

# Поддерживающая терапия метадоном в исправительных учреждениях: 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 – 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 и демонстрируют, 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 принятия 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]

Существенная доля употребляющих инъекционные наркотики людей принимает наркотики в тюрьме - в нескольких странах об инъекциях в тюрьмах сообщают 50% или более людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Во всем мире уровень распространенности ВИЧ в популяциях заключенных, как правило, значительно выше, чем в широких слоях населения. [33-37] Распространенность ВИЧ среди заключенных в разных странах существенно различается, однако по сообщениям некоторых стран, распространенность ВИЧ среди заключенных составляет 10-25%. [38-42] 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». [43] В некоторых странах также обнаружена связь между лишением свободы и ВИЧ-инфекцией [44, 45], при этом стремительное распространение ВИЧ-инфекции было отмечено в ряде тюрем, в том числе в странах Восточной Европы и бывшего СССР. [6, 7, 13, 46-48] В Центральной Азии тюремное население называют «движущей силой» эпидемий туберкулеза и ВИЧ.

В тюрьмах высокий уровень инъекционного наркопотребления и ВИЧ-инфекции в сочетании с частой сменой тюремной популяции создают потенциал для быстрого и широкого распространения инфекционных заболеваний и других вредных последствий употребления наркотиков. Наряду с этим в тюрьмах существуют и уникальные возможности для лечения наркозависимости и для профилактики распространения инфекционных заболеваний среди большого числа неблагополучных граждан.

### **Меры, принимаемые для решения проблем наркопотребления и ВИЧ**

В большинстве регионов решение проблемы употребления инъекционных наркотиков основано главным образом на силовом подходе.[2] Однако несмотря на средства, затраченные на стратегию «нулевой терпимости» к наркотикам, достигнутые результаты минимальны. [49] С начала 1990-х гг. во многих странах возросли предложение наркотиков и спрос на них, повысилась степень чистоты наркотиков и снизилась их стоимость. [50]

К числу наиболее эффективных мер по предотвращению негативных социальных и медицинских последствий для лиц, употребляющих инъекционные наркотики,

относятся программы лечения наркозависимости. [51-53] Хотя универсальной методики лечения, которая была бы эффективной при любых обстоятельствах, не существует, исследования продемонстрировали благотворный эффект опиоидной заместительной терапии, программ детоксикации, программ «равный-равному» и других стратегий помощи. [54-56] Однако в большинстве стран спрос на услуги для наркозависимых значительно превышает предложение. [2, 57, 58]

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. В одном исследовании, где рассматривались регионы с большими популяциями употребляющих инъекционные наркотики, сделан вывод, что в некоторых городах распространённость ВИЧ среди употребляющих инъекционные наркотики удалось удержать на низком уровне благодаря следующим факторам: (1) осуществление мероприятий по профилактике ВИЧ на этапе, когда его распространённость еще относительно низка; (2) организация программ обмена шприцев; и (3) аутрич-работа с лицами, употребляющими инъекционные наркотики. [59] К числу других факторов, важных для решения проблемы распространения ВИЧ среди употребляющих инъекционные наркотики, относится наличие заместительной терапии (например, метадон, бупренорфин); вовлечение употребляющих инъекционные наркотики в деятельность по разработке и осуществлению лечебно-профилактических вмешательств и организация мероприятий таким образом,

чтобы обеспечить достаточный охват и гибкое реагирование на любое изменение рискованного поведения. [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 ситуациях неспособность быстро отреагировать на эпидемию ВИЧ-инфекции среди ПИН повлекла за собой возникновение генерализованной эпидемии, в ходе которой все больше членов общества, не принимающих инъекционные наркотики, инфицируются ВИЧ половым путем. [63]

Эффективные программы профилактики ВИЧ и лечения наркозависимости существуют, однако некоторые из них по-прежнему непопулярны среди отдельных политиков. [49] В некоторых странах такие программы не осуществляются в широком масштабе, несмотря на их активную поддержку со стороны научных и медицинских кругов. [64-66] К таким программам относится опиоидная поддерживающая терапия (ОПТ) с применением метадона и бупренорфина. Недавно Всемирная Организация Здравоохранения пришла к выводу, что медикаментозная терапия с применением метадона или бупренорфина является наиболее эффективной формой лечения опиоидной зависимости [53, 67], а в 2005 году выключила оба препарата в свой перечень жизненно необходимых лекарственных средств [68].

### **Поддерживающая терапия метадоном (ПТМ)**

Метадон - синтетический опиатный агонист длительного действия, он легко абсорбируется при пероральном употреблении, а период его полураспада составляет около 24-36 часов, что позволяет принимать его один раз в день. [69] Исследования показали, что метадон

успешно блокирует эффекты абстинентного синдрома и эйфории, которую вызывают опиоиды короткого действия. [70] В результате поддерживающая терапия метадоном (ПТМ) эффективно снижает основные виды риска, наносимого вреда и издержек, связанных с нелеченой зависимостью от опиатов, среди пациентов, которых удалось привлечь и удержать на ПТМ. [71, 72] Исследования также продемонстрировали, что применение ПТМ ведет к снижению и даже к отказу от употребления опиатов, [73-78] помимо снижения уровней преступности, безработицы и смертности. [73, 74, 79-84] ПТМ ассоциируется и со снижением уровней передачи ВИЧ и вирусных гепатитов. [81, 85-88] Некоторые исследования, посвященные изучению взаимосвязи между ПТМ и факторами риска ВИЧ-инфекции, продемонстрировали снижение рискованного поведения, в том числе совместного использования игл, числа половых партнеров, секса без презервативов и оказания сексуальных услуг в обмен на наркотики или деньги. [76, 89-92] ПТМ демонстрирует и высокую экономическую эффективность [84, 93-95] - каждый вложенный в ПТМ доллар США позволяет сэкономить 4-5 долларов. [96, 97]

### **Поддерживающая терапия метадоном эффективна при лечении зависимости от самодельных опиатов, изготавливаемых из мака**

Некоторые сомневаются в эффективности ПТМ для лечения лиц, зависимых, от самодельных опиатов (таких, например, как «черная» и «ханка», широко употребляемых в некоторых странах). Такие утверждения ничем не оправданы и не имеют под собой фармакологических оснований. ПТМ – опиатный агонист; его клиническое фармакологическое действие не является избирательным и не ограничено героином. Эффективность ПТМ

подтверждена исследованием, не выявившим никаких различий в исходах применения ПТМ для лечения лиц, употреблявших героин, и лиц, употреблявших другие опиоиды. [98]

### **Программы поддерживающей терапии метадон в тюрьмах**

В последние годы увеличилось число стран, применяющих ПТМ в тюрьмах. Программы ПТМ используются в уголовно-исполнительных системах большинства из 15 «старых» стран Евросоюза (ЕС) и в нескольких «новых» странах ЕС. Такие программы существуют и в других странах, в том числе в Австралии, Канаде, США, Иране и Индонезии. И наконец, в ряде уголовно-исполнительных систем стран Восточной Европы и бывшего СССР либо уже начаты, либо планируется начать программы ПТМ. [99-103] Эта тенденция соответствует рекомендациям нескольких авторитетных организаций о введении и расширении программ ПТМ в тюрьмах – к таким организациям относятся ВОЗ, Управлением ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. [103-105]

### **Аргументы в пользу проведения поддерживающей терапии метадон в тюрьмах**

В пользу проведения ПТМ в тюрьмах выдвигают несколько аргументов: [106]

- Во-первых, считается, что ПТМ должна предоставляться всем тем, кто получал ее до того, как попал в тюрьму. Этот момент особенно актуален в свете полученных данных о том, что люди, прекратившие получать ПТМ после заключения под стражу, часто возвращаются к употреблению наркотиков, как правило, уже в исправительных учреждениях и нередко инъекционным путем. [107]
- Во-вторых, ПТМ снижает рискованное инъекционное поведение среди заключенных, принимающих

инъекционные наркотики, и тем самым способствует сокращению распространения инфекционных заболеваний в тюрьмах.

- В-третьих, ПТМ способствует участию заключенных в программах лечения наркозависимости путем воздержания от наркотиков - как в тюрьме, так и после освобождения.
- В-четвертых, ПТМ снижает риск передозировок после освобождения из тюрьмы среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Исследования показывают, что сразу после освобождения существует повышенный риск передозировки с летальным исходом из-за снижения толерантности к опиатам. [108]
- В-пятых, ПТМ снижает вероятность рецидивов преступлений. Документальные свидетельства указывают на то, что применение ПТМ снижает вероятность участия в противоправной деятельности, в особенности среди недавно освободившихся заключенных. [79]

### **Оценка программ ПТМ в тюрьмах**

Оценки программ ПТМ в тюрьмах демонстрируют хорошие результаты, например:

- Все исследования тюремных программ ПТМ, уделяющие внимание инъекционному употреблению наркотиков в тюрьмах, показывают, что люди, ранее употреблявшие героин и другие опиаты, гораздо реже употребляют инъекционные наркотики в тюрьме, если получают ПТМ, чем лица, не получающие терапии. [109-115]
- Согласно данным рандомизированного контролируемого исследования, среди заключенных, участвующих в программе ПТМ, реже встречаются случаи совместного использования игл, чем в контрольной группе. [111]
- Среди лиц, ранее употреблявших героин в инъекциях, получение ПТМ в

тюрьме в течение значительного периода времени ассоциируется со снижением риска передозировок и смертности. [108, 115]

- Рандомизированное контролируемое исследование заключенных, принимающих ПТМ в сочетании с психологической помощью (в сравнении с группой заключенных, получавших стандартное психиатрическое лечение и неопиоидные агонисты), показало, что в ходе исследования существенно более высокое число заключенных, принимавших ПТМ, прекратили употреблять наркотики. В конце исследования число заключенных, продолжающих употреблять инъекционные наркотики, было выше на статистически значимую величину в группе, не принимавшей ПТМ. [112]
- ПТМ оказывает положительное влияние на институциональное поведение заключенных, делает их более управляемыми, сокращает попытки поиска наркотика и общую раздражительность, снижает случаи агрессивности и насилия, тем самым укрепляя безопасность в тюрьмах. [116-120]
- ПТМ снижает уровень рецидивов и повторного лишения свободы [108, 120-123], сокращает вероятность употребления наркотиков после освобождения. [124]
- Заключенные, принимающие ПТМ, более склонны обращаться за наркологическим лечением после освобождения, чем заключенные, не получавшие ПТМ либо получавшие метадон только для целей детоксикации. [125, 126]

### **Определяющие факторы успеха**

Следует обратить внимание на ряд особенностей, связанных с ПТМ и ее применением в тюрьмах. Оптимальные исходы лечения обычно ассоциируются с несколькими факторами, такими как

назначение достаточных доз метадона для снятия симптомов опиатного абстинентного синдрома, реальная доступность качественной психосоциальной помощи, продолжительность участия пациента в программе лечения и позитивное отношение к правилам программы ПТМ и к сотрудникам программы. [108, 110, 115, 119, 124, 127, 128]

### **Как предупредить опасность «утечки» метадона**

Иногда причиной нежелания администрации тюрем внедрять ПТМ является риск «утечки» клинически применяемого метадона и его нелегального употребления. Однако уголовно-исполнительные системы стран, использующих ПТМ, с успехом решили эту проблему, установив ряд обязательных правил для программ ПТМ. К примеру, в федеральных тюрьмах Канады назначение и применение метадона отделено от назначения и применения всех остальных лекарственных препаратов; метадон применяется только в тюремном медицинском центре; заключенным не разрешается проносить какие-либо емкости (например, чашки или целлофановые пакеты) в помещение, где выдается метадон; в это помещение заключенные допускаются строго по одному; каждый заключенный при входе показывает свою идентификационную карточку с фотографией; заключенный должен принять всю назначенную дозу метадона, выпить стакан воды и затем поговорить с медсестрой; не менее чем 20 минут после приема метадона за заключенными наблюдают, и все это время им не разрешается пользоваться туалетом. [129] В других уголовно-исполнительных системах приняты аналогичные подробные правила применения опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), в некоторых случаях с указанием конкретных мер

предупреждения «утечки» бупренорфина. [130]

### ***ПТМ более эффективна, чем другие формы лечения***

Приводятся и некоторые доводы против применения ПТМ в условиях тюрем. Некоторые противники этого подхода считают, что метадон лишь заменяет один психотропный препарат другим и не способствует личностному росту, необходимому для выхода из-под власти наркотиков. [131] Другие выступают против ПТМ из нравственных соображений, утверждая, что при такой терапии зависимость от одного наркотика сменяется зависимостью от другого.

Однако факты указывают на более высокую эффективность ПТМ по сравнению с методом детоксикации в части удержания пациентов в программе наркологического лечения и предупреждения употребления запрещенных наркотических средств. [54, 95] Принимая во внимание печальные последствия нелеченой опиатной зависимости, в том числе повышенный риск ВИЧ-инфекции [132], ограниченный выбор эффективной схемы лечения для опиатзависимых [87], а также тот факт, что метадоновая терапия является в настоящее время наиболее эффективной формой лечения зависимости от опиатов [88], становится ясно, что ПТМ может сыграть важную роль в деле снижения наносимого наркотиками вреда среди заключенных.

### ***Экономическая эффективность применения ОЗТ в тюрьмах***

Учитывая, что тюремные медицинские службы во многих развивающихся и переходных странах, включая страны Восточной Европы и бывшего СССР, испытывают трудности с финансированием, важно отметить, что ПТМ демонстрирует высокую экономическую эффективность в силу предупреждения целого ряда

нежелательных последствий, включая преступность и распространение ВИЧ. [84, 93, 95-97, 136] Проведенный недавно экономический анализ применения ПТМ в тюрьмах показал, что с точки зрения стоимости лечения метадон в тюрьмах обходится ничуть не дороже, чем вне тюрем. [137, 138]

### **Бупренорфин**

Бупренорфин начал применяться для лечения опиоидной зависимости сравнительно недавно. Бупренорфин - синтетический опиатный агонист длительного действия; он легко абсорбируется при пероральном употреблении, а период его полураспада составляет около 24-60 часов, что позволяет принимать его один раз в день. [139] По сравнению с метадоном бупренорфин вызывает менее выраженный седативный эффект, при этом снижая тягу к другим опиоидам и предотвращая абстинентный синдром, а также для него характерен эффект «потолка», т.е. при повышении дозы сверх определенного предела его действие как опиоидного агониста не усиливается. [139] В результате поддерживающая терапия бупренорфином (ПТБ), возможно, связана с меньшим риском, чем ПТМ, что способствует безопасности ОЗТ и ее доступности. [139]

ПТБ доступна лишь в небольшом числе тюрем в Австралии [140, 141] и в нескольких европейских странах. [102] Если документальных свидетельств о применении ПТБ в обычных условиях появляется все больше, то об использовании бупренорфина в тюрьмах известно пока мало. [142] Необходимы дополнительные исследования и адаптированные к тюремным условиям протоколы лечения с учетом контроля дозировок, предупреждения «утечек»

[142] и схем начала лечения пациента (индукции) бупренорфином.

### **Заключение**

Многие научные данные свидетельствуют о том, что поддерживающая терапия метадоном является наиболее эффективной из существующих программ лечения опиатной зависимости. Установлена связь между ПТМ и снижением рискованного поведения, употребления запрещенных наркотиков, криминального поведения, участия в секс-бизнесе, безработицы, смертности и передачи ВИЧ. Многие опасения, высказанные в отношении ПТМ, признаны необоснованными. В частности, оказалось, что ПТМ не препятствует прекращению употребления наркотиков. Напротив, факты указывают на более высокую эффективность ПТМ по сравнению с методом детоксикации в части удержания пациентов в программе наркологического лечения и отказа от употребления запрещенных наркотических средств.

Все больше программ ПТМ появляется в тюрьмах. Несмотря на споры и различия во мнениях, факты ясно показывают эффективность ПТМ как пути снижения нелегального употребления наркотиков и связанного с этим рискованного поведения. Оценка тюремных программ ПТМ неизменно демонстрирует благоприятные результаты, а именно, что ПТМ ассоциируется со значительным сокращением поведения, связанного с риском передачи ВИЧ (например, совместного использования шприцев), снижением употребления наркотиков и участия в наркоторговле внутри исправительного учреждения, а также повышенной вероятностью обращения за наркологическим лечением после освобождения. Имеющиеся данные также

свидетельствуют о положительном воздействии программ ПТМ в части снижения рецидивов преступлений и повторного лишения свободы. И наконец, исследования показывают, что ПТМ оказывает общее благоприятное воздействие на обстановку в тюрьме. Хотя поначалу нередко высказывалась тревога по поводу возможных угроз безопасности, вероятности агрессивного поведения и «утечки» метадона, эти проблемы либо вовсе не возникли, либо были успешно решены при создании программ ПТМ в тюрьмах.

С точки зрения охраны здоровья общества незамедлительное начало и широкое распространение программ ПТМ является приоритетным ответом на двойную эпидемию инъекционного наркопотребления и ВИЧ-инфекции среди заключенных. 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 и смертности среди наркозависимых заключенных. Кроме того, в отсутствие ПТМ может произойти дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции среди заключенных, употребляющих инъекционные наркотики, и тюремного населения в целом, что впоследствии угрожает 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 семьей, 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. Geneva: UNAIDS/WHO, 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. Koulierakis 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, Tchertkov 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. 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.
31. DiCenso A, Dias G, Gahagan J: *Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons, HIV, and Hepatitis C*. Toronto, ON: PASAN, 2003.
32. Frost L, Tchertkov V.: Prisoner risk taking in the Russian Federation. *AIDS, Education and Prevention* 2002; 14(Suppl B): 7-23.
33. Seaman SR, Bird SM, Brett RP: Historical HIV prevalence in Edinburgh Prison: a database-linkage study. *J Epidemiol Biostat* 2000; 5(4): 245-50.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. Raufu A: Nigerian prison authorities free HIV positive inmates. *AIDS Analysis Africa* 2001; 12(1): 15.
42. 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.
43. 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.
44. 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.
45. WHO/UNODC/UNAIDS: *Evidence for Action Technical Paper: Interventions to Address HIV in Prisons - Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies*. Geneva: WHO, 2007.
46. Taylor A, Goldberg D, Emslie J, et al.: Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *BMJ* 1995; 310(6975): 289-92.
47. 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.

48. 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.
49. Drucker E: Drug prohibition and public health: 25 years of evidence. *Public Health Rep* 1999; 114(1): 14-29.
50. Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, et al.: Impact of supply-side policies for control of illicit drugs in the face of the AIDS and overdose epidemics: investigation of a massive heroin seizure. *Cmaj* 2003; 168(2): 165-9.
51. Cartwright WS: Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment services. *Evaluation Review* 1988; 22(5): 609-636.
52. Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC, Walsh SL, Stitzer ML, Bigelow GE: A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *N Engl J Med* 2000; 343(18): 1290-7.
53. World Health Organization: Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Geneva: WHO, 2005.
54. Sees KL, Delucchi KL, Masson C, et al.: Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *Jama* 2000; 283(10): 1303-10.
55. Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, et al.: Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(6): 493-502.
56. Alford GS, Koehler RA, Leonard J: Alcoholics Anonymous-Narcotics Anonymous model inpatient treatment of chemically dependent adolescents: a 2-year outcome study. *J Stud Alcohol* 1991; 52(2): 118-26.
57. Rydell CP, Caulkins JP, Everingham SE: Enforcement or Treatment? Modeling the relative efficacy of alternatives for controlling cocaine. *Operations Research* 1996; 44(5): 687-695.
58. Wenger LD, Rosenbaum M: Drug treatment on demand--not. *Journal of Psychoactive Drugs* 1994; 26(1): 1-11.
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. Geneva: UNAIDS/WHO, 2003.
64. Des Jarlais DC, Paone D, Friedman SR, Peyser N, Newman RG: Regulating controversial programs for unpopular people: methadone maintenance and syringe exchange programs [see comments]. *American Journal of Public Health* 1995; 85(11): 1577-84.
65. Okie S: Sex, drugs, prisons, and HIV. *N Engl J Med* 2007; 356(2): 105-8.
66. Lancet: Needle-exchange programmes in the USA: time to act now. *Lancet* 1998; 351(9096).
67. World Health Organization: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva: WHO, UNODC, UNAIDS, 2004.
68. World Health Organization: Essential Medicines. WHO Model List. 14 ed. Geneva: WHO, 2005.
69. Lowinson J, Marion I, Joseph H, Dole V: Methadone maintenance. In: JH L, P R, RB M, eds. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 552-53.
70. Senay E, Uchtenhagen A: Methadone in the treatment of opioid dependence: A review of world literature. In: Arif A, Westermeyer J, eds. *Methadone Maintenance in the Management of Opioid Dependence*. New York: Prager, 1990.
71. Bertschy G: Methadone maintenance treatment: an update. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 1995; 245(2): 114-24.

72. Rosenbaum M, Washburn A, Knight K, Kelley M, Irwin J: Treatment as harm reduction, defunding as harm maximization: the case of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs* 1996; 28(3): 241-9.
73. Ball J, Ross A: *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services and Outcomes*. New York: Springer-Verlag, 1991.
74. Hubbard RL, Rachal, J. V., Craddock, S. G.: Treatment outcome prospective study (TOPS): client characteristics before, during, and after treatment. Washington: NIDA, 1984.
75. Strain EC, Bigelow GE, Liebson IA, Stitzer ML: Moderate- vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. *Jama* 1999; 281(11): 1000-5.
76. Sees KL, Delucchi KL, Masson C, et al.: Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial [see comments]. *Jama* 2000; 283(10): 1303-10.
77. Vanichseni S, Wongsuwan B, Choopanya K, Wongpanich K: A controlled trial of methadone maintenance in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV. *Int J Addict* 1991; 26(12): 1313-20.
78. Condelli WS, Dunteman GH: Exposure to methadone programs and heroin use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993; 19(1): 65-78.
79. Dole VP, Robinson JW, Orraca J, Towns E, Searcy P, Caine E: Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *N Engl J Med* 1969; 280(25): 1372-5.
80. Gearing F, Schweitzer M: An epidemiologic evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction. *American Journal of Epidemiology* 1974; 100(2): 101-12.
81. Newman RG, Whitehill WB: Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong. *Lancet* 1979; 2(8141): 485-8.
82. Newman RG, Peyser N: Methadone treatment: experiment and experience. *J Psychoactive Drugs* 1991; 23(2): 115-21.
83. Stenbacka M, Leifman A, Romelsjo A: The impact of methadone on consumption of inpatient care and mortality, with special reference to HIV status. *Substance Use & Misuse* 1998; 33(14): 2819-34.
84. Sheerin I, Green T, Sellman D, Adamson S, Deering D: Reduction in crime by drug users on a methadone maintenance therapy programme in New Zealand. *N Z Med J* 2004; 117(1190): U795.
85. Novick D, Joseph H, Croxson T: Absence of antibody to human immunodeficiency virus in long-term, socially rehabilitated methadone maintenance patients. *Archives of Internal Medicine* 1990; 150(1): 97-9.
86. Hartel DM, Schoenbaum EE: Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Rep* 1998; 113 Suppl 1: 107-15.
87. Metzger DS, Woody GE, McLellan AT, et al.: Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1993; 6(9): 1049-56.
88. Zangerle R, Fuchs D, Rossler H, et al.: Trends in HIV infection among intravenous drug users in Innsbruck, Austria. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1992; 5(9): 865-71.
89. Iguchi MY: Drug abuse treatment as HIV prevention: changes in social drug use patterns might also reduce risk. *Journal of Addictive Diseases* 1998; 17(4): 9-18.
90. Martin GS, Serpelloni G, Galvan U, et al.: Behavioural change in injecting drug users: evaluation of an HIV/AIDS education programme. *AIDS Care* 1990; 2(3): 275-9.
91. Watkins KE, Metzger D, Woody G, McLellan AT: High-risk sexual behaviors of intravenous drug users in- and out-of-treatment: implications for the spread of HIV infection. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1992; 18(4): 389-98.
92. Wells EA, Calsyn DA, Clark LL, Saxon AJ, Jackson TR: Retention in methadone maintenance is associated with reductions in different HIV risk behaviors for women and men. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 1996; 22(4): 509-21.
93. Zaric GS, Barnett PG, Brandeau ML: HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *American Journal of Public Health* 2000; 90(7): 1100-11.
94. Barnett PG: The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 1999; 94(4): 479-88.

95. Masson CL, Barnett PG, Sees KL, et al.: Cost and cost-effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched 180-day methadone detoxification. *Addiction* 2004; 99(6): 718-26.
96. *Medicine 10: Treating drug problems, vol 1: A study on the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems.* Washington: Institute of Medicine, 1990.
97. Swan N: Long-term benefits of methadone treatment. Washington: NIDA, 1994.
98. Brands B, Blake J, Sproule B, Gourlay D, Busto U: Prescription opioid abuse in patients presenting for methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend* 2004; 73(2): 199-207.
99. Sibbald B: Methadone maintenance expands inside federal prisons. *Cmaj* 2002; 167(10): 1154.
100. Byrne A, Dolan K: Methadone treatment is widely accepted in prisons in New South Wales. *Bmj* 1998; 316(7146): 1744-5.
101. Goldberg D, Taylor A, McGregor J, Davis B, Wrench J, Gruer L: A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? *Int J STD AIDS* 1998; 9(1): 25-30.
102. Stöver H, Hennebel L, Casselmann J: Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices if substitution in prisons in 18 European countries. London: The European Network of Drug Services in Prison., 2004.
103. WHO/UNODC/UNAIDS: Evidence for Action Technical Paper: Interventions to Address HIV in Prisons - Drug Dependence Treatments. Geneva: WHO, 2007.
104. United Nations Office on Drugs and Crime: HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment, and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response. New York: UNODC/WHO/UNAIDS, 2006.
105. World Health Organization: WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva: WHO, 1993.
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. Shewan D, Gemmell M, Davies JB: Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons. *Soc Sci Med* 1994; 39(11): 1585-6.
108. Dolan KA, Shearer J, White B, Zhou J, Kaldor J, Wodak AD: Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction* 2005; 100(6): 820-8.
109. Dolan K, Hall W, Wodak A: Methadone maintenance reduces injecting in prison. *BMJ* 1996; 312(7039): 1162.
110. Dolan KA, Wodak AD, Hall WD: Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug Alcohol Rev* 1998; 17(2): 153-8.
111. Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD: A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug Alcohol Depend* 2003; 72(1): 59-65.
112. Bayanzadeh S: A study of the effectiveness of psychopharmacological intervention in reducing harm/high risk behaviours among substance user prisoners. 2004.
113. Heimer R, Catania H, Newman RG, Zambrano J, Brunet A, Ortiz AM: Methadone maintenance in prison: evaluation of a pilot program in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend* 2006; 83(2): 122-9.
114. Heimer R, Zambrano J, Brunet A, Ortiz A, Catania H, Newman R: Methadone Maintenance in a Men's Prison in Puerto Rico: A Pilot Program. *Journal of Correctional Health Care* 2005; 11: 295-305.
115. Boguñá J: Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison. In: O'Brien O, ed. *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison.* London: Cranstoun Drug Services, 1997; 68-70.
116. Wale S, Gorta A: Views of inmates participating in the pilot pre-release Methadone Program., In: *Services.* RaSDNDoC, ed., 1987.
117. Hume S, Gorta A: Views of key personnel involved with the administration of the NSW prison methadone program. Process evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. In: *Research and Statistics Division NSWDoCS,* ed. Sydney, 1988.
118. Herzog C, Fasnacht M, R. S, Ladewig D: Methadone substitution as an AIDS-preventive measure in the prison environment. *European Symposium on drug addiction and AIDS.* Siena, Italy, 1993.

119. Magura S, Rosenblum A, Lewis C, Joseph H: The effectiveness of in-jail methadone maintenance. *Journal of Drug Issues* 1993; 23(1): 75-99.
120. Johnson S, van de Ven J, Gant B: Institutional Methadone Maintenance Treatment: Impact on Release Outcome and Institutional Behaviour Ottawa: Correctional Service Canada, 2001.
121. Levasseur L, Marzo JN, Ross N, Blatier C: [Frequency of re-incarcerations in the same detention center: role of substitution therapy. A preliminary retrospective analysis]. *Ann Med Interne (Paris)* 2002; 153(3 Suppl): 1S14-9.
122. Bertram S, Gorta A: Views of recidivists released after participating in the NSW prison methadone program and the problems they faced in the community. Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. In: Research and Statistics Division NSWDoCS, ed., vol Publication no 21. Study No 8. . Sydney, 1990.
123. Tomasino V, Swanson A, Nolan J, Shuman H: The Key Extended Entry Program (KEEP): A Methadone Treatment Program for Opiate-Dependent Inmates. *Mount Sinai Journal of Medicine* 2001; 68(1): 14 - 20.
124. Mitchell O, Wilson DB, MacKenzie DL: Systematic review protocol. The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior. Campbell Collaboration, Criminal Justice Review Group., 2005.
125. Magura S, Rosenblum A, Lewis C, Joseph H.: The effectiveness of in-jail methadone maintenance. *Journal of Drug Issues* 1993; 23: 75-99.
126. Kinlock TW, Battjes RJ, Schwartz RP: A novel opioid maintenance program for prisoners: preliminary findings. *J Subst Abuse Treat* 2002; 22(3): 141-7.
127. Bellin E, Wesson J, Tomasino V: High dose methadone reduced criminal recidivism in opiate addicts. *Addiction Research* 1999; 7(1): 19 - 29.
128. Metzger DS, Navaline H, Woody GE: Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Rep* 1998; 113 Suppl 1: 97-106.
129. Correctional Service Canada: Specific Guidelines for Methadone Maintenance Treatment. 2003.
130. State of Victoria: Victoria Prison Opioid Substitution Therapy Program: Clinical and Operational Policy and Procedures. Office of the Correctional Services Commissioner, 2003.
131. Jürgens R: HIV/AIDS in Prisons: Final Report. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 1996.
132. Fischer B, Gliksman L, Rehm J, Daniel N, Medved W: Comparing opiate users in methadone treatment with untreated opiate users: results of a follow-up study with a Toronto opiate user cohort. *Can J Public Health* 1999; 90(5): 299-303.
133. Morgan O, Griffiths C, Hickman M: Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993-2004. *Int J Epidemiol* 2006; 35(6): 1579-85.
134. Fischer B, Rehm J, Kirst M, et al.: Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *Eur J Public Health* 2002; 12(3): 228-34.
135. Gibson D, NM NF, McCarthy J: Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999; 13(14): 1807-18.
136. Barnett PG, Zaric GS, Brandeau ML: The cost-effectiveness of buprenorphine maintenance therapy for opiate addiction in the United States. *Addiction* 2001; 96(9): 1267-78.
137. Warren E, Viney R, Shearer J, Shanahan M, Wodak A, Dolan K: Value for money in drug treatment: economic evaluation of prison methadone. *Drug Alcohol Depend* 2006; 84(2): 160-6.
138. Warren E, Viney R: An Economic Evaluation of the Prison Methadone Program in New South Wales. Sydney: Centre for Health Economics Research and Evaluation, University of Technology Sydney, 2004.
139. Srivastava A, Kahan M: Buprenorphine: a potential new treatment option for opioid dependence. *CMAJ* 2006; 174(13): 1835.
140. Black E, Dolan K, Wodak A: Supply, Demand and Harm Reduction Strategies in Australian Prisons: Implementation, Cost and Evaluation. A report prepared for the Australian National Council on Drugs. Sydney: Australian National Council on Drugs, 2004.
141. Shearer J, Wodak A, K D: The Prison Opiate Dependence Treatment Trial. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre., 2004.

142. Larney S, Mathers B, Dolan K: Illicit drug treatment in prison: Detoxification, drug-free units, therapeutic communities and opioid substitution treatment. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 2006.

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](http://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](mailto:info@aidslaw.ca)

© Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2008