



1

АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ ДЕЙСТВИЙ
Серия аналитических обзоров

МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ТЮРЬМАХ: УХОД, ЛЕЧЕНИЕ И ПОДДЕРЖКА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Управление по наркотикам и преступности



Всемирная
организация здравоохранения



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
МПП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНФПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Interventions to address HIV in prisons: HIV care, treatment and support / Ralf Jürgens.

(Evidence for Action Technical Papers)

1.HIV infections - prevention and control. 2.Acquired immunodeficiency syndrome – prevention and control. 3.HIV infections - therapy. 4.Prisons. I.World Health Organization. II. UNAIDS. III.UNODC. IV.Jürgens, Ralf.

ISBN 978 92 4 459578 7

(NLM classification: WC 503.6)

©Всемирная организация здравоохранения, 2007

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы В03, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; электронная почта: bookorders@who.int). Вопросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций В03 - будь то для продажи или для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы В03 по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

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

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

Все разумные меры предосторожности были приняты В03 для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Названные авторы одни несут ответственность за точку зрения, выраженную в данной публикации.

Опубликовано в Российской Федерации

Тираж: 3000 экземпляров

АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ ДЕЙСТВИЙ
СЕРИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ

**МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В ТЮРЬМАХ:
УХОД, ЛЕЧЕНИЕ И ПОДДЕРЖКА
ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**



Всемирная
организация здравоохранения



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
МПП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНЕПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Управление по наркотикам и преступности

Женева
2007

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

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

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

Мы признательны многим людям из многих стран, участвовавшим в финансировании и содействовавшим проведению исследований в данной области, помогавшим в трудном деле претворения результатов исследований в конкретные политические программы, предоставлявшим услуги несмотря на недостаточное финансирование, а также работавшим с заключенными и теми сообществами, выходцами из которых эти заключенные являются и куда большинство из них возвращаются. Мы благодарны заключенным, которые в течение ряда лет участвовали в исследованиях и практических мероприятиях, информировали работников сферы общественного здравоохранения о своей жизни в тюрьме и давали рекомендации по эффективной профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах.

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Краткое содержание	6
Методология	8
1. Уход, лечение и поддержка ЛЖВ в тюрьмах: общая информация	9
2. Данные о проведении антиретровирусной терапии в тюрьмах	11
2.1 Данные, полученные среди гражданского населения	11
2.2. Данные, полученные в тюрьмах	11
2.2.1. Приверженность лечению	11
2.2.2. Методы проведения лечения	12
2.2.3. Непрерывность ухода	13
2.2.4. Сопутствующие заболевания	14
2.2.5. Связь с опиоидной заместительной терапией	15
2.2.6. Связь с тестированием на ВИЧ и консультированием	15
2.2.7. Финансирование и место, отводимое тюремному здравоохранению	16
3. Выводы и рекомендации	19
Библиография	22

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

* УНП ООН - управление ООН по наркотикам и преступности.

** ЮНЭЙДС - Объединенная программа ООН по СПИДу.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ

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

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

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

ВИЧ-инфекция поражает тюрьмы быстро и поражает их тяжело. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных во многих странах значительно выше, чем среди населения в целом, а уровень распространенности вируса гепатита С еще выше. Несмотря на то, что большинство заключенных, живущих с ВИЧ или СПИДом в тюрьме, инфицируются до того, как попали в заключение, риск инфицирования в тюрьме, особенно через использование нестерильного инъекционного инструментария и незащищенный секс, очень высок. В целом ряде тюремных систем случались вспышки ВИЧ-инфекции, продемонстрировавшие, как быстро ВИЧ-инфекция может распространиться в тюрьме, если не предпринять эффективных профилактических мер.

Важность реализации в тюрьмах мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции была осознана еще на раннем этапе развития эпидемии. После первой консультации по вопросу профилактики и контроля ВИЧ-инфекции в тюрьмах, проведенной в 1987 г., ВОЗ отреагировала на рост числа случаев ВИЧ-инфекции в тюрьмах всего мира выпуском в 1993 г. «Руководства по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах». Со ссылкой на необходимость заботы о здоровье и профилактики ВИЧ-инфекции в руководстве подчеркивается, что «заключенные имеют право на такую медицинскую помощь, включая профилактическую, которая предоставляется всему гражданскому населению, без какой-либо дискриминации, особенно по правовому или национальному статусу». Эти рекомендации были вновь подтверждены в 2006 г. в изданном совместно УПН ООН, ВОЗ и ЮНЭЙДС документе об эффективных мерах профилактики на национальном уровне ВИЧ/СПИДа в тюрьмах.

С начала 1990-х годов в разных странах внедряются программы по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Однако многие из этих программ маломасштабны, ограничиваются несколькими тюрьмами или исключают те необходимые мероприятия, эффективность которых подтверждена. Следует срочно внедрять комплексные программы (в том числе информирование и обучение, особенно по принципу «равный - равному»; обеспечение иглами и шприцами; предоставление лечения

наркотической зависимости, в особенности заместительной терапии опиоидной зависимости; обеспечение презервативами; организация добровольного тестирования на ВИЧ и консультирования, а также диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)) и способствовать их быстрому распространению. В рамках этих программ тюремные системы должны обеспечить уход за ЛЖВ в том же объеме, в каком он обеспечивается в обществе, включая проведение антиретровирусного лечения.

Обеспечение ухода, лечения и поддержки ЛЖВ

Появление комбинированной антиретровирусной терапии (АРВТ) существенно снизило уровень смертности от ВИЧ-инфекции и СПИДа в тех странах, где АРВТ стала доступной. Одновременно отмечалось снижение уровня смертности среди заключенных в тюремных системах этих стран. Обеспечение доступа к АРВТ в условиях тюрем является сложной, но, вместе с тем, необходимой и выполнимой задачей. Исследования подтвердили, что, в случае обеспечения ухода и доступа к лекарственным препаратам, заключенные хорошо реагируют на АРВТ. Показатели приверженности лечению в тюрьмах могут быть такими же высокими, как и среди пациентов - представителей гражданского населения, а иногда даже выше. Однако улучшение состояния здоровья, которого удалось добиться за время заключения, может быть сведено на нет, если после освобождения больному не будут обеспечены должные реабилитация и уход.

По мере существенного расширения доступа к АРВТ в развивающихся странах и странах с переходной экономикой крайне важно обеспечивать доступность АРВТ и в тюремных системах этих стран. Обеспечение непрерывности ухода по принципу «общество - тюрьма - общество», а также непрерывности лечения внутри тюремной системы является основным условием успешного наращивания усилий по лечению ВИЧ-инфекции.

Особо рекомендуется обеспечить доступность для заключенных опиоидной заместительной терапии (ОЗТ). Помимо той роли,

которую заместительная терапия играет в лечении опиоидной зависимости и профилактике передачи ВИЧ-инфекции, она еще крайне неэффективна при проведении АРВТ среди лиц с опиоидной зависимостью и способствует соблюдению ими схемы лечения. Многие ВИЧ-положительные потребители инъекционных наркотиков (ПИН) проведут определенное время в тюрьме, и в течение этого периода им необходимо обеспечить непрерывный доступ к ОЗТ и АРВТ, включая время следования к месту заключения и возвращения из заключения к месту проживания.

В рамках мероприятий по расширению доступа к уходу и лечению, включая АРВТ, в тюрьмах необходимо расширять доступ к тестированию на ВИЧ и консультированию. **Политика принудительного тестирования и изоляции, напротив, неэффективна и может отрицательно сказаться на состоянии здоровья изолированных заключенных.**

Наконец, другие меры также могут оказать положительное влияние на уход за ЛЖВ в тюрьме, их лечение и поддержку. Эти меры должны гарантировать выделение достаточных средств на оказание медико-санитарной помощи в тюрьме, а также переход от модели вызова врача к пациенту, которая в настоящее время применяется во многих тюремных системах, к превентивной системе медико-санитарной помощи, включающей в себя профилактику, раннюю диагностику и своевременное лечение заболеваний, а также пропаганду здорового образа жизни. Кроме того, в среднесрочной и более отдаленной перспективе положительный эффект может быть достигнут посредством передачи контроля за оказанием медико-санитарной помощи в тюрьмах представителям общественного здравоохранения, которые способны более эффективно, чем руководство тюрем, оказывать такую помощь при условии выделения достаточных средств и гарантирования свободы действий новым сотрудникам тюремных медицинских служб.

В связи с этим рекомендуется следующее:

1. Руководство тюрем должно обеспечить заключенным уход, поддержку и лечение, включая АРВТ, в том же объеме, в котором данные услуги предоставляются ЛЖВ на свободе.

2. По мере существенного расширения доступа к АРВТ в развивающихся странах и странах с переходной экономикой представители соответствующих органов на международном, государственном, региональном и местном уровнях должны обеспечить доступность АРВТ и в тюремных системах.

3. Руководство тюрем, в сотрудничестве с представителями других органов системы уголовного правосудия, внешними представителями здравоохранения и неправительственных организаций (НПО), должно прилагать особые усилия для обеспечения непрерывности ухода, включая АРВТ, во время следования в тюрьму, на обратном пути из тюрьмы и в период заключения.

4. Если ОЗТ существует в обществе, она должна существовать и в тюрьмах, с тем чтобы люди, получающие ОЗТ и АРВТ, могли иметь к ним постоянный доступ.

5. В рамках мероприятий по расширению доступа к АРВТ руководство тюремных систем должно также обеспечить доступность тестирования на ВИЧ и консультирования. В частности, добровольное тестирование на ВИЧ и консультирование должны быть:

- легко доступными для заключенных при поступлении в тюрьму и в течение всего срока заключения;
- конфиденциальными - каждый, кто сдает тест, должен дать информированное согласие, получить дотестовое, а позднее - послетестовое консультирование;
- тесно связанными с уходом, лечением и поддержкой тех, чей тест дал положительный результат, а также являться частью комплексной программы по профилактике ВИЧ-инфекции, предусматривающей доступ к профилактическим мероприятиям.

Кроме того, страны должны выделять достаточные средства на оказание медико-санитарной помощи в тюрьмах, а также рассмотреть возможность передачи контроля над оказанием медико-санитарной помощи в тюрьмах органам общественного здравоохранения.

МЕТОДОЛОГИЯ

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

В целом авторы обзора пытаются ответить на вопрос, явились ли мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах научным доказательством реальной возможности снизить распространение ВИЧ-инфекции среди заключенных или оказать иное положительное воздействие на их здоровье. В основу оценки полученных данных легли критерии,

впервые предложенные Бредфордом Хиллом (Bradford Hill, 1965) и позволяющие устанавливать причинно-следственные связи между результатами наблюдений. Использовались и дополнительные критерии, включая:

- **Отсутствие негативных последствий:** Непредусмотренные негативные последствия способны оказать серьезное влияние на выбор или расширение мероприятий.
- **Возможность реализации и расширения:** Возможна ли реализация программ в тюрьмах разных типов, в том числе в тюрьмах с ограниченными ресурсами, а также в тюрьмах с разными степенями безопасности, включая женские?
- **Приемлемость мероприятий для целевой аудитории:** Являются ли программы приемлемыми для заключенных и персонала, и какие условия делают их приемлемыми?
- **Непредвиденные выгоды:** Дает ли внедрение таких программ какие-либо незапланированные, но желательные выгоды?

Хотя достоверность результатов исследований, не подкрепленных рандомизированными клиническими испытаниями, часто ставится под сомнение, не следует преуменьшать сложность проведения подобных испытаний для оценки такого рода мероприятий (см., например, Drucker et al., 1998).

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

1. Уход, лечение и поддержка ЛЖВ в тюрьмах: общая информация

Во многих странах уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных существенно выше, чем среди населения в целом (Dolan et al., 2007), а уровень распространенности гепатита С еще выше (Macalino et al., 2004).

Одновременно с появлением ВИЧ-инфекции во многих странах было отмечено существенное увеличение числа заключенных. В результате этого тюрьмы стали важным источником медико-санитарной помощи для социально ущемленных людей, многие из которых регулярно попадают в тюрьму. Например, в 1997 г. от 20 % до 26 % всех ВИЧ-положительных в США находились в исправительных учреждениях (Hammitt, Harmon, Rhodes, 2002). В Ирландии примерно из 1600 ЛЖВ 300-500 человек находились в тюрьме (UNAIDS, 1997).

Тот факт, что до четверти ВИЧ-положительных людей в стране проходят через тюрьмы, создает не только огромные трудности, но и предоставляет возможности для ухода, лечения и поддержки, включая АРВТ. Тюрьмы - основное место контакта с миллионами лиц, живущих с ВИЧ или подверженных риску ВИЧ-инфицирования, которые в большинстве случаев недостижимы для системы общественного здравоохранения (Glaser, Griefinger, 1993).

В «Руководстве по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах» (1993 г.) ВОЗ в качестве общего принципа утверждает, что заключенные имеют право на такую медицинскую помощь, «которая предоставляется всему гражданскому населению, без какой-либо дискриминации». В этом документе содержатся следующие конкретные рекомендации, касающиеся ухода и поддержки ВИЧ-положительных заключенных (WHO, 1993, параграфы 34-40):

34. На каждой стадии болезни, связанной с ВИЧ-инфекцией, заключенные должны получать надлежащую медицинскую и психологическую помощь, эквивалентную той, что оказывается другим членам общества. Следует стимулировать участие всех заключенных в программах взаимоподдержки. Необходимо развивать сотрудничество с представителями здравоохранения для оказания медицинских услуг.

35. В период заключения ВИЧ-положительные заключенные без симптомов заболевания должны проходить медицинское наблюдение и получать консультирование.
36. Заключенные должны иметь доступ к информации о вариантах лечения и такое же право отказаться от лечения, каким обладают свободные члены общества.
37. Лечение ВИЧ-инфекции, а также профилактику и лечение сопутствующих заболеваний, следует проводить посредством оказания медицинских услуг в пределах тюрьмы с применением тех же клинических критериев и критериев доступности, которые действуют в обществе.
38. Заключенные должны иметь такой же, как и представители гражданского населения, доступ к клиническим испытаниям методов лечения всех связанных с ВИЧ/СПИДом болезней. На заключенных не следует оказывать давления с целью привлечения их к участию в клинических испытаниях, поскольку люди, лишённые свободы, могут становиться объектами медицинских испытаний лишь в том случае, если они выразили свое добровольное на то согласие или если эти испытания будут иметь прямую и значительную выгоду для их здоровья.
39. Решение о госпитализации заключенного со СПИДом или с другим заболеванием, связанным с ВИЧ-инфекцией, принимается медицинским персоналом по медицинским показаниям. Должен быть обеспечен доступ к медицинскому обслуживанию с надлежащим оснащением на том же уровне, что и для всего гражданского населения.
40. Работники тюремных медицинских служб должны сотрудничать с органами общественного здравоохранения для обеспечения медицинского и психологического наблюдения за ВИЧ-положительными заключенными после их освобождения, если они на это согласны. Необходимо убеждать заключенных в важности такого наблюдения.

В 2006 г. УНП ООН, совместно с ВОЗ и ЮНЭЙДС, опубликовало документ об эффективных мерах, принимаемых на национальном уровне в ответ на ВИЧ-инфекцию в тюрьмах, еще раз подчеркнув, что «заключенные имеют право, без какой-либо дискриминации, на медико-санитарную помощь, равноценную той, которая доступна всему гражданскому населению» (UNODC, WHO, UNAIDS, 2006). В параграфах 67-76 («Рекомендуемые меры») представлена более подробная информация о том, что следует делать правительствам:

67. Предоставлять людям, живущим с ВИЧ, бесплатный доступ к надлежащему и профессиональному уходу, лечению и поддержке, эквивалентным тем, которые предоставляются населению вне тюрем, включая доступ к диагностике, антиретровирусной терапии, правильному питанию, возможностям укрепления здоровья, а также к адекватным препаратам-анальгетикам.
68. Обеспечить заключенным такой же доступ к клиническим испытаниям, экспериментальным методикам, нетрадиционным и альтернативным лечебным процедурам, каким пользуется население в целом. Участие в таких мероприятиях может осуществляться только при наличии явно выраженного информированного согласия заключенного. Заключенные не должны подвергаться давлению и угрозам, а также участвовать в испытаниях, не зная об этом.
69. Добиться того, чтобы профилактика и лечение ИППП, туберкулеза, гепатита и других оппортунистических инфекций являлись ключевыми элементами комплексного ухода за ЛЖВ.
70. Обеспечить заключенных информацией по вопросам лечения ВИЧ/СПИДа, достаточной для того, чтобы они могли выбрать тот или иной вариант лечения, а, при желании, отказаться от лечения.
71. Предоставлять всем женщинам надлежащие услуги в сфере репродуктивного здоровья и гинекологии.

72. Обеспечивать в тюрьмах высококачественный акушерский уход за ВИЧ-положительными беременными женщинами, включая непрерывную антиретровирусную терапию, а также профилактические меры по предотвращению передачи ВИЧ от матери ребенку во время и после родов.
73. Обеспечивать педиатрический уход за находящимися в местах заключения со своими матерями младенцами, у которых обнаружена ВИЧ-инфекция.
74. Поощрять участие представителей НПО и других работающих вне тюрем специалистов в предоставлении ухода, лечения и поддержки.
75. Обеспечивать доступ к эффективному, адекватному и сочувственному паллиативному уходу, который соответствует стандартам, существующим в обществе.
76. Предоставлять право досрочного освобождения заключенным на поздних стадиях заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией.

В последние годы уход за ЛЖВ и их лечение стали всеобщим приоритетом, а право на получение ухода и лечения считается одним из основных прав человека. Сюда также относятся проведение АРВТ в рамках комплексной программы ухода за ЛЖВ, в том числе и в тюрьмах.

Для проведения АРВТ в тюрьмах необходимо обеспечить соблюдение национальных и международных директив и рекомендаций, касающихся применения антиретровирусных препаратов (WHO, 2006; Department of Health and Human Services, 2006). Поскольку право на получение медико-санитарной помощи является одним из основных прав заключенных, никакие иные специальные директивы или рекомендации не могут в данном случае считаться обоснованными (Pontali, 2005).

2. Данные о проведении антиретровирусной терапии в тюрьмах

2.1. Данные, полученные среди гражданского населения

Комбинированная АРВТ доказала свою эффективность в обеспечении максимального и длительного подавления вирусной нагрузки при ВИЧ-инфекции, в восстановлении и поддержании иммунологической функции, в повышении качества жизни, а также в снижении уровней заболеваемости и смертности, связанных с ВИЧ-инфекцией (Pontali, 2005; Hogg et al., 1998; Palella et al., 1998; Hogg et al., 1999; Florida et al., 2000; Lavalley et al., 2000). АРВТ позволила перевести ВИЧ-инфекцию в поддающуюся лечению хроническую форму. При отсутствии лечения большинство ВИЧ-положительных людей в конечном итоге приобретут связанные с ВИЧ заболевания и умрут. Однако если они будут получать АРВТ, то смогут прожить много лет и при этом состояние их здоровья будет достаточно хорошим. Подобные результаты наблюдались даже в таких «труднодоступных» группах ВИЧ-положительных лиц, как ПИН (Open Society Institute, 2004; WHO, 2005b), и в сложных условиях, например, в странах с ограниченными ресурсами (Coetzee et al., 2004; Palombi et al., 2004).

2.2. Данные, полученные в тюрьмах

В развитых странах, где АРВТ относительно доступна, ее в течение последних десяти лет получили многие ВИЧ-положительные заключенные. Часто лечение начинается именно в тюрьме. Например, в штате Коннектикут, США, до 67 % ВИЧ-положительных заключенных впервые получили АРВТ в тюрьме (Altice, Friedland, 1998; Altice, Mostashari, Friedland, 2001). В результате уровень смертности от СПИДа среди заключенных в тех странах, где АРВТ доступна в тюрьмах, резко снизился (Centers for Disease Control and Prevention, 1999; Mackenzie et al., 1999; Maruschak, 2001; Babudieri et al., 2005).

В ходе нескольких исследований, которые в основном проводились в тюрьмах США и некоторых других развитых стран, было установлено, что, при обеспечении ухода и досту-

па к медикаментам, заключенные хорошо воспринимают АРВТ (см., например, Springer et al., 2004). Совсем недавно многие страны, испытывающие нехватку средств, также начали внедрять АРВТ в своих тюремных системах, доказывая тем самым, что проведение АРВТ в тюрьмах реально и может давать неплохие результаты (Srisuphanthavorn et al., 2006; Winarso et al., 2006). Однако на данный момент такие программы зачастую не являются масштабными (Simoooya, Sanjobo, 2006; Hassim, 2006) и большинство из них не подвергались детальной оценке.

2.2.1. Приверженность лечению

Для извлечения максимальной пользы из АРВТ необходимо неукоснительно соблюдать схему лечения. В связи со стремительным размножением и мутацией ВИЧ, а также относительно низкой эффективностью и коротким периодом полувыведения большинства антиретровирусных препаратов лишь строжайшее соблюдение схемы антиретровирусного лечения позволит избежать возникновения вирусной резистентности (Paterson et al., 2000; Cheever, 2004). В сравнении с пациентами, соблюдавшими схему АРВТ, среди людей, не придерживавшихся схемы, отмечались более высокая смертность (Wood et al., 2003b), замедленное повышение уровня CD4 (Paterson et al., 2000) и более длительные сроки госпитализации (Paterson et al., 2000).

Проведенные в развитых странах исследования показали, что уровень приверженности лечению среди заключенных был таким же высоким или даже выше (Soto Blanco, Perez, March, 2005), чем среди ВИЧ-положительных пациентов, получавших первичную медицинскую помощь в муниципальных клиниках (Edwards et al., 2001), участвовавших в метадоновых поддерживающих программах или входивших в состав исследуемых групп ПИН (Pontali, 2005). В ходе некоторых исследований уровень приверженности лечению по результатам опроса респондентов достигал 90 % (Kirkland et al., 2002; Edwards et al., 2001). И лишь в одном исследовании значительное количество заключенных (54,8 %) были признаны не соблюдающими схему АРВТ. Однако в ходе данного исследования приверженными схеме лечения признавались только те заклю-

ченные, которые соблюдали дозировку и посещали процедуры на 100 %, чем и можно объяснить отмеченный гораздо более низкий уровень соблюдения схемы лечения по сравнению с другими исследованиями (Soto Blanco et al., 2005).

Имеется не так много данных о приверженности лечению в тюрьмах развивающихся стран, однако недавно Srisuphanthavorn et al. (2006) сообщили о «достаточно высоком уровне приверженности лечению» в одной из тюрем Таиланда.

Тюремная обстановка может в той или иной степени затруднять соблюдение схемы лечения, а может, напротив, определенным образом способствовать ее соблюдению (Pontali, 2005). Исследования позволили определить факторы, влияющие на принятие и соблюдение схемы АРВТ в тюрьмах (более подробная информация представлена в гл. «Уход, лечение и поддержка ЛЖВ» доклада «Эффективность мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах»).

- *Принятие АРВТ* в существенной мере зависит от доверия к врачу и к системе здравоохранения в целом, от веры в действенность лекарств от ВИЧ-инфекции, а также от межличностных отношений с врачами и другими заключенными (Altice, Mostashari, Friedland, 2001; Mostashari et al., 1998).
- Побочные эффекты, социальная изоляция и другие психосоциальные факторы, такие как периоды беспокойства или депрессии, а также сложность схемы антиретровирусного лечения ассоциировались с более низким уровнем *приверженности лечению* (Altice, Mostashari, Friedland, 2001; Soto Blanco, Perez, March, 2005; Soto Blanco et al., 2005; Springer et al., 2004).
- В ходе некоторых исследований заключенные также сообщали о ряде *институциональных барьеров, препятствовавших соблюдению схемы лечения*. Чаще всего упоминались: недоступность медикаментов, запрет на посещения врача, нежелание заключенного стоять в очереди за лекарствами, строгая изоляция заключенного или его перевод в другую камеру (Kirkland et al., 2002). Среди иных причин отмечались: транс-

портировка заключенного в суд для участия в слушаниях, госпитализация или перевод в другую тюрьму (Edwards et al., 2001). В ходе одного исследования выяснилось, что вероятность соблюдения схемы лечения была выше среди тех заключенных, которые заявляли, что тюремное руководство соглашалось открывать их камеры, если они пропускали прием лекарств (Soto Blanco et al., 2005).

2.2.2. Методы проведения лечения

Метод проведения АРВТ может серьезно повлиять на приверженность лечению. В некоторых тюремных медицинских учреждениях прием антиретровирусных препаратов проводится под непосредственным наблюдением персонала (DOT*-терапия), в то время как в других учреждениях используют модифицированную модель DOT-терапии (т.е. пациенты получают ежедневную АРВТ, принимают утреннюю дозу АРВ-препаратов на глазах у медперсонала, а прием оставшихся доз контролируют сами) или модель самостоятельного приема лекарств заключенными в соответствии с предписанным режимом (КОР**), которая позволяет пациентам хранить лекарства в своих камерах и самостоятельно принимать их, а также самим контролировать проведение АРВТ (Spaulding et al., 2002; Pontali, 2005). Может быть выбрана любая из этих стратегий, а иногда в одной и той же тюрьме они применяются одновременно. Преимущества и недостатки каждого метода описаны в работе Pontali (2005).

В проведенных на сегодняшний день исследованиях содержатся разные данные о том, какая стратегия или модель является наиболее предпочтительной. Исследование в Италии показало, что в группе, где проводилась классическая DOT-терапия, вирусологические и иммунологические результаты были лучше, чем в группе, где использовалась модифицированная модель DOT-терапии (Babudieri et al., 2000). Fischl et al. (2000; 2001) также подтвердили эффективность DOT-терапии. Однако до конца не ясно, связаны ли полученные результаты с проведением DOT-терапии или более высокий уровень приверженности заключенных АРВТ вызван другими причинами (например, лечение психических расстройств у заключенных приводит к сни-

* DOT - directly observed therapy.

** KOP - "keep on person".

жению потребления наркотиков) (Spaulding et al., 2002). В ходе других исследований не было выявлено какой-либо разницы в степени приверженности лечению при проведении DOT-терапии и при самостоятельном приеме лекарств заключенными в соответствии с предписанным режимом (Altice et al., 2001; Wohl et al., 2000; Wohl et al., 2003).

Исследования показали, что успешному проведению DOT-терапии в тюрьмах препятствует ряд факторов. Нежелание быть замеченным в приеме лекарств, стоять в очереди за лекарством, а также жесткий график выдачи лекарств могут, скорее, оттолкнуть заключенных от АРВТ, проводимой под непосредственным наблюдением медперсонала. В ходе одного исследования многие заключенные (16 %) заявили, что они пропускают прием лекарств, потому что не хотят стоять в очереди (White et al., 2006). Заключенные могут опасаться, что к ним приклеится ярлык «ВИЧ-инфицированных», если они будут замечены стоящими в очереди за лекарствами по несколько раз в день (Spaulding et al., 2002). Многие заключенные признаются, что они стараются скрывать свой ВИЧ-статус от других заключенных (Altice et al., 2001; White et al., 2006; Wohl et al., 2003). В ходе проведенного в 2006 г. исследования White et al. (2006) выяснили, что две трети заключенных предпочли бы не DOT-терапию, а самостоятельный прием препаратов. В случае же предоставления лекарств в рамках DOT-терапии практически все заключенные хотели бы получать DOT-терапию от тюремной медсестры, а не от тюремного надзирателя (White et al., 2006).

2.2.3. Непрерывность ухода

Исследования, проведенные Wood et al. (2003), Palepu (2003-2004) и Stephenson et al. (2005), показали, что выход из мест заключения и возвращение в общество часто ассоциируются с перерывом в лечении и уходе, а это негативно сказывается на вирусологическом и иммунологическом состоянии. Исследование, проведенное Springer et al. (2004), подтвердило эффективность АРВТ среди ВИЧ-положительных заключенных; однако у тех из них, кто попадал в тюрьму повторно, отмечалось увеличение вирусной нагрузки и существенное уменьшение количества CD4-лимфоцитов. К моменту повторного заключения все улучшения в состоянии здоровья, которых удалось добиться за время предыдущего заключения, были практически сведены на

нет из-за возврата к наркотикам, прекращения лечения и, возможно, неконтролируемого психического заболевания. Это лишний раз подчеркивает необходимость оказания заключенным услуг по лечению ВИЧ-инфекции после их выхода на свободу (White et al., 2006).

Поскольку большинство заключенных в конечном итоге выйдут на свободу, планирование их освобождения имеет серьезное значение для сохранения того терапевтического эффекта, который был достигнут во время тюремного заключения. А для этого необходим комплексный подход (Spaulding et al., 2002; Springer, Altice, 2005). Внимание к таким вопросам как устройство на работу, лечение наркозависимости, диагностика психического расстройства и направление на лечение к специалисту, организация ухода за ЛЖВ и другой медицинской помощи, поддержка в поисках жилья, обеспечении питанием, получении социальной помощи, билетов на транспорт, помощь в уходе за ребенком, увеличивает вероятность того, что спланированный с медицинской точки зрения выход заключенного на свободу окажется эффективным (Kim et al., 1997). Планирование выхода на свободу и обеспечение ухода после освобождения также способствуют эффективному проведению мероприятий по вторичной профилактике (Vigilante et al., 1999).

Типовые программы обеспечения непрерывности лечения, предусматривающие планирование реабилитационных и лечебных мероприятий после освобождения и начинающиеся еще до выхода заключенного на свободу, могут существенно снизить риск рецидивов болезни (Flanigan et al., 1996; Skolnick, 1998). Допускалось также, что подобные мероприятия можно применять для последующего ухода за ЛЖВ и обеспечения непрерывности АРВТ (Pontali, 2005). Опыт показывает, что налаживание связей между тюрьмой и обществом возможно и имеет огромное значение для обеспечения непрерывности ухода за ЛЖВ (Altice et al., 1996; Wohl et al., 2004; Howard, Campbell, 2004; Kennedy et al., 2004). Например, Babudieri et al. (2005) обнаружили, что программа интенсивного консультирования, призванная наладить взаимоотношения между заключенным и группой медицинских работников, которые будут обеспечивать наблюдение за пациентом после его освобождения,

дения, может повысить приверженность лечению как в тюрьме, так и на свободе.

В США предварительные результаты рандомизированных испытаний модели социального сопровождения пациентов, призванной обеспечить непрерывность лечения в период между заключением под стражу и выходом на свободу (в отличие от стандартной процедуры планирования освобождения, которая осуществляется непосредственно перед освобождением), показали, что мероприятия по сопровождению ВИЧ-положительных заключенных, охватывающие периоды до и после освобождения, способствуют расширению доступа ЛЖВ к медицинскому уходу, снижают нагрузку на кабинеты неотложной помощи и способствуют предотвращению ранних рецидивов (Wohl et al., 2006). Опрос, проводившийся среди респондентов через шесть месяцев после их выхода на свободу, показал, что у ВИЧ-положительных заключенных выход на свободу вызывает большое эмоциональное напряжение и беспокойство, которые, в частности, связаны с приемом наркотиков и с внутрисемейными отношениями. Это подтверждает необходимость внедрения программ более интенсивной подготовки заключенных к жизни вне тюрьмы. Такие программы должны не только обеспечивать непрерывность мероприятий во время заключения и после выхода на свободу и предоставлять ЛЖВ уход и поддержку, но и оказывать им более широкий спектр услуг, включая профилактику и лечение наркозависимости, помощь в социальной адаптации (Haley et al., 2006), а в случае необходимости - лечение туберкулеза.

Важно также обеспечивать непрерывность ухода внутри самой тюремной системы. Перевод из одной тюрьмы в другую и необходимость участия заключенного в судебных слушаниях могут затруднить координацию медицинского ухода и своевременный прием лекарств (Pontali, 2005). Поэтому необходимо наладить хорошую работу тюремных фармацевтических служб, чтобы гарантировать надлежащий и постоянный доступ к антиретровирусным препаратам (Pontali et al., 2004).

2.2.4. Сопутствующие заболевания

Одной из основных проблем для заключенных, проходящих лечение, является наличие таких заболеваний как хронический вирусный гепатит, туберкулез, психические болезни,

которые часто сопутствуют ВИЧ-инфекции в тюремной обстановке (Pontali, 2005). Подобные сопутствующие клинические проявления способны затруднить выбор антиретровирусных комбинаций из-за возможного нежелательного взаимодействия препаратов, снижения приверженности АРВТ по причине психического заболевания, а также слишком большого количества принимаемых лекарств (Pontali, 2005).

Коинфекция гепатита С широко распространена среди ВИЧ-положительных заключенных (Macalino et al., 2004), особенно среди тех, у кого в анамнезе значится потребление инъекционных наркотиков. Это может увеличить риск токсического поражения печени и ослабить метаболизм некоторых антиретровирусных препаратов. Несмотря на общую взаимосвязь между токсическим поражением печени и антиретровирусными препаратами, а также на наличие или отсутствие коинфекции гепатита, около 90 % ЛЖВ хорошо переносят АРВТ, без серьезного токсического поражения печени (Sulkowski et al., 2000); однако важно знать о возможном взаимодействии лекарственных препаратов, особенно при лечении гепатита С.

Последние исследования показали, что лечение гепатита С возможно и обещает быть эффективным в тюремных условиях (Allen et al., 2003; Farley et al., 2005). Заключенные, в свою очередь, заинтересованы в тестировании на наличие вируса гепатита С и, если он будет обнаружен, в лечении (Vallabhaneni S et al., 2006). Были разработаны рекомендации по диагностике и лечению гепатита С в тюрьмах (Saiz de la Hoya-Zamacola et al., 2006; Spaulding et al., 2006; Centers for Disease Control and Prevention, 2003; Federal Bureau of Prisons, 2005). При должном соблюдении схемы лечения показатели устойчивого вирусологического ответа у заключенных, получавших комбинированную терапию, были сопоставимы с показателями, которые наблюдались за пределами тюрем у пациентов на аналогичных стадиях заболевания. Однако терапия в тюрьмах может часто прерываться (Spaulding et al., 2006).

Лечение туберкулеза у ЛЖВ практически не отличается от лечения туберкулеза у людей с ВИЧ-отрицательным статусом, и соответствующие рекомендации по лечению уже раз-

работаны и доступны (American Thoracic Society, 2003; World Health Organization, International Committee of the Red Cross, 2000; World Health Organization, 2007). Особого внимания требуют взаимодействие между некоторыми противотуберкулезными и антиретровирусными препаратами, взаимодействие между некоторыми противотуберкулезными препаратами, метадоном и, возможно, бупренорфином, а также выбор времени для начала АРВТ у людей с активной формой туберкулеза (WHO, 2005; WHO, 2006).

2.2.5. Связь с опиоидной заместительной терапией

Основываясь на данных исследований, все чаще проводимых в разных странах, а также на анализе множества печатных материалов о программах ОЗТ, действующих среди гражданского населения, можно сделать вывод о том, что, будучи реализованы в тюрьмах, такие программы смогут эффективно сократить потребление инъекционных наркотиков и связанное с ним использование нестерильного инъекционного инструментария (WHO, UNODC, UNAIDS, 2007). Кроме того, разумно организованные тюремные программы ОЗТ обладают рядом существенных преимуществ как для здоровья участвующих в них заключенных, так и для тюремных систем и общества в целом. В частности, исследования показали, что:

- постоянное получение ОЗТ ассоциируется со снижением уровня смертности;
- по сравнению с программами детоксикации, тюремные ОЗТ в значительно большей степени способствуют тому, чтобы заключенные начинали лечение сразу при поступлении в тюрьму и продолжали его после освобождения;
- вероятность повторного заключения в тюрьму среди тех, кто во время предыдущего заключения получал адекватную ОЗТ, ниже, чем у других заключенных;
- ОЗТ оказывает благотворное влияние на поведение в тюрьме, сокращая потребность в наркотиках и повышая тюремную безопасность;
- хотя тюремное руководство поначалу беспокоят вопросы безопасности, агрессивного поведения и попадания метадона в незаконный оборот, эти проблемы в ходе реализации программ ОЗТ не возникали;

- и заключенные, и сотрудники тюрем сообщают, что ОЗТ оказывает благоприятное воздействие на тюремную жизнь.

В связи с вышесказанным рекомендуется, чтобы во всех странах, где среди гражданского населения реализуются программы ОЗТ, администрации тюрем как можно скорее приступили к внедрению и масштабной реализации этих программ. (Более подробный анализ данных о реализации программ ОЗТ в тюрьмах см. в WHO, UNODC, UNAIDS, 2007).

Однако есть еще один аргумент в пользу необходимости обеспечения доступа к ОЗТ в тюрьмах. ОЗТ дает возможность повысить качество АРВТ, предоставляемой ВИЧ-положительным потребителям опиоидов. ОЗТ позволяет лицам с опиоидной зависимостью упорядочить свою жизнь и избежать или справиться со многими осложнениями, связанными с потреблением инъекционных наркотиков. Именно поэтому ОЗТ считается одним из основных факторов, способствующих продолжению участия активных ПИН в программах антиретровирусной терапии (Mattick et al., 2002). Кроме того, ОЗТ способствует более масштабному проведению АРВТ, соблюдению схемы приема лекарственных препаратов и повышает доступность для ЛЖВ мероприятий по уходу (Clarke et al., 2002; Moscatello et al., 2003; Lucas, 2004; Farrell et al., 2005; WHO, 2006b).

2.2.6. Связь с тестированием на ВИЧ и консультированием

Информация о ВИЧ-статусе является обязательным условием для получения адекватного ухода, лечения и поддержки. Во многих тюремных системах, особенно в странах, испытывающих нехватку средств, доступ к добровольному тестированию на ВИЧ и консультированию пока ограничен, и для расширения доступа к лечению, включая АРВТ, потребуются расширение доступа к добровольному тестированию на ВИЧ и консультированию.

В рамках серьезных усилий, предпринимаемых во всем мире для расширения доступа к тестированию на ВИЧ и консультированию, а также в контексте мероприятий по обеспечению всеобщей доступности профилактики, лечения и ухода, ВОЗ и ЮНЭЙДС недавно

выпустили руководство по организации тестирования на ВИЧ и консультирования в медицинских учреждениях (WHO, UNAIDS, 2007) и постарались расширить доступ к тестированию на ВИЧ и консультированию (UNAIDS, WHO, 2004).

В изданном в 2006 г. совместно УПН ООН, ВОЗ и ЮНЭЙДС документе об эффективных мерах, принимаемых на национальном уровне в ответ на ВИЧ-инфекцию в тюрьмах (UNODC, WHO, UNAIDS, 2006, рекомендуемые меры 62-66), говорится, что тюремные системы должны:

62. Обеспечить доступ к добровольному, конфиденциальному тестированию на ВИЧ с консультированием заключенных там, где подобные услуги предоставляются гражданскому населению. Сюда должен входить доступ к анонимному обследованию на ВИЧ в тех юрисдикциях, где подобное обследование доступно вне тюрем.
63. Снабдить заключенных достаточной информацией, которая позволила бы им принять обоснованное решение относительно того, проходить тестирование или отказаться от него.
64. Сделать квалифицированное до- и послетестовое консультирование обязательным компонентом процедуры и практики обследования на ВИЧ, а также обеспечить эффективную поддержку заключенным при получении ими результатов теста и в последующий период.
65. Гарантировать конфиденциальность результатов тестов заключенных на ВИЧ.
66. Добиться того, чтобы информированное согласие, а также до- и послетестовое консультирование стали обязательными элементами всех форм тестирования на ВИЧ в тюрьмах, включая диагностическое обследование, использование комплектов для экспресс-анализа и тестирование как составную часть постконтактной профилактики.

В рамках двух исследований были реализованы программы, предлагавшие всем заключенным при поступлении в тюрьму пройти тестирование на ВИЧ и получить консультирование. В результате многие заключенные согласились и на то, и на другое (Ramratnam, 1997;

Liddicoat et al., 2006). Исследования показали, что многие заключенные готовы пройти добровольное тестирование на ВИЧ, особенно если это тестирование и консультирование являются частью комплексной программы по уходу за ВИЧ-положительными заключенными и их лечению, если результаты теста на ВИЧ не разглашаются, а тот, кто добровольно раскрывает свой ВИЧ-положительный статус, не подвергается дискриминации или жестокому обращению (Boutwell, Rich, 2004).

Политика принудительного тестирования и изоляции, напротив, является абсолютно непродуктивной (Hoxie et al., 1990; Jacobs, 1995). ВИЧ не передается через случайные контакты (в отличие, например, от активной формы туберкулеза), а потому принудительное тестирование и изоляция ЛЖВ в тюрьмах с целью охраны общественного здоровья не нужны. Кроме того, принудительное тестирование и изоляция могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья изолированных заключенных. В одной из тюрем штата Южная Каролина, США, изоляция ВИЧ-положительных заключенных привела к вспышке туберкулеза, в результате которой у 71 % заключенных, находившихся в одном жилом секторе, либо отмечалась положительная реакция после повторной постановки пробы Манту, либо развился туберкулез. У 31 заключенного и одного студента-медика из муниципальной клиники впоследствии развилась активная форма туберкулеза (Patterson et al., 2000). (Более подробный анализ данных о программах консультирования и тестирования на ВИЧ в тюрьмах представлен в гл. «Консультирование и тестирование на ВИЧ» доклада «Эффективность мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах»).

2.2.7. Финансирование и место, отводимое тюремному здравоохранению

Исследования показывают, что здоровье заключенных всегда несколько хуже, чем здоровье гражданского населения в целом, независимо от выбираемых индикаторов (Correctional Service Canada, 2004; Bobrik; 2005). Наряду с имеющимися данными, подтверждающими, что обеспечение хорошего ухода, лечения и поддержки, включая АРВТ, возможно и что заключенные хорошо воспринимают АРВТ, существует множество проблем. Переполненность тюрем, плохие условия содержания и неадекватное медицинское обслужива-

ние лишь ухудшают состояние здоровья и мешают тюремному медицинскому персоналу осуществлять надлежащий уход (UNODC, WHO, UNAIDS, 2006). Во многих странах самой серьезной проблемой является нехватка средств (финансовых и прочих) для обеспечения охраны здоровья в тюрьмах. Другие проблемы связаны с тем, какое место отводится медицинскому уходу в системе исправительных учреждений, приоритеты и ценности которой зачастую противоречат приоритетам и ценностям здравоохранения. Проще говоря, исправительные учреждения существуют скорее для обеспечения общественной безопасности и охраны правопорядка, а не для заботы о здоровье населения (Brewer, 1991).

В совместном докладе Американской коллегии терапевтов (American College of Physicians), Национальной комиссии по охране здоровья в исправительных учреждениях (National Commission on Correctional Health Care) и Американской ассоциации служб здравоохранения системы исправительных учреждений (American Correctional Health Services Association) (1992 г.) говорится о «кризисе служб здравоохранения исправительных учреждений» и указывается на то, что во многих странах заключение в тюрьмы большого числа наркопотребителей, многие из которых ВИЧ-инфицированы, усугубило и без того существовавшие проблемы с охраной здоровья в тюрьмах. В докладе даны рекомендации по преодолению этой кризисной ситуации:

- необходимо пересмотреть политику в отношении наркотиков с учетом особенностей жизни в заключении;
- для удовлетворения растущих потребностей заключенных бюджеты служб здравоохранения исправительных учреждений должны быть увеличены;
- службы здравоохранения исправительных учреждений должны считаться неотъемлемой частью системы общественного здравоохранения;
- при обеспечении ухода в исправительных учреждениях следует переходить от модели вызова врача к пациенту, которая применяется в настоящее время, к превентивной системе медико-санитарной помощи, включающей в себя профилактику, раннюю диагностику и своевременное лечение заболеваний, а также пропаганду здорового образа жизни.

Эти рекомендации совпадают с теми, которые были даны в исследовании, посвященном изучению работы служб здравоохранения федеральных тюрем Канады (Correctional Service Canada, 2004). В исследовании отмечается, что, во-первых, тюремные службы здравоохранения традиционно нацелены на организацию «индивидуального ухода, а потому проводимые ими медико-санитарные мероприятия носят ответный характер», и, во-вторых, «необходимо уделять гораздо больше внимания вопросам охраны здоровья населения тюрем». Исследователи признали, что общественное здравоохранение должно выполнять свои основные функции по охране здоровья заключенных, в том числе: проводить оценку состояния здоровья заключенных; осуществлять эффективный надзор за течением инфекционных и хронических заболеваний; реализовывать мероприятия по пропаганде здорового образа жизни; обеспечивать согласованное проведение мероприятий по профилактике заболеваний и травматизма; обеспечивать охрану здоровья заключенных; оценивать эффективность, доступность и качество медицинского обслуживания. В исследовании особо подчеркивается, что функционирующая в тюрьме система здравоохранения должна надлежащим образом контролировать инфекционные заболевания. Делается также вывод о том, что удовлетворение потребностей заключенных в медицинской помощи будет способствовать реабилитации заключенного и его успешной социальной адаптации в обществе.

В долгосрочной перспективе передача контроля над оказанием медико-санитарной помощи в тюрьмах органам общественного здравоохранения может повысить качество ухода за ЛЖВ, их лечения и поддержки. В некоторых странах такие изменения в тюремных службах здравоохранения уже произошли. Одной из первых стала Норвегия. Во Франции, где функции охраны здоровья заключенных были переданы Министерству здравоохранения еще в 1994 г., каждая тюрьма «прикреплена» к муниципальной клинике (UNAIDS, 1997). В Италии, после принятия ответственными министерствами в 1998 г. совместного постановления, тюремные органы здравоохранения были объединены с центрами по уходу за ЛЖВ, входящими в национальную систему здравоохранения (Pontali, 2005). В Англии и Уэльсе в 2000 г. Министер-

ство здравоохранения взяло на себя функции по разработке политики в области здравоохранения, которые ранее возлагались на Тюремную службу Ее Величества, а к апрелю 2006 г. под полный контроль министерства перешли все вопросы, касающиеся бюджета и административного руководства здравоохранением. Опыт этих тюремных систем продемонстрировал, что органы общественного здравоохранения могут эффективнее организовать оказание медико-санитарной помощи заключенным, чем руководство тюрем, усили-

вая тем самым связь между охраной здоровья в обществе и в тюрьмах (Pontali 2005; UNAIDS 1997; Editorial 1991). В результате реорганизации увеличились объемы финансирования, а предоставляемые услуги в большей степени основываются на оценке потребностей в медицинской помощи. Уже имеются первые, хотя и единичные, данные о том, что некоторые стандарты ухода также повысились и выросло число случаев положительных исходов болезней заключенных (Hayton, Boyington, 2006).

3. Выводы и рекомендации

Тюремные системы должны предоставлять ВИЧ-положительным заключенным уход, поддержку и лечение, включая АРВТ, в том же объеме, в каком данные услуги предоставляются ЛЖВ на свободе.

Появление АРВТ существенно снизило уровень смертности от ВИЧ-инфекции и СПИДа как среди гражданского населения, так и в тюрьмах тех стран, где эта терапия доступна. Обеспечение доступа к АРВТ в условиях тюрем является сложной, но, вместе с тем, необходимой и выполнимой задачей. Исследования подтвердили, что, при наличии ухода и доступа к лекарственным препаратам, заключенные хорошо воспринимают АРВТ. Показатели приверженности схеме лечения в тюрьмах были такими же высокими, как и среди ВИЧ-положительных гражданских лиц, а иногда даже выше. Однако улучшение состояния здоровья, которого удалось добиться во время заключения, может быть сведено на нет, если не будут надлежащим образом спланированы реабилитационные и лечебные мероприятия после освобождения, а также не обеспечена связь с общественными службами, отвечающими за уход, лечение и поддержку.

По мере существенного расширения доступа к АРВТ в развивающихся странах и странах с переходной экономикой ответственные люди и организации должны на международном, государственном, региональном и местном уровнях обеспечивать доступность АРВТ и в тюрьмах.

На сегодняшний день практически отсутствует информация о том, какие меры принимаются для вовлечения тюремных систем в мероприятия по расширению доступа к уходу, лечению и поддержке; нет никаких опубликованных исследований или даже методических рекомендаций по данной теме. Необходимо интегрировать устойчивые программы лечения ВИЧ-инфекции в аналогичные программы, реализуемые на государственном уровне, или хотя бы увязать эти программы друг с другом.

На международном уровне мероприятия по обеспечению доступности лечения должны включать конкретный тюремный компонент и гарантировать:

- включение тюремных систем в миссии по оказанию технической помощи;
- сбор и публикацию данных о доступности и распространенности лечения в тюрьмах;
- разработку и внедрение передовых моделей;
- доведение до сведения лиц, принимающих решения, информации обо всех имевших место в тюрьмах случаях ограничения доступа к лечению, повлекших за собой нарушение прав человека и ухудшение состояния здоровья заключенных.

На государственном уровне:

- представители тюремных систем должны входить в состав национальных координационных комитетов по противодействию ВИЧ-инфекции;
- решение вопросов, касающихся тюрем, должно стать частью комплекса мер в ответ на ВИЧ, а также компонентом системы мониторинга и оценки;
- тюремные департаменты должны принимать всестороннее участие в мероприятиях по расширению доступа к лечению, начиная от использования финансовых средств (чтобы гарантировать целевое выделение средств для тюрем) и заканчивая разработкой, внедрением, мониторингом и оценкой планов по расширению доступа к лечению;
- министерство, отвечающее за охрану здоровья, должно тесно сотрудничать с министерством, отвечающим за систему тюрем, признавая, что здравоохранение в тюрьмах является частью общественного здравоохранения; в качестве альтернативы государства могли бы возложить обязанности по охране здоровья в тюрьмах на те же самые министерства, департаменты и органы, которые обеспечивают охрану здоровья в обществе.

Наконец, **на региональном и местном уровнях** тюрьмы должны:

- устанавливать партнерские отношения с поликлиниками, больницами, университетами и НПО, включая организации ЛЖВ, в целях оказания медико-санитарной помощи и других услуг заключенным;
- разрабатывать комплексные (а не параллельные) программы по уходу и лечению.

Руководство тюрем, в сотрудничестве с другими представителями системы уголовного правосудия, внешними представителями здравоохранения и НПО, должно прилагать особые усилия по обеспечению непрерывности ухода, особенно в случае АРВТ, во время заключения, а также в процессе следования к месту заключения и возвращения из заключения к месту проживания.

Для успешного лечения ВИЧ-инфекции необходимо, чтобы не было перерывов в приеме антиретровирусных препаратов. Количество заключенных, поступающих в тюремную систему, покидающих ее и перемещающихся внутри этой системы, очень велико; в связи с этим крайне важно обеспечить непрерывность ухода во время заключения, а также в процессе следования к месту заключения и возвращения из заключения к месту проживания.

Короткие и длительные перерывы в лечении могут происходить во время ареста и содержания под стражей в полицейском участке, в процессе перевода в другую тюрьму или участия в судебных слушаниях, а также после освобождения. Каждую подобную ситуацию необходимо проанализировать и на основе этого анализа выработать соответствующие механизмы обеспечения непрерывности АРВТ (см. например, Pontali, 2005; National Commission on Correctional Health Care, 2005). Следует организовать обучение для полицейских и сотрудников исправительных учреждений, чтобы объяснить им важность непрерывности лечения. Особое внимание нужно уделять планированию выхода заключенных на свободу, обеспечению медицинской реабилитации и ухода после освобождения.

Если опиоидная заместительная терапия доступна для гражданского населения, она должна быть доступной и в тюрьмах, с тем чтобы люди, получающие ОЗТ и АРВТ, могли иметь к ним постоянный доступ.

Настоятельно рекомендуется обеспечить в тюрьмах доступ к ОЗТ лицам с опиоидной зависимостью. Помимо той роли, которую ОЗТ играет в лечении опиоидной зависимости и профилактике ВИЧ-инфекции, она также способствует проведению АРВТ среди лиц с опиоидной зависимостью и соблюдению ими схемы лечения. Многие ВИЧ-инфицированные ПИН проведут время в тюрьме, и им должен быть обеспечен непрерывный доступ к ОЗТ и АРВТ во время заключения, а также в процессе следования к месту заключения и возвращения из заключения к месту проживания.

В рамках мероприятий по расширению доступа к уходу и лечению, включая АРВТ, тюремные системы должны обеспечить доступность добровольного тестирования на ВИЧ и консультирования.

В частности, добровольное тестирование на ВИЧ и консультирование должны быть:

- легко **доступными для всех заключенных при поступлении в тюрьму и в течение всего срока заключения;**
- всегда **конфиденциальными**, а от каждого согласившегося пройти тестирование необходимо получить информированное согласие и предоставить ему до- и послетестовое консультирование;
- тесно **связанными с уходом, лечением и поддержкой тех**, чей тест дал положительный результат, а также являться составной частью комплексной программы по профилактике ВИЧ-инфекции, предусматривающей доступ к профилактическим мероприятиям.

Знание ВИЧ-статуса является необходимым условием получения соответствующих ухода, лечения и поддержки. Во многих тюремных системах доступ к тестированию на ВИЧ и консультированию в настоящий момент ограничен. Следовательно, расширение доступа к лечению, включая АРВТ, потребует и расширения доступа к добровольному тестированию на ВИЧ и консультированию.

Политика принудительного тестирования и изоляции, напротив, является непродуктивной и может отрицательно сказаться на состоянии здоровья изолированных заключенных.

Другие меры также могут оказать положительное влияние на уход, лечение и поддержку ЛЖВ в тюрьме. Сюда относятся гарантированное выделение достаточных средств на предоставление медико-санитарной помощи в тюремных условиях, а также переход от модели вызова врача к пациенту, которая в настоящее время применяется во многих тюремных системах, к превентивной системе медико-санитарной помощи, включающей в себя профилактику, раннюю диагностику и своевременное лечение заболеваний, а также пропаганду здорового образа жизни. Нако-

нец, опыт тюремных систем различного типа показывает, что представители общественного здравоохранения способны более эффективно, чем руководство тюрем, оказывать такую помощь.

Передача контроля над оказанием медико-санитарной помощи в тюрьмах органам общественного здравоохранения укрепляет связь между охраной здоровья в обществе и охраной здоровья в тюрьмах. Поэтому странам стоит рассмотреть вопрос о передаче контроля над оказанием медико-санитарной помощи в тюрьмах представителям общественного здравоохранения. В этом случае необходимо будет обеспечить выделение достаточных средств и гарантировать свободу действий новым сотрудникам тюремных медицинских служб.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Allen S et al. (2003). Treatment of chronic hepatitis C in a state correctional facility. *Annals of Internal Medicine*, 138: 187-191.
- Altice FL, Khoshnood K, Eicher A, Pinell V (1996). Transitional case management for HIV+ prisoners in Connecticut [Abstract]. *124th Annual Meeting of the American Public Health Association, New York, NY*.
- Altice FL, Friedland GH (1998). The era of adherence to HIV therapy. *Annals of Internal Medicine*, 129(6): 503-505.
- Altice FL, Mostashari F, Friedland GH (2001). Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 28: 47-58.
- American College of Physicians, National Commission on Correctional Health Care, and American Correctional Health Services Association (1992). The Crisis in Correctional Health Care: The Impact of the National Drug Control Strategy on Correctional Health Services. *Annals of Internal Medicine*, 117(1): 72-77.
- American Thoracic Society, CDC and Infectious Diseases Society of America (2003). Treatment of Tuberculosis. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 52 (RR11); 1-77.
- Babudieri S, Aceti A, D'Offizi GP, Carbonara S, Starnini G (2000). Directly observed therapy to treat HIV infection in prisoners. *JAMA*, 284(2): 179-180.
- Babudieri S, Pintus A, Maida I, Starnini G, Rezza G (2005). Does counseling increase sustained benefit of HAART among prison inmates after release to the community? *Clinical Infectious Diseases*, 40: 321-322.
- Bobrik A et al. (2005). Prison health in Russia: the larger picture. *Journal of Public Health Policy*, 26: 30-59.
- Boutwell A, Rich JD (2004). HIV infection behind bars. *Clinical Infectious Diseases*, 38: 1761-1763.
- Bradford Hill A (1965). The environment and disease: association or causation. *Proceedures of the Royal Society of Medicine*, 58: 295-300.
- Brewer TF (1991). HIV in prisons: the pragmatic approach. *AIDS*, 5: 897.
- Centers for Disease Control and Prevention (1999). Decrease in AIDS-related mortality in a state correctional system - New York, 1995-1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47: 1115-1117.
- Centers for Disease Control and Prevention (2003). Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53(No. RR-1): 1-44.
- Cheever LW (2004). Adherence to HIV therapies. In: Tools for Grantees: A Guide to Primary Care for People with HIV/AIDS. U.S. Department of Health and Human Services, 2004 edition.
- Clarke S, Keenan E, Ryan M (2002). Directly observed antiretroviral therapy for injecting drug users with HIV. *The AIDS Reader* 12(305-7): 412-416.
- Coetzee D et al. (2004). Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. *AIDS*, 18(6): 887-895.
- Department of Health and Human Services (2006). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. October 10, 2006.
- Dolan J, Kite B, Aceijas C, Stimson GV (2007). HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infectious Diseases*, 7 : 32-43.
- Drucker E et al. (1998). Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programmes and methadone maintenance on the ecology of HIV. (Review). *AIDS*, 12 (Suppl. A): S217-230.
- Editorial (1991). Health care for prisoners: implications of «Kalk's refusal.» *The Lancet*, 337: March 16: 647-648.

- Edwards S, Tenant-Flowers M, Buggy J, Hulme N, Easterbrook P (2001). Issues in the management of prisoners infected with HIV-1: the King's College Hospital HIV prison service retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 322: 398-399.
- Farley J et al (2005). Hepatitis C treatment in a Canadian federal correctional population: Preliminary feasibility and outcomes. *International Journal of Prisoner Health*, 1(1): 13-18.
- Farley J et al. (2005). Feasibility and Outcome of HCV Treatment in a Canadian Federal Prison Population. *Am J Public Health*, 95: 1737-1739.
- Farrell M et al. (2005). Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*.
- Federal Bureau of Prisons (2005). Guidelines for the prevention and treatment of viral hepatitis. Washington, DC: BOP, October 2005.
- Fischl M et al. (2000). Impact of directly observed therapy on outcomes in HIV clinical trials. [abstract 71]. In: Program and abstracts of the 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (San Francisco). Alexandria, VA: *Foundation for Retroviruses and Human Health*.
- Fischl M et al. (2001). Impact of directly observed therapy on long-term outcomes in HIV clinical trials [abstract 528]. In: Program and abstracts of the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (Chicago). Alexandria, VA: *Foundation for Retroviruses and Human Health*.
- Flanigan TP et al. (1996). A prison release program for HIV-positive women: linking them to health services and community follow-up. *American Journal of Public Health*, 86: 886-887.
- Floridia M et al. (2000). Hospitalizations and costs of treatment for protease inhibitor-based regimens in patients with very advanced HIV-infection (CD4 50/mm³). *HIV Clin Trials*, 1: 9-16.
- Gallego O et al. (2003). High rate of resistance to antiretroviral drugs among HIV-infected prison inmates. *Med Sci Monit*, 9(6): CR217-221.
- Glaser JB, RB Greifinger (1993). Correctional health care: A public health opportunity. *Ann Int Med*, 118: 139-145.
- Haley D, Scheyett A, Golin C, Kaplan A, Parker S et al. (2006). Perceptions of release among incarcerated HIV-infected persons and implications for practice: The UNC Bridges to Good Health and Treatment (BRIGHT) Project Qualitative Substudy. Poster presentation no THPE0717 at the XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada, August 2006.
- Harding T (1997). Do prisons need special health policies and programs? *International Journal of Drug Policy*, 8(1): 22-30.
- Hassim A (2006). The '5 star' prison hotel? The right of access to ARV treatment for HIV positive prisoners in South Africa. *International Journal of Prisoner Health*, 2(3): 157-171.
- Hayton P, Boyington J (2006). Prisons and health reforms in England and Wales. *American Journal of Public Health*, 96(10): 1730-1733.
- Howard TR & Campbell WA (2004). Positive tool for HIV+ prisoners. In: Program and abstracts of XV International AIDS Conference, 11-16 July, Bangkok, Thailand. Abstract no WePeE6856.
- Hoxie N et al. (1990). HIV seroprevalence and the acceptance of voluntary HIV testing among newly incarcerated male prison inmates in Wisconsin. *American Journal of Public Health*, 80(9): 1129-1131.
- Jacobs S (1995). AIDS in correctional facilities: Current status of legal issues critical to policy development. *Journal of Criminal Justice*, 23(3): 209-221.
- Kennedy SS et al. (2004). Improving access to and utilization of health and social services for HIV-infected jail and prison releasees: evaluation results from the Corrections Demonstration Project funded by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and Health Resources and Services Administration (HRSA). The XV International AIDS Conference (Poster Exhibition Abstract no. ThPeE7996).
- Kim JY et al. (1997). Successful community follow-up and reduced recidivism of HIV positive women prisoners. *Journal of Correctional Health Care*, 4: 1-9.

- Kirkland LR, Fischl MA, Tashima KT, Paar D, Gensler T et al. (2002). Response to Lamivudine-Zidovudine plus Abacavir twice daily in antiretroviral-naïve, incarcerated patients with HIV infection taking directly observed treatment. *Clinical Infectious Diseases*, 34: 511-518.
- Lavalle C et al. (2000). Reduction in hospitalization costs, morbidity, disability, and mortality in patients with AIDS treated with protease inhibitors. *Arch Med Res*, 31: 515-519.
- Liddicoat RV, Zheng H, Internicola J, Werner BG, Kazianis A et al. (2006). Implementing a routine, voluntary HIV testing program in a Massachusetts County Prison. *Journal of Urban Health*, Aug 8 [Epub ahead of print].
- Lucas GM et al. (2004). Directly administered antiretroviral therapy in an urban methadone maintenance clinic: a nonrandomized comparative study. *Clinical Infectious Diseases*, 38: S409-413.
- Macalino GE et al. (2004). Hepatitis C infection and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy*, 15: 103-114.
- Mackenzie AR, Laing RB, Urbaniak SJ, Molyneaux PJ, Douglas JG, Smith CC (1999). *J Infect* 38(2): 107-110.
- Maruschak L (2001). HIV in Prisons, 2000. Washington, DC: US Dept of Justice, Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Mattick RP et al. (2002). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane review). *The Cochrane Library*, Issue 4.
- Moscatello G, Campello P, Benettucci JA (2003). Bloodborne and sexually transmitted infections in a hospital in Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Supplement 5): S343-347.
- Mostashari F et al. (1998). Acceptance and adherence with antiretroviral therapy among HIV-infected women in a correctional facility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 18: 341-348.
- National Commission on Correctional Health Care (2005). Administrative management of HIV in correctional institutions. [Position statement - first adopted on Nov 8, 1987; revised, Oct 9, 2005]. Chicago, The Commission.
- Open Society Institute (2004). Breaking down barriers. Lessons on providing HIV treatment to injection drug users. New York, International Harm Reduction Programme, Open Society Institute.
- Parella FJ et al. (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *New England Journal of Medicine*, 338: 853-860.
- Palepu A et al. (2003). Alcohol use and incarceration adversely affect HIV-1 RNA suppression among injection drug users starting antiretroviral therapy. *Journal of Urban Health*, 80(4): 667-675.
- Palepu A et al. (2004). Initiating highly active antiretroviral therapy and continuity of HIV care: the impact of incarceration and prison release on adherence and HIV treatment outcomes. *Antivir Ther*, 9(5): 713-719.
- Palombi L et al. (2004). One year of HAART in Mozambique: survival, virological, and immunological results of DREAM project in adults and children. In: Program and abstracts of the XI Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. February 8-11, San Francisco. Abstract 148.
- Paterson DL et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133: 21-30.
- Patterson S et al. (2000). Drug-susceptible Tb outbreak in a state correctional facility housing HIV-infected inmates - South Carolina, 1999-2000. *Morbidity and Mortality Weekly Review*, 49(46): 1041-1044.
- Pontali E, Papa L, Toscanini F, Levati A, Lugani C et al. (2004). Use of antiretroviral drugs in correctional facilities [Abstract P34]. Seventh International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, 14-18 November 2004, Glasgow, UK.

- Pontali E (2005). Antiretroviral treatment in correctional facilities. *HIV Clinical Trials*, 6(1): 25-37.
- Ramratnam B et al. (1997). Former prisoners' views on mandatory HIV testing during incarceration. *Journal of Correctional Health Care*, 4: 155-164.
- Saiz de la Hoya-Zamacola P, Marco-Mourino A, Clemente-Ricote G, Portilla-Sogorb J et al. (2006). Expert recommendations for the diagnosis and treatment of chronic hepatitis C infection in the prison setting. *Gastroenterol Hepatol*, 29(9): 551-559.
- Simooya O, Sanjobo N (2006). Challenges and opportunities for scaling up HIV/AIDS care in prisons: A case study from Zambia. Oral presentation no TUAX0102 at the XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada, August 2006.
- Skolnick AA (1998). Correctional and community health care collaborations. *Journal of the American Medical Association*, 279: 98-99.
- Soto Blanco JM, Perez JR, March JC (2005). Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prison inmates (Spain). *Int J STD AIDS*, 16(2): 133-138.
- Soto Blanco JM, Perez JR, De Labry Lima AO, Recio JM et al. (2005). Adherence to antiretroviral treatment in prisons. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 21(8): 683-688.
- Spaulding AC et al. (2002). Human immunodeficiency virus in correctional facilities: a review. *Clinical Infectious Diseases*, 35: 305-312.
- Spaulding AC, Weinbaum CM, Lau D, Sterling R, Seeff LB et al. (2006). A framework for management of hepatitis C in prisons. *Annals of Internal Medicine*, 144: 762-769.
- Springer SA et al. (2004). Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community. *Clinical Infectious Diseases*, 38: 1754-1760.
- Springer SA, Altice FL (2005). Managing HIV/AIDS in correctional settings. *Current HIV/AIDS Reports* 2(4): 165-170.
- Srisuphanthavorn M, Chayatub B, Chua A, Ngamnee V, Cavallier P, Zachariah R, Wilson D (2006). Antiretroviral treatment can be successful within a prison setting: The experience from Bangkwang Central Prison, Thailand. Poster presentation no THPE0167 at the XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada, August 2006.
- Stephenson BL, Wohl DA, Golin CE, Tien H-C, Stewart P, Kaplan AH (2005). Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals. *Public Health Reports*, 120(1): 84-88.
- Sulkowski MS, Thomas DL, Chaisson RE and Moore RD (2000). Hepatotoxicity associated with antiretroviral therapy in adults infected with the human immunodeficiency virus and the role of hepatitis C or B virus infection. *Journal of the American Medical Association*, 283: 74-80.
- UNAIDS (1997). *Prisons and AIDS: UNAIDS point of view*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, WHO (2004). *UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing*. Geneva: UNAIDS/WHO.
- UNODC, WHO and UNAIDS (2006). HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. *A Framework for an Effective National Response*. New York, Vienna & Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- Vallabhaneni S, Macalino E, Reinert SE, Schwartzapfel B, Wolf FA, Rich JD (2006). Prisoners favour hepatitis C testing and treatment. *Epidemiology and Infection*, 134: 243-248.
- Vigilante KC et al. (1999). Reduction in recidivism of incarcerated women through primary care peer counseling and discharge planning. *J Womens Health*, 8: 409-415.
- White BL, Wohl DA, Hays RD, Golin CE et al. (2006). A pilot study of health beliefs and attitudes concerning measures of antiretroviral adherence among prisoners receiving directly observed antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(6): 408-417.

Winarso I, Irawati I, Eka B, Nevendorff L et al. (2006). Indonesian National Strategy for HIV/AIDS control in prisons: A public health approach for prisoners. *International Journal of Prisoner Health*, 2(3): 243-249.

Wohl D et al. (2000). Adherence to directly observed therapy of antiretrovirals in a state prison system [abstract 357]. In: proceedings of the 38th annual meeting of the Infectious Diseases Society of America (Philadelphia). Alexandria, VA: Infectious Diseases Society of America.

Wohl et al. (2003). Adherence to directly observed antiretroviral therapy among human immunodeficiency virus-infected prison inmates. *Clin Infect Dis*, 36: 1572-1576.

Wohl D et al. (2004). Access to HIV care and antiretroviral therapy following release from prison. 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 8-11 February, abstract 859.

Wohl DA, Stephenson B, Schyette A, Golin C, Earp J, McKay T, Haley D, Kaplan A (2006). A randomized trial of a case management intervention to improve access to care, reduce transmission risk behavior and recidivism in HIV-infected prisoners following release: The BRIGHT Study. Poster presentation no THPE0784 at the XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada, August 2006.

Wood E et al. (2003). Expanding access to HIV antiretroviral therapy among marginalized populations in the developed world. *AIDS*, 17(17): 2419-2427.

Wood E, Hogg RS, Yip B, et al. (2003b). Effect of medication adherence on survival of HIV-infected adults who start highly active antiretroviral therapy when the CD4+ cell count is 0.200 to 0.350x10⁹ cells/mL. *Annals of Internal Medicine*, 39: 810-816.

WHO (1993). *WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva: WHO (WHO/GPA/DIR/93.3).

WHO & International Committee of the Red Cross (2000). *Tuberculosis Control in Prisons. A Manual for Programme Managers*. Geneva: WHO.

WHO (2005). *Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy brief: Antiretroviral therapy and injecting drug users*. Geneva: WHO.

WHO (2006). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: towards universal access - Recommendations for a public health approach*. Geneva: WHO.

WHO (2006b). *HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users. Clinical Protocol for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Europe Regional Office.

WHO, UNAIDS (2007). *Guidance on Provider-initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities*. Geneva: WHO.

World Health Organization, (2007). *Status Paper on Prisons and Tuberculosis*. Copenhagen: WHO Europe Regional Office.

World Health Organization, UNODC, & UNAIDS (2007). *Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons - Opioid Substitution Therapies and Other Drug Dependence Treatment. Evidence for Action Technical Paper*. Geneva: WHO.

ISBN 978 92 4 459578 7



9 789244 595787

