

Программы обмена игл и шприцев и раздачи хлорраствора в тюрьмах: Обзор фактов



Употребление инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИД

Употребление инъекционных наркотиков связано с серьезным медицинским и социальным ущербом.[1, 2] Высокие уровни заболеваемости, смертности, преступности и связанные с ними издержки - это явления, которые можно наблюдать во всем мире и которые входят в понятие вреда от употребления наркотиков. Инъекционное употребление также считается одним из основных факторов риска распространения ВИЧ-инфекции во многих странах мира. [3] Бурные эпидемии ВИЧ/СПИДа возникают в различных условиях, демонстрируя, что проникнув в сообщество людей, употребляющих инъекционные наркотики, ВИЧ может распространяться чрезвычайно быстро.[4-7] Динамика эпидемии ВИЧ/СПИДа, связанная с употреблением инъекционных наркотиков, ставит совершенно особые задачи, оставляя людям, определяющим политику в данной области, и руководству систем здравоохранения мало времени для мер по подавлению вспышек ВИЧ-инфекции.

Употребление инъекционных наркотиков, ВИЧ/СПИД и тюрьмы

Лишение свободы – частое явление в среде людей, употребляющих инъекционные наркотики. Проведенное Всемирной Организацией Здравоохранения в 12 городах исследование рискованного поведения среди людей, употребляющих наркотики,

показало, что от 60 до 90% респондентов побывали в местах лишения свободы с тех пор, как начали употреблять наркотики в инъекциях [8], а в США около 80% людей, употребляющих наркотики, побывали в тюрьме. [9] Многочисленные исследования, проведенные в разных странах, указывают на высокий уровень употребления наркотиков в тюрьмах, [10-29] в том числе женщинами-заключенными.[30, 31] В одном исследовании, проведенном в России, 10% заключенных сообщили, что употребляли наркотики, находясь в местах лишения свободы, причем 14% из употреблявших наркотики заявили, что впервые сделали себе инъекцию наркотика именно в исправительном учреждении.[26]

Из-за дефицита игл и шприцев в тюрьмах, лица, употребляющие инъекционные наркотики внутри исправительных учреждений, более склонны к совместному использованию инъекционного инструментария, чем употребляющие наркотики вне тюрем. В большинстве исследований отмечается уровень совместного использования игл и шприцев в тюрьмах от 60 до 90%.[12, 15-17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 29, 32-34]

Во всем мире уровень распространенности ВИЧ в популяциях заключенных, как правило, значительно выше, чем в широких слоях населения.[35-39] Распространенность ВИЧ среди заключенных в разных странах существенно различается, однако по сообщениям некоторых стран,

распространенность ВИЧ среди заключенных составляет 10-25%. [40-44] Наиболее высокая распространенность ВИЧ в тюрьмах (не считая стран с крупномасштабными гетеросексуальными эпидемиями ВИЧ) отмечается в тех районах, где ВИЧ-инфекция «широко распространяется среди употребляющих внутривенные наркотики лиц, число которых в исправительных учреждениях непропорционально велико». [45] В некоторых странах также обнаружена связь между лишением свободы и ВИЧ-инфекцией [46, 47] при этом стремительное распространение ВИЧ-инфекции было отмечено в ряде тюрем, в том числе в странах Восточной Европы и бывшего СССР. [6, 7, 13, 48-50] В Центральной Азии тюремное население называют «движущей силой» эпидемий туберкулеза и ВИЧ. [37] Помимо распространения ВИЧ, в результате совместного использования инъекционного инструментария, в том числе самодельных игл и шприцев, заключенные страдают от повреждения вен, появления рубцов, а также от бактериальных и других вирусных инфекций (напр., гепатита). [20, 51-58]

Меры, принимаемые для решения проблем наркопотребления и ВИЧ

Несмотря на потенциально взрывную динамику эпидемии ВИЧ среди употребляющих инъекционные наркотики лиц, в разных регионах мира имеются документальные свидетельства того, что эпидемию ВИЧ среди употребляющих наркотики можно предотвратить, стабилизировать и даже обратить вспять. [59, 60] В одном исследовании сделан вывод, что в некоторых городах распространенность ВИЧ среди большой популяции употребляющих инъекционные наркотики можно удержать на низком уровне при следующих условиях:

- осуществление мер по профилактике ВИЧ на этапе, когда его распространенность еще относительно низка;
- осуществление программ по обеспечению людей, употребляющих наркотики, чистым инъекционным оборудованием;
- организация аутрич-работы с употребляющими наркотики людьми. [59]

К числу других мер по борьбе с эпидемией ВИЧ, фактором распространения которой является употребление наркотиков, относятся участие людей, употребляющих наркотики, в разработке и осуществлении медико-профилактических вмешательств, внедрение опиоидной заместительной терапии (например, метадон, бупренорфин), реагирование на изменения рискованного поведения и адекватный охват целевой группы этими программами. [61, 62]

Существуют также документальные свидетельства того, что эпидемия ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики, является следствием непринятия правительством адекватных и своевременных мер. [1] В некоторых странах за таким непринятием мер следовало развитие генерализованной эпидемии, при которой половым путем заражалось возрастающее число людей, не употреблявших наркотики. [63]

Эффективные программы профилактики ВИЧ и лечения наркозависимости существуют, однако некоторые из них по-прежнему непопулярны среди политиков. [64] В некоторых странах эффективные меры профилактики ВИЧ не были приняты, несмотря на широкую их поддержку со стороны научно-медицинских кругов этих стран. [65, 66] К числу эффективных, но неоднозначно

воспринимаемых мер относятся программы снабжения употребляющих наркотики людей стерильными иглами, шприцами и иным оборудованием, используемым для приготовления и введения наркотиков (например, посуда для приготовления наркотика, фильтры, стерильная вода и дезинфицирующие спиртовые салфетки). В настоящем обзоре мы называем их "программами обмена игл и шприцев" (ПОШ).

Программы обмена игл и шприцев

Профилактика ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики, как правило, состоит в предупреждении совместного использования инъекционного инструментария и тем самым предупреждения попадания инфицированной крови одного человека в кровотоки другого при инъекции. ПОШ представляют собой форму борьбы с переносчиком инфекции, поскольку сокращают период обращения потенциально зараженных игл и шприцев. [62] Таким образом, ПОШ являются важнейшим аспектом мер профилактики ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики в инъекциях. Иглы, шприцы и иное инъекционное оборудование распространяется стационарными пунктами, аутрич-работниками, мобильными пунктами (например, автобусами) и через специальные автоматы.

Преимущества программ обмена игл и шприцев

ПОШ нередко называют важнейшим фактором профилактики ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. [60] Доказано, что ПОШ снижают частоту случаев рискованного поведения, случаев заражения ВИЧ и гепатитом С, а также ассоциируются со значительной экономией расходов на здравоохранение. [67-72] Международное

исследование городов с большими популяциями жителей, употребляющих наркотики, показало, что в тех городах, где действовали ПОШ, уровень ВИЧ-инфекции ежегодно снижался на 5,6%, а в городах, где ПОШ отсутствовали, уровень ВИЧ-инфекции повышался на 5,9% в год. [60] Выяснилось также, что ПОШ способствуют обращению их клиентов за медицинской помощью разного рода, включая наркологическую помощь и добровольное обследование на ВИЧ. [73, 74] В нескольких исследованиях было доказано, что деятельность ПОШ не приводит к росту наркопотребления [75, 76].

Неправильное истолкование двух канадских исследований

Некоторыми противниками ПОШ были неправильно истолкованы результаты двух канадских исследований, продемонстрировавших ассоциативную связь между ВИЧ-инфекцией и обращением в ПОШ. [4, 77] Неправильное толкование произошло в результате смешения понятий «ассоциативная связь» и «причинно-следственная связь». Некоторые утверждали, что в одном из исследований, проведенном в Ванкувере, была продемонстрирована *причинно-следственная* связь между ВИЧ-инфекцией и обменом шприцев. На самом же деле исследование выявило *ассоциативную* связь между частым обращением в ПОШ и уровнем ВИЧ-инфицирования клиентов программы. В журнальной публикации было ясно сказано: "наше исследование не было направлено на оценку эффективности ПОШ... тот факт, что частое обращение в ПОШ ассоциировалось с пораженностью ВИЧ-инфекцией, не следует толковать как причинно-следственную зависимость». [4]

Более того - второе исследование, проведенное сразу после первого, показало, что ранее отмеченная ассоциативная связь между обращением

в ПОШ и наличием ВИЧ-инфекции была следствием «ошибки выборки» - т.е. не ПОШ является причиной ВИЧ-инфекции, а люди, подверженные высокому риску ВИЧ-инфекции, наиболее склонны часто обращаться в ПОШ. [78] Кроме того, когда авторы поставили задачу выяснить, способствует ли деятельность ПОШ повышению уровня рискованного поведения, они не нашли никаких подтверждений подобной гипотезе. [78]

Краткий вывод

Подводя итог, можно сказать: известные на данный момент факты указывают на то, что ПОШ являются наиболее эффективной формой профилактики ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Множество научных исследований показывают, что ПОШ ассоциируются со значительным снижением числа новых случаев ВИЧ, а также с более активным обращением клиентов программ в медицинские учреждения, включая службы лечения наркозависимости. Наряду с этим исследования показывают, что многие из высказанных ранее сомнений относительно ПОШ (например, что ПОШ спровоцируют рост наркопотребления) были убедительно опровергнуты как необоснованные.

Программы обмена игл и шприцев в тюрьмах

С начала 1990-х гг. в уголовно-исполнительных системах многих стран организованы программы обмена игл и шприцев и проводилась оценка эффективности таких программ. [46, 79] Первая тюремная ПОШ была создана в Швейцарии в 1992 г. [80] С тех пор ПОШ появились более чем в 60 тюрьмах Германии, Испании, Молдовы, Кыргызстана, Беларуси, Армении, Люксембурга и Ирана. [46, 81] Имеется опыт работы ПОШ в самых разных условиях – в маленьких и больших тюрьмах, в тюрьмах с размещением

барачного типа и в индивидуальных камерах, в мужских и женских тюрьмах, в тюрьмах менее строгого и более строгого режима.

Тюремные ПОШ распространяют иглы и шприцы различными способами - силами тюремных медиков, общественных агентств и организаций, посредством специальных автоматов, с помощью служб консультирования, обученных аутрич-работников, сотрудников тюрьмы, либо сразу несколькими из указанных способов. Как правило, вначале ПОШ создавали на экспериментальной основе, а затем распространяли эту практику в других тюрьмах данной страны или территории. К примеру, в Испании по окончании пилотного проекта тюремной ПОШ Генеральный директор тюрем издал приказ о введении таких программ во всех (кроме одной) тюрьмах, подведомственных МВД Испании. [82] К концу 2005 г. ПОШ действовали в 38 тюрьмах страны. [81] Хотя общей тенденцией является создание и расширение ПОШ, в нескольких тюрьмах Германии программы были закрыты. Согласно сообщениям, закрытие программ не было вызвано какими то ни было проблемами в работе ПОШ - просто вновь избранные представители государственной власти закрыли программы вопреки тому, что сотрудники и администрация тюрем публично высказались в пользу ПОШ. [81]

Документальные свидетельства

Систематическая оценка тюремных ПОШ, их воздействия на поведение, связанное с риском заражения ВИЧ, а также их общей эффективности, была предпринята в рамках как минимум 10 программ в Германии, Испании и Швейцарии. [79, 83-89] Проекты оценки продолжались один или два года, сбор данных осуществлялся несколькими различными способами, а их обработка и анализ проводились с использованием общепринятых научных

методов. На данный момент не имеется получивших научное одобрение оценок ПОШ в странах Восточной Европы и бывшего СССР. Тем не менее существуют многочисленные опубликованные и неопубликованные доклады, статьи и презентации о тюремных ПОШ в этих регионах. [81, 90, 91]

В целом тюремным ПОШ дается весьма положительная оценка, что свидетельствует об успешности изученных программ. [81, 92] Оценки указывают на то, что

- произошло значительное сокращение случаев совместного использования шприцев [79, 83-88] во всех тюрьмах, кроме одной, где сокращение было небольшим из-за недостаточного количества имеющихся в наличии игл и шприцев [89] и
- не наблюдалось ни одного случая заражения ВИЧ среди заключенных, участвовавших в ПОШ [83, 84, 86-89]

Были отмечены и другие положительные результаты:

- сокращение случаев передозировок и смертности от передозировок; [81, 87, 93]
- рост числа направлений в программы лечения наркозависимости; [83, 86, 93]
- повышение уровня осведомленности заключенных о путях передачи инфекции и рискованном поведении, а также сокращение числа абсцессов в местах введения инъекций. [81, 83, 93]

Важно и то, что ожидаемые тюремной администрацией и сотрудниками негативные последствия ПОШ не наблюдались:

- не было ни одного случая использования игл или шприцев, выданных ПОШ, в качестве оружия против охранников или других заключенных; [81, 93, 94]
- ПОШ не привела ни к росту употребления наркотиков [79, 83-89], ни к росту инъекционного потребления среди заключенных. [79, 83-89]

Важные моменты, которые необходимо учесть

Данные исследований и документально зафиксированный опыт работы программ убедительно указывают на то, что эффективность ПОШ значительно снижается при недостаточной доступности игл или шприцев. Причины недостаточной доступности могут быть материального характера (например, не работают автоматы по выдаче игл, выдаются неподходящие иглы или шприцы) [86, 89], установленные ограничения (например, ограничение времени работы программы) [95], а также опасения заключенных относительно того, что из-за недостаточной анонимности или конфиденциальности обращение к услугам программы может привести к негативным последствиям [86, 89]. Таким образом, чтобы воспользоваться положительным эффектом ПОШ, необходимо создать в уголовно-исправительном учреждении такие условия, при которых заключенные могут беспрепятственно получить необходимое количество игл или шприцев. К примеру, в Молдове при размещении ПОШ в медсанчасти тюрьмы ее услугами пользовалось лишь небольшое число заключенных, поскольку остальные опасались, что им не будет обеспечена конфиденциальность. [81, 90] В ответ на это медработники обучили некоторых заключенных и поручили им раздавать шприцы и распространять информацию о профилактике ВИЧ среди остальных

заключенных. В результате было достигнуто значительное увеличение числа розданных шприцев. Оказание услуг ПОШ силами самих заключенных означало круглосуточный режим работы программы в условиях почти полной анонимности ее клиентов для медицинского персонала и других сотрудников тюрьмы.

За одним исключением [89] исследования показывают, что первая негативная реакция персонала тюрьмы на ПОШ со временем проходит, уступая место в целом благожелательному отношению к таким программам [96-98]. Подобное же благожелательное отношение к ПОШ отмечено и среди заключенных – как употребляющих, так и не употребляющих наркотики. [96-98]

Финансирование

Хотя тюремные медицинские службы во многих странах, особенно в Восточной Европе и бывшем СССР, испытывают трудности с финансированием, тюремные ПОШ продемонстрировали низкую затратность и с успехом внедрены в странах с низкими доходами - например, в Армении, Кыргызстане, Молдове и Беларуси. В конечном итоге тюремные ПОШ способствуют значительной экономии средств, поскольку стоимость лечения ВИЧ/СПИДа и оказания помощи инфицированным значительно выше, чем затраты на профилактику новых заражений ВИЧ путем предоставления стерильных игл и шприцев. [99]

Хлорраствор не является эффективным средством профилактики инфицирования

Раздачу лицам, употребляющим инъекционные наркотики, хлорраствора для обеззараживания инъекционного инструментария нельзя считать

оптимальной мерой профилактики передачи гемоконтактных инфекций. Эффективность применения хлорраствора для уничтожения ВИЧ убедительно доказана лабораторными исследованиями, [100] однако результаты полевых исследований вызывают серьезные сомнения в том, что хлорраствор и иные дезинфицирующие средства дают нужный эффект в условиях реальной жизни. [101] Согласно данным исследований, не менее половины лиц, употребляющих наркотики, не знали, как правильно использовать хлорраствор для дезинфекции шприцев, не могли вспомнить эту информацию после соответствующего обучения и не применяли данный метод с достаточной регулярностью. [102-104] Вероятность эффективного использования дезраствора заключенными еще ниже. Данные исследований, проведенных в Австралии, указывают на то, что при раздаче заключенным хлорраствора значительная часть употребляющих инъекционные наркотики лиц не берет его и не пользуются им. [105] Причинами может быть то, что дезинфекция инъекционного инструментария отнимает много времени, а также нежелание заключенных заниматься чем-либо, что может привлечь внимание персонала тюрьмы к употреблению ими запрещенных наркотиков. [20, 81] Кроме того, заключенные нередко изготавливают самодельные шприцы, например, из шариковых ручек, используют в качестве замены иглам различные острые предметы, а иногда переделывают обычные шприцы таким образом, чтобы их легче было спрятать. [20, 81, 106] Эти самодельные иглы и шприцы не всегда можно эффективно дезинфицировать с помощью хлорраствора. И наконец, еще одним важным для здоровья заключенных соображением является то, что вирус гепатита С, широко распространенного в учреждениях уголовно-исполнительной

системы многих стран мира, не поддается эффективному уничтожению раствором хлорамина. [107, 108]

Заключение

Результаты большого числа научных исследований доказывают, что ПОШ являются наиболее эффективной формой профилактики распространения ВИЧ в связи с употреблением наркотиков в инъекциях. Наряду с этим ПОШ ассоциируются с повышением числа обращений лиц, пользующихся такими программами, в медицинские учреждения, а также с существенной экономией средств. Опасения, высказанные в отношении ПОШ, признаны необоснованными. ПОШ не приводят к повышению уровня рискованного поведения среди людей, пользующихся такими программами, как и уровня наркопотребления среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

Уже накоплен (и продолжает накапливаться) довольно большой документально зафиксированный опыт успешного применения ПОШ в условиях тюрем. С начала 1990-х годов стабильно растет число ПОШ в тюрьмах. На данный момент действует более 60 таких программ в уголовно-исполнительных системах девяти стран. При том, что у существующих количественных оценок эффективности ПОШ имеются некоторые недостатки, в целом оценка тюремных программ неизменно демонстрирует благоприятные результаты, ПОШ в тюрьмах ассоциируются со значительным снижением совместного использования игл и шприцев, а также не зарегистрировано ни одного случая заражения ВИЧ среди заключенных, участвовавших в ПОШ. К дополнительным наблюдаемым преимуществам относятся снижение случаев передозировок и связанной с ними смертности, рост числа

направлений в программы лечения наркозависимости, повышение уровня осведомленности о путях передачи инфекции и рискованном поведении, а также сокращение числа абсцессов в местах введения инъекций. Важно и то, что не было отмечено ни одно из предсказанных негативных последствий. В частности, не было ни одного случая использования игл или шприцев, выданных ПОШ, в качестве оружия против охранников или других заключенных; уровень употребления наркотиков заключенными стабилизировался или снизился и не наблюдалось роста случаев инъекционного потребления. В целом ПОШ были позитивно восприняты персоналом тюрем, включая даже тех, кто первоначально возражал против подобных программ. Программы раздачи хлорраствора рекомендуется сохранить в тюрьмах, администрация которых по-прежнему не допускает введения ПОШ, а также в дополнение к действующим ПОШ. Тем не менее следует учитывать недостаточную эффективность хлорраствора и считать такие программы не более чем вторичной стратегией, но не заменой ПОШ. [46]

С точки зрения охраны здоровья общества, незамедлительное начало и широкое распространение ПОШ является приоритетным ответом на двойную эпидемию инъекционного наркопотребления и ВИЧ-инфекции среди заключенных. На данный момент документально зафиксированы несколько вспышек ВИЧ-инфекции среди заключенных в странах бывшего СССР. Учитывая факты, свидетельствующие об устойчивой двойной эпидемии наркопотребления и ВИЧ в тюрьмах многих стран Восточной Европы и бывшего СССР, очевидно, что бездействие со стороны руководства уголовно-исполнительной системы приведет к повышению заболеваемости,

включая инфицирование ВИЧ, и смертности среди употребляющих инъекционные наркотики заключенных. Кроме того, результатом отказа от введения ПОШ может быть распространение ВИЧ-инфекции среди тюремного населения в целом, что впоследствии может привести к генерализованной эпидемии в обществе,

куда возвращаются заключенные после освобождения. Это дальнейшее распространение ВИЧ не только вызовет еще большие страдания затронутых эпидемией людей и их семей, но и приведет к значительному повышению расходов на здравоохранение, которых можно было бы избежать.

Библиография:

1. Des Jarlais DC, Friedman SR: Fifteen years of research on preventing HIV infection among injecting drug users: what we have learned, what we have not learned, what we have done, what we have not done. *Public Health Rep* 1998; 113(Suppl 1): 182-8.
2. Wood E, Kerr T, Spittal PM, Tyndall MW, O'Shaughnessy MV, Schechter MT: The healthcare and fiscal costs of the illicit drug use epidemic: The impact of conventional drug control strategies and the impact of a comprehensive approach. *BCMJ* 2003; 45(3): 130-136.
3. UNAIDS: AIDS epidemic update: special report on HIV/AIDS. December 2006.
4. Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, et al.: Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *Aids* 1997; 11(8): F59-65.
5. Kitayaporn D, Uneklabh C, Weniger BG, et al.: HIV-1 incidence determined retrospectively among drug users in Bangkok, Thailand [see comments]. *Aids* 1994; 8(10): 1443-50.
6. Caplinskiene I, Caplinskas S, Griskevicius A: [Narcotic abuse and HIV infection in prisons]. *Medicina (Kaunas)* 2003; 39(8): 797-803.
7. Bobrik A, Danishevski K, Eroshina K, McKee M: Prison health in Russia: the larger picture. *J Public Health Policy* 2005; 26(1): 30-59.
8. Ball A: Multi-centre Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection: a report prepared on behalf of the international collaborative group for the World Health Organization Programme on Substance Abuse. Geneva: World Health Organization., 1995.
9. Dolan K: The epidemiology of hepatitis C infection in prison populations. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, 1999.
10. Carvell AL, Hart GJ: Risk behaviours for HIV infection among drug users in prison. *Bmj* 1990; 300(6736): 1383-4.
11. Clarke JG, Stein MD, Hanna L, Sobota M, Rich JD: Active and Former Injection Drug Users Report of HIV Risk Behaviors During Periods of Incarceration. *Subst Abus* 2001; 22(4): 209-216.
12. Koulirakis G, Gnardellis C, Agrafiotis D, Power KG: HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. *Addiction* 2000; 95(8): 1207-16.
13. Thaisri H, Lerwitworapong J, Vongsheree S, et al.: HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis* 2003; 3(1): 25.
14. Kang SY, Deren S, Andia J, Colon HM, Robles R, Oliver-Velez D: HIV transmission behaviors in jail/prison among puerto rican drug injectors in New York and Puerto Rico. *AIDS Behav* 2005; 9(3): 377-86.
15. Dolan KA, Wodak A: HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Med J Aust* 1999; 171(1): 14-7.
16. Gaughwin M, Dounglas R, Wodak A: Behind bars - risk behaviours for HIV transmission in prisons, a review. *HIV/AIDS and Prisons*, 1991.
17. Correctional Service Canada: 1995 National Inmate Survey: Final Report. Ottawa: CSC (Correctional Research and Development), 1996.
18. Ford PM, Pearson M, Sankar-Mistry P, Stevenson T, Bell D, Austin J: HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. Queen's University HIV Prison Study Group. *QJM* 2000; 93(2): 113-9.
19. Martin RE, Gold F, Murphy W, Remple V, Berkowitz J, Money D: Drug use and risk of bloodborne infections: a survey of female prisoners in British Columbia. *Can J Public Health* 2005; 96(2): 97-101.
20. Small W, Wood E, Jurgens R, Kerr T: Injection drug use, HIV/AIDS and incarceration: evidence from the Vancouver Injection Drug Users Study. *HIV AIDS Policy Law Rev* 2005; 10(3): 1, 5-10.
21. Calzavara LM, Burchell AN, Schlossberg J, et al.: Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction* 2003; 98(9): 1257-65.
22. Dufour A, Alary M, Poulin C, et al.: Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City. *AIDS* 1996; 10(9): 1009-15.
23. Edwards A, Curtis S, Sherrard J: Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison. *Int J STD AIDS* 1999; 10(7): 464-6.

24. Rotily M, Weilandt C, Bird SM, et al.: Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *Eur J Public Health* 2001; 11(3): 243-50.
25. Malliori M, Sypsa V, Psychogiou M, et al.: A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction* 1998; 93(2): 243-51.
26. Frost L, Tcherikov V: Prisoner risk taking in the Russian Federation. *AIDS Educ Prev* 2002; 14(5 Suppl B): 7-23.
27. Dolan KA, Bijl M, White B: HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males. *Int J Equity Health* 2004; 3(1): 7.
28. Gore SM, Bird AG, Burns SM, Goldberg DJ, Ross AJ, Macgregor J: Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison. *BMJ* 1995; 310(6975): 293-6.
29. Thaisri H, Lerwitworapong J, Vongsheree S, et al.: HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis* 2003; 3: 25.
30. DiCenso A, Dias G, Gahagan J: *Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons, HIV, and Hepatitis C*. Toronto, ON: PASAN, 2003.
31. Elwood Martin R, Gold F, Murphy W, Remple V, Berkowitz J, Money D: Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia. *Can J Public Health* 2005; 96(2): 97-101.
32. Allwright S, Bradley F, Long J, Barry J, Thornton L, Parry JV: Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *BMJ* 2000; 321(7253): 78-82.
33. Shewan D, Gemmell M, Davies JB: Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons. *Soc Sci Med* 1994; 39(11): 1585-6.
34. Kevin M: *Addressing the Use of Drugs in Prison: A Survey of Prisoners in New South Wales*. In: Services NDoC, ed. Sydney, 2000.
35. Seaman SR, Bird SM, Brett RP: Historical HIV prevalence in Edinburgh Prison: a database-linkage study. *J Epidemiol Biostat* 2000; 5(4): 245-50.
36. Hammett TM: HIV/AIDS and other infectious diseases among correctional inmates: transmission, burden, and an appropriate response. *Am J Public Health* 2006; 96(6): 974-8.
37. Walcher G: Prisons as regional drivers of HIV/AIDS and tuberculosis in some Central Asian countries: A matter of 'least eligibility'? *International Journal of Prisoner Health* 2005; 1(2-4): 1003-115.
38. Correctional Service Canada: *Infectious Diseases Prevention and Control in Canadian Federal Penitentiaries 2000-01. A Report of the Correctional Service of Canada's Infectious Diseases Surveillance System*. In: CSC, ed. Ottawa: CSC, 2003.
39. Weilandt C, Stöver H, Eckert J, Grigoryan G: Anonymous survey on infectious diseases and related risk behaviour among Armenian prisoners and prison staff. *International Journal of Prisoner Health* 2007; 3(1): 17-27.
40. Babudieri S, Starnini G, Brunetti B, et al.: [HIV and related infections in Italian penal institutions: epidemiological and health organization note]. *Ann Ist Super Sanita* 2003; 39(2): 251-7.
41. Burattini M, Massad E, Rozman M, Azevedo R, Carvalho H: Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Rev Saude Publica* 2000; 34(5): 431-6.
42. Kallas EG, Varella D, Ceneviva AC, Castelo A: HIV Seroprevalence and Risk Factors in a Brazilian Prison. *Braz J Infect Dis* 1998; 2(4): 197-204.
43. Raufu A: Nigerian prison authorities free HIV positive inmates. *AIDS Analysis Africa* 2001; 12(1): 15.
44. Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV: HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis* 2007; 7(1): 32-41.
45. Hammett TM, Harmon MP, Rhodes W: The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. *American Journal of Public Health* 2002; 92(11): 1789-1794.
46. WHO/UNODC/UNAIDS: *Evidence for Action Technical Paper: Interventions to Address HIV in Prisons - Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies*. Geneva: WHO, 2007.
47. Irwin K, Borodkina O, Grund JP, Baranova M, Girchenko P, Heimer R: Imprisonment as a risk for HIV in the Russian Federation: evidence for change. 16th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Belfast, Northern Ireland, 2005.

48. Taylor A, Goldberg D, Emslie J, et al.: Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *BMJ* 1995; 310(6975): 289-92.
49. Yirrell DL, Robertson P, Goldberg DJ, McMenamin J, Cameron S, Leigh Brown AJ: Molecular investigation into outbreak of HIV in a Scottish prison. *BMJ* 1997; 314(7092): 1446-50.
50. MacDonald M: A Study of Health Care Provision, Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe. Finland: Heuni, 2005.
51. Mahon N: New York inmates' HIV risk behaviors: the implications for prevention policy and programs. *Am J Public Health* 1996; 86(9): 1211-5.
52. Hughes R: Illicit drug and injecting equipemnt markets inside English prisons: a qualitative study. *Journal of Offender Rehabilitation* 2003; 37(3/4): 47-64.
53. Taylor A, Goldberg D: Outbrak of HIV infection in a Scottish prison: why did it happen? *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1996; 2(3): 13-14.
54. Morrison A, Elliott L, Gruer L: Injecting-related harm and treatment-seeking behaviour among injecting drug users. *Addiction* 1997; 92(10): 1349-52.
55. Keppler K, Stöver H: [Transmission of infectious diseases during imprisonment - results of a study and introduction of a model project for infection prevention in Lower Saxony]. *Gesundheitswesen* 1999; 61(4): 207-213.
56. Haber PS, Parsons SJ, Harper SE, White PA, Rawlinson WD, Lloyd AR: Transmission of hepatitis C within Australian prisons. *Med J Aust* 1999; 171(1): 31-3.
57. O'Sullivan BG, Levy MH, Dolan KA, et al.: Hepatitis C transmission and HIV post-exposure prophylaxis after needle- and syringe-sharing in Australian prisons. *Med J Aust* 2003; 178(11): 546-9.
58. Keppler K, Nolte F, Stöver H: [Transmission of infectious diseases in prison: results of a study i nthe prison for women in Vechta, Lower Saxony, Germany]. *Sucht* 1996; 42(2): 98-107.
59. Des Jarlais DC: Structural interventions to reduce HIV transmission among injecting drug users. *AIDS* 2000; 14(Suppl 1): S41-6.
60. Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR, et al.: Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *JAMA* 1995; 274(15): 1226-31.
61. Friedman SR, de Jong W, Wodak A: Community development as a response to HIV among drug injectors. *AIDS* 1993; 7 Suppl 1: S263-9.
62. Drucker E, Lurie P, Wodak A, Alcabes P: Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV. *AIDS* 1998; 12(Suppl A): S217-30.
63. UNAIDS: AIDS epidemic update: December 2003. UNAIDS, 2003.
64. Drucker E: Drug prohibition and public health: 25 years of evidence. *Public Health Rep* 1999; 114(1): 14-29.
65. Lancet: Needle-exchange programmes in the USA: time to act now. *Lancet* 1998; 351(9096).
66. Des Jarlais D, Paone D, Friedman S, Peyser N, Newman R: Regulating controversial programs for unpopular people: methadone maintenance and syringe exchange programs [see comments]. *American Journal of Public Health* 1995; 85(11): 1577 - 84.
67. Des Jarlais DC, Marmor M, Paone D, et al.: HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet* 1996; 348(9033): 987-91.
68. Hagan H, Jarlais DC, Friedman SR, Purchase D, Alter MJ: Reduced risk of hepatitis B and hepatitis C among injection drug users in the Tacoma syringe exchange program. *American Journal of Public Health* 1995; 85(11): 1531-7.
69. Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L, Erringer EA, Edlin BR: The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study. *Aids* 2000; 14(5): 605-11.
70. Monterroso ER, Hamburger ME, Vlahov D, et al.: Prevention of HIV infection in street-recruited injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000; 25(1): 63-70.
71. Lurie P, Gorsky R, Jones TS, Shomphe L: An economic analysis of needle exchange and pharmacy-based programs to increase sterile syringe availability for injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998; 18 Suppl 1: S126-32.
72. National Academy of Sciences (Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries): Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: National Academies Press, 2006.

73. Strathdee SA, Celentano DD, Shah N, et al.: Needle-exchange attendance and health care utilization promote entry into detoxification. *J Urban Health* 1999; 76(4): 448-60.
74. Watters JK, Estilo MJ, Clark GL, Lorvick J: Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA* 1994; 271(2): 115-20.
75. Fisher DG, Fenaughty AM, Cagle HH, Wells RS: Needle exchange and injection drug use frequency: a randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 33(2): 199-205.
76. Normand J, Vlahov D, Moses I: Preventing HIV Transmission. The Role of Sterile Needles and Bleach. Washington DC. National Academy Press., 1995.
77. Bruneau J, Lamothe F, Franco E, et al.: High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. *American Journal of Epidemiology* 1997; 146(12): 994-1002.
78. Schechter MT, Strathdee SA, Cornelisse PG, et al.: Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users?: an investigation of the Vancouver outbreak. *Aids* 1999; 13(6): F45-51.
79. Stöver H, Nelles J: 10 years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: A review of different evaluation studies. *International Journal of Drug Policy* 2003; 14: 437-444.
80. Dolan K, Rutter S, Wodak AD: Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003; 98(2): 153-8.
81. Lines R, Jürgens R, Betteridge G, Stover H, Laticevski D, Nelles J: Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience. 2nd ed: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006.
82. Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo: Needle Exchange in Prison:Framework Program. In: Consumo MDIMDSy, ed. Madrid, October 2002.
83. Menoyo C, Zulaica D, Parras F: Needle exchange programs in prisons in Spain. *Can HIV AIDS Policy Law Rev* 2000; 5(4): 20-1.
84. Nelles J, Dobler-Mikola A, Kaufmann B: Provision of syringes and prescription of heroin in prison. The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün In: Nelles J, Fuhrer A, eds. *Harm Reduction in Prison*. Bern: Peter Lang, 1997; 239-262.
85. Stark K, Herrmann U, Ehrhardt S, Bienzle U: A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiol Infect* 2006; 134(4): 814-9.
86. Stöver H: Evaluation of needle exchange pilot project shows positive results. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 2000; 5(2/3): 60-64.
87. Jacob J, Stover H: The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons. *Int J Drug Policy* 2000; 11(5): 325-335.
88. Nelles J, Fuhrer A, Vincenz I: Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta. Schlussbericht. Berne: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, 1999.
89. Heinemann A, Gross U: Prevention of bloodborne virus infections among drug users in an open prison by vending machines. *Sucht* 2001; 47(1): 57-65.
90. Pintilei L: Harm reduction in prisons in the Republic of moldova. HIV/AIDS in Prisons in the Ukraine - From Evidence to Action: Prevention, Care, Treatment, and Support. Kiev, 2005.
91. Wolfe D: Pointing the Way: Harm Reduction in the Kyrgyz Republic. Bishekek: Harm Reduction Association of Kyrgyzstan Partners' network, 2005.
92. Dolan K, Rutter S, Wodak AD: Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003; 98(2): 153-8.
93. Lines R, Jürgens R, Betteridge G, Stöver H: Taking action to reduce injecting drug-related harms in prisons: The evidence of effectiveness of prison needle exchange in six countries. *International Journal of Prisoner Health* 2005; 1(1): 49 - 64.
94. Rutter S: Prison-Based Syringe Exchange Programs: A Review of International Research and Program Development. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre University of New South Wales, 2001.
95. Wood E, Tyndall MW, Spittal P, et al.: Needle exchange and difficulty with needle access during an ongoing HIV epidemic. *International J Drug Policy* 2002; 13(2): 95-102.

96. Nelles J, Fuhrer A: Drug and HIV prevention at the Hindelbank penitentiary: Abridged report of the evaluation results of the pilot project. Berne: Swiss Federal Office of Public Health, 1995.
97. Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner H, Harding T: Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *British Medical Journal* 1998; 317(7153): 270-273.
98. Meyenberg R, Stöver H, Jacob J, Pospeschill M: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag, 1999.
99. Lurie P, Gorsky R, Jones TS, Shomphe L: An economic analysis of needle exchange and pharmacy-based programs to increase sterile syringe availability for injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1998; 18(Suppl 1): S126-32.
100. Abdala N, Gleghorn AA, Carney JM, Heimer R: Can HIV-1-contaminated syringes be disinfected? Implications for transmission among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 28(5): 487-94.
101. World Health Organization: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Evidence for Action Technical Papers. Geneva: WHO, 2004.
102. McCoy CB, Rivers JE, McCoy HV, et al.: Compliance to bleach disinfection protocols among injecting drug users in Miami. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994; 7(7): 773-6.
103. Gleghorn AA, Doherty MC, Vlahov D, Celentano DD, Jones TS: Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994; 7(7): 767-72.
104. Carlson RG, Wang J, Siegal HA, Falck RS: A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users. *AIDS Educ Prev* 1998; 10(6): 523-32.
105. Dolan KA, Wodak AD, Hall WD: A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy. *Aust N Z J Public Health* 1998; 22(7): 838-40.
106. Dolan K, Hall, W., Wodak, A.: The provision of methadone in prison settings. In: Ward J, Mattick, R. P., Hall, W., ed. *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998; 379-396.
107. Hagan H, Thiede H: Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiology* 2003; 14(5): 628-9; author reply 629.
108. Macalino G, Hou J, Kumar M, Taylor L, Sumantera I, Rich J: Hepatitis C infection and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy* 2004; 15(2): 103-114.

Настоящий документ был первоначально написан Томасом Керром и Ральфом Юргенсом в 2004 году, а затем пересмотрен и дополнен в 2008 году Гленном Беттериджем и Ральфом Юргенсом.

Проект реализован при финансовой поддержке Правительства Канады через Канадское агентство международного развития.

Текст этой статьи размещен на сайте Канадской сети www.aidslaw.ca/ru. Распространение данного материала приветствуется, но данный текст не разрешается распространять за плату, а в качестве источника информации следует указывать Канадскую правовую сеть по ВИЧ/СПИДу.

Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу
тел. +1 416 595-1666
факс: +1 416 595-0094
эл. почта: info@aidslaw.ca

© Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2008