

ЗДОРОВЬЕ, УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ



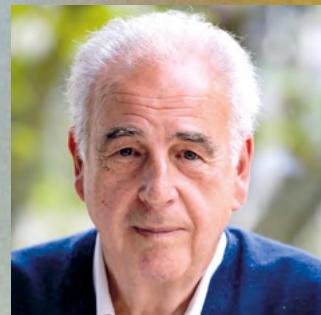
ВИТЯНИС АНДРЮКАЙТИС

Специальный представитель
ВОЗ в Европейском регионе;
бывший комиссар ЕС
по вопросам здоровья
и безопасности пищевых
продуктов, Литва



ПАВЕЛ БЕМ

экс-мэр Праги; бывший глава
отдела наркополитики Чешской
Республики; член Глобальной
комиссии по наркополитике



МИШЕЛЬ КАЗАЧКИН

бывший исполнительный директор
Глобального фонда для борьбы со СПИДом,
туберкулезом и малярией; старший науч-
ный сотрудник Высшего института между-
народных исследований и исследований
в области развития, Швейцария; член
Глобальной комиссии по наркополитике



**АЛЕКСАНДР КВАСЬНЕВСКИЙ,
(ПРЕДСЕДАТЕЛЬ)**

бывший президент Республики
Польша, член Глобальной
комиссии по наркополитике



НАТАЛЬЯ НИКИТЕНКО

Бывший депутат парламента
Кыргызстана. Член
социалистической партии
«Ата мекен» с 2010 года.



АНДРИС ПИЕБАЛГС

бывший комиссар
ЕС по вопросам
развития; профессор
Института Европейского
университета, Латвия



ЕЛЕНА ПИНЧУК

основатель Фонда
Елены Пинчук, Украина



ЭЛЬВИРА СУРАБАЛДИЕВА

экс-заместитель премьер-
министра по социальным
вопросам, Кыргызстан



ВЛАДИМИР ТИМОШЕНКО

украинский правоохранитель,
государственный деятель, ученый.
Профессор, доктор юридических наук,
Академик Академии политических
наук. Генерал-лейтенант.
Государственный служащий 1-го ранга

СОДЕРЖАНИЕ:

Исполнительное резюме	4
Аббревиатуры	7
1. Контекст: тюремы в странах ВЕЦА	8
Здоровье и употребление наркотиков	8
Учреждения уголовного правосудия в странах ВЕЦА	9
2. Употребление наркотиков и последствия среди тюремного населения	11
Распространение наркотиков и криминальная субкультура	11
3. Проблемы здоровья людей, употребляющих наркотики в тюрьме	17
Общее состояние здоровья	17
Инфекционные заболевания	19
Коморбидность психиатрического здоровья	19
Потребности женщин в охране здоровья	21
4. Меры здравоохранения и социальная поддержка для решения проблем с наркотиками в тюрьмах	22
Политики и регулирующие меры	22
Доступность лечения наркозависимости	26
Проблемы и соображения	27
Будущие направления	29
Выводы	33
Ссылки	34

ИСПОЛНИТЕЛЬНОЕ РЕЗЮМЕ:

В данном отчете рассматриваются взаимосвязанные проблемы употребления наркотиков и тюремного заключения, а также их влияние на состояние здоровья в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) с особым акцентом на людей, употребляющих наркотики инъекционно. В странах ВЕЦА наблюдаются одни из самых высоких показателей лишения свободы в мире, что в значительной степени связано с криминализацией употребления наркотиков. Жесткая политика приводит к непропорционально высокому уровню лишения свободы среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, что создает серьезные проблемы для общественного здоровья, включая распространение ВИЧ, гепатита С и туберкулеза. В данном отчете обобщены ключевые данные по региону, изучены эффективные меры и изложены стратегические рекомендации по улучшению показателей здоровья в учреждениях уголовного правосудия.

В странах ВЕЦА отмечается один из самых высоких в мире уровней лишения свободы, особенно за преступления, связанные с наркотиками. В частности, в Украине один из самых высоких уровней лишения свободы в Европе. Эпидемия ВИЧ в странах ВЕЦА тесно связана с жесткой криминализацией употребления опиоидов, что, в свою очередь, ведет к высокому уровню употребления наркотиков инъекционно среди заключенных, в результате чего тюремы становятся очагами распространения ВИЧ, гепатита С и туберкулеза.

Условия содержания в тюрьмах стран ВЕЦА являются сложными, что усугубляет риск для здоровья заключенных, особенно тех, кто уже подвержен инфекционным заболеваниям. Высокая численность заключенных, переполненность тюрем, неадекватная инфраструктура здравоохранения и хроническое недофинансирование способствуют плохим условиям жизни и распространению инфекционных заболеваний. Медицинские услуги, особенно по профилактике и лечению ВИЧ, не соответствуют необходимым стандартам, и тюремы по-прежнему остаются критическим местом для борьбы с эпидемией ВИЧ.

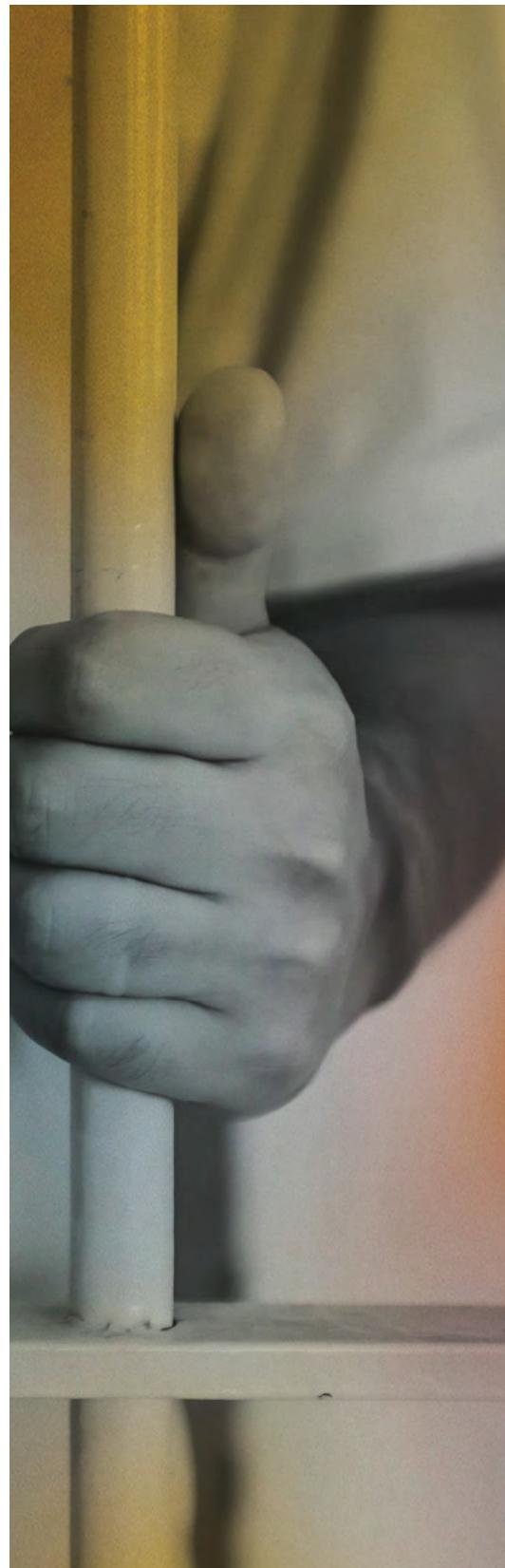


Криминальная субкультура в тюрьмах стран ВЕЦА играет значительную роль в формировании эффективности мер по общественному здравоохранению, таких как терапия опиоидными агонистами (ОАТ). Непринятие метадоновой терапии и стигма, связанная с употреблением наркотиков среди заключенных, указывают на необходимость учитывать социальную динамику при внедрении программ ОАТ. Для преодоления этих барьеров и повышения охвата лечением важно учитывать взаимосвязь между тюремными администрациями, медицинскими работниками и неформальными лидерами среди заключённых.

Терапия опиоидными агонистами (ОАТ) признана наиболее экономически эффективной стратегией лечения опиоидной зависимости и профилактики новых случаев ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА. При расширении масштабов ОАТ снижает риск передачи ВИЧ и повышает вовлеченность в каскад лечения ВИЧ-инфекции. Несмотря на данные, подтверждающие эффективность ОАТ, ее распространение идет медленно: лишь в нескольких странах ВЕЦА были созданы программы, в основном в виде pilotных проектов. Необходимо устраниć социальные и институциональные барьеры на пути внедрения ОАТ с целью повышения доступности и охвата.

Успешная интеграция программ ОАТ как в тюремную систему, так и в сообщество в целом имеет решающее значение. Важно обеспечить плавный переход от лишения свободы к уходу в сообщество, где продолжение лечения позволит предотвратить рецидивы, передозировки и дальнейшую передачу ВИЧ. Такие стратегии, как подход SET-R (скрининг, вовлечение, лечение, удержание), демонстрируют потенциал для расширения программ ОАТ, однако их необходимо адаптировать к местным условиям для повышения эффективности.

В отчете подчеркивается важность стратегий, направленных на сокращение числа заключенных, таких как условно-досрочное освобождение и пробация, для снижения высокого уровня лишения свободы за правонарушения, связанные с наркотиками. Эти стратегии должны подкрепляться эффективными услугами ОАТ на уровне сообщества, чтобы обеспечить непрерывность лечения и свести к минимуму риск повторного совершения преступления. Разработка мер, согласующих цели общественного здравоохранения и общественной безопасности, имеет решающее значение для успешного сокращения количества осужденных в местах лишения свободы и реабилитации.



ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Криминальная субкультура:

Устраниить влияние криминальной субкультуры в тюрьмах путем реализации стратегий, учитывающих культурные особенности, и развития сотрудничества между тюремной администрацией и неформальными лидерами. Это поможет снизить сопротивление ОАТ и другим программам профилактики ВИЧ.

2. Расширение масштабов ОАТ:

Расширить доступ к ОАТ как в тюрьмах, так и в сообществах, что имеет решающее значение для борьбы с эпидемией ВИЧ и снижения распространенности расстройств, связанных с употреблением опиоидов. Подход SET-R следует адаптировать для улучшения результатов и обеспечения беспрепятственного перехода от тюремного заключения к уходу в сообществе.

3. Клиническая независимость и расширение возможностей здравоохранения:

Необходимо уделять первостепенное внимание клинической независимости, с целью повышения эффективности ОАТ. Медицинские работники, особенно наркологи, должны получить возможность рассматривать ОАТ как законный метод лечения зависимости, а не просто как средство профилактики ВИЧ.

4. Декарцерация и реинтеграция:

Осуществлять политику декарцерации в сочетании с эффективными программами ОАТ на уровне сообщества, чтобы сократить численность заключённых и обеспечить их успешную реинтеграцию в общество. Этот процесс должен учитывать приоритеты как общественного здравоохранения, так и общественной безопасности.



АББРЕВИАТУРЫ:

УИС	Уголовно-исполнительная система
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
МОЗ	Минздрав (Министерство здравоохранения)
Минюст	Министерство юстиции
ОАТ	Терапия опиоидными агонистами
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
SET-R	Скрининг, оценка, лечение, удержание
СИЗО	Следственный изолятор
АРТ	Антиретровирусная терапия
ВГС	Вирус гепатита С
ВГВ	Вирус гепатита В
ТБ	Туберкулётз

1. КОНТЕКСТ: ТЮРЬМЫ В СТРАНАХ ВЕЦА

ЗДОРОВЬЕ И УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

Тюремное заключение и употребление наркотиков взаимосвязаны во всем мире.¹ Наркотики, их употребление и тюремное заключение пересекаются по нескольким направлениям. Люди могут отбывать наказание за нарушения законов о наркотиках, за преступления, связанные с употреблением наркотиков, или за преступления, не связанные с употреблением наркотиков, несмотря на то, что они являются потребителями наркотиков. На самом деле вероятность совершения преступления у людей, употребляющих наркотики, в восемь раз выше.^{2,3}

Эта взаимосвязь между лишением свободы и употреблением наркотиков особенно заметна в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), где употребление наркотиков строго криминализировано, что приводит к высоким показателям лишения свободы (5 из 10 с наибольшим показателем в мире)⁴ и концентрации ошеломляющего количества людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), страдающих от опиоидной зависимости (82%) и ВИЧ (18%) в учреждениях уголовного правосудия.^{5,6}

Эпидемия ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА в основном сосредоточена среди ЛУИН, на долю которых приходится 56% новых случаев ВИЧ-инфекции^{7,8} с высокой распространностью ВИЧ среди ЛУИН (7,3-53,4%).⁹ ЛУИН в этом регионе в основном употребляют опиоиды (82%), а также некоторые стимуляторы. В то время как заболеваемость и смертность от ВИЧ снизились во всем мире,¹⁰ в странах ВЕЦА эти показатели продолжают расти,¹⁰ в основном из-за недостаточной профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.^{5,11}

Хотя концентрация людей, живущих с ВИЧ и страдающих опиоидным расстройством, в тюрьмах повышает риск передачи ВИЧ, она также предоставляет возможность для профилактики ВИЧ с помощью терапии опиоидными агонистами (ОАТ). Расширение масштабов ОАТ в странах ВЕЦА является наиболее экономически эффективной и действенной стратегией¹² для профилактики новых ВИЧ-инфекций, в сочетании с антиретровирусной терапией (АРТ).¹³ При адекватном расширении масштабов ОАТ контролирует эпидемию ВИЧ как за счет первичной, так и вторичной профилактики (повышение вовлеченности на протяжении всего каскада лечения ВИЧ).^{14,15} Несмотря на то, что биоповеденческие исследования в тюрьмах показывают низкий охват АРТ и высокую распространность ВИЧ, гепатита С и ТБ, только в трех странах ВЕЦА применяется

ОАТ, в основном в виде пилотных исследований.^{5,6} Расширение масштабов ОАТ было сложной задачей в странах ВЕЦА, где отмечались серьезные социальные барьеры для ОАТ в тюрьмах, в том числе сочетание организационных и межличностных факторов, подкрепленных глубоко укоренившейся криминальной субкультурой.¹⁶⁻²¹ Понимание этих влияний имеет ключевое значение для понимания и решения ОАТ в системе уголовного правосудия, что остается сложной задачей.²²

УЧРЕЖДЕНИЯ УГОЛОВНОГО ПРАВОСУДИЯ В СТРАНАХ ВЕЦА

Условия содержания в тюрьмах стран ВЕЦА крайне суровы, что усугубляет проблемы со здоровьем у людей, поступающих из сообщества уже будучи уязвимыми. Высокие показатели лишения свободы, особенно за правонарушения, связанные с наркотиками, и недостаточная инфраструктура для содержания большого количества заключенных приводят к плохим условиям жизни и значительным рискам для их здоровья, включая распространение инфекционных заболеваний, таких как туберкулез.^{23,24} Кроме того, хроническое недофинансирование мешает качественному управлению тюремами и предоставлению медицинской помощи заключенным, что ведет к циклу ухудшения условий и неэффективной реабилитации.²⁵

В странах ВЕЦА один из самых высоких уровней лишения свободы в мире, поскольку жесткая криминализация употребления, хранения и поставки наркотиков приводит к высоким показателям лишения свободы среди ЛУИН. В Украине один из самых высоких уровней лишения свободы в Европе из-за жесткой криминализации употребления наркотиков.¹ До начала войны России с Украиной в 2014 году ЛУИН составляли почти треть тюремного населения.^{26,27} Однако с тех пор численность заключенных значительно сократилась, и, хотя доступ к лечению улучшился, с того момента среди заключенных не проводилось репрезентативного национального биоповеденческого исследования, а существующая национальная статистика, скорее всего, занижает данные о ВИЧ и об употреблении наркотиков в местах лишения свободы.² Системы уголовного правосудия в странах ВЕЦА различаются по уровню надзора (Министерство внутренних дел или Министерство юстиции), кадровому составу, наполненности и распространенности среди заключенных ЛУИН, ВИЧ, гепатита С и ТБ.⁶ Однако система уголовного правосудия является сложной, включая полицейский арест, большое количество задержанных до суда без вынесения приговора (в странах ВЕЦА это СИЗО) и длительное пребывание в тюрьмах²⁸.

COVID-19 в тюрьмах стран ВЕЦА

Внешние факторы также значительно повлияли на состояние здоровья в тюрьмах региона ВЕЦА. Пандемия COVID-19 привела к увеличению рисков для здоровья и создала значительные материально-технические трудности в борьбе со вспышками в условиях замкнутого и переполненного тюремного пространства. Меры по борьбе с распространением вируса часто приводили к ограничению передвижения и доступа к внешним службам поддержки, что негативно сказывалось на психическом и физическом здоровье заключенных. COVID-19 вызвал

серьезные логистические проблемы и пагубные последствия для здоровья заключенных в тюрьмах. Кроме того, возросло употребление амфетамина, а также участились случаи перенаправления метадона из государственных программ ОАТ.²⁹ Пандемия выявила серьезные системные проблемы, такие как нехватка персонала (включая медицинских работников), подчеркнув важность внедрения эффективной кадровой политики для решения таких проблем, как низкая заработка и неадекватные условия труда как для гражданского, так и для тюремного персонала. В то же время произошли и неожиданные позитивные изменения, которые позволили сократить количество протоколов и продемонстрировали потенциал для повышения гибкости. Например, Кыргызская Республика в качестве меры безопасности в условиях COVID впервые разрешила выдачу доз на дом, а Украина снизила требования к пациентам ОАТ и улучшила эффективность работы персонала.³⁰

Полномасштабное вторжение России в Украину

Полномасштабное вторжение России в Украину значительно ухудшило условия содержания людей, употребляющих наркотики в тюрьмах, усугубив ситуацию перемещением и увеличив количество заключенных, что создает нагрузку на и без того ограниченные тюремные ресурсы. Правозащитники сообщают о повышении уровня смертности в тюрьмах, расположенных на временно оккупированных территориях Украины.³¹, кроме того, эти проблемы усугубляются нарушением логистических цепочек и ужесточением мер безопасности. В связи с этим международное сообщество призывает предпринять конкретные действия по защите благополучия уязвимых групп населения, в частности ЛУИН³²⁻³⁴ и заключенных.^{35,36}

Важно отметить, что война в России поставила под угрозу метадоновую и бупренорфиновую программы, которые позволяют переломить ход эпидемии ВИЧ. Закрытие метадоновых клиник после незаконной аннексии Крыма Россией в 2014 году оставило 800 человек без необходимого лечения, что привело к рецидивам употребления опиоидов, самоубийствам и смертельным передозировкам.^{37,38} Программы ОАТ были закрыты из-за запрета России на это жизненно важное лечение на оккупированных территориях, включая тюрьму в Запорожье, где программа была остановлена после вторжения. Хотя некоторые люди переехали и вновь получили доступ к метадону, ситуация в стране остается критической из-за нависшей угрозы дальнейших запретов. Люди в оккупированных тюрьмах были насилием депортированы в Россию, потеряв доступ к лечению туберкулеза, АРТ и ОАТ.³ Российские оккупанты начали преследовать пациентов ОАТ, подвергая их конфискации лекарств и принудительному труду.³⁹ Перемещение людей из оккупированных тюрем в тюрьмы западной Украины, где они менее связаны с местными наркосетями и криминальной субкультурой, привело к увеличению числа участников метадоновых программ,²⁰ подчеркивая потенциал войны для разрушения социальных сетей и создания новых возможностей для внедрения ОАТ.

Эта ситуация демонстрирует насущную необходимость комплексного ответа Запада, рассматривающего угрозу со стороны России для мира как неотложную проблему общественного здравоохранения, особенно с учетом возможного распространения российских репрессивных мер в отношении ЛУИН на фоне продолжающихся конфликтов в Молдове и Грузии. Ответ Запада должен включать тесное сотрудничество с украинскими партнерами для разработки стратегии расширения ОАТ в тюрьмах, включая возвращение заключенных, которые были насилием депортированы, и обеспечение бесперебойных поставок ключевых медикаментов. Кроме того, международное сообщество должно оказывать давление на Россию с целью возвращения заключенных в Украину и обеспечения их доступа к лечению от ТБ и ВИЧ, а также к ОАТ.

2. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И ПОСЛЕДСТВИЯ СРЕДИ ТЮРЕМНОГО НАСЕЛЕНИЯ

РАСПРОСТРАНЕНИЕ НАРКОТИКОВ И КРИМИНАЛЬНАЯ СУБКУЛЬТУРА

Как и во всех тюрьмах мира, незаконные наркотики проникают в пенитенциарные учреждения по разным каналам. Коррумпированные сотрудники могут способствовать их проникновению, тайно пронося наркотики в обмен на взятки. Посетители также играют значительную роль, часто используя изощренные и скрытые методы, для обхода мер безопасности. Кроме того, заключенные могут получать наркотики через контрабандные каналы, организованных преступными сообществами.^{40,41}

Однако в регионе ВЕЦА механизмы употребления и распространения наркотиков в тюрьмах тесно переплетаются со стилем управления тюрьмой, часто отражающим наследие коллективистского самоуправления заключенных советских времен.²¹ Система неформального управления, основанная на принципах криминальной субкультуры, возникает в ответ на низкий уровень кадрового обеспечения, ресурсов и коррупции в официальных тюремных администрациях, что существенно влияет на нелегальное распространение наркотиков и государственные программы медикаментозного лечения опиоидного расстройства.^{21,42-44} Анализ различных случаев в Кыргызской Республике, Молдове и Украине показывает, как иерархические общества заключенных и неформальные структуры управления формируют практику употребления наркотиков и реакцию на программы метадоновой терапии, подчеркивая сложное взаимодействие между формальными и неформальными тюремными властями. Растущий объем социологических исследований описывает, как употребление наркотиков и использование метадона впоследствии разделяются по иерархическим линиям субкультуры заключенных в тюремном обществе.^{17,20,21,45-49}

В Кыргызской Республике официальная тюремная администрация ввела программу лечения метадоном в 2008 году, создав уникальный прецедент в регионе. Благодаря этой программе Кыргызская Республика стала одной из немногих стран, предлагающих метадоновую терапию в тюрьмах (и единственной страной в Центральной Азии).⁵⁰ Эта инициатива сместила роль неформального управления заключенных с расширения коммерческих рынков наркотиков



Фото: FREE ZONE

на поддержание порядка в тюремном сообществе. В результате неформальные лидеры из числа заключенных установили ежемесячный ритуал бесплатной раздачи метадона во всех тюрьмах, причем ежедневно в обмен на работу. Ранее раздача героина, которой раньше руководили заключенные, превратилась в форму взаимопомощи, укрепляющую неформальный социальный порядок и правила криминальной субкультуры.^{20,42,48,51} В отличие от конкурентных рыночных механизмов, распространение героина в тюрьмах Кыргызстана стало общинной деятельностью, способствующей социальной сплоченности, утверждающей легитимность неформального правительства и представляющей серьезную проблему для контролируемой государством программы метадоновой поддержки.²¹

В Молдове употребление наркотиков в тюрьмах происходит по иерархическому принципу. Заключенные с высоким статусом употребляют субутекс (бупренорфин), а заключенные с более низким статусом – стимуляторы. В отличие от Кыргызстана, нелегальный рынок наркотиков в Молдове приносит прямой доход неформальным властям. Неформальные тюремные авторитеты в Молдове распространяют наркотики во время организованных игорных мероприятий, где участники получают субутекс и алкоголь, а неоплаченные игорные долги приводят к тяжелым последствиям. По данным интервью, около половины заключенных в одной из кишиневских тюрем употребляют наркотики, причем 70% из них используют опиоиды, такие как субутекс, метадон или фентаниловые пластиры. Тюремная администрация полагается на неформальных лидеров в предоставлении основных услуг, что приводит к хрупкому балансу сил и соблюдению официальными властями неформальных правил в отношении употребления наркотиков.

Как в Кыргызской Республике, так и в Молдове употребление наркотиков в тюрьмах строится по иерархическому принципу: представители среднего класса (Мужики) употребляют героин в Кыргызской Республике и субутекс в Молдове, в то время как представители низшего класса в обеих странах в основном используют метадон и другие доступные вещества. В отличие от Кыргызской Республики, в Молдове заключенные с более высоким статусом употребляют опиоиды и занимаются распространением наркотиков, что отражает снижение морального кодекса, который традиционно запрещал подобное поведение. Кроме того, в Молдове для всех заключенных существует строгий запрет на использование стимуляторов.

В Украине исследования совпадают с другими данными, указывающими на то, что уголовный кодекс запрещает употребление наркотиков, что осуществляется через остракизм со стороны представителей высших каст. Общество заключенных явно иерархично, и употребление наркотиков отражает это разделение. Однако наблюдается переход к западным моделям управления тюрьмами, что снижает влияние неформальных властей и изменяет традиционные социальные структуры. Несмотря на это, употребление наркотиков среди заключенных значительно варьируется в зависимости от таких факторов, как нахождение в учреждениях, контролируемых государством, или в учреждениях, контролируемых заключенными; последние позволяют более строго соблюдать уголовный кодекс. В некоторых тюрьмах, независимо от касты, наркотики могут быть доступны через персонал, тогда как в других тюрьмах заключенные высшей касты менее склонны к употреблению из-за соблюдения неписаных правил криминальной субкультуры, а заключенные низшей касты имеют больше свободы для употребления. Ситуация с наркотиками в Украине заметно динамична и зависит от недавних реформ правительства, огромных размеров страны и регионального разнообразия, продолжающихся атак России и внедрения метадоновой терапии, что может изменить структуру потребления наркотиков.

В Кыргызской Республике, Молдове и Украине употребление наркотиков в тюрьмах распределено по иерархическим линиям: заключенные среднего класса употребляют героин в Кыргызстане, субутекс – в Молдове, а метадон недавно появился в Украине, но был встречен с недоверием. В отличии от Кыргызстана, в Молдове заключенные более высокого статуса употребляют опиоиды и занимаются распространением наркотиков, что свидетельствует о снижении морального кодекса, запрещающего такое поведение, в то время как в Украине воровской кодекс строго следит за соблюдением запрета на наркотики для заключенных высшей касты. Заключенные низшего класса как в Кыргызстане, так и в Молдове в основном употребляют метадон и другие доступные вещества, при этом в Молдове действует жесткий запрет на стимуляторы. В Украине, несмотря на переход к западным моделям управления тюрьмами и ослабление власти неформальных авторитетов, употребление наркотиков по-прежнему тесно связано с иерархией, причем заключенные низших каст имеют больше свободы в этом вопросе.

Закономерности употребления наркотиков

Между употреблением наркотиков и лишением свободы существует циклическая взаимосвязь. Наркотическая зависимость часто приводит к преступному поведению, что влечет за собой тюремное заключение. В тюрьмах продолжение употребления наркотиков усугубляет проблемы со здоровьем и мешает реабилитации. После освобождения цикл часто возоб-

новляется, и ранее заключенные снова начинают злоупотреблять веществами и совершать преступления.⁴⁰ Этот цикл подчеркивает необходимость комплексного лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также поддержки, как «системы бесперебойного предоставления услуг», которые интегрируют лечение зависимостей на всех этапах взаимодействия с системой уголовного правосудия, включая доступ к медицинским услугам после освобождения и возвращения в сообщество.⁵²

Исследования и опросы показывают высокую распространенность употребления наркотиков среди заключенных в регионе ВЕЦА. ЛУИН составляют более трети заключенных в странах ВЕЦА, а в некоторых странах региона этот показатель может достигать 50-80%.⁵³⁻⁵⁵ С 2012 по 2016 год исследовательская группа Йельского университета провела в Азербайджане, Украине, Молдове и Кыргызской Республике выборочные биоповеденческие исследования, документирующие употребление наркотиков, что позволило получить национальные репрезентативные научно обоснованные данные об употреблении наркотиков среди заключенных. В Кыргызской Республике 35,4 % участников сообщили, что в течение жизни употребляли наркотики инъекционно.⁵⁵ Распространенность, скорее всего, гораздо выше, поскольку около половины заключенных инфицированы гепатитом С – вирусом, который обычно распространяется при инъекционном употреблении наркотиков. В Азербайджане распространность инъекционного употребления наркотиков в течение жизни также составляла 30%, а в Украине – почти половину всех людей, находящихся в тюрьмах.^{53,56}

Фото: FREE ZONE



Несмотря на скучность глобальных данных, инъекционное употребление наркотиков в тюрьмах, по-видимому, широко распространено и представляет собой серьезную проблему. Сбор точных данных об употреблении наркотиков инъекционно в тюрьмах затруднен, поскольку предоставление такой информации может уличить заключенных в преступлении, что приведет к возможным уголовным обвинениям или дисциплинарным взысканиям.⁵⁷ Из-за трудностей с выяснением запрещенных практик в условиях заключения большинство исследований по инъекционному употреблению наркотиков в тюрьмах являются ретроспективными.

Многие люди прекращают употреблять и вводить наркотики инъекционно, находясь в тюрьме. Однако некоторые заключенные могут начать употреблять наркотики или изменить способ их введения, если их предпочтительное вещество недоступно.⁵⁸ Люди, употребляющие наркотики инъекционно, как правило, вводят их реже в тюрьме,⁵⁹ но риск передачи ВИЧ значительно выше, чем в сообществах из-за совместного использования дефицитного стерильного инъекционного оборудования.⁴⁰

В выборке недавно освободившихся из тюрьмы в Украине людей с диагнозом ВИЧ (56,8%) сообщили об употреблении наркотиков инъекционно внутри тюрьмы, из них 40 человек (74,1%) использовали общее инъекционное оборудование.³⁵ Опиоиды оказались наиболее употребляемыми наркотиками в течение 30 дней, предшествовавших лишению свободы (73,7%), однако стимуляторы также были распространены. В Кыргызской Республике представилась редкая возможность изучить практику инъекционного употребления наркотиков среди заключенных. 30% случайно отобранных людей, находящихся в тюрьме, сообщили, что хотя бы раз в жизни вводили наркотики инъекционно в местах лишения свободы, причем более трети из них начали употреблять наркотики инъекционно именно в тюрьме. Подавляющее большинство – 86% – всех заключенных, употребляющих наркотики инъекционно, заявили, что продолжали делать это в тюрьме. Эти сведения согласуются с данными, полученными в других местах лишения свободы.^{60,61} Политика, запрещающая программы снижения вреда, плохое обследование на ВИЧ и низкий уровень охвата антиретровирусной терапией⁶² приводят к совместному использованию инъекционного оборудования⁶³ и могут усугублять передачу ВИЧ и гепатита С.^{53,55,62}

Несмотря на наличие эффективных программ профилактики ВИЧ-инфекции, таких как поддерживающая метадоновая терапия и программы снижения вреда в тюрьмах, в Кыргызской Республике по-прежнему высокий уровень внутритюремного инъекционного употребления наркотиков, включая начало инъекционного употребления в тюрьме и совместное использование инъекционного оборудования, что потенциально повышает риск передачи ВИЧ и гепатита С. В соответствии с мировыми данными, в тюрьмах отмечается более высокий уровень совместного использования оборудования по сравнению с сообществом, что подчеркивает исключительную важность постоянного использования услуг снижения вреда, таких как программы по обмену игл и шприцев, на протяжении всего срока лишения свободы и в процессе реинтеграции в общество. Несмотря на то, что программы по обмену игл и шприцев и метадоновая терапия доступны в Кыргызской Республике уже более десяти лет, исследования показали, что инъекции наркотиков и совместное использование оборудования продолжаются, указывая на то, что, несмотря на применение этих услуг, практика инъекций остается широко распространенной. Необходимы качественные исследования, чтобы выяснить социальные причины, по которым люди не пользуются программами, несмотря на их доступность.

Одна из причин, объясняющих продолжение инъекций наряду с лечением метадоном, была выявлена в ходе качественных исследований: в тюрьмах Кыргызстана инъекции других веществ (не опиоидов) в сочетании с лечением метадоном были обычным явлением. Пациенты, получающие метадон, часто прибегали к инъекциям толченых таблеток Димедрола (дифенгидрамина или Бенадрила), безрецептурного антигистаминного препарата, запрещенного в тюрьме, чтобы испытать эйфорию. По словам участников исследования, инъекции димедрола были связаны с серьезными проблемами физического и психического здоровья, включая психоз и кожные инфекции, а также с социальным понижением в тюремной иерархии. Видимые шрамы от инъекций димедрола укрепили мнение о вредности метадона, что привело к предпочтению героина перед метадоном среди заключенных.⁴⁷

Период после освобождения из тюремы является критическим, с повышенным риском рецидивов и передозировок. Бывшие заключенные, часто возвращающиеся в ту же среду, которая способствовала их первоначальному употреблению наркотиков, сталкиваются с серьезными финансовыми и социальными проблемами, что приводит их к повторному инъекционному употреблению наркотиков. Отсутствие поддержки и непрерывного ухода, особенно ОАТ, усугубляет риск смертельных передозировок вскоре после выхода на свободу. Люди, освободившиеся из тюрем в этом регионе, сталкиваются со значительной стигмой, и в результате быстро возобновляют употребление наркотиков, формируют новые сети для инъекционного употребления и часто становятся мишенью для полиции.⁶⁴ Исследование, проведенное в Украине, показывает, что риск в тюрьмах оказывает влияние и за пределами заключения. После освобождения модели прогнозируют, что риск внутри тюремы способствует распространению ВИЧ и туберкулеза и в сообществе. Исследование, опубликованное журналом *Lancet*, указывает, что предоставление ОАТ 50% заключенным, употребляющим наркотики инъекционно в Украине, и обеспечение продолжения лечения в течение 12 месяцев после освобождения является наиболее эффективной стратегией для снижения заболеваемости ВИЧ на национальном уровне в ближайшие 15 лет, что подчеркивает значительное влияние непрерывной, научно обоснованной ОАТ.⁶

Фото: FREE ZONE

3. ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ В ТЮРЬМЕ

Люди, употребляющие наркотики в тюрьме, сталкиваются с целым рядом проблем со здоровьем, которые оказывают серьезное влияние на их благополучие во время заключения и после него.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:

Понимание синдемической природы хронических заболеваний в местах лишения свободы имеет решающее значение для разработки целевых вмешательств, направленных на улучшение состояния здоровья заключенных.⁶⁵ Взаимосвязанное и взаимно усиливающее воздействие таких факторов, как лишение свободы, социальные проблемы, психические заболевания, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, и инфекционные болезни, приводит к значительному ухудшению здоровья заключенных. Люди, употребляющие наркотики, часто поступают в тюрьму с уже подорванным здоровьем, которое дополнитель-но ухудшается из-за стрессовой среды заключения и сопутствующих заболеваний. Синдемии, представляющие собой совокупность взаимосвязанных и усиливающих друг друга проблем, обусловленных социальными детерминантами здоровья, усугубляют такие явления, как сочетание хронических заболеваний (например, гипертонии), ко-инфекция туберкулезом и ВИЧ, а также высокая распространенность психических расстройств, что снижает приверженность пациентов к терапии, включая антиретровирусное (АРВ) и противотуберкулезное лечение.⁶⁶ Например, у заключенных, страдающих депрессией, вероятность наличия сопутствующего расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, в 1,6 раза выше по сравнению с теми, у кого депрессия отсутствует.⁶⁷ Поэтому существует необходимость в комплексных медицинских вмешательствах для эффективного удовлетворения этих сложных медицинских потребностей.

Модели интегрированного ухода, которые создают «единую точку доступа» для лечения зависимости, инфекционных заболеваний, доконтактной профилактики ВИЧ и услуг здравоохранения, были рекомендованы для лиц, недавно освободившихся из тюрем или условно осужденных, с целью улучшения общего состояния здоровья, включая снижение распространенности инфекционных заболеваний.⁶⁸ Исследование, проведенное среди 296 человек, употребляющих наркотики инъекционно в Украине, показало, что те, кто получал интегрированное медицинское обслуживание, имели значительно более высокие показатели качества этого обслуживания и с большей вероятностью обращались за помощью по сравнению с теми, кто получал разрозненное лечение.⁶⁹ Улучшение здоровья групп населения, связанных с уголовным правосудием, зависит от эффективного выявления потребностей в медицинской помощи, предоставления качественного обслуживания в местах лишения свободы и интеграции тюремных медицинских услуг в более широкую систему здравоохранения в сообществе.⁵²

Фото: Александр Гляделов/MSF



ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Заболеваемость и смертность от ВИЧ продолжают расти в странах ВЕЦА, несмотря на снижение этих показателей в мире,⁷⁰ что в значительной степени обусловлено недостаточной профилактикой и лечением ВИЧ.^{5,71} Высокая распространенность ВИЧ среди заключенных и широко распространенное совместное использование инъекционного оборудования создают в тюрьмах ВЕЦА среду повышенного риска заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися через кровь. Очень важно решить проблему карательной наркополитики и отсутствия эффективного лечения зависимости или снижения вреда в тюрьмах, чтобы уменьшить передачу ВИЧ и лечить наркозависимость. Имеющиеся данные свидетельствуют о риске передачи ВИЧ половым партнерам, что может привести к генерализованной эпидемии⁷².

В Украине, по оценкам, в 2020 году в подконтрольных правительству районах насчитывалось 317 000 человек, употребляющих наркотики инъекционно, при распространенности ВИЧ в 19%. При этом наблюдается постепенное снижение уровня распространенности ВИЧ среди этой группы.⁴⁹ Последнее национально репрезентативное биоповеденческое исследование, проведенное в 2012 году, показало распространенность ВИЧ среди тюремного населения на уровне 19,8%, однако численность заключенных значительно сократилась, а показатели тестирования и лечения улучшились.^{5,27} Согласно данным правительенного тестирования 2018 года, распространенность ВИЧ составила 6,7%. Более трети людей, употребляющих наркотики инъекционно в Украине, согласно последнему раунду интегрированного биоповеденческого исследования (IBBS), сообщили о том, что они в течение жизни подвергались заключению, при этом более половины из них употребляли наркотики в тюрьме.⁶

По данным последнего раунда национальных репрезентативных биоповеденческих исследований в Центральной Азии и на Кавказе, проведенных около десяти лет назад: в Азербайджане уровень распространенности ВИЧ в тюрьмах составлял 3,7%, ВГС – 38%, сифилиса – 3,7% и ВГВ – 2,7%. Кроме того, почти три четверти людей знали о своем ВИЧ-статусе. Почти половина лиц, находящихся в заключении в Кыргызской Республике, сдали анализ на ВГС, 10% также сдали анализ на ВИЧ и 6% – на ВГВ.⁵⁵ Более того, каскад лечения ВИЧ в Казахстане,⁷³ Кыргызской Республике⁷⁴ и Таджикистане⁷⁵ в целом включает низкий уровень выявления случаев, назначения АРТ и вирусной супрессии. Охват ОАТ также низок и составляет всего 0,2%, 4,6% и 2,8% для 120 500, 25 000 и 22 500 человек, употребляющих наркотики инъекционно, соответственно. В связи с изменениями в составе заключенных, в лечении и тестировании на инфекционные заболевания, а также в доступе к услугам по снижению вреда настоятельно рекомендуется провести новый раунд подобных биоповеденческих исследований.

КОМОРБИДНОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ:

расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и психические расстройства пересекаются среди людей в тюрьмах; половина людей с психическими расстройствами имеют сопутствующие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.⁶⁶ Многие

люди обращаются к наркотикам в качестве механизма преодоления нелеченых психических расстройств, а длительное злоупотребление психоактивными веществами может усугубить или ускорить проблемы с психическим здоровьем. Депрессия, тревожные расстройства и посттравматическое стрессовое расстройство широко распространены среди заключенных, употребляющих наркотики, и выше, чем в общей популяции, что требует применения комплексных подходов к лечению, направленных на борьбу как с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, так и с психическими расстройствами.^{76,77} В тюрьмах по всему миру высокий уровень психических расстройств повышает риск инфекционных заболеваний,^{78,79} связанный с неприверженностью к АРТ,⁸⁰ и снижением уровня вирусной супрессии ВИЧ.^{79,81,82} Однако услуги по охране поведенческого здоровья в тюрьмах недостаточно масштабны, чтобы удовлетворить потребности заключенных, употребляющих наркотики. Систематический обзор выявил наилучшие доказательства в отношении когнитивно-поведенческой терапии и терапии, основанной на методе осознанности⁸³, а метаанализ показал, что в исследованиях до и после вмешательства, основанных на методе осознанности, снижается уровень употребления психоактивных веществ⁸⁴ в тюрьмах.

За последнее десятилетие глобальные усилия в области психического здоровья часто обходили вниманием страны ВЕЦА, что указывает на острую необходимость увеличения финансирования и фокусировки на эффективном решении проблем психического здоровья в регионе⁸⁵.

С 1990 по 2019 годы в странах ВЕЦА количество коек общей психиатрии сократилось на 33,8%, в то время как койки судебно-психиатрической экспертизы увеличились на 24,7%, а койки в специализированных жилых учреждениях – на 12,0%. Одновременно с этим количество заключенных увеличилось на 36,0%, особенно в странах с низким уровнем дохода и странах бывшего Советского Союза.⁸⁶ Увеличение количества заключенных наряду с сокращением количества психиатрических коек вызывает обеспокоенность по поводу институционализации лиц с психическими расстройствами в рамках системы уголовного правосудия в регионе. Тюрьмы зачастую не приспособлены для оказания надлежащей психиатрической помощи, что приводит к ухудшению состояния таких людей и усугубляет проблему переполненности и неадекватного психиатрического обслуживания в исправительных учреждениях.

До полномасштабного вторжения половина всех людей в Украине, употребляющих наркотики инъекционно, соответствовала клиническим критериям большого депрессивного расстройства.^{87,88} Война, вероятно, усугубила эти условия. ОАТ – лучший научно обоснованный метод лечения опиоидного расстройства для ЛУИН,⁸⁹ однако такие факторы, как психологический дистресс и продолжающееся употребление наркотиков, являются двумя основными причинами прекращения приема ОАТ. Отказ от лечения имеет крайне негативные последствия, поскольку повышает вероятность передозировки в 3,2 раза,⁹⁰ увеличивает психологический дистресс и суицид в 5 раз, а также повышает риск передачи ВИЧ на 59%.⁸⁹ Таким образом, психологический дистресс от полномасштабного вторжения имеет особенно тяжелые последствия для людей, принимающих ОАТ, особенно в отсутствие предоставления научно обоснованных услуг по охране психического здоровья и психологической поддержки.

ПОТРЕБНОСТИ ЖЕНЩИН В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ:

женщины в тюрьмах, употребляющие наркотики, сталкиваются с особыми проблемами со здоровьем и уязвимостью, требующими специализированного внимания, включая проблемы репродуктивного здоровья, осложнения беременности и повышенный риск сексуального насилия.⁹¹ Во всем мире среди женщин в тюрьмах распространность ВИЧ и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ выше, чем среди мужчин, однако они чаще получают неадекватное лечение.⁹² Медицинская помощь для женщин в тюрьмах должна уделять приоритетное внимание подходу, основанному на учете травм, услугам по охране репродуктивного здоровья и поддержке выживших после насилия на гендерной почве.

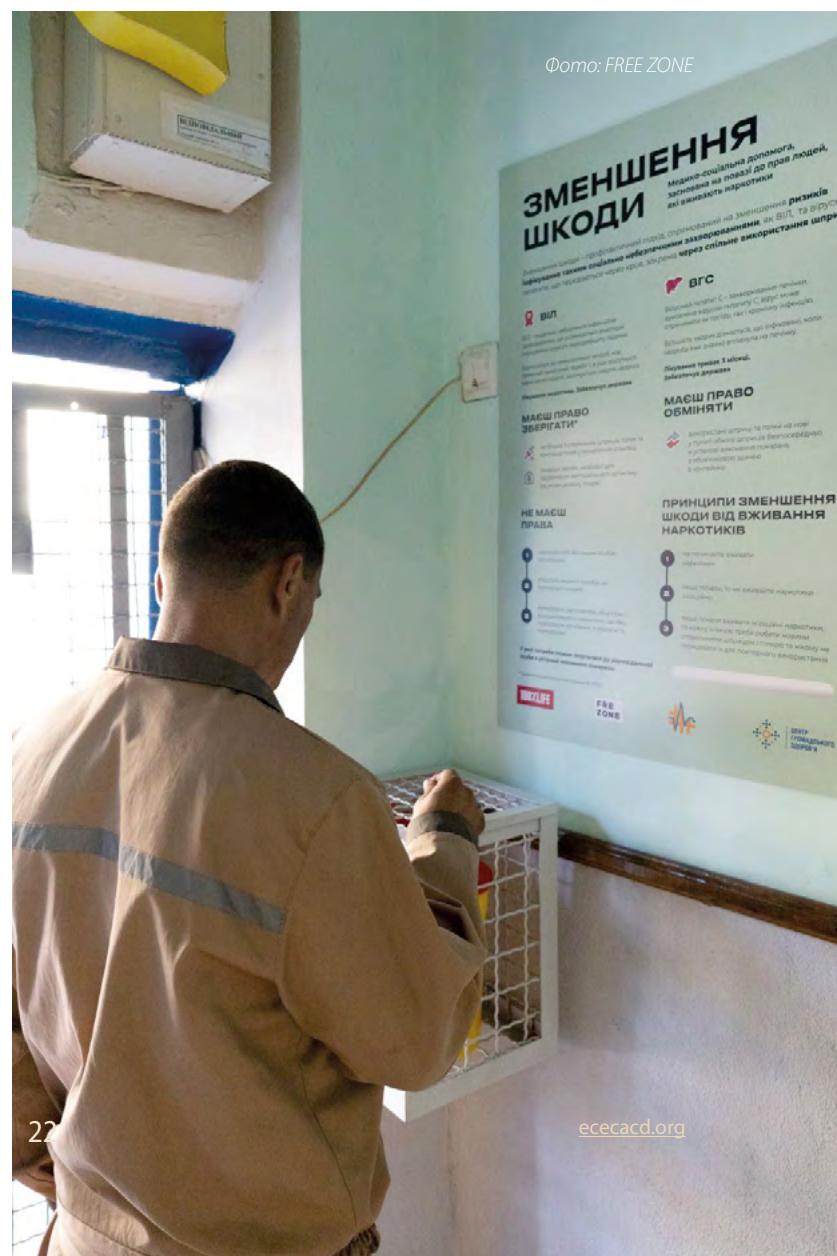
В исследовании с участием 220 заключенных женщин из Азербайджана, Кыргызстана и Украины, отмечалась более высокая распространность ВИЧ среди них по сравнению с мужчинами как в тюрьмах, так и в сообществе. Многие женщины сообщали о ранее перенесенных расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ и психическими заболеваниями, включая расстройства, связанные с инъекционным употреблением наркотиков и алкоголем. У половины участниц наблюдались симптомы тревоги и депрессии. Среди тех, чей анализ на ВИЧ был положительным (11,8%), значительная часть имела низкие показатели CD4 и минимальный доступ к антиретровирусной терапии. В Украине отмечен самый высокий уровень распространности ВИЧ (88,5%) и повышенный уровень гепатита С. В Кыргызстане отмечен более высокий уровень сифилиса среди заключенных женщин по сравнению с Азербайджаном и Украиной.⁹³



4. МЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ С НАРКОТИКАМИ В ТЮРЬМАХ

ПОЛИТИКИ И РЕГУЛИРУЮЩИЕ МЕРЫ:

Страны ВЕЦА унаследовали систему здравоохранения «Семашко», характеризующуюся многоуровневой сетью специализированных услуг с региональным управлением по принципу «сверху вниз», которая испытывает трудности с внедрением доказательных практик. Несмотря на серьезные социально-экономические и политические преобразования последних 30 лет, системы здравоохранения в этих регионах остаются жесткими, плохо финансируемыми и иерархическими, что создает уникальные проблемы для современного оказания медицинской помощи.^{98,99} Примечательно, что лишь некоторые страны, такие как Кыргызская Республика и Молдова, скорректировали свои системы, а Украина ввела новую национальную систему здравоохранения в 2019 году, отдав приоритет амбулаторной помощи на основе успешной



интеграции метадона в первичную помощь.¹⁰⁰ Уникальные проблемы, с которыми приходится сталкиваться в этой среде, в том числе в тюрьмах, что в значительной степени наблюдалось в Украине, включают отсутствие традиций использования доказательных практик, иерархические и авторитарные структуры подчинения, отсутствие или устаревшие руководства или протоколы лечения, плохой доступ к новой информации и низкий уровень командной работы (т.е. сотрудничества).¹⁰¹⁻¹⁰⁶ Одно исследование из ВЕЦА предполагает, что интеграция между специальностями и повышенное внимание к уходу, ориентированному на пациента, являются решающими для изменений,¹⁰⁷ а другое исследование из Латвии предполагает, что командная работа (т.е. сотрудничество) является важнейшим результатом для учреждений, переходящих от системы «Семашко» на новые.¹⁰⁸ Прочие исследования показывают, что наличие влиятельного лидера перемен, который выступает за системные преобразования в здравоохранении, может быть наиболее эффективным элементом для улучшения процесса.^{102,103}

Организация тюремного здравоохранения имеет решающее значение для обеспечения справедливых результатов в области здравоохранения и решения проблем общественного здоровья, особенно в странах ВЕЦА из-за унаследованных от прошлого самоуправлений и недоверия между тюремным персоналом и заключенными. Механизмы оказания медицинской помощи в тюрьмах часто выходят за рамки общих систем здравоохранения, что приводит к усилению неравенства в сфере здравоохранения для лиц, находящихся в заключении, по

Фото: Александр Худотеплый /AFP/Getty



сравнению с населением. Такое разделение создает значительные проблемы для эффективного тестирования, лечения и профилактики ВИЧ. Охрана здоровья заключенных неразрывно связана с охраной здоровья населения, что делает интеграцию тюремного здравоохранения с общественным здравоохранением необходимой для достижения целей лечения и профилактики ВИЧ. Однако единая стратегия для европейских тюрем пока не разработана. Принцип «эквивалентности медицинской помощи», который существует уже почти четыре десятилетия, выступает за то, чтобы люди, находящиеся в заключении, получали такое же медицинское обслуживание, как и население в целом. Интеграция управления тюремным здравоохранением в министерства здравоохранения может повысить независимость специалистов и качество медицинской помощи, а в странах ВЕЦА – увеличить количество случаев применения ОАТ за счет отделения медицинского персонала от недоверчивых тюремных чиновников. Например, в Украине тюремное здравоохранение передано в ведение Министерства юстиции, а в Молдове ведутся переговоры о передаче юрисдикции Министерству здравоохранения. Необходимо провести дополнительные исследования, чтобы разработать дорожную карту для такого перехода, изучив опыт таких стран, как Италия и Франция, которые уже интегрировали тюремное здравоохранение в свои министерства здравоохранения.¹⁰⁹ Несмотря на логистические проблемы, такие организации, как ВОЗ, ООН и Совет Европы, поддерживают идею интеграции тюремного здравоохранения в национальную систему здравоохранения. Растущий консенсус говорит в пользу интеграции тюремной медицины в общую систему здравоохранения, что может положительно сказаться на результатах лечения пациентов, эффективности работы медицинских учреждений, снижении затрат и улучшении непрерывности медицинской помощи.^{110,111} Эффективная интегрированная помощь в тюрьмах стран ВЕЦА должна включать комплексные услуги по лечению инфекционных заболеваний, наркозависимости и психического здоровья.

Региональная политика сильно различается: несмотря на высокую распространенность ВИЧ в тюрьмах, правовая база в странах ВЕЦА часто не соответствует стандартам в области прав человека в части обеспечения доступа к научно обоснованным услугам по лечению зависимости и ВИЧ в рамках системы уголовного правосудия. Региональные политики значительно отличаются друг от друга: Молдова, Армения и Кыргызская Республика предлагают ОАТ на протяжении всего срока лишения свободы, в то время как Грузия, Литва, Латвия, Эстония и Украина предоставляют ее при поступлении в полицейский изолятор с контролируемой отменой опиоидов. Напротив, в Беларуси, Азербайджане, Таджикистане и Казахстане эта терапия ограничена рамками сообщества, а в России, Узбекистане и Туркменистане ее вообще не предлагают. Такие расхождения в законодательных предписаниях приводят к неравномерному распределению медицинской помощи. В Украине недавние изменения в национальной наркополитике улучшили доступ к лечению зависимости и программам снижения вреда, включая отмену требований о двух неудачных попытках “детокса” перед началом ОАТ и разрешение на лечение в различных медицинских учреждениях, в том числе в тюрьмах, наряду с приемом доз на дому после шести месяцев трезвости.^{100,112,113}

В 2016 году системы уголовного правосудия стран ВЕЦА ввели пробацию, чтобы перевести людей с ВИЧ или с высоким риском заражения ВИЧ в общественные учреждения, создав новые точки соприкосновения для профилактики ВИЧ в условиях, еще не связанных с ОАТ.



Фото: Мстислав Чернов, AP

ДОСТУПНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ:

Более 50 лет исследований подтверждают, что ОАТ с использованием поддерживающей терапии метадоном или бупренорфином является наиболее эффективным методом лечения опиоидной зависимости.^{114,115} ОАТ снижает уровень инъекций наркотиков, преступности, передачи ВИЧ и вируса гепатита С, передозировок и психологического дистресса, а также повышает качество жизни, трудоустройство, отношения и вовлеченность в лечение ВИЧ.^{89,116} Более того, ОАТ в тюрьмах и программы по обмену игл и шприцев снижают уровень инъекций и обмена инъекционным инвентарем в тюрьмах.¹¹⁷ Расширение масштабов ОАТ является наиболее эффективной стратегией профилактики ВИЧ-инфекции для ЛУИН, страдающих опиоидной зависимостью,¹¹⁸ однако в странах ВЕЦА применение данной терапии остается неоптимальным.¹³ В большинстве стран Западной Европы масштабы ОАТ в настоящее время превышают 50%, однако индивидуальные, клинические, медицинские и структурные факторы часто препятствуют расширению этих программ в странах ВЕЦА, что подчеркивает необходимость совершенствования стратегий внедрения. Например, по сравнению с другими странами, непрерывный процесс оказания помощи при ВИЧ в Центральной Азии является самым плохим в мире, в основном из-за неоптимального охвата ОАТ, а в тюрьмах данный охват еще ниже или просто отсутствует.^{119,120} Амбициозные цели ЮНЭЙДС 95-95-95 не могут быть достигнуты в ВЕЦА, если ОАТ не будет расширен должным образом, в том числе в учреждениях уголовного правосудия, что значительно улучшит непрерывный процесс оказания помощи при ВИЧ в странах ВЕЦА.^{15,121}

В регионе ВЕЦА ОАТ внедрялась в основном для профилактики ВИЧ, а не для лечения зависимости от опиоидов, как того требовали внешние финансирующие организации,¹²² и это наследие все еще сохраняется. ОАТ трудно воспринимать как лечение зависимости, поскольку мифы и негативные стереотипы о ней распространены как среди пациентов, так и среди медицинских работников,^{19,123-128} а внутритюремный режим может препятствовать расширению масштабов ОАТ.^{47,129-132}

ОАТ должны назначать наркологи (специалисты по лечению зависимостей) в специализированных лечебных центрах, которые в основном лечат опиоидное расстройство в наркологических больницах, где приоритет отдается детоксикации и консультированию, что в большинстве случаев неэффективно. ОАТ, преимущественно амбулаторное лечение, не соответствует системе здравоохранения «Семашко», в которой преобладают стационарные услуги. Внедрение ОАТ в этом регионе было затруднено тем, что исполнители (наркологи) не воспринимали ОАТ как лечение и «выздоровление», но были вынуждены внедрять его как «профилактику ВИЧ», а не для лечения опиоидного расстройства.

ОАТ в тюрьмах предоставляется бесплатно, но поддержка варьируется от внешних доноров (GFATM, PEPFAR) или от Минздрава. Во всех странах люди, употребляющие наркотики инъекционно, должны зарегистрироваться как «потребители наркотиков», прежде чем получить ОАТ, и эта регистрация часто связана с ограничениями по трудоустройству или профессиональной деятельности.

ПРОБЛЕМЫ И СООБРАЖЕНИЯ:

Тюремы как усилители болезни:

Политика криминализации употребления наркотиков, при которой предпочтение отдается лишению свободы, а не лечению, концентрирует людей (например ЛУИН) с ВИЧ или повышенным риском заражения в тюрьмах (и на испытательном сроке).¹³³ Когда услуги профилактики и лечения ограничены, здоровье ухудшается, и в случае ВИЧ (и гепатита С) происходит передача внутри тюремы,¹³⁴ что является обычным явлением в странах ВЕЦА.^{5,16,129,135,136} Более того, поскольку большинство заключенных переходят в сообщество, а этот переход для многих является сложным и чрезвычайно опасным,¹³⁷ он связан с высоким уровнем передозировок среди ЛУИН, при отсутствие ОАТ.¹³⁸ Для людей, живущих с ВИЧ, показатели направления на¹³⁹ лечение и его продолжительностью¹⁴⁰ особенно низкие, а также наблюдается значительно повышенная смертность.¹⁴¹ Для людей, употребляющих наркотики инъекционно, освобождение из тюремы без ОАТ связано с четырехкратным увеличением риска передачи ВИЧ, но его можно снизить на 60%, если они получат доступ к ОАТ и будут продолжать лечение.⁶ Следовательно, адекватное расширение ОАТ в тюрьмах может стать важнейшей целью для снижения передачи ВИЧ и смертности, но этот процесс происходит медленно или вообще отсутствует.

Барьеры на пути распространения ОАТ:

Исследования выявили многоуровневые факторы (барьеры клиентов, персонала и администрации), препятствующие внедрению ОАТ^{53,113,124,137}, и изучили процессы (лучшие практики, организационные структуры и климат, личные убеждения в отношении здоровья), с помощью которых научно обоснованные практики интегрируются в тюремы и/или пробации.^{53,56,137,142,143} Несмотря на доказанную эффективность, ОАТ негативно воспринимается как пациентами, так и поставщиками услуг в Украине.^{123,125,126} В Украине заключенные не считают ОАТ формой восстановления, а тюремный персонал негативно относится к лечению.¹²⁴ Это создает препятствия для внедрения и принятия этого лечения. Более половины людей, употребляющих наркотики инъекционно, высказались против того, чтобы метадоновая поддерживающая терапия была доступна в тюрьмах. В Кыргызстане менее пятой части заключенных, получающих метадон, продолжили лечение после освобождения. Другие вероятные барьеры в регионе включают постановку на наркологический учет и преследования со стороны полиции, которые препятствуют прохождению лечения.¹⁴⁵ Законы и полицейские меры, направленные против людей, употребляющих наркотики инъекционно, посещающих ОАТ, также могут повлиять на их охват и удержание.¹⁴⁶⁻¹⁵³ Другие потенциальные барьеры для клиентов и программ, вероятно, существуют и требуют дальнейшего изучения. Среди персонала был обнаружен эффект «идентифицируемости» среди сотрудников, непосредственно работавших с заключенными, который коррелировал с интересом к ОАТ,¹⁵⁴ а со временем и с большей частью увеличения масштаба программы.¹²⁴

Понимание и устранение влияния криминальной субкультуры на расширение масштабов ОАТ:

Криминальная субкультура в тюрьмах (т.е. «воровской мир» в странах ВЕЦА и «банды» в Северной Америке),^{43,155} распространена во всех тюремных системах стран ВЕЦА, где жизнь диктуется вне-правовыми принципами. Криминальная субкультура возникает, когда условия жизни (т.е. доступ к базовым потребностям) не удовлетворяются государством. После распада Советского Союза криминальные лидеры заполнили общественный вакуум и навязали свой моральный кодекс, систему правосудия и экономику, что привело к созданию социальной иерархии, в которой изгои лишились поддержки общества. Эта субкультура, основанная на антагонизме между официальными властями (тюремными служащими и врачами) и неформальными лидерами заключенных, сохраняется в сегодняшних реалиях и различается по степени влияния в зависимости от региона. Важно отметить, что участие в ОАТ может привести к потере статуса в иерархии и социальной изоляции.^{18,21,45} Системы здравоохранения часто обходят эти структуры стороной, но криминологи предостерегают от игнорирования их влияния, поскольку это препятствует успешному проведению реформ.⁴² Существуют доказательства того, что эти субкультурные практики распространяются на сообщество и могут повлиять на профилактику ВИЧ, однако их влияние на пробацию неизвестно.⁴⁸ Исследования показывают, что сотрудничество между клиентами и сотрудниками крайне важно,¹⁵⁶ но существует противоречие между карательной ролью сотрудников, с одной стороны, и возможностью содействовать общественному здоровью с помощью таких методов лечения, как ОАТ, с другой. Принципы криминальной субкультуры могут усугублять это противоречие, заставляя клиентов реже сообщать о незаконном употреблении психоактивных веществ и упускать возможности для начала ОАТ. Напряженные отношения между пациентами и сотрудниками системы уголовного правосудия, подкрепленные криминальной субкультурой, препятствуют расширению масштабов ОАТ в тюрьмах стран ВЕЦА.^{17,44,49,129,157}

Криминальная субкультура оказывает значительное влияние на прохождение метадоновой терапии в тюрьмах по всему региону. В Украине метадоновая терапия, недавно введенная в тюрьмах в качестве медицинского лечения, вызывает недоверие и воспринимается как официальная версия «уличного метадона», синтетического опиоида, употребляемого чаще всего. Исследования криминальной субкультуры в украинских тюрьмах согласуются с результатами, полученными в других странах ВЕЦА, таких как Молдова и Кыргызская Республика, которые показывают, как эти субкультуры могут препятствовать реализации программ метадоновой терапии в исправительных учреждениях.^{17,49,157} Это недоверие также может быть обусловлено присущей тюремной субкультуре подозрительностью к неконтролируемой деятельности, как это наблюдается в Кыргызской Республике и Молдове. Уголовный кодекс строго соблюдается заключенными из высших каст, что ограничивает их участие в метадоновой терапии, в то время как представители низших каст проявляют большую гибкость и с большей вероятностью присоединяются к программе (хотя и в небольшом количестве). Участие в метадоновой терапии или ее продолжение ведет к понижению в иерархии заключенных, что может означать потерю социального и материального капитала для пониженного человека. Как неформальное, так и формальное управление в тюрьме способствует формированию иерархии наркопотребителей. Важно отметить, что обычно официальная администрация тюрьмы зависит от неформального управления тюрьмой (криминальной субкультуры) – и от соблюдения низкого статуса метадона – в решении проблем безопасности и ресурсов. Однако развитие тюремных субкультур в странах ВЕЦА происходит по-разному. Например, в Грузии значительные экономические реформы и антикоррупционные меры фактически уменьшили влияние криминальной субкультуры и тюремной иерархии.⁴²

БУДУЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

Активное выявление:

Внедрение модели SET-R (скрининг, оценка, лечение и направление) в тюрьмах может изменить подход к выявлению заболеваний, сделав его проактивным и тем самым повысив эффективность контроля и лечения инфекционных заболеваний.¹⁵⁸ Пассивный эпидемиологический надзор зависит от того, когда медицинские работники сообщают о случаях заболевания в органы общественного здравоохранения, что часто приводит к задержкам и упущенными случаям из-за особенностей системы отчетности. В отличие от этого, активный надзор в рамках модели SET-R предполагает непосредственное участие специалистов общественного здравоохранения, которые проводят скрининг, выявляют случаи заболевания, отслеживают их динамику среди заключенных, анализируют медицинскую документацию и направляют пациентов на лечение. Такой проактивный подход способствует более полному и своевременному выявлению инфекционных заболеваний, что, в свою очередь, позволяет раньше начать лечение и улучшить общие показатели здоровья в местах лишения свободы. Успешная реализация модели SET-R в системе пробации может потребовать более глубокого понимания возможных барьеров во взаимодействии клиентов с надзорными органами, а также влияния криминальной субкультуры. Это необходимо для оптимального внедрения SET-R и достижения целевых показателей по профилактике ВИЧ.²⁹

Модель SET-R была разработана как инструмент внедрения для расширения масштабов доказательной практики,¹⁵⁹⁻¹⁶¹ включая ОАТ, с целью контроля эпидемии ВИЧ. Пилотное тестирование модели SET-R в системе пробации, проведенное исследователями в Украине, продемонстрировало ее эффективность в обеспечении доступа клиентов к ОАТ и их удержании в программе.¹⁶² Однако на данный момент SET-R еще не интегрирована в пробацию таким образом, чтобы ее могли устойчиво применять надзорные органы. Поэтому изучение стратегий масштабирования ОАТ в пробации может быть особенно эффективным^{163,164} для одновременной борьбы с ВИЧ и опиоидной зависимостью среди людей, употребляющих наркотики инъекционно.^{1,165}

Масштабирование ОАТ:

Расширение доступа к ОАТ и услугам по лечению ВИЧ в местах лишения свободы с последующим обеспечением их непрерывности в сообществе может стать особенно эффективной стратегией^{12,166} для борьбы с синдемией тюремного заключения, ВИЧ и опиоидной зависимостью среди людей, употребляющих инъекционные наркотики в регионе ВЕЦА.¹ Тюремное заключение предоставляет возможность начать лечение метадоном, однако для эффективного снижения новых случаев ВИЧ среди ЛУИН, необходимо обеспечить плавный переход на программы метадоновой терапии в сообществе после освобождения.⁶ Для многих людей, возвращающихся из тюрьмы в сообщество, этот переход сопряжен с серьезными рисками: он сопровождается высокой смертностью от передозировок,¹³⁷ низким уровнем охвата ОАТ,¹⁶⁷ а также слабым вовлечением в медицинскую помощь после освобождения.¹⁶⁸⁻¹⁷⁰ Исследования показывают, что оптимизация дозировки ОАТ в тюрьмах коррелирует с успешным переходом на программы ОАТ после освобождения.¹⁷¹⁻¹⁷³

В условиях отсутствия декриминализации в регионе ВЕЦА стратегии декарцерации с использованием механизмов общественного надзора (например, пробации и условно-досрочного освобождения) начали внедряться в ответ на высокие показатели лишения свободы, беспрецедентные уровни зависимости¹⁷⁴, сопутствующие инфекционные заболевания^{5,157,175,136}, а также неэффективную реализацию рекомендуемых доказательных практик в пенитенциарных учреждениях. Общественный надзор, являясь ключевым элементом системы уголовного правосудия, не представляет собой ни рискованную (и способствующую употреблению) среду тюрем, ни полностью свободное общественное пространство. Скорее, он функционирует как промежуточное звено, где лица, имеющие проблемы с законом, взаимодействуют с сотрудниками пробации для обеспечения общественной безопасности (т. е. предотвращения рецидива преступлений). В то же время пробация все чаще рассматривается как инструмент общественного здравоохранения (т.е. диагностика и лечение зависимости и инфекционных заболеваний). Успешная интеграция ОАТ в пробацию может эффективно лечить опиоидную зависимость, предотвращать передачу вирусов через кровь, таких как ВИЧ и гепатит С, а также снижать уровень преступности. Однако характер взаимодействия между сотрудниками пробации и их подопечными может подорвать синергию между задачами общественной безопасности и общественного здравоохранения, если внедрение ОАТ не будет адаптировано к этой уникальной точке соприкосновения. Возникает фундаментальный конфликт: с одной стороны, сотрудники пробации могут и должны выявлять употребление наркотиков и поддерживать своих подопечных в инициировании ОАТ, но с другой стороны, их начальство может ожидать от них репрессивных мер за «незаконное» употребление опиоидов. В связи с этим модели, предлагающие адаптированные модели масштабирования ОАТ в системах уголовного правосудия, таких как пробация, обладают значительным потенциалом для снижения передачи ВИЧ в регионе. Однако вопрос о том, как именно следует осуществлять этот процесс, остается малоизученным.

Успешное внедрение ОАТ требует адаптации стратегий к местному контексту с учетом доступных ресурсов, уровня экспертных знаний и культурных норм. Такая адаптация является ключевым фактором эффективности. Однако важно признать, что она не просто повышает результативность, но и играет решающую роль в обеспечении устойчивости программ и реализации эффективных практик, соответствующих локальной специфике.¹⁷⁶ Адаптация должна включать часто упускаемые из виду аспекты внедрения (т.е. кто выдает метадон и где именно он распределяется в тюрьме). Эти факторы формируют отношения между пациентами и медицинскими работниками и, в определенных условиях, например, в тюрьмах Кыргызстана, могут привести к тому, что метадон начинает восприниматься как наркотик зависимости.¹⁷⁷ Этнографическое наблюдение и наставничество с использованием методологии NIATx обладают потенциалом для поддержки специалистов, отвечающих за внедрение ОАТ. Этот подход помогает понять, как именно следует адаптировать стратегии внедрения (включая место и способ предоставления медицинских услуг), чтобы максимально эффективно реализовывать основанные на доказательных практиках вмешательства. NIATx представляет собой структурированный подход, разработанный для содействия организациям в успешной имплементации доказательных практик, особенно в сфере лечения зависимостей. В его основе лежит улучшение процессов за счет сочетания этнографического наблюдения и коучинга. Данный подход позволяет специалистам глубже понять особенности своей организации и местного сообщества, что помогает преодолеть сложности, связанные с внедрением новых методов лечения.

Важным фактором, который необходимо учитывать, является влияние советского наследия в сфере здравоохранения. Системы здравоохранения в регионе ВЕЦА по-прежнему во многом сохраняют жесткую, вертикально организованную структуру модели «Семашко», что ограничивает межсекторальное взаимодействие и командную работу. В Украине, например, было отмечено, что сплоченность в группах формируется благодаря совместному обучению, однако этот процесс не является однозначным и приводит к разным результатам у участников. Создание сообществ практики в данном контексте могло бы способствовать лучшему пониманию процессов внедрения и помочь в решении других проблем здравоохранения региона, таких как ВИЧ и ТБ, особенно по мере развития командного взаимодействия. Использование методов совместного обучения, таких как NIATx, может способствовать укреплению регионального экспертного потенциала, развитию навыков адвокации, а также обеспечению более глубокого понимания путей внедрения новых подходов. Это станет ключевым фактором долгосрочного успеха программ ОАТ.¹⁷⁸ Исследования, использующие NIATx, показывают, что оптимизация дозирования ОАТ¹⁷⁹ расширение программ на новые площадки, предоставление ОАТ по модели оплаты за услугу за пределами государственных программ (например, через аптеки и частные клиники),¹⁸⁰ развитие интегрированных программ медицинской помощи,^{113,179,181,182} переход к ведению пациентов в первичном звене здравоохранения,^{100,112} а также масштабирование программ в тюрьмах^{6,89} являются перспективными направлениями. Они могут быть реализованы через механизмы совместного обучения и способствовать значительному расширению доступа к ОАТ.

Пробация как этап на пути к декарцерации: С целью снижения уровня лишения свободы Молдова и Грузия внедрили систему пробации в 2016 и 2021 годах соответственно. В странах ВЕЦА службы пробации в основном укомплектованы юристами, однако число социальных работников постепенно увеличивается. Несмотря на то, что законодательство обязывает предоставлять медицинские услуги в местах лишения свободы, эти нормы не распространяются на систему пробации. Не взирая на усилия JCOIN (Justice Community Opioid Innovation Network) — американской инициативы, направленной на улучшение интеграции лечения опиоидной зависимости, пробация в регионе ВЕЦА до сих пор не смогла эффективно интегрировать лечение опиоидной зависимости и ВИЧ. Одной из причин является то, что ОАТ изначально внедрялась в регионе не как лечение зависимости, а как стратегия профилактики ВИЧ.¹⁸³ Из-за этого и пациенты, и медицинские работники зачастую не воспринимают ОАТ как полноценное лечение зависимости,^{124,184} что может препятствовать ее масштабированию.^{157,177,47} В рамках пробации в Молдове единственным препаратом ОАТ является метадон, тогда как в Грузии основным препаратом является бупренорфин. Также существует значительная разница в уровне распространенности ВИЧ среди ЛУИН, что требует адаптированных стратегий внедрения ОАТ в зависимости от национального контекста.

Пилотное исследование по скринингу, краткому вмешательству и установлению связи с лечением (MAT-LINK), адаптированное для условно осужденных в Украине, показало высокую распространенность ВИЧ и опиоидных расстройств в сочетании с высоким уровнем потребления ОАТ, даже без краткого вмешательства, что позволило ускорить установление связи с лечением. Усилия по снятию судимости дают возможность обеспечить доступ к лицам, проходящим испытательный срок или находящимся на пробации, чтобы лучше согласовать общественное здравоохранение (например, профилактику ВИЧ) с общественной

безопасностью (например, испытательным сроком). Несколько исследований указывают на важность отношений между клиентами и сотрудниками службы пробации как на ключ к успеху научно обоснованной практики пробации.^{156,185,186}, во-первых, в этой гибридной системе уголовного правосудия/сообщества существует противоречие между общественной безопасностью и общественным здравоохранением. Клиенты не решаются сообщать об употреблении опиоидов, что может привести к тюремному заключению, а сотрудники службы пробации рассматривают употребление наркотиков как преступление и неохотно поддерживают ОАТ.¹⁶⁵ Во-вторых, есть свидетельства того, что криминальная субкультура, хотя и не так сильно, но распространяется и на общественную среду, и может повлиять на расширение масштабов ОАТ.^{177,20,46,47,51,187} При наличии криминальной субкультуры необходимы более индивидуальные подходы для содействия ОАТ.¹⁵⁷



ВЫВОДЫ:

В данном отчете рассмотрены многогранные вопросы, связанные с употреблением наркотиков и влиянием этого на здоровье в местах лишения свободы, выделены эффективные меры вмешательства, региональные стратегии и области для дальнейших исследований. В следующих выводах обобщены основные идеи и темы, которые обсуждались:

Учет криминальной субкультуры: понимание глубокого влияния криминальной субкультуры в тюрьмах стран ВЕЦА имеет ключевое значение для эффективного внедрения ОАТ. Для повышения уровня охвата необходимо решить проблему недоверия и социальных последствий, с которыми сталкиваются заключенные из высших каст, принимающие метадоновую терапию. Внедрение стратегий, учитывающих культурные особенности, и развитие сотрудничества между тюремной администрацией и неформальными лидерами могут смягчить сопротивление и способствовать принятию ОАТ в тюремной иерархии.

Привязка к ОАТ и расширение масштабов: ОАТ как в тюрьмах, так и в сообществах необходима для снижения передачи ВИЧ и улучшения состояния здоровья людей, употребляющих наркотики инъекционно. Успешные модели, такие как подход SET-R, должны быть адаптированы и расширены, чтобы обеспечить беспрепятственный переход от тюремного заключения к уходу на базе сообщества. Расширение услуг ОАТ на базе сообщества и их интеграция с системой probation будет способствовать устойчивой вовлеченности в лечение и снижению риска передозировки и передачи ВИЧ после освобождения.

Обеспечение клинической независимости: для повышения эффективности ОАТ необходимо уделять первостепенное внимание клинической независимости, обеспечивая наркологам и другим медицинским работникам возможность работать без чрезмерного влияния со стороны системы уголовного правосудия или политической системы. Обучение и расширение возможностей медицинских работников, чтобы рассматривать ОАТ как законное лечение зависимости, а не только как профилактическую меру от ВИЧ, улучшит отношение и принятие как пациентами, так и медицинскими работниками. Создание независимых систем надзора и поддержки программ ОАТ дополнитель но обеспечит их целостность и устойчивость.

Приоритет декарцерации: Внедрение стратегий декарцерации, таких как probation и условно-досрочное освобождение, является ключевым шагом в снижении высокого уровня лишения свободы среди людей, употребляющих инъекционные наркотики в регионе ВЕЦА. Однако эти меры должны сопровождаться развитием устойчивых программ ОАТ на уровне сообщества, чтобы обеспечить непрерывность лечения и снизить риск рецидива. Создание целостной модели, объединяющей задачи общественного здравоохранения и общественной безопасности, позволит повысить эффективность инициатив по декарцерации. Такой подход не только способствует снижению уровня повторных преступлений, но и облегчает процесс реабилитации и социальной интеграции людей, имеющих опыт лишения свободы.

ССЫЛКИ:

11. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Prevention Gap Report. Geneva, Switzerland; 2016. p. Accessed on July 14, 2016 at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevention-gap-report_en.pdf.
12. Alistar SS, Owens DK, Brandeau ML. Effectiveness and cost effectiveness of expanding harm reduction and antiretroviral therapy in a mixed HIV epidemic: a modeling analysis for Ukraine. *PLoS Med* 2011; 8(3): e1000423.
13. Tan J, Altice FL, Madden LM, Zelenov A. Effect of expanding opioid agonist therapies on the HIV epidemic and mortality in Ukraine: a modelling study. *Lancet HIV* 2020; 7(2): e121-e8.
14. Low AJ, Mburu G, Welton NJ, et al. Impact of Opioid Substitution Therapy on Antiretroviral Therapy Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Infect Dis* 2016; 63(8): 1094-104.
15. Mazhnaya A, Marcus R, Bojko MJ, et al. Opioid Agonist Treatment and Improved Outcomes at Each Stage of the HIV Treatment Cascade in People who inject drugs in Ukraine. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2018; 79(3): 288-95.
16. Liberman AR, Bromberg DJ, Litz T, et al. Interest without Uptake: A Mixed-Methods Analysis of Methadone Utilization in Kyrgyz Prisons. *PLoS One* 2021; In Press.
17. O'Hara GL, Liberman AR, Polonsky M, et al. Multi-level implementation factors that influence scale up of methadone maintenance treatment in Moldovan prisons: A qualitative study. *J Subst Abuse Treat* 2022; 136: 108660.
18. Polonsky M, Azbel L, Wickersham JA, et al. Accessing methadone within Moldovan prisons: Prejudice and myths amplified by peers. *Int J Drug Policy* 2016; 29: 91-5.
19. Makarenko I, Mazhnaya A, Polonsky M, et al. Determinants of willingness to enroll in opioid agonist treatment among opioid dependent people who inject drugs in Ukraine. *Drug Alcohol Depend* 2016; 165: 213-20.
20. Ponticello M, Azbel L, Tate MM, et al. Introducing methadone maintenance therapy into Ukrainian prisons: a qualitative study of criminal subculture, Russia's full-scale invasion, and contested methadone objects. *Frontiers in Psychiatry* 2023; 14.
21. Slade G, Azbel L. Managing drugs in the prisoner society: heroin and social order in Kyrgyz Republic's prisons. *Punishm Soc* 2022; 24(1): 26-45.
22. Komalasari R, Wilson S, Haw S. A systematic review of qualitative evidence on barriers to and facilitators of the implementation of opioid agonist treatment (OAT) programmes in prisons. *Int J Drug Policy* 2021; 87: 102978.
23. Drozni M, Johnson A, Johnson AM. Multidrug resistant tuberculosis in prisons located in former Soviet countries: A systematic review. *PLoS One* 2017; 12(3): e0174373.
24. Penal Reform International. Overcrowding. 2023. <https://www.penalreform.org/issues/prison-conditions/key-facts/overcrowding/> (accessed June 1, 2024).
25. Charalambous S, Velen K, Rueda Z, et al. Scaling up evidence-based approaches to tuberculosis screening in prisons. *The Lancet Public Health* 2023; 8(4): e305-e10.
26. Vagenas P, Azbel L, Polonsky M, et al. A review of medical and substance use co-morbidities in Central Asian prisons: implications for HIV prevention and treatment. *Drug & Alcohol Dependence* 2013; 132 Suppl 1: S25-31.
27. Azbel L, Wickersham JA, Grishaev Y, Dvoryak S, Altice FL. Burden of infectious diseases, substance use disorders, and mental illness among Ukrainian prisoners transitioning to the community. *PLoS ONE* [Electronic Resource] 2013; 8(3): e59643.
28. Stöver H, Teltzrow R. Drug-Treatment Systems in Prisons in Eastern and South-East Europe. Strasbourg, 2017.
29. Otiashvili D, Mgebrishvili T, Beselia A, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on illicit drug supply, drug-related behaviour of people who use drugs and provision of drug related services in Georgia: results of a mixed methods prospective cohort study. *Harm reduction journal* 2022; 19(1): 25.
30. Meteliuk A, Galvez de Leon SJ, Madden LM, et al. Rapid transitional response to the COVID-19 pandemic by opioid agonist treatment programs in Ukraine. *J Subst Abuse Treat* 2021; 121: 108164.
31. Hromadske Radio. The mortality rate in prisons within the Temporarily Occupied Territories of Ukraine has increased — human rights activists. 2024. <https://hromadske.radio/en/news/2024/01/30/the-mortality-rate-in-prisons-within-the-temporarily-occupied-territories-of-ukraine-has-increased-human-rights-activists> (accessed June 15, 2024).
32. Bromberg DJ, Madden LM, Meteliuk A, et al. Medications for opioid use disorder during war in Ukraine: Innovations in public and private clinic cooperation. *The Lancet Regional Health Europe* 2022; 20: 100490.
33. Altice FL, Bromberg DJ, Klepikov A, et al. Collaborative learning and response to opioid misuse and HIV prevention in Ukraine during war. *Lancet Psych* 2022.
34. Altice FL, Bromberg DJ, Dvoriak S, et al. Extending a lifeline to people with HIV and opioid use disorder during the war in Ukraine. *The Lancet Public Health* 2022; 7(5): e482-e4.
35. Cocco N, Rosello A, Tavoschi L. Protecting the health of people living in Ukrainian detention facilities. *The Lancet Public Health* 2022; 7(5): e400-e1.
36. Liebrenz M, Bhugra D, Buadze A, Schleifer R, Smith A, van Voren R. Mental health and welfare of prisoners of war and people living in detention in the Ukrainian conflict. *The Lancet Psychiatry* 2022; 9(5): 344-5.
37. Carroll JJ. Sovereign rules and rearrangements: banning methadone in occupied Crimea. *Medical anthropology* 2019; 38(6): 508-22.
38. Kazatchkine M. Russia's ban on methadone for drug users in Crimea will worsen the HIV/AIDS epidemic and risk public health. *BMJ* 2014; 348: g3118.
39. Zaborona. Okupanty vidverto hovoriat pro ideiu 'povbyvaty heiv i narkomaniv'. Rozpovidaiemo, shcho vidbuvaietsia z narkozalezhnymy v zakhoplenykh mistakh. 2022. <https://zaborona.com/rozpovidayemo-shho-vidbuvayetsya-z-narkozalezhnymy-v-zahoplenyh-mistah/> (accessed July 10, 2024).
40. Dolan K, Moazen B, Noori A, Rahimzadeh S, Farzadfar F, Hariga F. People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention. *International Journal of Drug Policy* 2015; 26: S12-S5.
41. Montanari L, Royuela L, Hasselberg I, Vandam L. Prison and drugs in Europe: Current and future challenges. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* 2022; 10: 420042.
42. Piacentini L, Slade G. Architecture and attachment: Carceral collectivism and the problem of prison reform in Russia and Georgia. *Theoretical Criminology* 2015; 19(2): 179-97.
43. Slade G. Prison Worlds: An Ethnography of the Carceral Condition. *Contemporary Sociology* 2019; 48(3): 303-4.
44. Azbel L, Bromberg DJ, Dvoryak S, Altice FL. Addiction treatment as prison governance: A critical discourse analysis of methadone delivery in Kyrgyz prisons. *Contemporary Drug Problems* 2022; 49(1): 106-20.
45. Symkovych A. The 'inmate code' in flux: A normative system and extralegal governance in a Ukrainian prison. *Current Sociology* 2017; 66(7).

46. Azbel L, Rozanova J, Michels I, Altice FL, Stover H. A qualitative assessment of an abstinence-oriented therapeutic community for prisoners with substance use disorders in Kyrgyz Republic. *Harm Reduct J* 2017; 14(1): 43.
47. Meyer JP, Culbert GJ, Azbel L, et al. A qualitative study of diphenhydramine injection in Kyrgyz prisons and implications for harm reduction. *Harm Reduct J* 2020; 17(1): 86.
48. Azbel L. Methadone as indiscipline: The making of the virtuous subject in Kyrgyz prisons.: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2020.
49. Azbel L, Altice FL. The making of methadone within prisons in the Kyrgyz Republic. Routledge Handbook of Intoxicants and Intoxication 2022: 2010.
50. Bielen R, Stumo SR, Halford R, et al. Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: a cross-sectional survey of 25 countries. *Harm reduction journal* 2018; 15: 1-10.
51. Azbel L, Morse EW. The collective body: Legacies of monastic discipline in the post-Soviet prison. *Theoretical Criminology* 2020; 26(1).
52. Belenko S, Hiller M, Hamilton L. Treating substance use disorders in the criminal justice system. *Current psychiatry reports* 2013; 15: 1-11.
53. Azbel L, Wickersham JA, Grishaev Y, Dvoryak S, Altice FL. Burden of infectious diseases, substance use disorders, and mental illness among Ukrainian prisoners transitioning to the community. *PLoS One* 2013; 8(3): e59643.
54. Vagenas P, Azbel L, Polonsky M, et al. A review of medical and substance use co-morbidities in Central Asian prisons: implications for HIV prevention and treatment. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132 Suppl 1: S25-31.
55. Azbel L, Polonsky M, Wegman M, et al. Intersecting epidemics of HIV, HCV, and syphilis among soon-to-be released prisoners in Kyrgyz Republic: Implications for prevention and treatment. *Int J Drug Policy* 2016; 37: 9-20.
56. Azbel L, Wickersham JA, Wegman M, et al. Burden of substance use disorders, mental illness, and correlates of infectious diseases among soon-to-be released prisoners in Azerbaijan. *Drug Alcohol Depend* 2015; In Press.
57. Azbel L, Grishaev Y, Wickersham JA, et al. Trials and tribulations of conducting bio-behavioral surveys in prisons: implementation science and lessons from Ukraine. *Int J Prison Health* 2016; 12(2): 78-87.
58. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 2006; 101(2): 181-91.
59. Darke S, Kaye S, Finlay-Jones R. Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. *Addiction* 1998; 93(8): 1169-75.
60. Kinner SA, Jenkinson R, Gouillou M, Milloy M-J. High-risk drug-use practices among a large sample of Australian prisoners. *Drug and alcohol dependence* 2012; 126(1-2): 156-60.
61. Jürgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *The Lancet infectious diseases* 2009; 9(1): 57-66.
62. Azbel L, Wickersham JA, Grishaev Y, Dvoryak S, Altice FL. Correlates of HIV infection and being unaware of HIV status among soon-to-be-released Ukrainian prisoners. *J Int AIDS Soc* 2014; 17: 19005.
63. Izenberg JM, Bachireddy C, Wickersham JA, et al. Within-prison drug injection among HIV-infected Ukrainian prisoners: prevalence and correlates of an extremely high-risk behaviour. *International Journal of Drug Policy* 2014; 25(5): 845-52.
64. Izenberg JM, Bachireddy C, Soule M, Kiriazova T, Dvoryak S, Altice FL. High rates of police detention among recently released HIV-infected prisoners in Ukraine: implications for health outcomes. *Drug and alcohol dependence* 2013; 133(1): 154-60.
65. Bromberg DJ, Mayer KH, Altice FL. Identifying and managing infectious disease syndemics in patients with HIV. *Current Opinion in HIV & AIDS* 2020; 15(4): 232-42.
66. Baranyi G, Fazel S, Langerfeldt SD, Mundt AP. The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* 2022; 7(6): e557-e68.
67. McLeod KE, Butler A, Young JT, et al. Global prison health care governance and health equity: a critical lack of evidence. *American journal of public health* 2020; 110(3): 303-8.
68. Pashchenko O, Bromberg DJ, Dumchev K, et al. Preliminary analysis of self-reported quality health indicators of patients on opioid agonist therapy at specialty and primary care clinics in Ukraine: a randomized control trial. *PLOS Global Public Health* 2022; 2(11): e0000344.
69. Bachireddy C, Soule MC, Izenberg JM, Dvoryak S, Dumchev K, Altice FL. Integration of health services improves multiple healthcare outcomes among HIV-infected people who inject drugs in Ukraine. *Drug and alcohol dependence* 2014; 134: 106-14.
70. JUNPoHA U. Global AIDS update 2020. 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27. Switzerland; 2020.
71. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Prevention Gap Report. Geneva, Switzerland; 2016, July 14, 2016.
72. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic: UNAIDS, 2022.
73. UNAIDS. HIV AIDS Report, Republic of Kazakhstan. 2019 (accessed Accessed on April 15, 2021 at: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/kazakhstan>).
74. UNAIDS. HIV AIDS Report, Republic of Kyrgyz Republic 2019. <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/Kyrgyz Republic> (accessed Accessed on April 15, 2021 at: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/Kyrgyz Republic>).
75. UNAIDS. HIV AIDS Report, Republic of Tajikistan. 2019 (accessed Accessed on April 15, 2021 at: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/tajikistan>).
76. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry* 2016; 3(9): 871-81.
77. Baranyi G, Scholl C, Fazel S, Patel V, Priebe S, Mundt AP. Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health* 2019; 7(4): e461-e71.
78. Reisner SL, Mimiaga MJ, Safren SA, Mayer KH. Stressful or traumatic life events, post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, and HIV sexual risk taking among men who have sex with men. *AIDS care* 2009; 21(12): 1481-9.
79. Stein MD, Solomon DA, Herman DS, Anderson BJ, Miller I. Depression severity and drug injection HIV risk behaviors. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160(9): 1659-62.
80. Lennon CA, Huedo-Medina TB, Gerwien DP, Johnson BT. A role for depression in sexual risk reduction for women? A meta-analysis of HIV prevention trials with depression outcomes. *Social Science & Medicine* 2012; 75(4): 688-98.
81. Sherr L, Lucas C, Harding R, Sibley E, Catalan J. HIV and depression—a systematic review of interventions. *Psychology, health & medicine* 2011; 16(5): 493-527.
82. O'Clirigh C, Skeer M, Mayer KH, Safren SA. Functional impairment and health care utilization among HIV-infected men who have sex with men: the relationship with depression and post-traumatic stress. *Journal of behavioral medicine* 2009; 32: 466-77.
83. Yoon IA, Slade K, Fazel S. Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology* 2017; 85(8): 783.
84. Per M, Spinelli C, Sadowski I, Schmelefske E, Anand L, Khouri B. Evaluating the effectiveness of mindfulness-based interventions in incarcerated populations: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior* 2020; 47(3): 310-30.
85. Hook K, Bogdanov S. Mental health care in Eastern Europe and Central Asia: an analysis of needs and a call for greater investment. *The Lancet Regional Health–Europe* 2021; 10.
86. Mundt AP, Serri ER, Siebenföhrcher M, et al. Changes in national rates of psychiatric beds and incarceration in Central Eastern Europe and Central Asia from 1990-2019: A retrospective database analysis. *The Lancet Regional Health–Europe* 2021; 7.
87. Mazhnaya A, Marcus R, Bojko MJ, et al. Opioid Agonist Treatment and Improved Outcomes at Each Stage of the HIV Treatment Cascade in People who inject drugs in Ukraine. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS* 2018; 79(3): 288-95.

88. Vasylev M, Davtyan H, Denisiuk O, et al. Anxiety, depression, and quality of life among HIV positive injection drug users in Ukraine, 2017. *The Journal of Infection in Developing Countries* 2019; 13(07.1): 111S-7S.
89. Degenhardt L, Grebely J, Stone J, et al. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet* 2019; 394(10208): 1560-79.
90. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *bmj* 2017; 357.
91. Strathdee SA, West BS, Reed E, Moazan B, Azim T, Dolan K. Substance use and HIV among female sex workers and female prisoners: risk environments and implications for prevention, treatment, and policies. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2015; 69: S110-S-7.
92. Beyrer C, Kamarulzaman A, McKee M, Lancet HIViPG. Prisoners, prisons, and HIV: time for reform. *Lancet* 2016; 388(10049): 1033-5.
93. Ranjit YS, Azbel L, Krishnan A, Altice FL, Meyer JP. Evaluation of HIV risk and outcomes in a nationally representative sample of incarcerated women in Azerbaijan, Kyrgyz Republic, and Ukraine. *AIDS Care* 2019; 31(7): 793-7.
94. Walmsley R. *World Prison Population List (12th edition)*. London, UK: Institute for Crime & Justice Policy Research, 2018.
95. Fund IM. *World economic outlook (International Monetary Fund)*. Washington DC, USA, 2021.
96. United Nations Development Programme. *Human development report*. New York. Place of publication not identified: Oxford University Press, Palgrave Macmillan. Published for the United Nations Development Program; 1990. p. volumes.
97. UNAIDS. *UNAIDS Data 2019*. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2019.
98. Sheiman I. Rocky road from the Semashko to a new health model. Interview by Fiona Fleck. *Bull World Health Organ* 2013; 91(5): 320-1.
99. Sheiman I, Shishkin S, Shevsky V. The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. *Risk Manag Healthc Policy* 2018; 11: 209-20.
100. Morozova O, Dvoryak S, Pykalo I, Altice FL. Primary healthcare-based integrated care with opioid agonist treatment: First experience from Ukraine. *Drug Alcohol Depend* 2017; 173: 132-8.
101. K. D. The Russian Federation: Difficult History of Target Setting. In: Wismar M, Ernst K, Srivastava D, Busse R, eds. *Health Targets in Europe – Learning from experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
102. Rechel B, Ahmedov M, Akkazieva B, Katsaga A, Khodjamurodov G, McKee M. Lessons from two decades of health reform in Central Asia. *Health Policy Plan* 2012; 27(4): 281-7.
103. Rechel B, Roberts B, Richardson E, et al. Health and health systems in the Commonwealth of Independent States. *Lancet* 2013; 381(9872): 1145-55.
104. Ancker S, Rechel B. HIV/AIDS policy-making in Kyrgyz Republic: a stakeholder analysis. *Health Policy Plann* 2015; 30(1): 8-18.
105. Ibraimova A, Akkazieva B, Ibraimov A, Manzhieva E, Rechel B. Kyrgyz Republic: Health system review. *Health Systems in Transition* 2011; 13(3): 1-152.
106. Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, B. R. Kazakhkstan: Health system review. *Health Systems in Transition* 2012; 14(4): 1-154.
107. Mansfeld M, Skrahina A, Shepherd L, et al. Major differences in organization and availability of health care and medicines for HIV/ TB coinfected patients across Europe. *HIV Med* 2015.
108. Jaruseviciene L, Kontrimiene A, Zaborskis A, et al. Development of a scale for measuring collaboration between physicians and nurses in primary health-care teams. *Journal of Interprofessional Care* 2019; 33(6): 670-9.
109. Association for the Prevention of Torture. *Health care services: Key Elements*. <http://www.apt.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database/health-care/health-care-services> (accessed July 1, 2024)
110. Pont J, Enggist S, Stöver H, Williams B, Greifinger R, Wolff H. Prison health care governance: guaranteeing clinical independence. *American journal of public health* 2018; 108(4): 472-6.
111. Webster PC. Integrating prison health care into public health care: the global view. *Can Med Assoc*; 2013.
112. Morozova O, Crawford FW, Cohen T, Paltiel AD, Altice FL. Cost-effectiveness of expanding the capacity of opioid agonist treatment in Ukraine: dynamic modeling analysis. *Addiction* 2020; 115(3): 437-50.
113. Morozova O, Dvoryak S, Altice FL. Methadone treatment improves tuberculosis treatment among hospitalized opioid dependent patients in Ukraine. *Int J Drug Policy* 2013; 24(6): e91-8.
114. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (2): CD002207.
115. Amato L, Davoli M, Perucci CA, Ferri M, Faggiano F, Mattick RP. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28(4): 321-9.
116. Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet* 2010; 376(9738): 367-87.
117. Dolan K, Rutter S, Wodak AD. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003; 98(2): 153-8.
118. Degenhardt L, Grebely J, Stone J, et al. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *The Lancet* 2019; 394(10208): 1560-79.
119. Brown AE, Attewell K, Hales D, et al. Monitoring the HIV continuum of care in key populations across Europe and Central Asia. *HIV Med* 2018.
120. Deryabina AP, El-Sadr WM. Optimizing HIV prevention and treatment outcomes for persons with substance use in Central Asia: what will it take? *Curr Opin HIV AIDS* 2019; 14(5): 374-80.
121. UNAIDS. Seizing the moment — Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva, Switzerland, 2020.
122. Bruce RD, Dvoryak S, Sylla L, Altice FL. HIV treatment access and scale up for delivery of opiate substitution therapy with buprenorphine for IDUs in Ukraine—programme description and policy implications. *Int J Drug Policy* 2007; 18(4): 326-8.
123. Bojko MJ, Mazhnaya A, Makarenko I, et al. «Bureaucracy & Beliefs»: Assessing the Barriers to Accessing Opioid Substitution Therapy by People who inject drugs in Ukraine. *Drugs* 2015; 22(3): 255-62.
124. Polonsky M, Azbel L, Wickersham JA, et al. Challenges to implementing opioid substitution therapy in Ukrainian prisons: Personnel attitudes toward addiction, treatment, and people with HIV/AIDS. *Drug Alcohol Depend* 2015; 148: 47-55.
125. Bojko MJ, Mazhnaya A, Marcus R, et al. The Future of Opioid Agonist Therapies in Ukraine: A Qualitative Assessment of Multilevel Barriers and Ways Forward to Promote Retention in Treatment. *J Subst Abuse Treat* 2016; 66: 37-47.
126. Mazhnaya A, Bojko MJ, Marcus R, et al. In Their Own Voices: Breaking the Vicious Cycle of Addiction, Treatment and Criminal Justice Among People who inject drugs in Ukraine. *Drugs (Abingdon Engl)* 2016; 23(2): 163-75.
127. Polonsky M, Rozanova J, Azbel L, et al. Attitudes Toward Addiction, Methadone Treatment, and Recovery Among HIV-Infected Ukrainian Prisoners Who Inject Drugs: Incarceration Effects and Exploration of Mediators. *AIDS Behav* 2016; 20(12): 2950-60.
128. Bojko MJ, Madden L, Farnum S, et al. Using Nominal Group Technique to Assess Barriers to Scale Up of Opioid Agonist Therapy (OAT) in Ukraine: The Providers' Perspective. *International J Drug Policy* 2017: in press.
129. Liberman AR, Bromberg DJ, Azbel L, et al. Decisional considerations for methadone uptake in Kyrgyz prisons: The importance of understanding context and providing accurate information. *Int J Drug Policy* 2021; 94: 103209.
130. Slade G, Azbel L. Managing drugs in the prisoner society: heroin and social order in Kyrgyz Republic's prisons. *Punishment & Society* 2020; 1462474520956280.
131. Rhodes T, Azbel L, Lancaster K, Meyer J, Altice FL. The becoming-methadone-body: on the onto-politics of health intervention translations. *Sociol Health Illn* 2019; 41(8): 1618-36.
132. Azbel L, Altice FL. Drug Use, HIV, and the High-Risk Environment of Prisons. *Drug Use in Prisoners: Epidemiology, Implications, and Policy Responses* 2018: 99-117.

133. Kamarulzaman A, Reid SE, Schwitters A, et al. Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. *Lancet* 2016; 388(10049): 1115-26.
134. Rich JD, Beckwith CG, Macmadu A, et al. Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis. *Lancet* 2016; 388(10049): 1103-14.
135. Izenberg JM, Bachireddy C, Wickersham JA, et al. Within-prison drug injection among HIV-infected Ukrainian prisoners: prevalence and correlates of an extremely high-risk behaviour. *Int J Drug Policy* 2014; 25(5): 845-52.
136. Azbel L, Wegman MP, Polonsky M, et al. Drug injection within prison in Kyrgyz Republic: elevated HIV risk and implications for scaling up opioid agonist treatments. *Int J Prison Health* 2018; 14(3): 175-87.
137. Morozova O, Azbel L, Grishaev Y, Dvoryak S, Wickersham JA, Altice FL. Ukrainian prisoners and community reentry challenges: implications for transitional care. *Int J Prison Health* 2013; 9(1): 5-19.
138. Merrill EL, Kariminia A, Binswanger IA, et al. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction* 2010; 105(9): 1545-54.
139. Loeliger KB, Altice FL, Desai MM, Ciarleglio MM, Gallagher C, Meyer JP. Predictors of linkage to HIV care and viral suppression after release from jails and prisons: a retrospective cohort study. *Lancet HIV* 2018; 5(2): e96-e106.
140. Loeliger KB, Meyer JP, Desai MM, Ciarleglio MM, Gallagher C, Altice FL. Retention in HIV care during the 3 years following release from incarceration: A cohort study. *PLoS Med* 2018; 15(10): e1002667.
141. Loeliger KB, Altice FL, Ciarleglio MM, et al. All-cause mortality among people with HIV released from an integrated system of jails and prisons in Connecticut, USA, 2007-14: a retrospective observational cohort study. *Lancet HIV* 2018; 5(11): e617-e28.
142. Vagenas P, Azbel L, Polonsky M, et al. A review of medical and substance use co-morbidities in Central Asian prisons: implications for HIV prevention and treatment. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132 Suppl 1(Suppl 1): S25-31.
143. Azbel L, Wickersham JA, Grishaev Y, Dvoryak S, Altice FL. Correlates of HIV infection and being unaware of HIV status among soon-to-be-released Ukrainian prisoners. *J Int AIDS Soc* 2014; 17(1): 19005.
144. Zelenov A, Shea P, Mazhnaya A, et al. Assessment of barrier severity and willingness to enter opioid agonist treatment among people who inject drugs in Ukraine. *Drug Alcohol Depend* 2018; 190: 82-8.
145. Izenberg JM, Altice FL. Next steps for Ukraine abolition of HIV registries, implementation of routine human immunodeficiency virus testing and expansion of services. *Addiction* 2010; 105(3): 569-70.
146. Cohen J. Law enforcement and drug treatment: a culture clash. *Science* 2010; 329(5988): 169.
147. Cohen J. Late for the epidemic: HIV/AIDS in Eastern Europe. *Science* 2010; 329(5988): 160, 2-4.
148. Cohen J. No opiate substitutes for the masses of IDUs. *Science* 2010; 329(5988): 165-7.
149. Booth RE, Lehman WE, Latkin CA, et al. Individual and Network Interventions With Injection Drug Users in 5 Ukraine Cities. *Am J Public Health* 2010.
150. Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet* 2010; 376(9737): 268-84.
151. Werb D, Hayashi K, Fairbairn N, et al. Drug use patterns among Thai illicit drug injectors amidst increased police presence. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2009; 4: 16.
152. Mimiaga MJ, Safren SA, Dvoryak S, Reisner SL, Needle R, Woody G. «We fear the police, and the police fear us»: structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine. *AIDS Care* 2010; 22(11): 1305-13.
153. Wolfe D, Cohen J. Human rights and HIV prevention, treatment, and care for people who inject drugs: key principles and research needs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 55 Suppl 1: S56-62.
154. Schelling TC. The life you save may be your own. Washington, DC: The Brookings Institute; 1968.
155. Butler M, Slade G, Nunes Dias C. Self-governing prisons: Prison gangs in an international perspective. *Trends in Organized Crime* 2018; 1-16.
156. Blasko BL, Viglione J, Taylor LR, Taxman FS. Sorting Through the Evidence: A Step Toward Prioritization of Evidence-Based Community Supervision Practices. *Criminal Justice and Behavior* 2022; 49(6): 817-37.
157. Liberman AR, Bromberg DJ, Litz T, et al. Interest without uptake: A mixed-methods analysis of methadone utilization in Kyrgyz prisons. *PLoS One* 2022; 17(10): e0276723.
158. M'ikanatha NM, Lynfield R, Van Beneden CA, De Valk H. Infectious disease surveillance: John Wiley & Sons; 2008.
159. Sivakumar A, Madden L, DiDomizio E, Eller A, Villanueva M, Altice FL. Treatment of Hepatitis C virus among people who inject drugs at a syringe service program during the COVID-19 response: The potential role of telehealth, medications for opioid use disorder and minimal demands on patients. *International Journal of Drug Policy* 2022; 101: 103570.
160. Eller AJ, DiDomizio EE, Madden LM, Oliva JD, Altice FL, Johnson KA. Strengthening systems of care for people with or at risk for HIV, HCV and opioid use disorder: a call for enhanced data collection. *Annals of Medicine* 2022; 54(1): 1714-24.
161. Brooks R, Wegener M, Freeman B, et al. Improving HIV and HCV Testing in Substance Use Disorder Programs (SUDs) That Provide Medications for Opiate Use Disorder (MOPIOID USE DISORDER): Role of Addressing Barriers and Implementing Universal and Site-Specific Approaches. *Health Promotion Practice* 2023; 24(5): 1018-28.
162. Bromberg DJ, Galvez de Leon SJ, Litz T, et al. Aligning public health and public safety: Probation as a touchpoint to identify and link patients with opioid use disorder to opioid agonist treatment. *PLOS Global Public Health* 2023; 3(11): e0002349.
163. Alistar SS, Owens DK, Brundage ML. Effectiveness and Cost Effectiveness of Expanding Harm Reduction and Antiretroviral Therapy in a Mixed HIV Epidemic: A Modeling Analysis for Ukraine. *Plos Medicine* 2011; 8(3).
164. Vickerman P, Platt L, Jolley E, Rhodes T, Kazatchkine MD, Latypov A. Controlling HIV among people who inject drugs in Eastern Europe and Central Asia: insights from modeling. *Int J Drug Policy* 2014; 25(6): 1163-73.
165. Reichert J, Gleicher L. Probation clients' barriers to access and use of opioid use disorder medications. *Health Justice* 2019; 7(1): 10.
166. Vickerman P, Platt L, Jolley E, Rhodes T, Kazatchkine MD, Latypov A. Controlling HIV among people who inject drugs in Eastern Europe and Central Asia: Insights from modelling. *Int J Drug Policy* 2014; 25(6): 1163-73.
167. Merrill EL, Kariminia A, Binswanger IA, et al. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction* 2010; 105(9): 1545-54.
168. Loeliger KB, Altice FL, Desai MM, Ciarleglio MM, Gallagher C, Meyer JP. Predictors of linkage to HIV care and viral suppression after release from jails and prisons: a retrospective cohort study. *The lancet HIV* 2018; 5(2): e96-e106.
169. Loeliger KB, Marcus R, Wickersham JA, Pillai V, Kamarulzaman A, Altice FL. The syndemic of HIV, HIV-related risk and multiple co-morbidities among women who use drugs in Malaysia: Important targets for intervention. *Addict Behav* 2016; 53: 31-9.
170. Loeliger KB, Meyer JP, Desai MM, Ciarleglio MM, Gallagher C, Altice FL. Retention in HIV care during the 3 years following release from incarceration: a cohort study. *PLoS medicine* 2018; 15(10): e1002667.
171. Wickersham JA, Marcus R, Kamarulzaman A, Zahari MM, Altice FL. Implementing methadone maintenance treatment in prisons in Malaysia. *Bull World Health Organ* 2013; 91(2): 124-9.
172. Wickersham JA, Zahari MM, Azar MM, Kamarulzaman A, Altice FL. Methadone dose at the time of release from prison significantly influences retention in treatment: implications from a pilot study of HIV-infected prisoners transitioning to the community in Malaysia. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132(1-2): 378-82.
173. Bachireddy C, Shrestha R, Bromberg DJ, et al. Methadone Within Prison and Linkage to and Retention in Care Upon Community Release for People with Opioid Use Disorder in Kyrgyz Republic: Evaluation of a National Program International J Drug Policy 2021: In Press.

174. Dolan K. Evidence about HIV transmission in prisons. Canadian HIV-AIDS policy & law newsletter 1997; 3(4-1): 32-8.
175. Izenberg JM, Altice FL. Next steps for Ukraine abolition of HIV registries, implementation of routine Human Immunodeficiency Virus testing and expansion of services. *Addiction* 2010; 105(3): 569-70.
176. Barnes GD, Acosta J, Kurlander JE, Sales AE. Using Health Systems Engineering Approaches to Prepare for Tailoring of Implementation Interventions. *J Gen Intern Med* 2020.
177. Rhodes T, Azbel L, Lancaster K, Meyer J. The becoming-methadone-body: on the onto-politics of health intervention translations. *Sociol Health Illn* 2019; 41(8): 1618-36.
178. Institute for Healthcare Improvement. The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. IHI Innovation Series white paper Boston. MA: Institute for Healthcare Improvement, 2003.
179. Farnum SO, Makarenko I, Madden L, et al. The Real-World Impact of Dosing of Methadone and Buprenorphine on Retention in Treatment in Ukraine. *Lancet Psychiatry* 2017: in press.
180. Makarenko J, Mazhnaya A, Marcus R, et al. Willingness to Pay for Opioid Agonist Treatment among Opioid Dependent People who inject drugs in Ukraine. *International J Drug Policy* 2017: in press.
181. Bachireddy C, Soule MC, Izenberg JM, Dvoryak S, Dumchev K, Altice FL. Integration of health services improves multiple healthcare outcomes among HIV-infected people who inject drugs in Ukraine. *Drug Alcohol Depend* 2014; 134: 106-14.
182. Mazhnaya A, Marcus R, Bojko MJ, et al. The Influence of Opioid Agonist Treatments on the HIV Treatment Cascade in People who inject drugs in Ukraine. *Lancet HIV* 2016: In Press.
183. Bruce RD, Dvoryak S, Sylla L, Altice FL. HIV treatment access and scale up for delivery of opiate substitution therapy with buprenorphine for IDUs in Ukraine - programme description and policy implications. *International Journal of Drug Policy* 2007; 18(4): 326-8.
184. Bojko MJ, Mazhnaya A, Makarenko I, et al. «Bureaucracy & Beliefs»: Assessing the Barriers to Accessing Opioid Substitution Therapy by People who inject drugs in Ukraine. *Drugs (Abingdon Engl)* 2015; 22(3): 255-62.
185. Chadwick N, DeWolf A, Serin R. Effectively training community supervision officers: A meta-analytic review of the impact on offender outcome. *Criminal Justice and Behavior* 2015; 42(10).
186. Labrecque RM, Viglione J, Caudy M. The Impact of Community Supervision Officer Training Programs on Officer and Client Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2022.
187. Slade G, Azbel L. Managing drugs in the prisoner society: heroin and social order in Kyrgyz Republic's prisons. *Punishment & society* 2022; 24(1): 26-45.
188. https://www.euda.europa.eu/publications/topic-overviews/content/drug-law-penalties-at-a-glance_en#downloadData
189. K. Dumchev, M. Kornilova, R. Kulchynska, M. Azarskova, C. Vitek Improved ascertainment of modes of HIV transmission in Ukraine indicates importance of drug injecting and homosexual risk *BMC Public Health* [Electronic Resource], 20 (1) (2020), p. 1288
190. Personal communication with members of the European Prison Litigation Network, June 2024
191. MoH Public health center of the MoH of Ukraine HIV infection in Ukraine Informational Bulletin #52 (2021) <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/monitoring-i-ocinka/informaciyni-byuleteni-vilsnid>
192. Integrated biobehavioral surveillance among people who inject drugs in Ukraine, 2007-2020. 2024 *International Journal of Drug Policy* Dumchev <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104319>
193. Data by the Public Health Center of MOH of Ukraine. (<https://phc.org.ua/news/u-2018-roci-90-uvyaznenikh-protestovano-na-vil>)
194. Titar I., Salnikov S., Ohorodnik S., Nesterova O., Popova K., Andrianova I., Sheiko O., Sichkar S. Integrated Biobehavioural Survey Among People Who Inject Drugs. State Institution "Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine" 2021. 133 p.

КОМИССИЯ ПО НАРКОПОЛИТИКЕ ВОСТОЧНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ (ЕСЕСАСД)



Комиссия призвана инициировать научно обоснованное обсуждение гуманных и эффективных способов снижения вреда от наркотиков и политик по наркотикам для людей и обществ в регионе ВЦЕЦА.

Наши цели:

- Обзор подходов, политики и правоприменительной практики в странах региона
- Предоставить оценку и научные данные о различных национальных ответах на проблему наркотиков.
- Разработать достижимые и основанные на фактических данных рекомендации для конструктивных правовых и политических реформ в регионе

Благодарности:

Доктор Фредерик Л. Альтис
профессор медицины, эпидемиологии и общественного здравоохранения, клиницист
и исследователь в области науки о внедрении в Йельской школе медицины и Школе
общественного здравоохранения.

Доктор Лью Азбель
научный сотрудник и медицинский социолог Йельской школы медицины.

Олена Кучерук
исполнительный секретарь ECECACD, редактор и координатор издания.

Поддержка:

Альянс общественного здоровья
«Устойчивость услуг для ключевых групп населения в регионе ВЕЦА»

Публикации ECECACD:

Список публикаций доступен на сайте: <http://ececacd.org/publications>

Производство, оборот и потребление наркотиков в регионе ВЕЦА. Аналитическая
записка (2021)

Наркополитика в четырех регионах Евразии (2021)

Представление о наркотиках в Центральной и Восточной Европе, а также в Центральной
Азии: нужен пересмотр (2021)

Руководящие принципы эффективной и гуманной наркополитики в Восточной и
Центральной Европе и Центральной Азии (2023)



Контакты:

secretary@ececacd.org,
olena.kucheruk@ececacd.org
www.ececacd.org