывает эпидемию ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Украине, это подчеркивает необходимость стратегии целевых вмешательств по профилактике ВИЧ-инфекции среди ранее пребывавших в заключении лиц. Эти выводы подтвержденные другими исследователями, свидетельствуют о том, что расширение терапии агонистами опиоидов в местах лишения свободы с последующим эффективным продолжением лечения в сообществе после освобождения может быть эффективной стратегией профилактики.²⁷⁻³⁰ Следует также иметь в виду стратегии, которые уменьшают количество случаев лишения свободы, такие как альтернативы тюремному заключению (например, Наркосуды), деятельность полиции на уровне сообществ, которая способствует лечению после ареста, а также изменения политики в сфере криминализации наркотиков, хотя при этом выгоды для профилактики ВИЧ-инфекции могут быть меньше.

Наш анализ имеет ограничения, наиболее непосредственно связанные с тем, зависит ли повышенный риск трансмиссии ВИЧ среди ранее пребывавших в заключении людей, употребляющих наркотики инъекционно, от пребывания в заключении, или же лица с повышенным уровнем поведенческого риска чаще лишаются свободы. Будущие исследования должны изучить лонгитудинальные изменения уровня риска до, во время и после пребывания в заключении.

организационные структуры для оказания медицинской помощи в местах лишения свободы стран ВЕЦА, ни в одной из них не соблюдены рекомендации ООН и ВОЗ 37, теперь известные как Правила Манделы, которые предусматривают, что медицинская помощь должна быть эквивалентной той, которая предоставляется в сообществе, и необходима преемственность помощи при переходе из мест лишения свободы в сообщество. Однако некоторые страны создали отдельные ведомства, ответственные за содержание заключенных.

Система уголовного судопроизводства во всех странах ВЕЦА (Рис. 4), подобно советской, включает центры предварительного заключения, аналогичные тюрьмам и именуемые следственными изоляторами (СИЗО), где задержанные остаются на срок до двух лет в ожидании вынесения приговора. После вынесения приговора режим заменяется временным наблюдением на протяжении 2 недель на «этапе», в процессе перевода в тюрьмы, которые подведомственны министерству внутренних дел, а затем в исправительные колонии (включая исправительные колонии низкого уровня безопасности, исправительные колонии-поселения и исправительные колонии для несовершеннолетних правонарушителей) или в тюрьмы с блоками камер для осужденных. Однако отдельные министерства, отвечающие за управление на разных этапах системы уголовного судопроизводства, часто проводят противоречивую политику (например, в отношении допущения или предоставления различных услуг). В Таблице 1 сравнивается распространенность инфекционных заболеваний и мер по снижению вреда в местах заключения и в сообществах в каждой из стран. В Таблице 2 содержатся данные о системах уголовного судопроизводства в каждой стране на основе нашего опроса и опубликованных отчетов. Осужденные заключенные обычно распределяются в учреждения с минимальным уровнем безопасности, средним уровнем безопасности и максимальным уровнем безопасности, которые мы в совокупности называем «тюрьмами». Заключенных с ВИЧ-инфекцией не изолируют, но лица, страдающие туберкулезом, помещаются в специализированные медицинские подразделения.

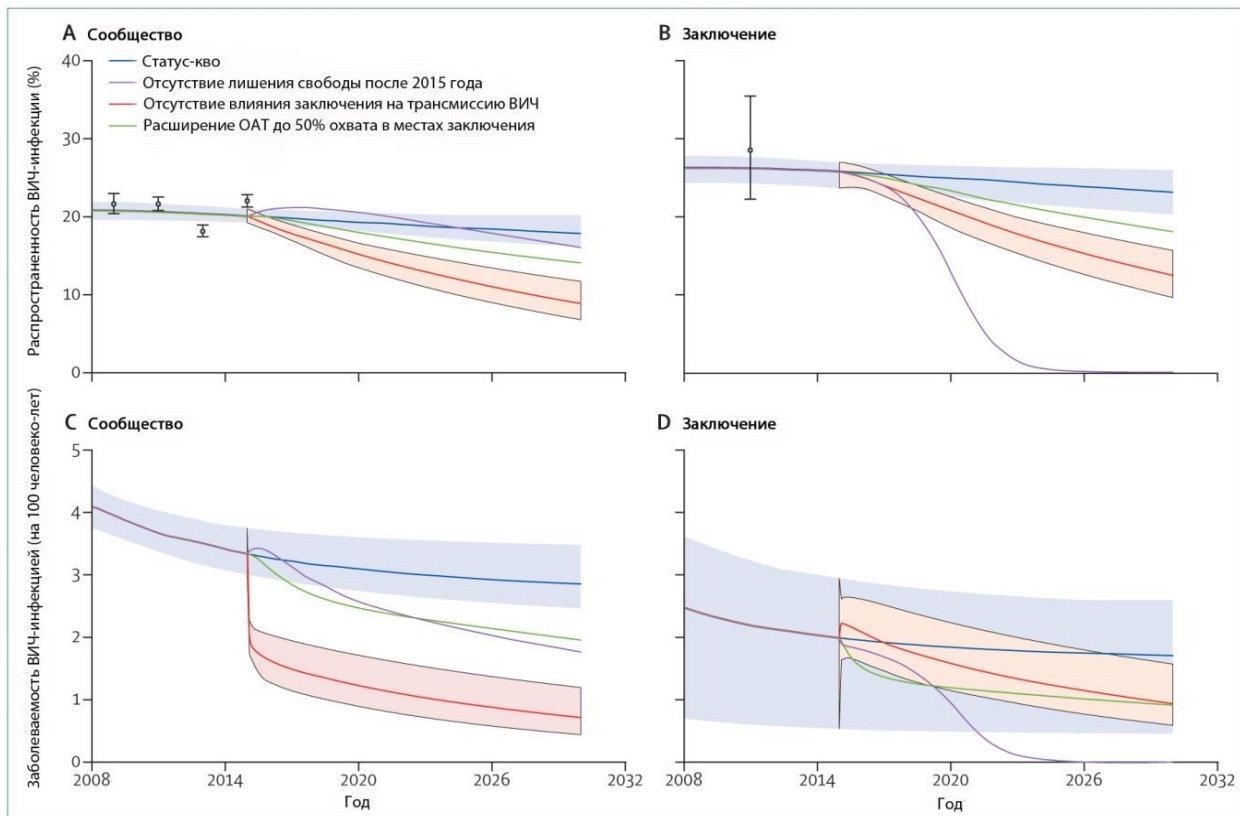


Рис. 1: Прогнозируемые в Украине тенденции распространения ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционно

На рисунке показаны медианные оценки прогнозируемых тенденций для людей, употребляющих наркотики инъекционно. (А) Распространенность ВИЧ-инфекции среди людей в сообществе (как никогда не лишавшихся свободы, так и ранее пребывавших в заключении). (В) Распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных. (С) Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди людей в сообществе (как никогда не лишавшихся свободы, так и ранее пребывавших в заключении). (D) Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди заключенных. Показанные сценарии относятся к статус-кво и к следующим вариантам: отсутствие влияния лишения свободы на риск трансмиссии ВИЧ после 2015 года; неприменение тюремного заключения после 2015 года; или начало терапии агонистами опиоидов в местах заключения с 50% охватом лиц, которые когда-либо употребляли наркотики, с последующим удержанием на терапии в течение года после освобождения. Точки данных с 95% ДИ показаны для сравнения, а затенение представляет собой 95% доверительный интервал для прогнозируемого статус-кво (голубое затенение), и для варианта, когда лишение свободы не повлияло на риск трансмиссии ВИЧ после 2015 года (розовое затенение).

В странах ВЕЦА преобладает наследие советского стиля лечения зависимостей, называемое «наркология»³⁸, и практикующие неэффективные меры, такие как применение антидепрессантов, анксиолитиков, антипсихотиков, чрезмерных физических нагрузок, нейрохирургии и кинезитерапии. В России единственным критерием успешного лечения зависимости является полное воздержание от употребления любого психоактивного вещества, в том числе назначаемых врачами лекарственных препаратов метадона и бупренорфина (который, несмотря на то, что включен в список основных лекарственных средств ВОЗ, по-прежнему запрещен по всей стране). Эти меры следуют образцам репрессивной психиатрии советской эпохи, вопреки международным стандартам³⁹, и часто влекут за собой страдания, дискриминацию и унижение для наркозависимых (Панель экспертов 1). Следовательно, среди персонала мест лишения свободы часто присутствует негативное отношение к терапии агонистами опиоидов, а наркотическая зависимость рассматривается как социальная и моральная проблема, которая способствует преступному поведению, а не как хроническое рецидивирующее заболевание.⁴⁰ Несмотря на повышенный уровень распространенности ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы, правовые рамки в странах ВЕЦА зачастую не соответствуют международным требованиям к соблюдению прав человека при обеспечении доступа к услугам, основанным на данных доказательной медицины, для лечения зависимости и ВИЧ-инфекции в условиях системы уголовного судопроизводства. Терапия агонистами

опиоидов метадонном или бупренорфином на международном уровне признана в качестве наиболее эффективного метода лечения хронической опиоидной зависимости, а также является одной из наиболее эффективных стратегий первичной и вторичной профилактики ВИЧ-инфекции.^{1,41} Кроме того, математическое моделирование показывает, что для стран ВЕЦА расширение терапии агонистами опиоидов является одним из наиболее экономически эффективных методов борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции,⁴² а в сочетании с расширенным применением антиретровирусной терапии является еще более эффективным, но также более затратным.⁴³ Стратегии в странах региона (таблицы 1, 2) варьируют в зависимости от того, применяется ли терапия агонистами опиоидов в течение всего периода лишения свободы (Молдова, Армения и Кыргызстан, Панель экспертов 2), при помещении пациентов в места предварительного заключения с возможностью проведения контролируемой детоксикации (Грузия, Литва, Латвия, Эстония и Украина), только в сообществах (Беларусь, Азербайджан, Таджикистан и Казахстан), или совсем не применяется (Россия, Узбекистан и Туркменистан). Более того, противоречивые правовые требования приводят к неравномерному распределению медицинской помощи. В Украине, хотя национальная политика в отношении наркотиков требует наличия программ снижения вреда (включая терапию агонистами опиоидов и программы обмена шприцев) для всех людей, употребляющих наркотики инъекционно, в медицинских инструкциях требуется наличие признаков физической зависимости, которые не всегда очевидны после того, как задержанный проходит детоксикацию в полицейском участке или в СИЗО. Это лишает осужденных возможности получения лечения.

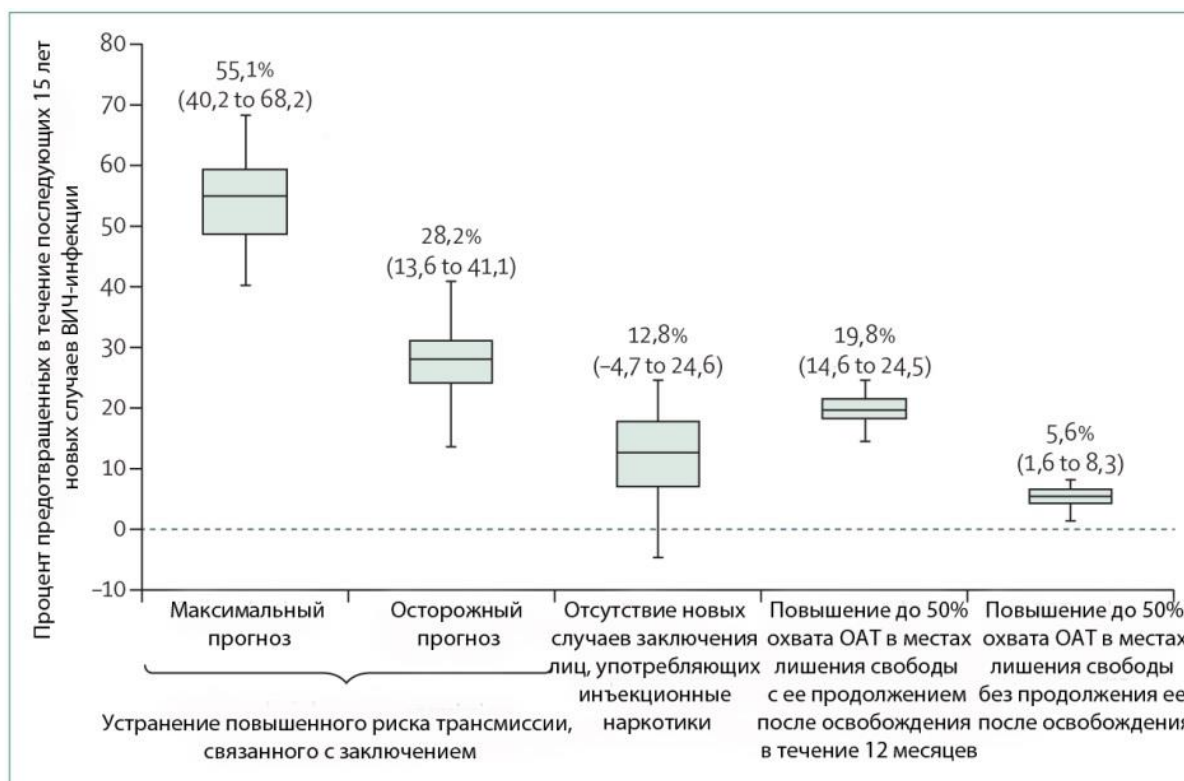


Рис. 2: Предотвращение новых случаев ВИЧ-инфекции

На рисунке показан процент новых случаев ВИЧ-инфекции, которые могут быть предотвращены в течение 15 лет (с 2015 года по 2030 год) при следующих сценариях: если лишение свободы больше не повышает риск трансмиссии ВИЧ (максимальные и осторожные прогнозы); если не будет последующих новых случаев лишения свободы лиц, употребляющих наркотики инъекционно; или если терапия агонистами опиоидов в местах заключения будет расширена с продолжением или без продолжения после освобождения. Столбцы показывают медианные прогнозы, а планки погрешностей показывают 95% доверительные интервалы. Надписи над планками погрешностей представляет медианные прогнозы и соответствующие 95% доверительные интервалы. ОАТ = терапия агонистами опиоидов.

Вставка 2: Статистический анализ воздействия лишения свободы на трансмиссию туберкулеза среди лиц, употребляющих наркотики инъекционно, и в более широком плане среди населения Украины в целом

Статистический анализ проводился с использованием данных национальных обследований в Украине для ежегодной оценки влияния лишения свободы на передачу туберкулеза в последние 12 месяцев и в течение жизни, как среди лиц, употребляющих наркотики инъекционно, так и в общей популяции. Источники данных включали данные по стране о 1612 людях, употребляющих наркотики инъекционно, в ходе исследования ExMAT в 2015 году и о 402 заключенных - по материалам исследования PUNLSE 2011 года.^{23,25} Из исследования ExMAT получены данные на каждого респондента о лишении свободы (когда-либо, общее время), ВИЧ-статусе, продолжительности инъекционного употребления наркотиков, заражении туберкулезом за последние 12 месяцев и в течение жизни. Из исследования PUNLSE представлены данные на каждого респондента о возрасте, суммарном времени пребывания в заключении, ВИЧ-статусе, наркотиках, вводимых инъекционным путем в течение жизни, и заражении туберкулезом в течение жизни. Данные о заражении туберкулезом получены со слов опрашиваемых с использованием валидизированных вопросов.³¹

На основе этих двух баз данных были сначала разработаны модели линейной регрессии для оценки взаимосвязи между последним или в течение жизни заражением туберкулезом и последним пребыванием в заключении или общей продолжительностью лишения свободы. Две модели выживаемости были затем привязаны к данным кумулятивного риска заражения туберкулезом как функции времени, проведенного в заключении. С учетом рассчитываемых шансов средний уровень заболеваемости туберкулезом оценивался из расчета на каждый год лишения свободы среди заключенных (PUNLSE) или ранее пребывавших в заключении лиц, употребляющих наркотики инъекционно (ExMAT). Рассчитанный уровень заболеваемости среди заключенных (PUNLSE) и данные самооценки недавнего риска заражения туберкулезом (ExMAT) затем использовались для оценки относительного риска заражения туберкулезом среди заключенных, которые употребляют наркотики инъекционно, или среди всех заключенных по сравнению с не пребывавшими в заключении лицами, которые употребляют наркотики инъекционно или с общей популяцией³². Добавочная доля популяционного риска (ДДПР), обусловленная лишением свободы, по сравнению с риском заражения туберкулезом в общей популяции и риском заражения туберкулезом среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, оценивалась по стандартной формуле.

Наш анализ последовательно свидетельствует о том, что пребывание в заключении существенно способствует трансмиссии туберкулеза в Украине. После коррекции на возраст, продолжительность инъекционного поведения и другие переменные, мы сделали вывод, что за каждый дополнительный год лишения свободы наблюдается относительное увеличение распространенности туберкулеза на 13% (95% ДИ 8-17) в общей популяции, и на 6% (95% ДИ 3-10) - среди людей, употребляющих наркотики инъекционно (Рис. 3).

Хотя только 0,5% взрослого населения когда-либо пребывали в местах лишения свободы, мы считаем, что 6,2% (95% ДИ 2,2-13,4) всех первичных случаев заболевания туберкулезом являются следствием лишения свободы. А что касается людей, употребляющих наркотики инъекционно, этот показатель увеличивается до 75% (95% ДИ 51-94) для ВИЧ-инфицированных людей, употребляющих наркотики инъекционно, и до 86% (95% ДИ 56-98) среди не инфицированных ВИЧ людей, употребляющих наркотики инъекционно.

Анализ данных по Украине показывает, что влияние пребывания в заключении на распространенность туберкулеза в общей популяции был аналогичен таковому в России³³, и это открывает новый подход, который предполагает значительно более высокий уровень ДДПР в отношении вклада пребывания в заключении в трансмиссию туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики инъекционно. Хотя данные свидетельствуют о важной роли лишения свободы в трансмиссии туберкулеза,^{12,33-35} существует дефицит информации, касающейся вклада пребывания в местах заключения в заболеваемость туберкулезом в странах с низким и средним уровнем дохода, особенно в странах ВЕЦА, где заболеваемость туберкулезом высока. Тем не менее, другие исследования и данные, представленные здесь, показывают, что в этом регионе пребывание в заключении в значительной степени способствует развитию эпидемии туберкулеза в целом, но особенно среди людей, употребляющих наркотики инъекционно (Панель экспертов 1). Хотя наибольшее влияние будут иметь стратегии, которые сокращают частоту лишения свободы людей, употребляющих наркотики инъекционно, полученные нами результаты также подчеркивают необходимость разработки экономически эффективных вмешательств по диагностике, лечению и профилактике туберкулеза среди лиц, находящихся в заключении. Азербайджан стал региональным лидером в реализации таких программ³⁶, правительство страны приняло меры по профилактике туберкулеза в местах заключения (обследование, раннее выявление и лечение, изоляция больных и профилактическая терапия при латентной туберкулезной инфекции). Такие стратегии, особенно если они ориентированы на людей, употребляющих наркотики инъекционно, должны учитывать повышенный риск трансмиссии туберкулеза, связанный с текущим или предыдущим лишением свободы. Такие стратегии, в том числе профилактика и лечение ВИЧ-инфекции, срочно необходимы для борьбы с эпидемиями ВИЧ-инфекции и туберкулеза в Украине и других странах ВЕЦА.

Сочетанное воздействие массового лишения свободы, расстройств вследствие употребления психоактивных веществ, ВИЧ-инфекции, гепатита С и туберкулеза

Массовое лишение свободы

Быстрый рост и взаимная связь лишения свободы, ВИЧ-инфекции, гепатита С и туберкулеза в регионе ВЕЦА обусловлены многими факторами.⁴⁹⁻⁵² Развал Советского Союза породил множество причин, которые независимо и совместно способствовали беспрецедентному массовому лишению свободы людей во всех странах ВЕЦА, отчасти как результат снижения промышленного производства, уровня жизни и ожидаемой продолжительности жизни.⁴ Регион ВЕЦА с 1,1 миллиона заключенных имеет одни из самых высоких показателей лишения свободы во всем мире¹¹, что вызвало появление для стран ВЕЦА термина «криминологические переходы».⁵³ Хотя уровень лишения свободы за последнее десятилетие несколько уменьшился, 13 из 15 стран ВЕЦА по-прежнему имеют показатели, которые превышают среднее число 146 заключенных на 100 000 населения в мире, причем в десяти из них это число превышает 200: Туркменистан (583), Россия (455), Беларусь (335), Литва (315), Грузия (281), Казахстан (275), Латвия (264), Азербайджан (236), Эстония (218) и Молдова (212); показатель в Украине недавно резко снизился с 324 до 195 в связи с конфликтами в стране.¹¹ Это массовое лишение свободы является результатом нескольких сочетающихся факторов, которые совместно привели в некоторых из них к самым высоким в мире для общей популяции показателям распространенности ВИЧ-инфекции,⁵⁴ гепатита С,⁵⁵ и туберкулеза (включая мультирезистентный туберкулез с [MDR-TB])¹² в мире.^{49,51} Эти заболевания в дальнейшем концентрировались в местах заключения, где показатели значительно выше.

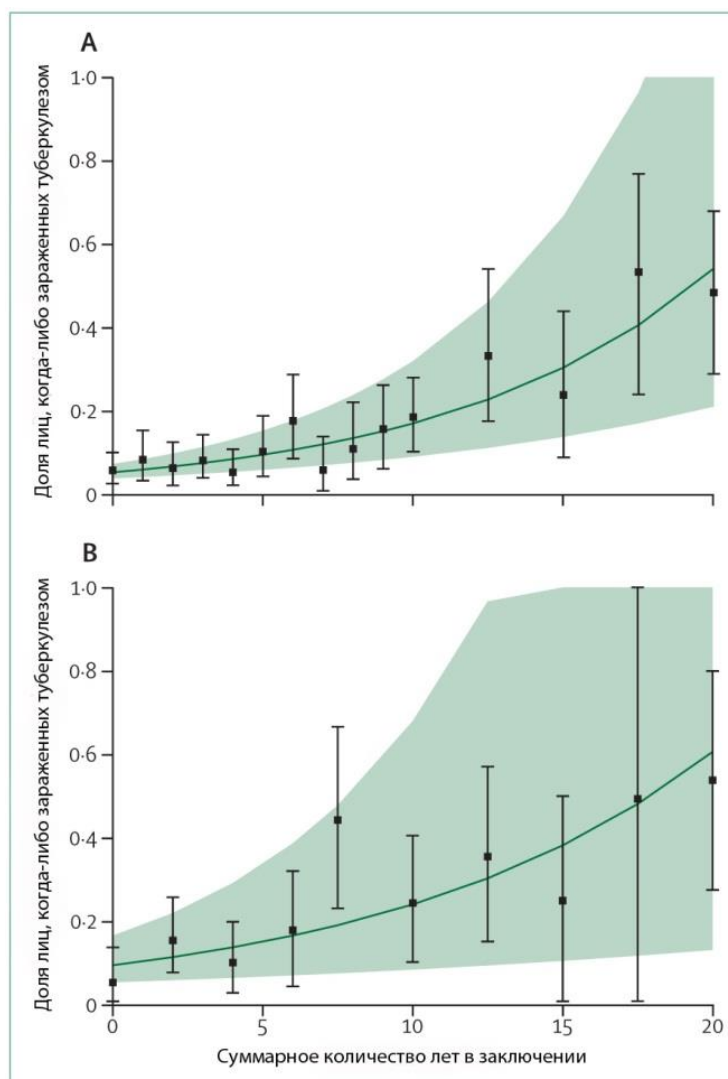


Рис. 3: Корреляция между количеством лет заключения и распространенностью туберкулеза в течение жизни среди заключенных (А) и среди находящихся в сообществе людей, употребляющих наркотики инъекционно (В), в Украине

Точками отмечены средние доли находящихся в заключении или в сообществе людей, употребляющих наркотики инъекционно, которые сообщили о наличии у них туберкулеза в течение пребывания в заключении; планки погрешностей представляют 95% ДИ относительно среднего значения. С помощью логистической регрессии рассчитаны кривые роста - сплошные зеленые линии, а затененная зеленой область ограничена соответствующими расчетами нижними и верхними границами. Данные о заключенных взяты из опросов, проведенных в 2011 году в рамках исследования PUNLSE.^{23,24} Данные о тех, кто находится в сообществе, получены в многоцентровом исследовании ExMAT, изучавшем людей, употребляющих наркотики инъекционно в Украине в 2015 году.²⁵

Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

После 1991 года значительно увеличилось употребление инъекционных опиоидов из-за изменений в маршрутах поставки наркотиков из Афганистана и вклада экономического кризиса в новую экономику наркотиков.^{8,56} Как следствие, стали развиваться эпидемии инъекционного потребления опиоидов и ВИЧ-инфекции¹⁰. Появилось много суровых законов в отношении людей, которые употребляют наркотики инъекционно, что привело к увеличению уровня лишения свободы, особенно для людей с ВИЧ-инфекцией или с высоким риском трансмиссии ВИЧ. Более того, на фоне экономической нестабильности и низкой заработной платы государственных служащих, таких как сотрудники полиции, эти люди стали объектом вымогательства и других форм коррупции. Неспособность заплатить приводила к аресту, задержанию и тюремному заключению.^{57,58}

Как следствие, люди, употребляющие наркотики инъекционно, составляют более трети заключенных в регионе ВЕЦА, но этот показатель в некоторых странах ВЕЦА может составлять до 50-80%.^{23,59-61}

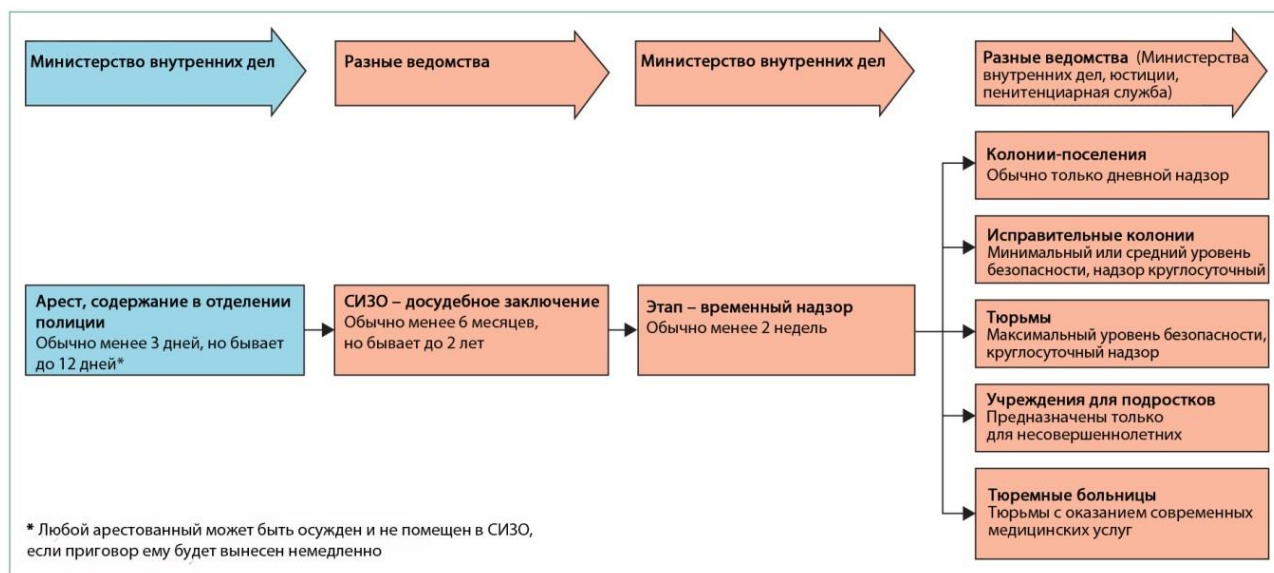


Рис. 4: Схема системы уголовного судопроизводства в странах Восточной Европы и Центральной Азии

Взрывная динамика трансмиссии ВИЧ сопровождалась ростом употребления инъекционных наркотиков и количества заключенных в странах ВЕЦА, когда заболеваемость ВИЧ-инфекцией и связанная с ВИЧ смертность оставались нестабильными и увеличивались. Хотя в странах ВЕЦА ВИЧ-инфекция сконцентрирована среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, и их сексуальных партнеров, имеются также свидетельства трансмиссии ВИЧ среди работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.⁶² К концу 2013 года в странах ВЕЦА насчитывалось более 1,4 миллиона людей, живущих с ВИЧ, причем более 85% из них проживали в России и Украине.⁶³ Несмотря на недавнее некоторое расширение программ профилактики ВИЧ-инфекции в некоторых странах ВЕЦА, низким остается охват антиретровирусной терапией (особенно среди тех, кто употребляет наркотики инъекционно) и терапией агонистами опиоидов, а также программами обмена игл и шприцев.^{5,6} Кроме того, обширная миграция между странами ВЕЦА и внутри них вызывает препятствия для вмешательств по профилактике ВИЧ-инфекции по причинам отсутствия гражданства или регистрации в системе государственного здравоохранения.^{59,62}

Панель экспертов 1: Саша* и губительное действие пребывания в заключении

«Тюрьмы здесь в России - это места, где такие люди, как я, умирают. Все-таки меня часто арестовывали, я три раза попадал туда, где наблюдал, как многие люди, такие как я, умирают. Мой первый раз случился после того, как полицейский задержал меня и требовал взятку. У меня не было денег, поэтому он обыскал меня, нашел шприц, который, по его словам, содержал героин, и поместил меня в камеру. Когда у меня началось состояние отмены наркотика, и я был наиболее уязвим, они пообещали «ширку» [экстракт маковой соломы], если я признаю, что украл что-то, чего я не делал. Я отказался, провел год в СИЗО, ожидая суда, и был, в конечном счете, осужден еще на два года, потому что такие потребители наркотиков, как я, не имеют шансов. Я был потрясен, узнав, что инъекции наркотиков в СИЗО и тюрьме делались чаще, чем на улицах Гатчины, где я жил. Охранники помогали снабжать наркотиками, и тюремные авторитеты следили, чтобы наша зависимость поддерживалась. Многие из нас заплатили своей жизнью. Некоторые парни умерли от передозировки, другие заразились ВИЧ, как я, а туберкулез приканчивал всех оставшихся из нас. Несмотря на то, что все мы были больны, получить медицинские услуги было почти невозможно. Авторитеты все контролировали. Клянусь, врачи были еще хуже, чем охранники. Они просто отправляли нас обратно в камеры, чтобы умирать».

«Мне повезло больше, чем большинству, и я пережил мое первое лишение свободы. Я старался быть сильным и избегать употребления наркотиков. Я сократил потребление, но у меня были деньги и связи, поэтому я продолжал колоться. Я был слабым, а тюремные авторитеты убеждали, что я могу получать кайф и наполнять их карманы. В течение недели после освобождения я снова вернулся к наркотику. Полиция тоже это знала! Они вцепились в меня, требуя взятки, но как только у меня кончились деньги, меня арестовали и снова в СИЗО и тюрьму еще на 3 года. На этот раз они отправили меня в колонию для рецидивистов».

«У меня развилась лихорадка, и я очень похудел. Я был уверен, что умру. У моей семьи были деньги, и я смог дать взятку и, в конце концов, получил помощь врача. Без денег я бы умер, как и все остальные. После 6 месяцев кашля и потери 15 фунтов веса мои деньги купили мне возможность пройти флюорографию, которая обнаружила признаки туберкулеза, и я был отправлен в специальную колонию для больных туберкулезом. Казалось, что у всех больных туберкулезом есть и ВИЧ-инфекция. Это было самое страшное место, где я когда-либо находился. У нас было 36 мужчин в камере с 12 кроватями. Мы стояли, кашляли друг на друга, а другие спали посменно. Большинство парней, включая меня, старались прекратить прием или избавиться от наших лекарств от туберкулеза, чтобы мы могли болеть и переходить из наших камер в медицинскую часть, где у нас была собственная постель. Многие из тех, кто переводился в медицинскую часть, никогда оттуда не уходили, кроме как в гробу, потому что на них лекарства уже не действовали».

«Я оказался очень сильным. Как только я освободился, мои родители отвезли меня в местный туберкулезный диспансер. Хотя я рассказал врачам о том, что произошло, они мне не поверили, и я снова прошел весь процесс подтверждения диагноза туберкулез. Я не получал никаких лекарств в течение нескольких месяцев, развилась лихорадка, обильные ночные поты и снова потеря веса, прежде чем они назначали лекарства. Я сказал им, что лекарства перестали работать, но они назначили мне те же самые, что я принимал раньше. Неудивительно, что лекарства не работали ».

«Мое состояние ухудшилось, и мои родители отвезли меня в Санкт-Петербург в специальную больницу и заплатили много денег, чтобы врачи нашли мне койку, назначили новые лекарства от туберкулеза и в первый раз оценили мой ВИЧ-статус с подсчетом CD4. К счастью, моя ВИЧ-инфекция не была проблемой, но они сказали, что туберкулез может убить меня. Врач из Центра СПИД сказал, что он даст мне препараты от ВИЧ-инфекции, если мои родители «пожертвуют» некоторую сумму денег на обустройство. Я получал внутривенные капельницы в течение 2 месяцев и мне назначили много лекарств от туберкулеза, которые купили мои родители. Туберкулез и лекарства от ВИЧ-инфекции начали работать. Мои кашель и лихорадки ушли, я набрал вес, но когда я возвратился домой, продолжал принимать целую чашку таблеток каждый день в течение почти двух лет».

«Я знаю, что чуть не умер. Ежедневно у меня есть желание колоть «ширку»! Моя мать знает меня и никогда не выпускает меня из виду. Даже когда я пытаюсь найти предлог, чтобы побыть в одиночестве, она никогда меня не покидает. Она знает меня. Я знаю себя тоже! Достаточно остаться одному на минуту, и я знаю, что найду «ширку». Если я это сделаю, я знаю, что я получу еще один бесплатный билет в тюрьму или на небеса. Так или иначе, я в тюрьме. Я предпочитаю тюрьму в своем доме той, где, я знаю, никто не окажет помощи».

*Саша – это не настоящее его имя.

ВИЧ-инфекция

Места заключения представляют собой среду риска передачи инфекционных заболеваний (Рис. 5) из-за высокой концентрации людей, употребляющих наркотики инъекционно, зараженных ВИЧ или вирусом гепатита С.⁵⁴ Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных высок во всем регионе ВЕЦА. Несмотря на то, что для Туркменистана и Беларуси достоверных данных нет, распространенность ВИЧ-инфекции в местах заключения превышает 10% в четырех странах - Латвии (20,4%), Украине (19,4%), Эстонии (14,1%) и Кыргызстане (10,3%) - и остается заметно выше, чем в общей популяции в Узбекистане (4,7%), Литве (3,4%), Казахстане (3,9%), Азербайджане (3,7%), Армении (2,4%), Таджикистане (2,4%), Молдове (2,6%) и Грузии (0,9%).

Репрезентативные исследования на уровне стран показали, что распространенность ВИЧ-инфекции в местах заключения в 22 раза, в 19 раз и в 34 раза выше, чем в общей популяции в Украине,^{23,24} Азербайджане,⁵⁹ и Кыргызстане⁶⁰ соответственно. Факторы, способствующие этой повышенной концентрации, включают жесткую политику, законы и деятельность полиции в отношении людей, употребляющих наркотики инъекционно, а также высокий уровень инъекционного поведения в местах заключения. В России почти все обвинительные приговоры, имеющие отношение к наркотикам, связаны с употреблением, а не с торговлей наркотиками.⁶⁴

Оценочная распространенность употребления инъекционных наркотиков в местах заключения варьирует от 3% до 53%,^{17,18,65,66} и это способствует повышению уровня трансмиссии ВИЧ в местах лишения свободы в этом регионе.⁶⁷ Это является отвлекающим последствием чрезмерного представительства людей, употребляющих наркотики инъекционно, также в местах лишения свободы имеются нелеченные случаи расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что люди, которые употребляют наркотики инъекционно, делают это чаще в сообществе, чем в местах заключения, но риск заражения ВИЧ значительно повышается в местах заключения. Объясняется это недостаточным количеством инъекционного инструментария, что приводит к более частому совместному использованию зараженного инструментария¹⁸. Эта ситуация может, в частности, объяснять данные о том, что предыдущее тюремное заключение независимо коррелирует с распространенностью ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, в общей популяции⁶⁸, которые мы также получили в нашем исследовании в Украине. Кроме того, только в нескольких исследованиях изучалось инъекционное поведение в местах заключения в странах ВЕЦА, но данные о ВИЧ-инфицированных заключенных в Украине показали, что только люди, которые могут передавать ВИЧ, характеризовались необычайно высоким уровнем употребления инъекционных наркотиков в местах заключения (54%), причем многие из них практиковали совместное использование инъекционного инструментария.¹⁷

Эффективное лечение ВИЧ-инфекции с помощью антиретровирусной терапии является действенным методом профилактики трансмиссии ВИЧ и должно проводиться заключенным,⁶⁹ многие из которых являются людьми, употребляющими наркотики инъекционно.⁷⁰ Достижение целей стратегии ЮНЭЙДС 90-90-90, предусматривающей выявление 90% людей, живущих с ВИЧ, и для 90% из них начало и продолжение антиретровирусной терапии, а также достижение 90% подавления репликации вируса, требует более эффективного обследования на ВИЧ, лечения и оптимальной приверженности к лечению ВИЧ-инфекции⁷¹ в странах ВЕЦА, в том числе в местах заключения. Несмотря на

Панель экспертов 2: Свечи, горящие в ночи

Несмотря на хорошо документированную эффективность терапии агонистами опиоидов, как в местах лишения свободы, так и в сообществе, три страны в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) - Россия, Узбекистан и Туркменистан - законодательно запрещают такую терапию, а остальные предоставляют ее только в сообществе. Суровая политика криминализации, приводящая к высоким показателям численности заключенных и большому количеству людей, употребляющих наркотики в пенитенциарных учреждениях стран ВЕЦА, усугубляется высоким уровнем инъекционного употребления наркотиков в местах лишения свободы и чрезвычайно высоким уровнем ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и туберкулеза, в том числе мультирезистентного. Несмотря на эти плохие прогностические индикаторы, только несколько стран отказались от идеологизированной стратегии, поддерживаемой Россией, которая отдает предпочтение наказанию, а не лечению. Эти страны внедряют основанные на принципах доказательной медицины методы профилактики ВИЧ-инфекции и лечения заключенных. Например, небольшие страны с низким уровнем дохода, такие как Кыргызстан, Молдова и Армения, внедрили все 15 рекомендованных на международном уровне стратегий профилактики ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы,⁴⁴ включая терапию агонистами опиоидов и программы обмена игл и шприцев. Эти три страны стали примерами в регионе, поскольку они смело преодолевают внешнее давление с требованием запретить эти стратегии профилактики ВИЧ-инфекции. Но без финансирования со стороны международных доноров такие программы не могут существовать, хотя они по-прежнему постепенно расширяются. Однако эти успешные программы могут вскоре оказаться под угрозой из-за ожидаемой потери финансирования от международных доноров. Более того, поскольку Россия считает себя лидером в регионе ВЕЦА и запрещает терапию агонистами опиоидов, как и не финансирует программы обмена игл и шприцев, она продолжает оказывать давление на другие страны региона, создавая новые политические и торговые союзы. Подкрепляя свои идеологические принципы финансовой поддержкой через эти торговые союзы для недопущения программ профилактики ВИЧ-инфекции как в сообществах, так и в местах лишения свободы, Россия может свести на нет успехи, достигнутые к настоящему времени некоторыми странами региона ВЕЦА, которые согласовали свои стратегии профилактики ВИЧ-инфекции с рекомендациями ООН, основанными на принципах общественного здравоохранения и соблюдения прав человека. По осторожным оценкам, треть всех заключенных в Кыргызстане, Молдове и Армении - это люди, употребляющие наркотики (примерно 6900), в основном опиоиды. Тем не менее, только 110 (12%) человек получают терапию агонистами опиоидов. Внедрение и даже расширение этой терапии минимально по стоимости, поскольку метадон очень недорог. Несмотря на то, что их эффективность обоснована, политика в отношении терапии агонистами опиоидов формируется в большей степени на основе идеологии и предрассудков, чем научных доказательств.^{45,46} Несмотря на эти идеологические влияния в регионе, пять стран (Армения, Молдова, Кыргызстан, Латвия и Эстония) успешно внедряют и расширяют терапию агонистами опиоидов в рамках всей своей системы уголовного судопроизводства, в том числе в учреждениях предварительного заключения (Таблица 2). Последние данные из Молдовы, которые могут быть показательными в отношении проблем с внедрением терапии метадоном в местах лишения свободы в этом регионе, свидетельствуют о том, что в пенитенциарных учреждениях множатся мифы и предрассудки о терапии агонистами опиоидов, что приводит к издевательствам и остракизму в отношении пациентов, и негативно влияет на усилия по расширению этой терапии.⁴⁷ В соседней Украине, где в местах лишения свободы недоступна терапия агонистами опиоидов, к ней среди тюремного персонала преобладает крайне негативное отношение, хотя последние исследования^{40,48} предполагают, что предоставление точной информации и обучения может частично преодолеть эти мифы. Среда риска в местах лишения свободы формируется заключенными, которые употребляют наркотики, теми, кто не употребляет наркотики, тюремным персоналом, а также реальной и предписанной политикой для конкретного учреждения. Поэтому на следующем этапе усилий по расширению терапии агонистами опиоидов необходимо будет учитывать множество факторов, включая эти мифы и предрассудки, а также роль торговцев наркотиками в местах лишения свободы, которые, вероятно, распространяют такие мифы как среди заключенных, употребляющих наркотики, так и среди персонала, который может рассматривать эту терапию как конкурента незаконной торговли наркотиками. Поэтому постоянная поддержка терапии агонистами опиоидов и программ обмена игл и шприцев должна не только учитывать само предоставление услуги, но также включать стратегии борьбы с дезинформацией и предрассудками. Продолжение финансирования и предоставление комплексных мер профилактики имеют решающее значение для устойчивого развития и должны сочетаться с передовыми методами, используемыми в других странах ВЕЦА, которые стремятся соблюдать принципы прав человека и общественного здравоохранения как в сообществе, так и в системе уголовного судопроизводства.

то, что в некоторых странах национальные центры СПИД сообщают о высоком уровне охвата антиретровирусной терапией заключенных с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции,^{61,72} большинство людей, живущих с ВИЧ, в местах заключения стран ВЕЦА, остаются без соответствующего диагноза. Только половине людей, живущих с ВИЧ в местах заключения Украины и Кыргызстана, устанавливается диагноз перед помещением в места

заклучения.^{23,24,60} В Украине менее 12% людей, живущих с ВИЧ, знали о наличии у себя ВИЧ-инфекции, а еще 40% диагноз был установлен во время заключения, при этом почти половина оставалась без знания о своем ВИЧ-статусе²⁴. Однако в Азербайджане процент диагностики ВИЧ-инфекции приближается к 75% случаев.⁵⁹ Хотя в Азербайджане и Кыргызстане обеспечивается высокий уровень охвата антиретровирусной терапией людей, живущих с ВИЧ, которым диагноз установлен в местах заключения,^{59,60} в Украине менее 4% людей, живущих с ВИЧ, получают АРТ в местах заключения.^{23,24} Ни в одной стране ВЕЦА нет данных по охвату антиретровирусной терапией после освобождения, но даже данные из стран с высоким уровнем дохода свидетельствуют о том, что переходный период из мест заключения в сообщество является одним из факторов повышенной уязвимости, когда охват антиретровирусной терапией резко падает, а риск заражения ВИЧ высок,⁷³ особенно для женщин.^{74,75}

Вирусный гепатит С

В одном из обзоров⁵⁵ приводятся данные о распространенности вирусного гепатита С среди заключенных от 3,1% до 38,0%, причем самые высокие показатели - в странах Центральной Азии.⁷⁶ Исследования с применением репрезентативной системы эпиднадзора в местах лишения свободы показывают, что распространенность гепатита С значительно превышает среднюю в Украине (60 ±2%),²³ Кыргызстане (49,7%),⁶⁰ и Азербайджане (38,2%)⁵⁹, хотя показатель распространенности употребления инъекционных наркотиков существенно ниже. Эти данные свидетельствуют о том, что данные об инъекционном потреблении наркотиков часто занижаются при анкетировании. Вирусный гепатит С у людей, живущих с ВИЧ, при отсутствии лечения осложняет лечение ВИЧ-инфекции¹ и ассоциируется с ускоренным развитием цирроза печени.⁷⁷ Новые противовирусные препараты прямого действия являются дорогостоящими, но имеют низкую токсичность, требуют непродолжительного применения и могут излечить вирусный гепатит С у более 90% пациентов независимо от ВИЧ-статуса.⁷⁸ Стратегия элиминации гепатита С, финансируемая международным фондом в Грузии, позволила заключенным получить доступ к этому лечению, но она недоступна в местах лишения свободы других стран ВЕЦА из-за недостатка средств.⁷⁹

Туберкулез

Места лишения свободы, как правило, особенно в странах ВЕЦА, способствуют распространению возбудителя туберкулеза (в частности, резистентных к лекарственным средствам штаммов), главным образом из-за скученности, которая увеличивает контакт между большим числом лиц с высоким уровнем риска в плохо вентилируемых помещениях в течение длительного времени.^{12,13} Кроме того, контроль над туберкулезом усложняется низкими показателями эффективности лечения из-за поздней диагностики, неэффективной стратегии контроля (например, обследования, изоляции и лечения) в местах лишения свободы и обусловленных окружением сдерживающих факторов для начала или продолжения лечения (например, улучшение жилищных условий, лечение и питание, освобождение от тяжелых работ и доход от продажи лекарств от туберкулеза, Панель экспертов 1).⁸⁰⁻⁸² У лиц, находящихся в заключении, часто имеются факторы риска, которые повышают их восприимчивость к туберкулезу (например, бедность, расстройства вследствие употребления психоактивных веществ, бездомность, недоедание и ВИЧ-инфекция) и они часто возвращаются в сообщество до завершения лечения без обеспечения эффективных медицинских услуг на переходный период.^{12,83-85}

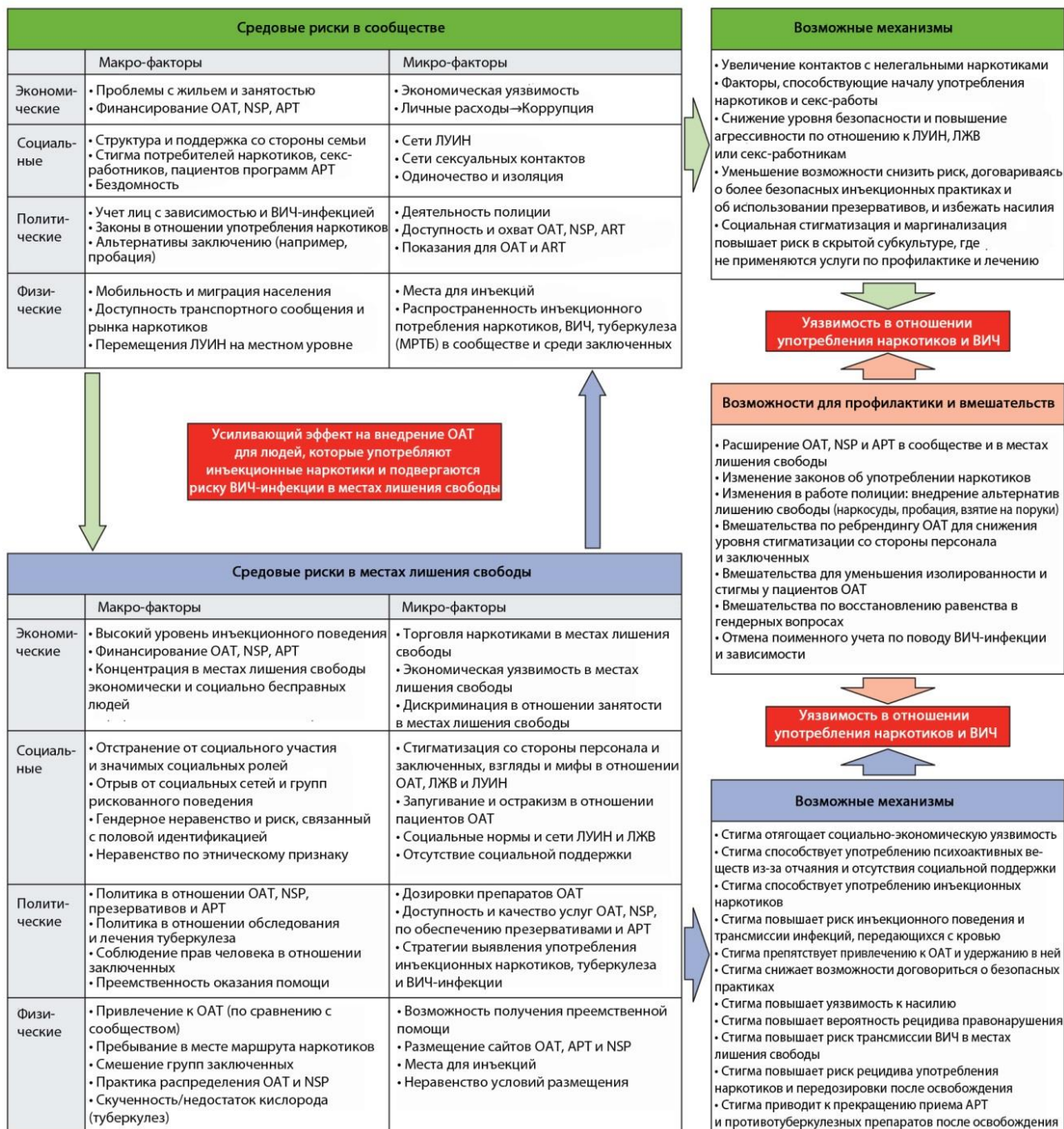


Рис. 5: Взаимосвязь средового риска в сообществе и учреждениях уголовного судопроизводства в странах Восточной Европы и Центральной Азии

ОАТ = терапия агонистами опиоидов. NSP = программы обмена игл и шприцев. АРТ = антиретровирусная терапия. MDR-TB = туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью. ЛУИН = люди, употребляющие наркотики инъекционно. ЛЖВ = люди, живущие с ВИЧ.

К факторам, способствующим распространению туберкулеза, относятся скученность, частая смена состава заключенных, ограниченный доступ к медицинским услугам, отсроченное выявление случаев болезни и плохое выявление контактов, отсутствие рекомендуемых методов быстрой диагностики, таких как Xpert MTB/RIF, неэффективное лечение случаев инфекции и недостаточный контроль течения туберкулеза.⁸³⁻⁸⁵ Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) непропорционально превалирует в местах лишения свободы стран ВЕЦА^{86,87} из-за высокой распространенности в сообществе⁸⁸⁻⁹¹ и большого числа ВИЧ-инфицированных людей, которые употребляют наркотики инъекционно (они более восприимчивы к туберкулезу из-за иммунодефицита) и низких показателей завершения лечения туберкулеза.⁹² Пример из Украины иллюстрирует большое влияние пребывания в

заключении на трансмиссию туберкулеза в регионе ВЕЦА, причем отмечена прямая корреляция между ростом показателей заболеваемости туберкулезом и увеличением численности заключенных.¹² Кроме того, выявлена прямая корреляция между заболеваемостью МЛУ-ТБ и ростом массового лишения свободы в странах ВЕЦА после обретения ими независимости.¹²

Распад Советского Союза привел к уменьшению финансирования и поставки противотуберкулезных препаратов первой линии и к увеличению сроков заключения, что способствовало распространению туберкулеза в местах лишения свободы.⁹³ В Беларуси штаммы МЛУ-ТБ выявлены в 35,3% новых и 76,5% ранее леченных случаев туберкулеза. Это означает, что половина всех случаев туберкулеза - это МЛУ-ТБ.^{87,94} Лишение свободы и ВИЧ-инфекция являются независимыми факторами риска для пациентов, зараженных штаммами МЛУ-ТБ.⁸⁷ Очень высокие показатели распространенности МЛУ-ТБ отмечены в России,^{95,96} Литве и Латвии,⁹⁶ а также в Украине.⁹⁷ Международное руководство по выявлению и лечению туберкулеза⁹⁸ не внедряется последовательно в местах лишения свободы всего региона ВЕЦА, что приводит к неудовлетворительным результатам.^{83,85} Одним из примечательных исключений является Азербайджан, который сократил как заболеваемость туберкулезом, так и число случаев МЛУ-ТБ посредством эффективной реализации Стратегии ВОЗ - "Остановить туберкулез в пенитенциарной системе". Эта стратегия включала рутинный скрининг, создание специализированных противотуберкулезных учреждений, новые меры по борьбе с инфекцией, быстрые диагностические тесты и тренинги для сотрудников пенитенциарных учреждений, которые сейчас обучают своих коллег в других странах ВЕЦА.³⁶

Целевое исследование: оценка показателей трансмиссии ВИЧ и туберкулеза в Украине – стране, участвующей в конфликте

Украина, страна со средним уровнем дохода и населением 45 миллионов человек, находится в центре вооруженного конфликта и имеет самый высокий среди стран ВЕЦА показатель распространенности ВИЧ среди взрослых (1,2%), при этом туберкулез и МЛУ-ТБ в наибольшей степени способствуют высокой смертности от ВИЧ-инфекции.³ До вторжения России в Крым и Донбасс показатель численности заключенных в Украине на 100 000 населения составлял 324 человека, но в 2014 году он снизился до 195 на 100 000 человек, причем большое количество заключенных освободилось в сообщество, увеличилось число задержаний и создана новая система пробации, которая теперь контролирует 70 000 человек в сообществе. Тем не менее, частота случаев лишения свободы среди людей, употребляющих наркотики инъекционно по данным национальных исследований, по-видимому, не уменьшилось с 2011 года до 2015 года.^{99,100} Из 310 000 человек, употребляющих наркотики инъекционно, услуги по профилактике ВИЧ-инфекции в Украине получают только 2,7%, которым назначена терапия агонистами опиоидов. И только 20% людей, живущих с ВИЧ, получают антиретровирусную терапию. Во всем мире и в странах ВЕЦА люди, употребляющие наркотики инъекционно, намного чаще других оказываются под стражей (в течение жизни - 40-85%),^{101,102} Пребывание в заключении в настоящее время или в прошлом, связано с повышенным риском инъекционного поведения и трансмиссии ВИЧ и вируса гепатита С.¹⁰³⁻¹⁰⁵ В Украине лишались свободы, по меньшей мере, 52% людей, употребляющих наркотики инъекционно^{25,26,106} Ранее пребывавшие в заключении люди, употребляющие наркотики инъекционно, сообщали о среднем количестве пять эпизодов заключения, длительностью не менее одного года для каждого эпизода.^{23,25,26}

Данные трех недавно проведенных национальных обследований в Украине среди людей,

употребляющих наркотики инъекционно,^{25,26} и среди лиц, находящихся в заключении,²³ использовались для эпидемиологического анализа и моделирования передачи ВИЧ, описанных во вкладках 1 и 2. Эти данные свидетельствуют о том, что среди ранее пребывавших в заключении людей, употребляющих наркотики инъекционно, отмечен значительно более высокий уровень распространенности ВИЧ, чем среди людей, которые употребляют наркотики инъекционно и никогда не лишались свободы (28% против 13%), даже после коррекции на длительность употребления инъекционных наркотиков (скорректированное отношение шансов [aOR] 1,8; 95% CI 1,6-2,1). Кроме того, у них чаще отмечаются формы поведения, связанные с риском трансмиссии ВИЧ, причем ранее пребывавшие в заключении люди, употребляющие наркотики инъекционно, сообщают о большем количестве инъекций в месяц на 3,9 (95% CI 2,8-5,0),²⁶ и имели в 1-5 раз (95% ДИ 1,3-1,9) больше шансов совместного использования шприцев,²⁶ по сравнению с никогда не лишавшимися свободы людьми, употребляющими наркотики инъекционно, даже после коррекции на длительность употребления инъекционных наркотиков. У недавно освобожденных из мест заключения людей, употребляющих наркотики инъекционно (в предыдущие 12 месяцев), выявлена еще более высокая вероятность совместного использования шприцев (aOR 2,2; 95% CI 1,6-3,0).²⁶ Аналогичным образом, по данным о находящихся в заключении людях, употребляющих наркотики инъекционно, отмечено больше, чем в два раза превышение показателя распространенности ВИЧ по сравнению с лицами, употребляющими наркотики инъекционно, которые никогда не лишались свободы, (28,5% против 12,8%),^{23,24,26} а также высокие показатели совместного использования шприцев.^{17,57} Вместе эти данные свидетельствуют о том, что в Украине пребывание в заключении и период сразу после освобождения являются важными факторами, способствующими трансмиссии ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, и они являются основой для нашего моделирования трансмиссии ВИЧ (вставка 1). Эта модель позволяет предположить, что лишение свободы и, соответственно, повышение риска инъекционного заражения ВИЧ после лишения свободы могут способствовать 55% новых случаев ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционно в Украине в течение следующих 15 лет, если мы предположим, что весь этот повышенный риск связан с лишением свободы, или 28%, если мы осторожно предположим, что только повышенный риск среди недавно освобожденных людей, употребляющих наркотики инъекционно, связан с пребыванием в заключении. Напротив, сокращение числа лиц, употребляющих наркотики инъекционно, вряд ли существенно снизит число новых случаев ВИЧ-инфекции в течение 15-летнего периода из-за остающегося повышенного риска среди ранее находившихся в заключении людей, употребляющих наркотики инъекционно. Тем не менее, расширение и продолжение терапии агонистами опиоидов после освобождения может предотвратить 19,8% случаев ВИЧ-инфекции в течение 15 лет, поскольку это лечение непосредственно снижает повышенный после освобождения риск (Рис. 1, 2).

Заболеваемость туберкулезом в регионе ВЕЦА высокая (почти во всех странах более 100 новых случаев на 100 000 населения) и положительно коррелирует с численностью заключенных в конкретной стране,¹² что подчеркивает важный вклад в эпидемию туберкулеза его трансмиссии в местах лишения свободы. По оценкам аналитического исследования¹² в регионе ВЕЦА повышение на 1 процент количества заключенных в стране соответствовало увеличению заболеваемости туберкулезом на 0,34% (95% ДИ 0,10-0,58). Данные опубликованного систематического обзора³³ свидетельствуют о том, что в странах с низким и средним уровнем дохода заболеваемость туберкулезом в местах лишения свободы в 10-30 раз выше, чем в общей популяции. Однако немногие исследования оценивали вклад лишения

свободы в эпидемию туберкулеза в регионе ВЕЦА. По оценочным данным систематического обзора от 5% до 17% случаев туберкулеза в России могут быть связаны с контактами в местах заключения.³³ Поэтому мы провели углубленное исследование и статистический анализ баз данных, использованных для моделирования трансмиссии ВИЧ^{23,25,26} для оценки роли лишения свободы в повышении в Украине риска заболевания туберкулезом в общей популяции и среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, (Вставка 2). Этот анализ показывает, что тюремное заключение является важным фактором трансмиссии туберкулеза (Рис. 3) и может быть ответственным за три четверти новых ежегодных случаев туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, и за 6,2% от всех ежегодных случаев туберкулеза в Украине.

Структура средового риска в учреждениях уголовного судопроизводства в регионе ВЕЦА

Обзор

На Рис. 5 представлен обзор факторов средового риска, которые способствуют прогрессирующему распространению инфекционных заболеваний, как в общей популяции, так и в системе уголовного судопроизводства в странах ВЕЦА. Высокий уровень распространенности инфекций в сообществе в сочетании с факторами микроуровня и макроуровня, являющимися частью физической, социально-экономической, политической и правовой структуры, приводит к концентрации в системе уголовного судопроизводства ключевых групп высокого риска, таких как люди, которые употребляют наркотики инъекционно, и работники секс-бизнеса. Пребывание в заключении, как физический фактор, еще больше отягчает эти условия, приводя к концентрации лиц, страдающих инфекциями. Оно также нарушает контакты, связанные с инъекционным потреблением наркотиков, и социальные сети - это социальный фактор - создавая новые и представляющие больше риска сети, которые создаются в рамках тактики выживания в период лишения свободы.¹⁰⁷ В Украине распространенность ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы высока (19,4%),²³, но существуют политические факторы, которые препятствуют внедрению терапии агонистами опиоидов или программ обмена игл и шприцев, приводят к недостаточному выявлению ВИЧ-инфекции и малому охвату нуждающихся антиретровирусной терапией,²⁴ способствуют частому совместному использованию инъекционного инструментария и, очевидно, содействуют передаче ВИЧ и вируса гепатита С.^{17,23,24,60} Кроме того, лица, освобожденные из мест лишения свободы, сильно страдают от стигмы (социальный фактор), быстро возвращаются к употреблению наркотиков (политический фактор), создают новые сети, связанные с инъекционным потреблением наркотиков (социальный фактор), а преследование полиции направлено на людей, употребляющих наркотики инъекционно, и бывших заключенных, что связано с постановкой на учет людей, употребляющих наркотики инъекционно (политический фактор).⁵⁷ Результаты нашего целевого исследования в Украине свидетельствуют о том, что средовые риски в местах лишения свободы способствует трансмиссии ВИЧ и туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, и распространению туберкулеза в общей популяции. Наши исследования также показывают, что внедрение терапии агонистами опиоидов для 50% людей, употребляющих наркотики инъекционно, в местах лишения свободы и удержание их на лечении в течение 12 месяцев после освобождения из заключения, было бы самой эффективной стратегией снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией в течение следующих 15 лет, исходя из того, что на этот средовой риск может сильно повлиять внедрение основанного на доказательной медицине лечения зависимости с продолжением в сообществе после освобождения из заключения.

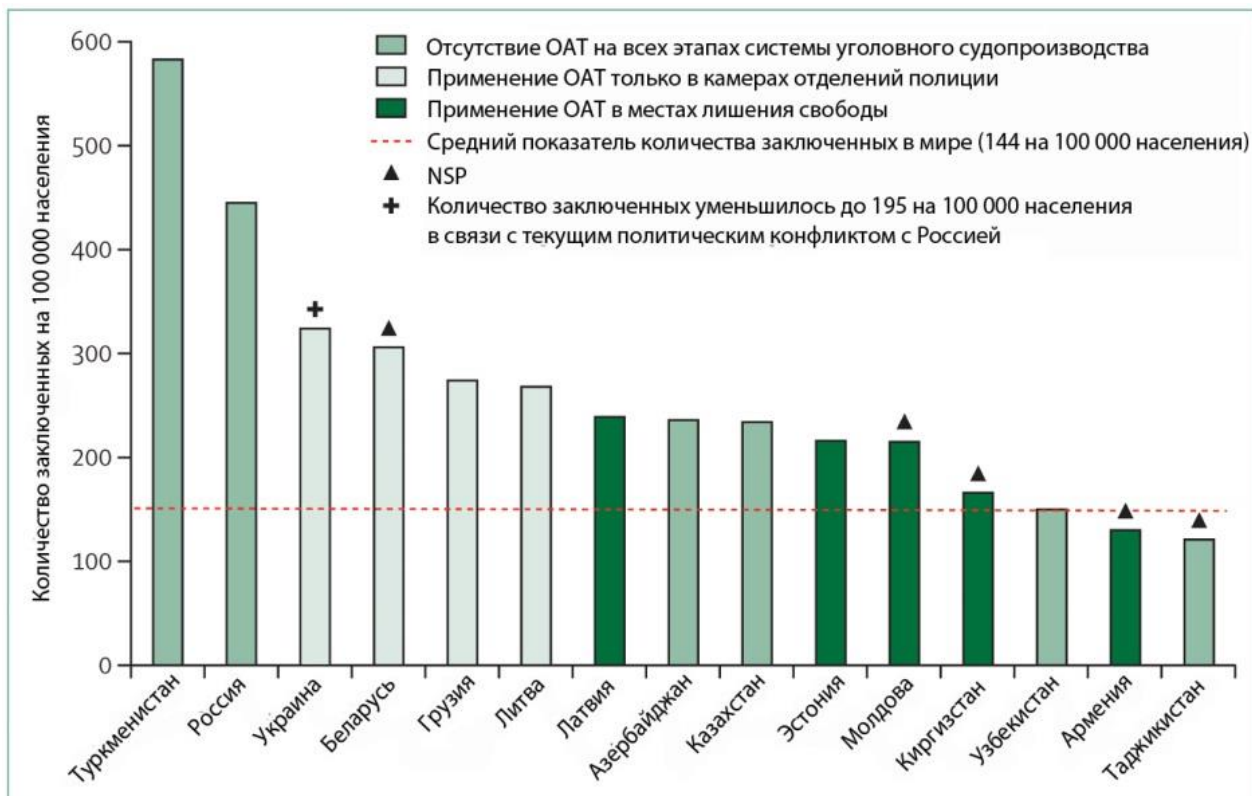


Рис. 6: Пребывание в заключении в странах ВЕЦА и доступность терапии агонистами опиоидов и программ обмена игл и шприцев

ВЕЦА = Восточная Европа и Центральная Азия. OAT = терапия агонистами опиоидов. NSP = программа обмена игл и шприцев.

Политика в отношении наркотиков

Ключевые группы населения сталкиваются со многими правовыми факторами, которые одновременно способствуют и утрате свободы, и получению доступа к основным программам и услугам, связанным с ВИЧ-инфекцией.^{108,109} Политика в отношении наркотиков значительно различается в зависимости от страны. В семи странах ВЕЦА (Россия, Узбекистан, Украина, Беларусь, Молдова, Литва и Латвия) требуется постановка на учет с указанием фамилии людей, которые употребляют наркотики инъекционно, для получения наркологической помощи, в том числе терапии агонистами опиоидов. Однако наркологический учет часто приводит к ограничениям в сфере занятости, потере привилегий (например, водительских прав) и наблюдению со стороны полиции.^{57, 110-112} Кроме того, для трудоустройства в Украине требуется паспорт и специальная регистрация по месту жительства, что затрудняет экономическую стабильность для человека.¹¹¹ В совокупности эти ограничения часто обуславливают повторное лишение свободы,¹³³ особенно с учетом того, что альтернативные наказания не характерны для стран ВЕЦА. Наркологи должны сообщать о любом обращении к их услугам, в том числе для подтверждения диагноза, регистрации и лечения. В большинстве систем наркологического учета существует примечания или критерии снятия с учета или диагностики избавления от зависимости. В Молдове и Узбекистане люди, употребляющие наркотики инъекционно, находятся на наркологическом учете в течение 3 лет до того, как могут быть рассмотрены вопросы снятия с учета. В Узбекистане снятие с наркологического учета производится при попадании пациента в места лишения свободы. В противном случае наркологический учет сохраняется на всю жизнь.

В шести странах применяются и административные и уголовные наказания за хранение наркотиков. В Казахстане административное наказание за хранения наркотиков может применяться не больше двух раз в год, после чего применяются арест и уголовные санкции. В

Кыргызстане размеры штрафов зависят от количества обнаруженных нелегальных наркотиков. В других странах административные процедуры используются для лиц, задержанных за хранение ограниченного количества наркотика для личного пользования, хотя размер варьируется. Во всех странах уголовные кодексы квалифицируют приобретение нелегальных наркотиков в качестве уголовного правонарушения.

Карательные законы о наркотиках ограничивают доступ людей, употребляющих наркотики инъекционно, к диагностике и лечению ВИЧ-инфекции. Криминализация употребления наркотиков и дискриминационная практика ограничивают доступ к программам обмена игл и шприцев и к общественным организациям, в которых расположены эти программы. Услуги по снижению вреда обычно доступны только взрослым. В некоторых странах полиция арестовывает людей, употребляющих наркотики инъекционно, которые пользуются услугами программ снижения вреда, а также конфискует наркотики и шприцы, или требуют взятки за хранение шприцев и игл.^{57,58,114,115} В одном российском опросе людей, употребляющих наркотики инъекционно, более 60% респондентов сообщили о том, что они арестовывались за хранение инъекционных игл или им подбрасывали наркотики.¹¹⁶

Политика в сфере сексуальных отношений

Хотя многие страны ВЕЦА отменили законы, запрещающие сексуальные отношения между лицами одного пола, Узбекистан и Туркменистан продолжают их запрещать. В Таджикистане, Узбекистане, Украине и Армении действуют законы, которые криминализуют половые акты по согласию между взрослыми одного пола, содомию, а также трансвестизм и трансгендерность. Кыргызстан и Таджикистан имеют законы, в которых утвержден разный возраст согласия для гомосексуального и гетеросексуального секса; в Кыргызстане действуют законы и полицейская практика, криминализирующие и запрещающие раздачу презервативов, но разрешающие поставку их в места лишения свободы. Это явно направлено на стигматизацию мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Российское законодательство, запрещающее распространение «пропаганды нетрадиционных сексуальных отношений (например, ЛГБТ) среди несовершеннолетних», якобы защищает так называемые традиционные семейные ценности. Эти законы приводят к аресту лиц, занимающихся профилактикой ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Аналогичное, но более жесткое законодательство готовится в Беларуси, Казахстане и Кыргызстане.⁶²

Во всех странах ВЕЦА действует запрет на секс-работу, но полиция применяет его выборочно и особенно преследует секс-работников, употребляющих наркотики. Кыргызстан, Азербайджан и Узбекистан проводят политику, позволяющую обязательное тестирование на ВИЧ ключевых групп населения. Некоторые страны (Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан, Украина и Армения) имеют законы, защищающие права человека, но при этом не выделяются положения для людей, живущих с ВИЧ, или ключевых групп населения.

Панель экспертов 3: Рекомендации по стратегиям профилактики и лечения

Разработать стратегии по сокращению численности заключенных из ключевых уязвимых групп

Необходимо изменить политику и законы, предусматривающие уголовную ответственность за индивидуальное употребление наркотиков и за секс-работу. Необходимо разработать новые стратегии, которые непосредственно направлены на сокращение численности заключенных, и особенно на предотвращение трансмиссии туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики. Моделирование и статистический анализ в данном исследовании подтверждают негативное воздействие пребывания в заключении, особенно на людей, употребляющих наркотики инъекционно, что способствует поддержанию эпидемий ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Например, стратегия полиции в настоящее время ориентирована на контроль лиц с высоким уровнем риска (например, людей, употребляющих наркотики, состоящих на учете лиц, употребляющих наркотики, работников секс-бизнеса и т. д.), но только некоторые из сотрудников полиции обеспечивают в сообществе деятельность по привлечению людей, употребляющих наркотики к лечению, основанному на доказательной медицине, или к услугам по снижению вреда. Необходима разработка механизмов деятельности полиции в сообществе, развитие программ с внесудебным выводом из уголовного судопроизводства, альтернатив заключению, таких как наркосуды, или пробация в условиях сообщества, что способствует реабилитации и лечению вместо лишения свободы.

Решающее значение в условиях сообщества имеет качественная работа программ probation, которые касаются людей, живущих с ВИЧ или имеющих риск заражения ВИЧ, при сохраняющейся системе социальной поддержки и непрекращающихся профилактических и лечебных вмешательств.

Совершенствовать стратегии тестирования на ВИЧ и лечения

В целях осуществления целей стратегии ЮНЭЙДС по 90% выявлению, обеспечению необходимой антиретровирусной терапией и достижению супрессии ВИЧ при лечении (90-90-90) страны Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) должны усовершенствовать стратегии тестирования на ВИЧ в учреждениях лишения свободы, поскольку выявление ВИЧ значительно ниже, чем предусмотрено целями ЮНЭЙДС. Хотя в некоторых странах ситуация с охватом антиретровирусной терапией соответствует требованиям, остается место для улучшения этой работы. Однако выявление ВИЧ и увеличение охвата антиретровирусной терапией в местах заключения должны быть связаны с преемственностью лечения после освобождения, включая терапию агонистами опиоидов.

Повысить в местах лишения свободы качество медицинских услуг до уровня их в сообществе

Заключенные с коморбидными расстройствами имеют право на тот же уровень услуг по профилактике и лечению, что и в учреждениях здравоохранения в сообществе.¹²² Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, следует рассматривать как хронические, рецидивирующие состояния, и их следует выявлять и лечить в соответствии с Правилами Манделы, которые предписывают аналогичные стандарты как в местах лишения свободы, так и в сообществе. Программы терапии агонистами опиоидов значительно менее затратны, чем тюремное заключение; данные моделирования свидетельствуют, что наиболее эффективная стратегия снижения распространенности ВИЧ-инфекции заключается в увеличении охвата терапией агонистами опиоидов людей, употребляющих наркотики в местах заключения, с эффективным продолжением этой терапии после освобождения. Когда международные доноры финансируют лечение и профилактику ВИЧ-инфекции (например, Глобальный фонд для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией, Чрезвычайный план президента по оказанию помощи в связи со СПИД), эти учреждения должны предусмотреть, что такие программы в местах лишения свободы внедряются и расширяются в рамках национальной стратегии, наличие которой требуется для продолжения финансирования.

Внедрять и расширять терапию агонистами опиоидов, программы обмена игл и шприцев и антиретровирусную терапию в системе уголовного судопроизводства

Модель трансмиссии ВИЧ показывает, что расширение охвата терапией агонистами опиоидов до 50% нуждающихся в сочетании с удержанием их в лечении после освобождения в период повышенного риска приведет к снижению числа новых случаев ВИЧ-инфекции больше всего у людей, употребляющих наркотики инъекционно. Национальные руководства по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции должны конкретно предусматривать равные возможности лечения в сообществе и в системе уголовного судопроизводства. Международные агентства одобрили 15 положений на основе доказательной медицины для систем уголовного судопроизводства. В тех случаях, когда такие положения приняты в стране, их реализация и мониторинг должны конкретно касаться учреждений уголовного судопроизводства. Несмотря на наличие национальных руководящих принципов, в местах заключения отсутствует комплексная политика в отношении наркотиков, включающая психологическую поддержку, программы обмена игл и шприцев, терапию агонистами опиоидов и антиретровирусную терапию. Крайне важно, чтобы расширение этих вмешательств в системах уголовного судопроизводства сочеталось с улучшением преемственности в оказании помощи и проведении профилактических вмешательств после освобождения, что может принести существенную пользу в профилактике ВИЧ-инфекции.

(Продолжение на следующей странице)

Обеспечить доступ к интегрированной помощи

По сравнению с общей популяцией заключенные несут более тяжелое бремя болезней и часто имеют много проблем медико-социального характера - например, ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит С, туберкулез и инфекции, передаваемые половым путем, а также психические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, которые требуют интегрированного подхода. Хотя предпочтительными являются стратегии, которые на первое место ставят альтернативы лишению свободы, для тех, кто оказался в местах заключения, такие учреждения должны предоставлять возможность для обследования, лечения и получения непрерывной помощи после освобождения лицам, которые в противном случае были бы упущены службами профилактики и лечения в сообществе.

Привести систему охраны здоровья заключенных в соответствие с международными целями профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

Цели стратегии ЮНЭЙДС 90-90-90 по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, направленные на диагностику, лечение и достижение супрессии вируса у 73% всех людей, живущих с ВИЧ, должны распространяться и на заключенных, - в этом отношении уровень оказания помощи при ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА недостаточен. Для его повышения потребуются внедрение инноваций в тестировании на ВИЧ (например, рутинное тестирование, которое было успешным в других учреждениях, где оно было связано с лечением), предоставление антиретровирусной терапии всем людям, живущим с ВИЧ, и достижение супрессии вируса путем оптимального соблюдения режимов антиретровирусной терапии не только в местах заключения, но и в программах перехода в сообщество. Наша модель показывает, что услуги в переходном периоде, особенно предоставление терапии агонистами опиоидов во время заключения и продолжение ее после освобождения, будут иметь решающее значение для снижения распространенности ВИЧ в долгосрочной перспективе.

Преимственность оказания помощи

Профилактика и лечение в местах заключения должны быть включены в государственные системы преимущественности оказания помощи в СИЗО и тюрьмах, а также в сообществе после освобождения. Наша модель показывает, что обеспечение непрерывности вмешательств, таких как терапия агонистами опиоидов после освобождения, является ключом к достижению большой пользы от профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционно. Система уголовного судопроизводства является важнейшей точкой предоставления услуг по лечению и профилактике, так как в ней сконцентрировано много больных, особенно людей с коморбидными расстройствами. Следует поощрять партнерские отношения с неправительственными организациями для обеспечения услуг по профилактике и лечению.

Обучение персонала

Для успешного проведения обследования и лечения, основанных на данных доказательной медицины в отношении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и туберкулеза, важное значение имеет постоянное обучение персонала для снижения уровня негативного отношения к людям с этими расстройствами, для снижения уровня стигмы и дискриминации. Такое профессиональное развитие должно касаться не только медицинского персонала, но и других сотрудников мест лишения свободы, чтобы лучше координировать меры, направленные на улучшение здоровья и жизни заключенных.

Внедрение организационных стратегий

Руководители и сотрудники системы уголовного судопроизводства должны понимать, что предоставление медицинской помощи, особенно людям, которые употребляют наркотики, является оптимальной стратегией сокращения рецидивов правонарушений и улучшения общественного здоровья. Успех многих международных инициатив по расширению стратегий снижения вреда сопровождался эффективными усилиями, направленными на то, чтобы помочь сотрудникам понять важность предоставления медицинской помощи. Это долгосрочная стратегия по улучшению интеграции системы охраны здоровья и системы безопасности.

Контроль со стороны общества

Санкции со стороны общества, такие как пробация или наркосуды, в странах ВЕЦА широко не доступны, и пробация обычно не связана с лечением. Несколько стран имеют урезанные системы пробации на уровне сообщества, в эту группу входят Россия (надзор со стороны бывшего военного или тюремного персонала), Украина (введена в 2015 году), Молдова (с 2002 года), Латвия (с 2005 года), Эстония (начало в 1998 году с расширением в 2013 году), Литва, Грузия и Казахстан. В Армении работают пилотные проекты, направленные на создание службы пробации. Некоторые программы пробации перенаправляют клиентов в наркологические или психиатрические учреждения. Многие из программ пробации создавались на основе пенитенциарной службы и, следовательно, отражают тюремную

культуру. В большинстве стран этого региона пробация находится в зачаточном состоянии.

Охват терапией агонистами опиоидов

Многие заключенные в странах ВЕЦА не только начинают употреблять наркотики инъекционно в местах лишения свободы, но и продолжают совместное использование инъекционного инструментария во время заключения^{17,60} и особенно после освобождения.¹⁷ В пяти странах (Армения, Кыргызстан, Молдова, Латвия и Эстония) проводится терапия агонистами опиоидов в местах заключения, при этом охват крайне низок. В Грузии есть пилотная программа в СИЗО, а еще четыре программы - только в полицейских участках (Таблица 1, Рис. 6). Показательно для этого региона – у персонала мест заключения в Украине отмечено особенно негативное отношение к терапии агонистами опиоидов, хотя ситуация улучшается, когда они достаточно хорошо осведомлены о ее преимуществах.⁴⁰ Заключенные, между тем, часто имеют большие надежды на выздоровление, которые уменьшаются после освобождения в связи с недоступностью терапии агонистами опиоидов.⁴⁸ В Молдове в сообществе и в местах лишения свободы применяется терапия агонистами опиоидов и работают программы обмена игл и шприцев, но охват лечением в сообществе непропорционально ниже, чем в местах заключения, что снижает доступность этих услуг после освобождения и требует, чтобы многие пациенты прекратили терапию еще в местах лишения свободы. В Молдове заключенные, получающие терапию агонистами опиоидов, часто подвергаются остракизму со стороны других заключенных, возможно, из-за нелегальной торговли наркотиками в тюрьмах, которая конкурирует с терапией агонистами опиоидов.^{40,47} Таким образом, эффективное и существенное расширение терапии агонистами опиоидов должно сочетаться с обучением и мотивированием как заключенных, так и тюремного персонала.

Диагностика ВИЧ-инфекции

Первым шагом на пути к достижению целей стратегии ЮНЭЙДС 90-90-90 является тестирование на ВИЧ.⁷¹ Большинство мест лишения свободы в странах ВЕЦА используют выборочное тестирование на основе оценки риска трансмиссии ВИЧ в конкретном учреждении. Одной из основных проблем в местах заключения стран ВЕЦА является низкий уровень выявления ВИЧ-инфекции; более половины ВИЧ-инфицированных заключенных не знают своего ВИЧ-статуса.^{23,24,60,61} Однако, из тех, кто это знает, большинство прошли тестирование в местах лишения свободы.^{23,24,59,60} Следует отметить исключения, когда расширенное тестирование на ВИЧ значительно улучшило диагностику ВИЧ-инфекции: это Эстония¹¹⁷ и Азербайджан.⁵⁹ Требуемый учет случаев ВИЧ-инфекции, с указанием фамилии, часто ограничивает привлечение к добровольному тестированию и к лечению.^{98,108} Поэтому официальные данные о ВИЧ-инфекции недооценивают истинную распространенность,¹¹⁸ в связи с ограничением доступа к лечению из-за обязательной постановки на учет в сочетании со стигматизацией, дискриминацией и криминализацией ключевых групп населения.^{6,110,119} Аналогичная ситуация во всех странах ВЕЦА с пациентами, получающими терапию агонистами опиоидов - они должны состоять на официальном наркологическом учете, прежде чем начать такое лечение. Постановка на учет может привести к сокращению возможностей трудоустройства, ограничениям в отношении проживания и отзыву водительских прав, далее к усугублению экономического неравенства.¹¹⁹

Выводы

«Основные принципы обращения с заключенными», принятые в 1990 году Организацией Объединенных Наций, провозглашают: «Заключенные пользуются медицинским обслуживанием, имеющимся в данной стране, без дискриминации в связи с их юридическим положением.»¹²⁰ Этот основной принцип расширен в случае ВИЧ-инфекции и включает также профилактические услуги, что не часто применяется, особенно во многих странах ВЕЦА, где заключенные получают меньше профилактических и лечебных услуг по сравнению с другими гражданами.¹²¹ Структурные особенности системы уголовного судопроизводства в странах ВЕЦА приводят к концентрации наиболее подверженных риску групп населения, которые, вместе взятые, очевидно способствуют утяжелению и трансмиссии болезни в местах заключения и в сообществе после освобождения. Эти структурные особенности также ограничивают доступ к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и туберкулеза. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что среда с высоким уровнем риска в местах заключения, включая период сразу после освобождения (для ВИЧ-инфекции), является важным фактором распространения ВИЧ и туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, и в более широком плане для трансмиссии туберкулеза в общей популяции. Стратегии, которые сокращают число случаев лишения свободы в целом (особенно для людей, употребляющих наркотики инъекционно) и значительно расширяют доступность терапии агонистами опиоидов в местах заключения, гарантируя эффективное продолжение этой терапии после освобождения, очевидно окажут наибольшее влияние на передачу ВИЧ-инфекции и туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики инъекционно. Стратегии сокращения случаев тюремного заключения для всех граждан, и особенно для людей, употребляющих наркотики инъекционно, также, очевидно, снизят заболеваемость туберкулезом. Для изменения ситуации необходимы не только реформы политики, но и дальнейшие эпидемиологические, качественные, моделирующие, экономические и имплементационные исследования, которые имеют решающее значение для того, чтобы и медицинская служба мест заключения, и общая система здравоохранения были оптимизированы и соответствовали требованиям прав человека (Панель экспертов 3). Такие подходы могут снизить трансмиссию ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и туберкулеза в этих условиях, особенно если они также обеспечивают непрерывность оказания помощи после освобождения из мест лишения свободы.

Contributors

FLA, LA, JS, PV, NKM, EB-P, HS, SD, FST, PS, RB, NE-B, and KD contributed shared responsibility in developing initial drafts and writing this manuscript. LA, PS, and FLA analysed the initial Ukraine datasets. PV, NKM, JS, FLA, and EB-P performed the modelling and were responsible for initial and final drafts of the modelling sections and the development of figures. LA and FLA performed the initial literature search. FLA, LA, JS, PV, NKM, EB-P, HS, SD, FST, PS, RB, NE-B, and KD revised each draft of this work critically for important intellectual content. All authors made substantial contributions to the design and approach, and approve the final version to be published.

Declaration of interests

We declare no competing interests.

Acknowledgments

We acknowledge funding from the National Institutes on Drug Abuse (K24 DA017072 and R01 DA025943 for FLA; R01 DA033679 and R01 DA029910 for FLA, SD, and LA; R01 DA037773 for NKM and PV; R01 DA029010 for FST and R01 DA030768 for FLA and FST; and R01 DA026739 for RB), the University of California San Diego Center for AIDS Research (P30 AI036214 for NKM), the Bill & Melinda Gates Foundation HIV Modelling Consortium (PV), the National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australia (KD), the National Institute for Health Research Health Protection Research Unit (NIHR HPRU) in Evaluation of Interventions at University of Bristol (EB-P and PV), and a PhD scholarship from the Engineering and Physical Sciences Research Council (JS). The authors would also like to acknowledge Ehab Salah and Signe Rotberga from the United Nations Office on Drugs and Crime for assisting with the international survey of HIV prevention programmes in prisoners in Eastern Europe and Central Asia,

Chris Beyrer from Johns Hopkins University for this support and guidance, and Paula Dellamura for administrative support.

References

- 1 Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet* 2010; 376: 367–87.
- 2 Singer M. *Introduction to syndemics: a systems approach to public and community health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2009.
- 3 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Global AIDS Update 2016*. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-_en.pdf (accessed May 28, 2016).
- 4 WHO. *Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities*. Geneva: World Health Organization, 2013.
- 5 Degenhardt L, Mathers BM, Wirtz AL, et al. What has been achieved in HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs, 2010–2012? A review of the six highest burden countries. *Int J Drug Policy* 2014; 25: 53–60.
- 6 Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet* 2010; 376: 355–66.
- 7 Awofeso N. Prisons as social determinants of hepatitis C virus and tuberculosis infections. *Public Health Rep* 2010; 125 (suppl 4): 25–33.
- 8 Latypov A. Introduction: illicit drugs in Central Asia. *Int J Drug Policy* 2014; 25: 1154.
- 9 Zabransky T, Mravcik V, Talu A, Jasaitis E. Post-Soviet Central Asia: a summary of the drug situation. *Int J Drug Policy* 2014; 25: 1186–94.
- 10 Jolley E, Rhodes T, Platt L, et al. HIV among people who inject drugs in Central and Eastern Europe and Central Asia: a systematic review with implications for policy. *BMJ Open* 2012; 2: e001465.
- 11 Walmsley R. *World prison population list, 10th edn*. London: University of Essex, 2014.
- 12 Stuckler D, Basu S, McKee M, King L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008; 105: 13280–85.
- 13 Stuckler D, King LP, Basu S. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *PLoS Med* 2008; 5: e143.
- 14 Basu S, Stuckler D, McKee M. Addressing institutional amplifiers in the dynamics and control of tuberculosis epidemics. *Am J Trop Med Hyg* 2011; 84: 30–37.
- 15 Rhodes T. The ‘risk environment’: a framework for understanding and reducing drug-related harm. *Int J Drug Policy* 2002; 13: 85–94.
- 16 Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR, Strathdee SA. The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Soc Sci Med* 2005; 61: 1026–44.
- 17 Izenberg JM, Bachireddy C, Wickersham JA, et al. Within-prison drug injection among HIV-infected Ukrainian prisoners: prevalence and correlates of an extremely high-risk behaviour. *Int J Drug Policy* 2014; 25: 845–52.
- 18 Dolan K, Moazen B, Noori A, Rahimzadeh S, Farzadfar F, Hariga F. People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention. *Int J Drug Policy* 2015; 26 (suppl 1): S12–15.
- 19 Culbert GJ, Waluyo A, Iriyanti M, Muchransyah AP, Kamarulzaman A, Altice FL. Within-prison drug injection among HIV-infected male prisoners in Indonesia: a highly constrained choice. *Drug Alcohol Depend* 2015; 149: 71–79.
- 20 Culbert GJ, Earnshaw VA, Wulanyani NMS, Wegman MP, Waluyo A, Altice FL. Correlates and experiences of HIV stigma in prisoners living with HIV in Indonesia: a mixed-method analysis. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2015; 26: 743–57.
- 21 Rhodes T. The ‘risk environment’: a framework for understanding and reducing drug-related harm. *Int J Drug Policy* 2002; 13: 85–94.
- 22 Toni T, Welch D, Strelkova N, Ipsen A, Stumpf MP. Approximate Bayesian computation scheme for parameter inference and model selection in dynamical systems. *J R Soc Interface* 2009; 6: 187–202.
- 23 Azbel L, Wickersham JA, Grishaev Y, Dvoryak S, Altice FL. Burden of infectious diseases, substance use disorders, and mental illness among Ukrainian prisoners transitioning to the community. *PLoS One* 2013; 8: e59643.
- 24 Azbel L, Wickersham JA, Grishaev Y, Dvoryak S, Altice FL. Correlates of HIV infection and being unaware of HIV status among soon-to-be-released Ukrainian prisoners. *J Int AIDS Soc* 2014; 17: 19005.
- 25 Makarenko J, Mazhnaya A, Polonsky M, et al. Determinants of willingness to enroll in opioid agonist treatment among opioid dependent people who inject drugs in Ukraine. *Drug Alcohol Depend* 2016; published online June 17. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2016.06.011.
- 26 International HIV/AIDS Alliance of Ukraine. *Integrated behavioral and biological assessment 2013—national survey of PWID (n=9502) in 29 cities 2013*. http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/arep14/zvit IDU_obl_eng.pdf (accessed Sept 14, 2015).
- 27 Wickersham JA, Zahari MM, Azar MM, Kamarulzaman A, Altice FL. Methadone dose at the time of release from prison significantly influences retention in treatment: implications from a pilot study of HIV-infected prisoners transitioning to the community in Malaysia. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132: 378–82.
- 28 Kinlock TW, Gordon MS, Schwartz RP, Fitzgerald TT, O’Grady KE. A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: results at 12 months postrelease. *J Subst Abuse Treat* 2009; 37: 277–85.
- 29 Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD. A randomised controlled trial of methadone

maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug Alcohol Depend* 2003; 72: 59–65.

30 Rich JD, McKenzie M, Larney S, et al. Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. *Lancet* 2015; 386: 350–59.

31 Sprinson JE, Lawton ES, Porco TC, Flood JM, Westenhause JL. Assessing the validity of tuberculosis surveillance data in California. *BMC Public Health* 2006; 6: 217.

32 The World Bank. Incidence of tuberculosis (per 100,000 people). 2015. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD> (accessed Sept 12, 2015).

33 Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS Med* 2010; 7: e1000381.

34 Getahun H, Gunneberg C, Sculier D, Verster A, Raviglione M. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for tuberculosis, HIV, prison and harm reduction services. *Curr Opin HIV AIDS* 2012; 7: 345–53.

35 Sacchi FP, Praca RM, Tatara MB, et al. Prisons as reservoir for community transmission of tuberculosis, Brazil. *Emerg Infect Dis* 2015; 21: 452–55.

36 WHO. Azerbaijan brings quality tuberculosis care to prisons. 2015. <http://www.who.int/features/2015/azerbaijan-tb/en/> (accessed Sept 9, 2015).

37 UNODC, WHO Health Organization Regional Office for Europe. Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. Copenhagen: United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization Regional Office for Europe, 2013.

38 Elovich R, Drucker E. On drug treatment and social control: Russian narcology’s great leap backwards. *Harm Reduct J* 2008; 5: 23.

39 Rhodes T, Sarang A, Vickerman P, Hickman M. Policy resistance to harm reduction for drug users and potential effect of change. *BMJ* 2010; 341: c3439.

40 Polonsky M, Azbel L, Wickersham JA, et al. Challenges to implementing opioid substitution therapy in Ukrainian prisons: personnel attitudes toward addiction, treatment, and people with HIV/AIDS. *Drug Alcohol Depend* 2015; 148: 47–55.

41 MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e5945.

42 Kim SW, Pulkki-Brannstrom AM, Skordis-Worrall J. Comparing the cost effectiveness of harm reduction strategies: a case study of the Ukraine. *Cost Eff Res Alloc* 2014; 12: 25.

43 Alistar SS, Owens DK, Brandeau ML. Effectiveness and cost effectiveness of expanding harm reduction and antiretroviral therapy in a mixed HIV epidemic: a modeling analysis for Ukraine. *PLoS Med* 2011; 8: e1000423.

44 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Policy Brief: HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienna, Austria, 2013. http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_eBook.pdf (Sept 29, 2013).

45 Sarang A, Stuijckte R, Bykov R. Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia. *Int J Drug Policy* 2007; 18: 129–35.

46 Torrens M, Fonseca F, Castillo C, Domingo-Salvany A. Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach. *Bull World Health Organ* 2013; 91: 136–41.

47 Polonsky M, Azbel L, Wickersham JA, et al. Accessing methadone within Moldovan prisons: prejudice and myths amplified by peers. *Int J Drug Policy* 2016; 29: 91–95.

48 Polonsky M, Rozanova J, Azbel L, et al. Attitudes toward addiction, methadone treatment, and recovery among HIV-infected Ukrainian prisoners who inject drugs: incarceration effects and exploration of mediators. *AIDS Behav* 2016; published online March 24.

49 Schluger NW, El-Bassel N, Hermosilla S, et al. Tuberculosis, drug use and HIV infection in Central Asia: an urgent need for attention. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132 (suppl 1): S32–36.

50 Walsh N, Maher L. HIV and HCV among people who inject drugs in Central Asia. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132 (suppl 1): S37–40.

51 Kazatchkine M. Drug use, HIV, HCV and TB: major interlinked challenges in Eastern Europe and Central Asia. *J Int AIDS Soc* 2014; 17 (4 suppl 3): 19501.

52 Pokrovskiy V. HIV epidemic in Russia and neighbouring countries. *J Int AIDS Soc* 2014; 17 (4 suppl 3): 19502.

53 Pridemore W. Criminological Transition? Change and stability in homicide characteristics during rapid social change. *Br J Criminol* 2007; 47: 331–45.

54 World Health Organization (WHO). HIV in Prisons. 2015. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons> (accessed Aug 7, 2015).

55 Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology* 2013; 58: 1215–24.

56 Latypov A, Grund JP, El-Bassel N, Platt L, Stover H, Strathdee S. Illicit drugs in Central Asia: what we know, what we don’t know, and what we need to know. *Int J Drug Policy* 2014; 25: 1155–62.

57 Izenberg JM, Bachireddy C, Soule M, Kiriazova T, Dvoryak S, Altice FL. High rates of police detention among recently released HIV-infected prisoners in Ukraine: Implications for health outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2013; 133: 154–60.

58 Mimiaga MJ, Safren SA, Dvoryak S, Reisner SL, Needle R, Woody G. “We fear the police, and the police fear us”: structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev,

- Ukraine. *AIDS Care* 2010; 22: 1305–13.
- 59 Azbel L, Wickersham JA, Wegman MP, et al. Burden of substance use disorders, mental illness, and correlates of infectious diseases among soon-to-be released prisoners in Azerbaijan. *Drug Alcohol Depend* 2015; 151: 68–75.
- 60 Azbel L, Polonsky M, Wegman M, et al. Intersecting epidemics of HIV, HCV, and syphilis among soon-to-be released prisoners in Kyrgyzstan. *Int J Drug Policy* (in press).
- 61 Vagenas P, Azbel L, Polonsky M, et al. A review of medical and substance use co-morbidities in Central Asian prisons: implications for HIV prevention and treatment. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132 (suppl 1): S25–31.
- 62 Thoreson R. From child protection to children's rights: rethinking homosexual propaganda bans in human rights law. *Yale Law J* 2015; 124: 1327–44.
- 63 UNAIDS. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2013.
- 64 Stöver H, Teltzrow R. Treatment systems in prisons in Eastern and Southeastern Europe. Strasbourg: Council of Europe/Pompidou Group, 2016.
- 65 Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis* 2009; 9: 57–66.
- 66 Kinner SA, Jenkinson R, Gouillou M, Milloy MJ. High-risk drug-use practices among a large sample of Australian prisoners. *Drug Alcohol Depend* 2012; 126: 156–60.
- 67 Caplinskiene I, Caplinskas S, Griskevicius A. Narcotic abuse and HIV infection in prisons. *Medicina (Kaunas)* 2003; 39: 797–803 (in Lithuanian).
- 68 Lucas GM, Solomon SS, Srikrishnan AK, et al. High HIV burden among people who inject drugs in 15 Indian cities. *AIDS* 2015; 29: 619–28.
- 69 Milloy MJ, Montaner JS, Wood E. Incarceration of people living with HIV/AIDS: implications for treatment-as-prevention. *Curr HIV/AIDS Rep* 2014; 11: 308–16.
- 70 McNairy ML, Deryabina A, Hoos D, El-Sadr WM. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission: potential role for people who inject drugs in Central Asia. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132 (suppl 1): S65–70.
- 71 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 90-90-90—an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/4/90-90-90> (accessed March 12, 2015).
- 72 DeHovitz J, Uskula A, El-Bassel N. The HIV epidemic in Eastern Europe and Central Asia. *Curr HIV/AIDS Rep* 2014; 11: 168–76.
- 73 Iroh PA, Mayo H, Nijhawan AE. The HIV care cascade before, during, and after incarceration: a systematic review and data synthesis. *Am J Public Health* 2015; 105: e5–16.
- 74 Meyer JP, Zelenev A, Wickersham JA, Williams CT, Teixeira PA, Altice FL. Gender disparities in HIV treatment outcomes following release from jail: results from a multicenter study. *Am J Public Health* 2014; 104: 434–41.
- 75 Meyer JP, Cepeda J, Taxman FS, Altice FL. Sex-related disparities in criminal justice and HIV treatment outcomes: a retrospective cohort study of HIV-infected inmates. *Am J Public Health* 2015; 105: 1901–10.
- 76 Zampino R, Coppola N, Sagnelli C, Di Caprio G, Sagnelli E. Hepatitis C virus infection and prisoners: epidemiology, outcome and treatment. *World J Hepatol* 2015; 7: 2323–30.
- 77 Lin W, Weinberg EM, Chung RT. Pathogenesis of accelerated fibrosis in HIV/HCV co-infection. *J Infect Dis* 2013; 207 (suppl 1): S13–18.
- 78 Bednasz CJ, Sawyer JR, Martinez A, et al. Recent advances in management of the HIV/HCV coinfecting patient. *Future Virol* 2015; 10: 981–97.
- 79 Mitruka K, Tsertsvadze T, Butsashvili M, et al. Launch of a nationwide hepatitis C elimination program. *MMWR Morb Mort Wkly Rep* 2015; 64: 753–57.
- 80 Gelmanova IY, Ahmad Khan F, Becerra MC, et al. Low rates of recurrence after successful treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Tomsk, Russia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2015; 19: 399–405.
- 81 Gelmanova IY, Keshavjee S, Golubchikova VT, et al. Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk, Russian Federation: non-adherence, default and the acquisition of multidrug resistance. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 703–11.
- 82 Muller-Nordhorn J, Holmberg C, Dokova KG, et al. Perceived challenges to public health in Central and Eastern Europe: a qualitative analysis. *BMC Public Health* 2012; 12: 311.
- 83 Acosta CD, Dadu A, Ramsay A, Dara M. Drug-resistant tuberculosis in Eastern Europe: challenges and ways forward. *Public Health Action* 2014; 4 (suppl 2): S3–12.
- 84 Lange C, Abubakar I, Alffenaar JWC, et al. Management of patients with multidrug-resistant/extensively drug-resistant tuberculosis in Europe: a TBNET consensus statement. *Eur Respir J* 2014; 44: 23–63.
- 85 Efsen AMW, Schultze A, Post FA, et al. Major challenges in clinical management of TB/HIV coinfecting patients in Eastern Europe Compared with Western Europe and Latin America. *PLoS One* 2015; 10: e0145380.
- 86 Migliori GB, Dara M, de Colombani P, Kluge H, Raviglione MC. Multidrug-resistant tuberculosis in Eastern Europe: still on the increase? *Eur Respir J* 2012; 39: 1290–91.
- 87 Skrahina A, Hurevich H, Zalutskaya A, et al. Alarming levels of drug-resistant tuberculosis in Belarus: results of a survey in Minsk. *Eur Respir J* 2012; 39: 1425–31.
- 88 WHO. Global Tuberculosis Report 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf (accessed Dec 13, 2013).
- 89 WHO. Prisons and Health. Copenhagen: Regional Office of Europe, 2014.

- 90 Dara M, Chadha SS, Vinkeles Melchers NV, et al. Time to act to prevent and control tuberculosis among inmates. *Int J Tuberc Lung Dis* 2013; **17**: 4–5.
- 91 Abubakar I, Dara M, Manissero D, Zumla A. Tackling the spread of drug-resistant tuberculosis in Europe. *Lancet* 2012; **379**: e21–23.
- 92 El-Bassel N, Shaw SA, Dasgupta A, Strathdee SA. Drug use as a driver of HIV risks: re-emerging and emerging issues. *Curr Opin HIV AIDS* 2014; **9**: 150–55.
- 93 Arinaminpathy N, Dye C. Health in financial crises: economic recession and tuberculosis in Central and Eastern Europe. *J R Soc Interface* 2010; **7**: 1559–69.
- 94 Skrahina A, Hurevich H, Zalutskaya A, et al. Multidrug-resistant tuberculosis in Belarus: the size of the problem and associated risk factors. *Bull World Health Organ* 2013; **91**: 36–45.
- 95 Ministry of Health of the Russian Federation. Tuberculosis in the Russian Federation, 2009. An analytical review of the TB statistical indicators used in the Russian Federation. Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation, 2009. http://www.mednet.ru/images/stories/files/static/VOZ_tub_09_eng.pdf (accessed Sept 16, 2015).
- 96 WHO. Towards universal access to diagnosis and treatment of multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis by 2015. Geneva: World Health Organization, 2015. http://whqlibdoc.who.int/publications/1/9789241501330_eng.pdf (accessed Sept 9, 2015).
- 97 Dubrovina I, Miskinis K, Lyepshina S, et al. Drug-resistant tuberculosis and HIV in Ukraine: a threatening convergence of two epidemics? *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; **12**: 756–62.
- 98 Dara M, Grzemska M, Kimerling ME, Reyes H, Zagorskiy X. Guidelines for control of tuberculosis in prisons. Geneva: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance and International Committee of the Red Cross, 2009.
- 99 International HIV/AIDS Alliance in Ukraine. Integrated behavioral and biological assessment 2015—national survey of PWID. Kiev: International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, 2015.
- 100 International HIV/AIDS Alliance of Ukraine. Integrated behavioral and biological assessment 2011—national survey of PWID (n=9069) in 26 cities 2011. http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/me/idu_en_2011.pdf (accessed Sept 14, 2015).
- 101 Grau LE, White E, Niccolai LM, et al. HIV disclosure, condom use, and awareness of HIV infection among HIV-positive, heterosexual drug injectors in St. Petersburg, Russian Federation. *AIDS Behav* 2011; **15**: 45–57.
- 102 Li L, Assanangkornchai S, Duo L, McNeil E, Li J. Risk behaviors, prevalence of HIV and hepatitis C virus infection and population size of current injection drug users in a China-Myanmar border city: results from a Respondent-Driven Sampling Survey in 2012. *PLoS One* 2014; **9**: e106899.
- 103 Allen EJ, Palmateer NE, Hutchinson SJ, Cameron S, Goldberg DJ, Taylor A. Association between harm reduction intervention uptake and recent hepatitis C infection among people who inject drugs attending sites that provide sterile injecting equipment in Scotland. *Int J Drug Policy* 2012; **23**: 346–52.
- 104 Cepeda JA, Niccolai LM, Lyubimova A, Kershaw T, Levina O, Heimer R. High-risk behaviors after release from incarceration among people who inject drugs in St. Petersburg, Russia. *Drug Alcohol Depend* 2015; **147**: 196–202.
- 105 Milloy MJS, Buxton J, Wood E, Li K, Montaner JSG, Kerr T. Elevated HIV risk behaviour among recently incarcerated injection drug users in a Canadian setting: a longitudinal analysis. *BMC Public Health* 2009; **9**: 156.
- 106 Booth RE, Kwiatkowski CF, Brewster JT, Sinitsyna L, Dvoryak S. Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites. *AIDS* 2006; **20**: 2217–23.
- 107 Maru DS, Basu S, Altice FL. HIV control efforts should directly address incarceration. *Lancet Infect Dis* 2007; **7**: 568–69.
- 108 Baral S, Todd CS, Aumakhan B, Lloyd J, Delegchoimbol A, Sabin K. HIV among female sex workers in the Central Asian Republics, Afghanistan, and Mongolia: contexts and convergence with drug use. *Drug Alcohol Depend* 2013; **132** (suppl 1): S13–16.
- 109 Ancker S, Rechel B. Policy responses to HIV/AIDS in Central Asia. *Glob Public Health* 2015; **10**: 817–33.
- 110 Izenberg J, Altice FL. Next steps for Ukraine—abolition of HIV registries, implementation of routine HIV testing and expansion of services. *Addiction* 2010; **105**: 569–70.
- 111 Bojko MJ, Mazhnaya A, Makarenko I, et al. “Bureaucracy & beliefs”: assessing the barriers to accessing opioid substitution therapy by people who inject drugs in Ukraine. *Drugs (Abingdon Engl)* 2015; **22**: 255–62.
- 112 Scutelnicuic O, Bivol S, Plamadeala D, Slobozian V. Behavioral surveillance survey among IDUs who are beneficiaries of harm reduction programs. In: Moldova Ministry of Health, ed. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). 2009. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/countryoverviews/md> (accessed Sept 7, 2015).
- 113 Mazhnaya A, Bojko MJ, Makarenko I, et al. In their own voices: breaking the vicious cycle of addiction, treatment and criminal justice among people who inject drugs in Ukraine. *Drugs Educ Prev Policy* 2016; **23**: 163–75.
- 114 Spicer N, Harmer A, Aleshkina J, et al. Circus monkeys or change agents? Civil society advocacy for HIV/AIDS in adverse policy environments. *Soc Sci Med* 2011; **73**: 1748–55.
- 115 Booth RE, Dvoryak S, Sung-Joon M, et al. Law enforcement practices associated with HIV infection among injection drug users in Odessa, Ukraine. *AIDS Behav* 2013; **17**: 2604–14.
- 116 Lunze K, Raj A, Cheng DM, et al. Punitive policing and associated substance use risks among HIV-positive people in Russia who inject drugs. *J Int AIDS Soc* 2014; **17**: 19043.
- 117 Kivimets K, Uuskula A. HIV testing and counselling in Estonian prisons, 2012 to 2013: aims, processes and impacts. *Euro Surveill* 2014; **19**: 20970.

- 118 Cakalo JI, Bozicevic I, Vitek C, Mandel JS, Salyuk T, Rutherford GW. Misclassification of men with reported HIV infection in Ukraine. *AIDS Behav* 2015; 19: 1938–40.
- 119 Bojko MJ, Dvoriak S, Altice FL. At the crossroads: HIV prevention and treatment for people who inject drugs in Ukraine. *Addiction* 2013; 108: 1697–99.
- 120 United Nations. 45/111. Basic principles for the treatment of prisoners. 1990. <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm> (accessed March 12, 2010).
- 121 Bretschneider W, Elger BS. Expert perspectives on Western European prison health services: do ageing prisoners receive equivalent care? *J Bioeth Inq* 2014; 11: 319–32.
- 122 Office of the High Commissioner for Human Rights. CESCR General Comment No. 14: the Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> (accessed July 29, 2009).



RESPOND



Yale



UIPHP
UKRAINIAN INSTITUTE
ON PUBLIC HEALTH
POLICY

THE
LANCET

Frederick L Altice, Lyuba Azbel, Jack Stone et al. The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *The Lancet*. Published online July 14, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30856-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30856-X)

Перевод с англ. В. Штенгелова (2017 г.)

Материалы Круглого стола «Здоровье заключенных:
научный подход ради безопасности общества»

Киев, Украина
28-29 июля, 2017 г.

Эта публикация стала возможной благодаря искренней поддержке американского народа, оказанной через Агентство США по международному развитию (USAID). Мнения, выводы и рекомендации принадлежат авторам данной статьи и не обязательно отражают точку зрения USAID или Правительства США.