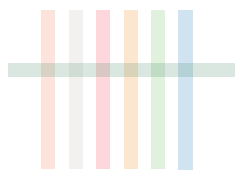


**ДОСТУП К УСЛУГАМ, ОКАЗЫВАЕМЫМ
ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С, В МЕСТАХ
ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ В ЕВРОПЕ
с точки зрения сообщества**



Проект
«Hand» 2018

Авторский коллектив

Исследователь: Свилен Конов.

БЛАГОДАРНОСТИ: Мария Дутарте (EATG, Бельгия), Анн-Изабель фон Линген (EATG, Бельгия), Андрей Сених (EATG, Македония), Кун Блок (EATG, Бельгия), Сильвана Лесидренска (Ассоциация «HerActiv», Болгария), Игорь Кильчевский (Лига ЛЖВ Республики Молдова, Молдова), Светлана Долту (AFI, Молдова), Ирина Барбырош (Министерство юстиции, Молдова), Марио Касио (NPS Italia Onlus, Италия), Адриана Курадо (GAT, Португалия), Сергей Бирюков (AGEP'С, Казахстан), Уильям Флинн (SEVT Ltd., Великобритания) и Глен Барнэм (SEVT Ltd., Великобритания).

Перевод: Татьяна Хан

Содержание

<u>Благодарности</u>	<u>2</u>
<u>Краткое описание проекта</u>	<u>4</u>
<u>Введение</u>	<u>8</u>
<u>Методология</u>	<u>9</u>
<u>Описание ситуации</u>	<u>10</u>
<u>Болгария</u>	<u>23</u>
<u>Финляндия</u>	<u>26</u>
<u>Италия</u>	<u>29</u>
<u>Казахстан</u>	<u>32</u>
<u>Молдова</u>	<u>33</u>
<u>Португалия</u>	<u>35</u>
<u>Выводы и рекомендации</u>	<u>38</u>
<u>Ссылки</u>	<u>43</u>

Краткое описание проекта

В 2015 году правительства стран Европы и Центральной Азии поставили перед собой задачу выполнить Цели Устойчивого Развития (ЦУР) и до 2030 года искоренить гепатит. Через год, во время Всемирной ассамблеи здравоохранения, была принята первая стратегия по гепатитам, нацеленная на элиминацию вирусного гепатита как угрозы общественному здоровью. После этого, в сентябре 2016 года, страны приняли План действий Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), направленный на искоренение вирусного гепатита.

Непропорционально высокая распространенность вирусного гепатита С (ВГС) и других социально значимых заболеваний в местах лишения свободы подвергает риску здоровье заключенных, персонал тюрем и общее население, так как большинство людей в итоге покидают тюремные учреждения. Это представляет собой угрозу для общественного здоровья, и данной проблеме следует уделить особое внимание для достижения указанных выше целей.

Правительства во всем Европейском регионе ВОЗ также обязаны уважать, защищать и продвигать фундаментальные права человека в соответствии с международной и Европейской конвенциями о защите прав человека, которые они подписали. Это влечет за собой неотъемлемый принцип, что заключенные должны получать медицинскую помощь по тем же стандартам, по которым она оказывается за пределами тюрем. Эксперты все чаще подчеркивают необходимость обращать внимание на конечные результаты за пределами одинаковых стандартов оказания помощи из-за большего количества проблем со здоровьем среди заключенных. Обязанностью тюремных властей также является обеспечение того, чтобы риски для здоровья были сведены к минимуму, а также того, чтобы уважались достоинство и права каждого заключенного. Комитет по предупреждению пыток давно признал, что недостаточный уровень здравоохранения может быстро привести к возникновению ситуаций, входящих в определение термина «бесчеловечное и унижающее достоинство обращение».

Тем не менее, хотя распространенность гепатита среди заключенных в Европейском регионе ВОЗ, как правило, выше, чем в общей популяции, и является одной из основных причин заболеваемости и смертности как среди людей с моноинфекцией ВГС, так и с сочетанной с ВИЧ-инфекцией, они имеют более ограниченный доступ к профилактике гепатита С, лечению, уходу и поддержке. Таким образом, сложилась чрезвычайная ситуация в сфере общественного здравоохранения и прав человека, которую необходимо решать совместно: силами местных органов власти, гражданского общества и специалистов в области здравоохранения.

Чтобы лучше понять и описать проблемы и пути расширения доступа к услугам, связанным с гепатитом С в тюрьмах, Европейская группа по лечению СПИДа (ЕАТГ) и партнеры гражданского общества изучили ситуацию в шести странах Европейского региона ВОЗ. В исследование вошли Болгария, Финляндия, Италия, Казахстан, Молдова и Португалия.

Кабинетное исследование и проведенные в рамках проекта HAND интервью выявили следующие проблемы:

1. Организация предоставления медицинских услуг: отсутствие четкой картины того, какая юрисдикция отвечает за услуги, связанные с ВГС; высокая текучесть кадров и отсутствие готовности внешних медицинских сотрудников работать в пенитенциарной системе; географическая раздробленность предоставляемых услуг; путаница с различными строками бюджета для разных компонентов ухода при ВГС.
2. Мониторинг и наблюдение: нет национальных хранилищ, куда на регулярной основе отправляются данные по эпидемиологии; отсутствует система для унифицированного сбора данных.
3. Профилактика: отсутствие государственного финансирования профилактических услуг, проекты НПО - единичные и неустойчивые; отсутствие нормативных документов, которые регулируют деятельность НПО в тюрьмах; отсутствие программ снижения вреда во многих странах; отсутствие адаптированной к получателю информации; отсутствие более широких профилактических мер (например, помощи при зависимости от алкоголя и каннабиса).
4. Доступ к тестированию: тестирование не предоставляется в соответствии с согласованными стандартами; забор крови проблематичен, и в результате не осуществляется; тест на ВГС не является анонимным; существует принуждение к сдаче анализов.
5. Доступ к лечению и уходу: отсутствие лечения, система предоставления лечения организована очень сложно; для доступа к лечению требуется наличие непрерывного медицинского страхования; отсутствие поддержки консультантов «равный - равному»; отсутствие алгоритма для последующего наблюдения; доступ зависит от продолжительности срока заключения или тяжести наказания; вопросы анонимности; сомнительные критерии для выбора лекарственных средств и закупок.
6. Национальные руководящие принципы, программы и протоколы: нет отдельного положения о пенитенциарной системе, устаревшие нормативные документы.

На основании этих выводов можно сформулировать следующие рекомендации для различных заинтересованных сторон:

РЕКОМЕНДАЦИИ

I. Организация и предоставление медицинских услуг:

- a. Услуги в связи с ВГС в тюрьмах должны оказываться в рамках юрисдикции национальной системы здравоохранения, а не министерства юстиции.
- b. Необходимо обеспечить диалог между министерствами здравоохранения, юстиции и внутренних дел.
- c. Необходимо внедрить систему заключения контрактов для НПО по предоставлению услуг в тюрьмах на постоянной основе и в соответствии с согласованными стандартами.
- d. Программы НПО могут снизить нагрузку на медицинский персонал в тюрьмах, предоставляя заключенным бесплатные услуги.
- e. Для того чтобы НПО могли предоставлять услуги в тюрьмах, необходимо обеспечить поддержку со стороны министерства юстиции, а также тюремного руководства и персонала тюрем.
- f. При предоставлении услуг НПО должны учитываться возможные негативные последствия для заключенных от программ добровольного тестирования и консультирования.
- g. Необходимо предоставлять информацию, связанную с ВГС, адаптированную с учетом потребностей конкретных групп.
- h. НПО необходимо предоставить возможность оказывать поддержку заключенным.

II. Мониторинг и наблюдение:

- a. Необходимо создать централизованное хранилище для сбора медицинских данных пациентов пенитенциарной системы.
- b. Необходимо включить заключенных как ключевую группу населения в национальные программы и индикаторы для мониторинга прогресса.
- c. Национальным органам власти необходима техническая поддержка ВОЗ/Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ЕЦПКЗ) для повышения качества и надежности данных для научно обоснованных мероприятий.
- d. Необходима общеевропейская отчетность и платформа для диалога с правительствами на базе ЕЦПКЗ, ВОЗ и Комитета по предотвращению пыток и бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.
- e. Необходим контроль за осуществлением руководящих принципов лечения и оценки их воздействия.

III. Профилактика:

- a. Необходима реализация комплексных программ снижения вреда, ОЗТ, вакцинации против гепатита В и поддержки при зависимости от алкоголя или каннабиса.

IV. Доступ к тестированию:

- a) Необходимо сделать тестирование широкодоступным, в том числе через обученных работников НПО.
- b) Обеспечить тестирование на другие инфекции в интегрированном порядке при возникновении необходимости.
- c) Необходимо убедиться, что тестирование и консультирование являются добровольными и что конфиденциальность результатов гарантирована.

V. Доступ к качественному лечению и уходу:

- a. Необходимо предоставить доступ к противовирусным препаратам прямого действия (ПППД), использовать их в соответствии с действующими рекомендациями по лечению EASL/EACS, и обучить врачей, работающих в тюрьмах.
- b. При закупках следует принимать во внимание возможные взаимодействия с антиретровирусными препаратами и другими медикаментами.
- c. Необходимо ввести меры поощрения для медицинских работников или регулярно посещать тюрьмы и оказывать там услуги.
- d. Необходимо обеспечить непрерывный доступ к лечению, даже если у заключенного нет медицинской страховки.
- e. Необходимо создать алгоритмы в отношении механизмов предоставления лечения, включая последующее наблюдение после освобождения.
- f. Необходимо включать аспекты оказания медицинских услуг в тюрьмах в учебные программы медицинского образования, в том числе о дополнительных факторах риска в рамках инициатив, проводимых сообществом.

VI. Руководящие принципы, программы и протоколы:

- a. В некоторых случаях необходимо обновить национальные руководящие принципы лечения и контролировать их применение и воздействие.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на огромные достижения в области лечения, ухода и поддержки людей с вирусным гепатитом, вирус гепатита С по-прежнему остается одной из основных причин заболеваемости и смертности среди людей с ВИЧ-инфекцией. Особенно это касается стран с ограниченными ресурсами (например, некоторых стран Восточной Европы и Центральной Азии), а также тех стран, в которых медицинские системы сталкиваются с проблемами на политическом уровне, уровне принятия решений или инфраструктуры.

Признавая эти факты и следуя своей миссии, EATG с 2010 года работает в области образования и мобилизации сообщества, деятельности по защите общественных интересов (адвокации) и формирования политики по вирусному гепатиту. Общая цель заключается в улучшении доступа к профилактике вирусных гепатитов, комплексному, современному и экономически эффективному лечению, уходу и поддержке для людей, живущих с ВИЧ, в Европе и Центральной Азии (ВЕЦА).

Благодаря этой работе и контактам с местными сообществами по ВИЧ-инфекции в странах, мы пришли к пониманию того, что у определенных групп населения есть значительно более серьезные проблемы с доступом к услугам, связанным с ВГС, чем у других. Основываясь на этих отзывах, EATG начала проект, разработанный с учетом выявленных проблем, под названием HAND (**Hepatitis Access Needs** - потребности в отношении доступа к лечению гепатита). Цели проекта – удовлетворение конкретных потребностей ключевых групп населения с коинфекцией ВИЧ в доступе к профилактике, тестированию, лечению и уходу в связи с гепатитом в Европе (с особым акцентом на регион ВЕЦА), а также повышение способности лидеров ключевых сообществ обучать и поддерживать членов местных сообществ, и улучшать их вовлечение в адвокацию, связанную с лечением.

Проект состоит из двух основных компонентов: исследования и обучения. Исследование направлено на доступ к тестированию, лечению и уходу в связи с гепатитом С среди людей в местах лишения свободы и мигрантов. Часть по обучению направлена на предоставление актуальной информации о лечении и профилактике гепатита В и С (через проведение вебинаров на английском и русском языках) и мобилизацию сообщества (путем проведения семинаров с фокусом на адвокацию, организованных в сотрудничестве с местными партнерами).

Данный отчет является частью исследовательского компонента. Он подготовлен членами и сотрудниками EATG, охватывает тему ВГС в пенитенциарной системе и состоит из общего обзора ситуации в регионе ВОЗ и более углубленного анализа ситуации в шести странах. Сбор данных в странах был проведен людьми, работающими в неправительственных организациях (НПО) этих стран, или сотрудниками EATG.

Цель доклада - описать пробелы и позитивные изменения в лечении и предоставлении услуг заключенным в отдельных странах Европы и Центральной Азии. Этим документом мы намерены поддержать работу различных групп и организаций по адвокации, предоставляя им информацию и идеи как о существующих проблемах, так и о

возможностях в отношении того, как системы в их странах могут быть улучшены, что может привести к расширению доступа к услугам для заключенных. Для достижения наших целей мы выбрали следующую методологию.

МЕТОДОЛОГИЯ

Нашим первым шагом стал общий обзор литературы. Для этого тема исследования была определена как «Услуги в связи с ВГС в пенитенциарных системах в Европейском регионе ВОЗ». В качестве платформ для сбора данных использовались Google и PubMed. После анализа этой темы был подготовлен следующий список ключевых слов «ВГС + тюрьмы + название страны», «гепатит + тюрьмы + название страны», «ВГС + ВИЧ + тюрьмы + название страны», «ВИЧ + ВГС + коинфекция + название страны», «ВГС + лечение + тюрьмы + название страны», «ВГС + лечение + уход + поддержка + тюрьмы + название страны». Процедура поиска ключевых слов на английском языке была повторена для каждой из 53 стран Европейского региона ВОЗ. Все публикации до 2012 года были исключены, чтобы представить более актуальную информацию о ситуации. Такой широкий диапазон времени был выбран потому, что независимо от изменения в методах лечения гепатита с появлением ПППД и их более-менее широким использованием в странах Западной Европы в настоящее время, в странах ВЕЦА все еще используется устаревшее лечение интерферонами и рибавирином, поэтому по некоторым параметрам публикации с 2012 года остаются весьма актуальными. Информация была аккумулирована одним человеком.

Основываясь на выводах, для углубленного изучения были выбраны шесть стран: Болгария, Финляндия, Италия, Казахстан, Молдова и Португалия. Выбор был сделан на основании географического охвата, экономического разнообразия, уровня развития сообщества и количества предыдущих публикаций (мы выбрали те страны, которые получили меньше внимания в прошлом).

Все ключевые слова были переведены на язык каждой страны специально назначенным человеком для сбора данных. Он/она также определил/-а поисковые системы (за исключением Google), которые наиболее часто используются в соответствующих странах, а также дают наибольшее количество результатов поиска. Причиной для таких действий стало то, что во многих случаях страны не переводят важные публикации на английский язык, а публикуют их только на официальном языке/языках. Кроме того, некоторые интервью с людьми, которые хорошо знают ситуацию, и данные о ситуации можно было найти только через местные поисковые системы.

Все люди, которые собирали данные, должны были внести все возможные результаты поиска в стандартизированную анкету, которая являлась инструментом сбора данных. Также был разрешен опрос специалистов, которые работают в области предоставления услуг людям с коинфекцией ВИЧ/ВГС. В данном отчете мы четко указываем те случаи, когда данные были получены из конкретных интервью.

Стандартизированная анкета включала следующие темы (с учетом изучения ситуации в пенитенциарной системе):

Эпидемиология: распространенность и заболеваемость ВГС в пенитенциарных учреждениях страны, случаи коинфекции, наиболее пострадавшие группы и тюрьмы, пути передачи и генотипы, стадии фиброза, количество случаев госпитализации по причине ВГС и количество людей с терминальной стадией заболевания печени, прогнозы в отношении бремени заболевания.

Профилактика: доступные профилактические программы (обмен игл и шприцев, опиоидная заместительная терапия, презервативы), предоставление информации.

Тестирование: алгоритм тестирования в тюрьмах (доступно или нет, является обязательным или нет, является анонимным или нет, платное или бесплатное), число тестов, выполненных в учреждениях содержания под стражей, тип тестов, который используется, целевое тестирование среди отдельных групп населения (люди, которые употребляют инъекционные наркотики (ЛУИН), мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), заключенные-мигранты из эндемичных районов).

Диагностика: алгоритм диагностики и включение заключенного в медицинскую систему для лечения, поддержка «равный - равному» для тех, кому недавно поставили диагноз, и людей на лечении.

Лечение и уход: нормативные документы и специфические страновые руководящие принципы для пенитенциарной системы, количество людей на лечении в заключении, специализация медицинского персонала, который может предоставлять лечение, как организовано финансирование лечения, какие зарегистрированные противовирусные препараты могут использоваться в тюрьмах, ценообразование, объем и структура закупок противовирусных препаратов для ВГС в учреждениях, исполняющих содержание под стражей, мониторинг лечения, компании, которые предоставляют лечение.

Бюджет на ВГС: текущий бюджет на лечение и финансовые прогнозы на будущее.

Национальная программа: существует ли такая программа и есть ли в ней какие-либо положения по тюрьмам, позволяют ли местные законы проведение клинических исследований в пенитенциарной системе.

Все заполненные анкеты были переведены на английский язык и проанализированы с помощью NVivo для выявления возможных тенденций.

Описание ситуации

Этот раздел представляет собой обзор ситуации по ВГС в пенитенциарной системе в странах Европейского региона ВОЗ.

Общая информация: поскольку люди, которые употребляют инъекционные наркотики (ЛУИН), составляют значительную часть заключенных во многих европейских странах, распространенность гепатита С среди заключенных выше, чем в общей популяции [1]. Показатель серопозитивной реакции на вирус гепатита С составляет 4,9% в Венгрии,

4,8-5,2% во Франции, 7-24,2% в Англии и Уэльсе, 11% в Португалии, 19% в Шотландии, 20% в Македонии, 22,7% в Испании и 38% в Италии [2]. Различные исследования показали связь между распространенностью ВГС и употреблением инъекционных наркотиков (УИН). Среди заключенных, которые относятся к ЛУИН, показатели варьируются от 60,2% среди заключенных в Украине, 69% - в Португалии, 74,7% - в Италии, до 87% в Дании [там же]. В трех хорватских исследованиях, проведенных среди лиц, содержащихся под стражей, показатели серопозитивной реакции на вирус гепатита С варьировались от 4,9% среди людей, имеющих нескольких половых партнеров, до 52% среди ЛУИН [там же]. В некоторых исследованиях указывается, что татуировки и пирсинг являются факторами риска для инфицирования ВГС. Особенно это касается тех, которые были сделаны в непрофессиональных условиях [3]. Напротив, в исследовании, проведенном в Нидерландах, не нашли доказательств увеличения распространенности ВГС среди людей с множественными татуировками и/или пирсингом, которые находятся в заключении. Исследование показало, что это может быть связано с введением руководств по гигиене для тату-салонов и салонов пирсинга в сочетании с наблюдаемой низкой распространенностью ВГС среди населения в целом [там же]. По сравнению с аналогичными исследованиями, распространенность ВГС среди заключенных в Северной Ирландии ниже (1,1%), чем в других европейских странах (только 11% ирландских заключенных сообщили, что они когда-либо употребляли инъекционные наркотики) [2].

Согласно данным ЕЦПКЗ, мониторинг, тестирование и лечение гепатита С доступны только в нескольких тюрьмах почти во всех странах Европейского союза (ЕС)/Европейской ассоциации свободной торговли (ЕАСТ) (96% в 2012 году). Многие страны отмечают трудности с предоставлением лечения ВГС в пенитенциарных учреждениях, например, из-за недостатка финансирования или того, что лечение доступно только тем, у кого есть медицинская страховка. Тестирование и лечение гепатита С в тюрьмах менее доступно в странах, не входящих в ЕС/ЕАСТ: только в 50% случаев есть доступ к тестированию, и в 27% - к лечению [4]. Карту европейских стран, в которых есть программы скрининга ВГС в тюрьмах, можно найти в докладе ЕЦПКЗ «Эпиднадзор и профилактика гепатита В и С в Европе», который опубликован по следующей ссылке: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101012_TER_HepBandC_survey.pdf

В продолжение этой публикации ЕЦПКЗ и Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании разрабатывают руководство для общественного здравоохранения по активному выявлению инфекционных заболеваний в местах лишения свободы, которое будет выпущено в 2018 году. Это руководство будет частью более широкого комплекса руководящих документов по предотвращению и контролю за инфекционными заболеваниями в местах лишения свободы, которые будут включать в себя и другие мероприятия, например, вакцинацию, и профилактику отдельных заболеваний и методы их контроля.
(http://www.emcdda.europa.eu/news/2017/joint-publication-communicable-diseases-prison_en).

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) в местах лишения свободы доступна на нерегулярной основе. Карту доступности можно увидеть по следующей ссылке: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-monitoring-report-prisoners-october-2013.pdf>

В следующей таблице представлены данные по отдельным странам региона ВОЗ. Краткость этой информации объясняется отсутствием доступных или опубликованных данных, что само по себе является серьезной проблемой, требующей решения.

Информация о ВГС в тюрьмах стран, по которым данные опубликованы и доступны в интернете (53 страны, входящие в Европейский регион ВОЗ, расположены в алфавитном порядке)

Албания	Нет официальной статистики по ситуации с ВГС в тюрьмах. Каждый год выявляется 3-4 случая инфицирования ВГС (информация от «полевых» работников). В стране есть программа заместительной терапии метадонотерапией в местах лишения свободы, но нет программ обмена игл и шприцев [5].
Андорра	Нет свежих данных о ВГС в тюрьмах.
Армения	Более чем 35% заключенных инфицированы ВГС. Страна занимает третье место по распространенности в регионе Содружества Независимых Государств (СНГ) после Грузии и Узбекистана [6]. ПППД не зарегистрированы и официально недоступны, следовательно, лечение в тюрьмах не проводится. Медикаменты доступны на черном рынке, хотя и существует озабоченность относительно их происхождения и возможных подделок. Цены (за счет пациентов) на традиционную комбинацию интерферон + рибавирин могут достигать 16 000 долларов США [информация от местных групп пациентов].
Австрия	Четких цифр по количеству людей с ВГС в тюрьмах нет [7], однако в стране есть «Руководство по оказанию помощи в тюрьмах», где указано, что в рамках профилактических процедур должно предоставляться лечение. Наказание за хранение наркотиков для личного пользования – до шести месяцев содержания под стражей или штраф. Тюрьмы предоставляют ОЗТ.
Азербайджан	Есть только данные, полученные из небольших несистематических исследований в тюрьмах, которые невозможно экстраполировать на население в целом [8].
Беларусь	Заключенные включены как целевая группа в национальную программу по профилактике. Нет заместительной терапии в тюрьмах [9].
Бельгия	Есть программы профилактики в тюрьмах, и НПО разрешено оказывать услуги. Однако нет никаких положений для обеспечения стерильного инъекционного инструментария для людей в заключении [10]. Опубликованные данные о заболеваемости и распространенности есть только до 2010 года, что делает их несколько устаревшими. Часть проблемы с отсутствующими данными заключается в том, что врачи общей практики и тюрьмы не являются компонентом системы регистрации.

Босния и Герцеговина	Данные о распространенности ВГС на уровне 13% получены из нерегулярного исследования в тюрьме строгого режима в Зенице со статистически значимой корреляцией между ВГС и УИН [11].
Болгария	В пенитенциарных учреждениях распространенность ВГС на уровне 28,6%. Государство обеспечивает лечение в тюрьмах, однако следует очень строгим медицинским критериям, по которым предпочтение отдается заключенным с ВИЧ/ВГС [12]. В стране существует динамичное сообщество пациентов, и в некоторых случаях НПО берут на себя роль государства в обеспечении профилактических программ для заключенных, как в отношении ВГС, так и в отношении ВИЧ-инфекции.
Хорватия	По сравнению с распространенностью ВГС в общей популяции Хорватии (0,9%), в пенитенциарных учреждениях отмечается более высокая распространенность (8,3-44%). Генотип 3 и 1 одинаково распространены (52,4% и 47,6%) [1]. Такая высокая распространенность говорит о том, что значительную часть этой группы составляют ЛУИН. Люди, находящиеся в заключении, составляют 0,4% всего населения Хорватии, среди которых доля ЛУИН занимает около 25-30%. В одном исследовании были выявлены значительные различия в распространенности ВГС среди заключенных, которые сообщили о незащищенных сексуальных практиках, по сравнению с заключенными, которые использовали презервативы (22% против 4%). Наличие татуировок было еще одним фактором риска, связанным с большим количеством позитивных тестов на антитела к ВГС в этой группе населения. Среди заключенных, инфицированных ВГС, значительно выше шансы того, что у них был опыт нанесения татуировок в прошлом (27%), чем у заключенных, не инфицированных ВГС (8%). Тем не менее неясно, является ли татуировка реальным фактором риска передачи ВГС, поскольку многие из заключенных с положительной реакцией на ВГС сообщали о другом потенциальном риске инфицирования ВГС (совместное использование инъекционного инструментария или рискованное сексуальное поведение). Кроме того, более высокие показатели распространенности отмечаются среди людей, заключенных под стражу, которые были безработными, и тех, которые проживают в городской местности [там же].
Чешская Республика	ОЗТ предоставляется в специализированных психиатрических учреждениях и доступна в тюрьмах с 2009 года. Лечение гепатита для ЛУИН предоставляется в 39 клиниках по всей Чешской Республике, в том числе и в тюрьмах [13].
Дания	Подробные данные отсутствуют. Источники на английском языке слишком стары (например, публикации за 2000 год).
Эстония	Хотя опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) метадоном, лечение туберкулеза под непосредственным наблюдением (DOTS) и другие медицинские услуги доступны в эстонских тюрьмах, обмен шприцев отсутствует, и доступность презервативов является относительно низкой [14].

Финляндия	Существуют регулярные скрининговые программы в тюрьмах [15]. Страна также обеспечивает лечение по тем же стандартам, которые применяются для населения в целом.
Франция	<p>Распространенность ВГС в пенитенциарной системе выше, чем среди населения в целом. Показатели колеблются от 4,8% до 6,5% [16]. Лечение ВГС в тюрьмах связано с различными ограничениями, как с точки зрения скрининга, так и терапевтического наблюдения (особенно в отношении процедур предоставления препаратов). Однако то, что схемы лечения, не содержащие интерферон, проще в использовании, и курс лечения такими препаратами короче, облегчает доступ к лечению ВГС среди заключенных. Рекомендации The Association Française pour l'Etude du Foie (AFEF) для лечения в государственных тюрьмах Франции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Всем заключенным рекомендуется ежегодный скрининг на гепатит С 2) Для снижения риска передачи рекомендуется лечить всех заключенных 3) В случае изменений в пенитенциарном учреждении, центре содержания под стражей, или освобождения следует обеспечить непрерывность лечения 4) Выбор схемы лечения должен быть таким же, как и для общей популяции
Грузия	Заключенные являются группой с высоким уровнем распространенности гепатита С в стране (50%). Инициативой правительства стала Программа элиминации гепатита С, которая реализуется в пенитенциарной системе Грузии с 2013 года. Эта программа предусматривает повышение осведомленности об инфекции, профилактику, диагностику и лечение. Данная программа является частью программы искоренения ВГС в общей популяции (при поддержке компании Gilead Sciences), и предварительные результаты показывают, что показатель излечения составляет 90% [17].
Германия	В стране завершились шесть из семи программ обмена игл и шприцев в тюрьмах, которые проводились на протяжении последних десяти лет, и в настоящее время такая программа есть только в одной тюрьме [18].
Греция	Небольшое исследование показало распространенность ВГС в тюрьмах на уровне 6,5% [19]. Доступ к лечению крайне ограничен или отсутствует. Доступно бесплатное и анонимное тестирование. Новая программа Университета Афин и двух местных НПО, направленная на проведение скрининга в основной тюрьме Греции, началась в последнем квартале 2017 года [20].
Венгрия	Показатель распространенности в тюрьмах составляет 4,9%. Лечение для заключенных не предоставляется [21].

Исландия

В январе 2016 года в Исландии была начата национальная программа по лечению, в рамках которой пациенты с ВГС могут получать лечение с применением ПППД в соответствии с национальными руководящими принципами по лечению гепатита С в Исландии. Все пациенты проходят эластографию печени. Приоритетное назначение лечения предусмотрено для людей, активно употребляющих инъекционные наркотики, заключенных и пациентов с заболеваниями печени. Людям рекомендуется приводить на тестирование своих друзей, которые могли подвергнуться воздействию вируса. Активные потребители наркотиков получают дополнительную поддержку для повышения приверженности. Цель программы заключается в том, чтобы лечить до 200 пациентов каждые 4 месяца, чтобы пролечить каждого человека с ВГС в Исландии в течение 36 месяцев (до конца 2018 года) [22].

Ирландия

Нет информации о распространенности ВГС в тюрьмах. Ниже приводится выдержка из национального доклада страны по тюрьмам: «Примечательно, что в ирландских тюрьмах нет больничных учреждений, и заключенных нужно переводить под охрану для лечения. Это вызывает беспокойство, поскольку эффективные меры по профилактике ВИЧ и гепатита С недоступны для заключенных из-за того, что медицинские услуги остаются неадекватными или доступ к ним непостоянный. Предоставление ирландской пенитенциарной службой мер по профилактике ВИЧ и гепатита С не соответствует стандартам рекомендованных методов в Европе и Северной Америке. Нынешняя реакция Ирландской пенитенциарной службы на кризис, связанный с ВИЧ и гепатитом С, далеко не соответствует заявленной цели Службы по предоставлению первичной медико-санитарной помощи (профилактика, лечение и реабилитация) правонарушителям, по крайней мере, эквивалентным стандарту, доступному для общей популяции. Национальная стратегия по борьбе с наркотиками признает важность снижения вреда для этого сообщества, поэтому необходимы аналогичные меры и параллельная расстановка приоритетов по снижению вреда для заключенных, также как и равный и действительно постоянный доступ к первичной медико-санитарной помощи» [23].

Израиль	<p>Отрывок из главной газеты в стране, Haaretz: «Новое лечение от гепатита С включено в пакет услуг по здравоохранению, финансируемых государством, но пенитенциарные службы воздерживаются от лечения этой серьезной вирусной инфекции среди заключенных. Служба также избегает принятия профилактических мер, таких как диагностические тесты и предоставление заключенным информации. Причиной этого, по данным службы, являются высокие затраты.</p> <p>Пенитенциарная служба обязана предоставлять заключенным те же услуги, которые предоставляются организациями здравоохранения широкой общественности, включая диагностику и лечение таких заболеваний, как гепатит С. В мае прошлого года центральный районный суд вынес решение в пользу ходатайства заключенного с гепатитом С. Суд поручил пенитенциарной службе предоставить ему лекарства, входящие в пакет услуг по здравоохранению. Медицинский персонал пенитенциарной службы утверждал, что расходы превысят их бюджет, но судья постановил, что это не может оправдывать непредоставление лечения».</p> <p>«Исследования показывают, что от 25 до 30 процентов заключенных инфицированы, - говорит Хулио Борман, глава Netz, израильской ассоциации по заболеваниям печени. - Один заключенный рассказал мне, что четыре человека в камере пользуются одной бритвой, при этом один сокамерник инфицирован». По словам Бормана, уровень заражения высок из-за использования одного шприца во время употребления наркотиков, половых сношений, нанесения татуировок и драк [24].</p>
Италия	<p>Разные источники приводят разные данные о распространенности ВГС в тюрьмах (около 10-15%). Больше информации приведено ниже в подробном описании ситуации в стране.</p>
Казахстан	<p>Нет опубликованных данных на английском языке.</p>
Кыргызстан	<p>На конец 2011 года десять человек с вирусным гепатитом были выявлены в государственной пенитенциарной системе Кыргызской Республики, что составляет 0,1% от общего числа заключенных, в то время как в предыдущие годы число выявленных случаев было следующим: 3 в 2010 году; 33 в 2009 году; 12 в 2008 году; 25 в 2007 году; 21 в 2006 году; 19 в 2005 году; 38 в 2004 году. Распространенность вирусного гепатита в пенитенциарной системе Кыргызской Республики не известна из-за трудностей, связанных с проведением исследований по распространенности в этих учреждениях [25]. Когда речь идет о тестировании ЛУИН и заключенных, доступ предоставляется через программы обмена игл и программы по тюрьмам, поддерживаемые Глобальным фондом.</p>

Латвия	<p>В Латвии есть 12 тюрем, в которых могут содержаться 6 500 заключенных. В настоящее время 4 895 находятся в местах лишения свободы. После реформы уголовного права количество заключенных было сокращено. Ожидается, что число заключенных будет продолжать сокращаться из-за введения системы электронного надзора за правонарушителями. Каждая из 12 тюрем в Латвии имеет свое собственное медицинское подразделение. Национальная тюремная больница в Олайне была открыта в 2007 году, и рассчитана на 200 заключенных. Тюрьма в Олайне включает в себя закрытое отделение строгого режима, открытое тюремное отделение и тюремную больницу. В настоящее время во всей тюрьме 269 заключенных (29 женщин, 240 мужчин: 116 заключенных-мужчин в закрытом корпусе, 70 заключенных в открытом крыле и 83 заключенных мужчин и женщин в больнице). Тесты на ВГВ и ВГС доступны только заключенным с ВИЧ, если есть клинические симптомы или по требованию заключенного.</p> <p>Правила возмещения расходов на лечение ВГС были недавно изменены: теперь возмещается только 75% расходов, а остальные 25% должны быть покрыты Минюстом. Тюремным властям трудно выплатить оставшиеся 25% из своего бюджета. Однако в настоящее время проводится пересмотр политики здравоохранения в тюрьмах, и эта проблема может быть решена [26].</p>
Литва	<p>Численность заключенных в Литве является самой высокой в Европе. В тюрьмах доступно бесплатное добровольное тестирование на инфекционные заболевания в сочетании с некоторыми мерами по информированию о заболевании, направленными на изменение поведения, связанного с риском заражения ВИЧ, ВГВ и ВГС. Работа по лечению наркозависимости в тюрьмах направлена на социально-психологическую реабилитацию заключенных-иждивенцев [27].</p>
Люксембург	<p>В двух тюрьмах Люксембурга проводится исследование по заключенным, которые содержались под стражей в период с июля 2015 года по июнь 2017 года. Предыдущее исследование, проведенное в пенитенциарном центре, показало, что 17,2% заключенных, которые получали лечение в тюрьме и выздоровели, были повторно инфицированы в течение трех лет. Поэтому новое исследование направлено на точную оценку повторного инфицирования ВГС в тюрьмах и после освобождения. Это также позволит отследить частоту лечения ВГС в тюрьме и реакцию на лечение с помощью текущих и новых методов лечения ВГС. Кроме того, исследование свяжет участников с программами ОЗТ в попытке помочь потребителям наркотиков прекратить употребление [28].</p>
Македония	<p>Распространенность ВГС среди людей в заключении составляет около 15%. Наиболее распространенным путем передачи является употребление инъекционных наркотиков [29].</p>
Мальта	<p>Последние данные о тюрьмах были опубликованы более 6-7 лет назад и в настоящее время устарели.</p>

Молдова	Республика Молдова является одной из немногих стран в мире, где в тюрьмах доступен комплексный пакет (15 ключевых вмешательств, определенных Управлением ООН по борьбе с наркотиками и преступностью). Это привело к заметному снижению распространенности ВИЧ и ВГС. Программа обмена игл и шприцев в Молдове была сначала опробована в одной из тюрем, и постепенно расширена до 13 тюрем в 2014 году. Каждый год в среднем распределяются 90 000 шприцев. ОЗТ также доступна в 13 тюрьмах. Были сделаны инвестиции в расширение доступа к программам по обмену игл и шприцев и ОЗТ в тюрьмах, расположенных в Приднестровье [30].
Монако	Нет данных о ВГС в тюрьмах.
Черногория	Страна предоставляет ОЗТ в тюрьмах, и в некоторых публикациях указывается, что в пенитенциарной системе проводится бесплатное лечение ВГС, однако нет информации о том, какое именно это лечение и как оно предоставляется. ОЗТ предоставляется только тем заключенным, которые находились на поддерживающей терапии до лишения свободы [31].
Нидерланды	Нет точных данных о распространенности гепатита С в тюрьмах Нидерландов. Одно исследование по оценке ситуации указывает на то, что показатель распространенности составляет от 2,0% до 10,7%, однако это публикация 2010 года [32].
Норвегия	Опубликованная информация относится к 90-м годам.
Польша	По данным пенитенциарной службы Польши, ежегодно около 4 000 заключенных проходят добровольное тестирование на ВИЧ, и 9 000 - на ВГС. Среди них каждый год выявляется от 30 до 50 новых случаев ВИЧ-инфекции и почти 400 новых случаев ВГС. Программы обмена игл и шприцев и информация о более безопасном употреблении в польских тюрьмах в настоящее время недоступны, поскольку власти полагают, что это будет означать поддержку употребления наркотиков во время тюремного заключения. Из 31 программы ОЗТ, доступной по всей Польше, семь работают в 27 тюрьмах. Хотя метадон является наиболее назначаемым препаратом, бупренорфин, субоксон и другие препараты для заместительной терапии также доступны. С момента появления ОЗТ в 2003 году только 468 заключенных получили доступ к этой программе, и, согласно данным пенитенциарной службы Польши, число заключенных, участвующих в данной программе, с каждым годом уменьшается. Доступ к лечению для заключенных затруднен. Отсутствует профилактика, лечение и уход в связи с ВИЧ и ВГС, а также реальная социальная поддержка, в том числе в процессе реинтеграции в общество. Кроме того, отсутствует оценка эффективности ОЗТ в тюрьмах. Европейский комитет по предупреждению пыток заявил, что интервью с тюремными врачами выявили высокий уровень скептицизма в отношении применения ОЗТ в польских тюрьмах. Механизм мониторинга рекомендовал польскому правительству разработать и внедрить комплексную программу по оказанию помощи заключенным с наркотической зависимостью, хотя все еще нет никаких признаков того, что в этом направлении предпринимаются какие-либо шаги [33].

<p>Португалия</p>	<p>На момент сбора данных, несмотря на интеграцию тюремного здравоохранения в Национальную службу здравоохранения в 2007 году, многие медицинские услуги все еще оказывались пенитенциарной системой, и наблюдается тенденция к передаче услуг, которые предоставляются в пенитенциарной системе, частным подрядчикам. Жалобы заключенных, собираемые гражданским обществом, указывают на то, что медицинское обслуживание в тюрьмах является крайне неэффективным из-за нехватки медицинского персонала, лечения, доступа к базовой диагностике и транспортировке.</p> <p>В настоящее время в стране насчитывается 49 тюрем, в том числе одна тюремная больница. По состоянию на 31 декабря 2014 года насчитывалось 14 003 заключенных, около 16% (2 217) из которых отбывали наказание в тюрьме за преступления, связанные с наркотиками. Официальные данные об употреблении наркотиков и показателях распространенности ВИЧ и ВГС в тюрьмах недостаточны из-за отсутствия информационной системы о состоянии здоровья заключенных, а также из-за трудностей с привлечением тюремных властей к сотрудничеству по запросам на предоставление информации. Недавно проведенное национальное исследование уровня зависимости в тюрьмах показало, что из 20% всех заключенных, попавших в выборку (47 из всех 49 тюрем), у 42% был ВГС [33].</p> <p>В 2017 году были приняты новые правила, и ситуация меняется/будет меняться. Они приведены в детальном описании ситуации в стране (ниже в этом отчете).</p>
<p>Румыния</p>	<p>Лечение в тюрьмах осуществляется в специализированных тюремных отделениях или предоставляется сторонними специалистами. Поддерживающее лечение метадонотом было введено в 1998 году, опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) бупренорфином - в 2007 году, и комбинацией бупренорфин/ налоксон - в 2008 году. Чтобы упростить доступ к лечению, юридические процедуры для включения в программу ОЗТ были пересмотрены в 2005 году. В настоящее время правительство предоставляет ОЗТ в девяти больницах МЗ и трех центрах по борьбе с наркотиками, оценке и консультированию в Бухаресте, а также в тюрьмах. Кроме того, ОЗТ предоставляют три частных организации и одна НПО. Программы обмена игл и шприцев доступны в двух тюрьмах, хотя они и не используются заключенными [34].</p>
<p>Российская Федерация</p>	<p>Государственная/официальная информация о ВГС в тюрьмах недоступна. Существует несколько отчетов НПО, но они описывают по большей мере личный опыт в тюрьме.</p>
<p>Сан-Марино</p>	<p>По состоянию на 17 сентября 2017 года в стране была только одна тюрьма и только один заключенный. Тридцатилетнему мужчине приносят еду из местного ресторана, потому что содержать столовую для одного человека экономически не выгодно [35].</p>

Сербия	Распространенность хронического гепатита С в исправительных учреждениях колеблется от 16% до 49% [36].
Словакия	В Словакии вирусный гепатит С остается самой распространенной среди заключенных инфекцией, передаваемой через кровь. В 2013 году доля заключенных с положительным тестом на ВГС почти удвоилась (20,9%), при этом количество проведенных скрининговых тестов было примерно таким же, как и в 2012 году (n=1 512). Одной из причин резкого увеличения числа случаев инфицирования ВГС является лучшее таргетирование при отборе заключенных для тестирования. В 2013 году подтверждающие тесты ПЦР на ВГС были проведены в 193 случаях. Наблюдалось незначительное увеличение доли осужденных, у которых наличие вируса гепатита С было подтверждено с помощью теста ПЦР. По сравнению с 2012 годом этот показатель вырос до 21,8%, что указывает на постоянную и растущую тенденцию увеличения распространенности ВГС среди заключенных [37].
Словения	У всех заключенных есть доступ к бесплатному, добровольному и анонимному тестированию и лечению гепатита и ВИЧ-инфекции [38].
Испания	Вирусная инфекция гепатита С в 15 раз чаще встречается среди заключенных в северной части Испании, чем среди населения в целом [39]. В стране есть программы по элиминации ВГС в контролируемой среде [там же].
Швеция	Данные на английском языке были опубликованы ранее 2010 года, поэтому они являются устаревшими для целей этого отчета.
Швейцария	Страна обеспечивает тюрьмы чистым инъекционным инструментарием. Интересной инициативой является проект BIG. В 2008 году Федеральное управление общественного здравоохранения (FOPH), Федеральное управление юстиции (FOJ) и Швейцарская конференция директоров кантональных органов юстиции и полиции запустили проект BIG. Были определены четыре направления деятельности: сбор данных об инфекционных заболеваниях в тюрьмах; предоставление информации и обучение заключенных и персонала; профилактика, тестирование, лечение и решение структурных вопросов, включая языковые барьеры [40]. По завершении проекта BIG в кантонах была создана организация Santé Prison Suisse, или SPS («Prison Health Switzerland», «Здравоохранение в тюрьмах Швейцарии»). SPS предоставляет информацию и рекомендации, сформулированные в рамках проекта BIG, по профилактике инфекционных заболеваний среди лиц, содержащихся под стражей, и тюремного персонала. Тем не менее главная цель SPS как национальной платформы для решения вопросов здравоохранения в правоохранительных органах заключается в том, чтобы помочь в создании единой системы здравоохранения во всех тюрьмах, которых существует более 100 [41]. Оценочная распространенность ВГС в пенитенциарной системе - 6,9% [42].
Таджикистан	Нет данных о ВГС в тюрьмах.

Турция	<p>Приводятся следующие результаты одного исследования: «Положительные тесты на антитела к ВГС были у 17,7% (n=47) заключенных в тюрьме Кахраманмараш, а соотношение генотипов 3 и 1 составило 68,1% (n=32) и 2,1% (n=1) соответственно. Соотношение заключенных с положительным тестом на антитела к ВГС и заключенных с отрицательным тестом на РНК ВГС, не получивших лечения, составило 29,8% (n=14). Неясно, была ли у этих 14 человек инфекция или это была ложная позитивная реакция на антитела к ВГС. У восьми человек в анамнезе было внутривенное употребление психоактивных веществ, у одного - стоматологическое лечение; тем не менее у пяти человек не было выявлено никаких рисков. Соотношение заключенных с положительным тестом на антитела к ВГС и заключенных с отрицательным тестом на РНК ВГС, получивших лечение, составило 3,8% (n=10) от исследуемой популяции. Показатели РНК ВГС составляли 2 070 -1 170 999 068 МЕ/мл. Сочетанной инфекции ВГВ и ВГС не было выявлено. Позитивных результатов на антитела к ВИЧ у людей, включенных в исследование, не было». [43].</p>
Туркменистан	<p>Официальные заявления Министерства здравоохранения страны говорят о том, что в стране нет случаев ВИЧ и ВГС, в то же время в отчете по внедрению Дублинской декларации Туркменистан утверждает, что ОЗТ предоставляется в тюрьмах [40].</p>
Украина	<p>В отличие от ВИЧ, существует очень ограниченное количество опубликованных данных и противоречивых утверждений по ВГС в тюрьмах, в зависимости от источника публикации. Репрезентативное тюремное исследование по биологическому надзору показало, что распространенность ВГС чрезвычайно высока (60,2%) [44].</p>

Великобритания

Последнее комплексное исследование распространенности гепатита С среди заключенных в Англии было проведено в 1997 году. Тогда Служба общественного здравоохранения (PHLS) провела несвязанное анонимное исследование по распространенности вирусов, передающихся через кровь, среди заключенных в Англии в 1997-1998 годах. Было выявлено, что 9% взрослых мужчин, 11% женщин и 0,6% молодых правонарушителей мужского пола имели доказательства предыдущего заражения гепатитом С. Недавнее исследование в Шотландии показало, что общая распространенность антител к гепатиту С среди заключенных составляет 19%.

Употребление инъекционных наркотиков является основным фактором риска заражения в Великобритании (более 90% новых инфекций приобретается при внутривенном употреблении наркотиков, когда известны факторы риска). Исследование Министерства юстиции с выборкой недавно осужденных взрослых заключенных из 49 тюрем Англии и Уэльса показало, что 68% употребляли запрещенные наркотики в прошлом году и 40% употребляли инъекционные наркотики в течение четырехнедельного периода до заключения под стражу. Считается, что около 50% потребителей инъекционных наркотиков и 30% бывших потребителей инъекционных наркотиков в Англии инфицированы гепатитом С.

Потенциальные пути передачи гепатита С включают совместное использование игл, совместное использование инструментария для татуировок, совместное использование зубных щеток и машинок для стрижки волос, и все эти риски повышаются в условиях заключения. На сегодняшний день мероприятия по диагностике и лечению пациентов с гепатитом С в тюрьмах широко варьируются. В июле 2012 года группа по профилактике тюремных инфекций Агентства по охране здоровья (HPA PIP) в партнерстве с отделом здравоохранения для правонарушителей и группой по стратегии борьбы с заболеваниями печени в Министерстве здравоохранения (DH) опубликовала обзор услуг по лечению гепатита С в тюрьмах Англии. Были выявлены различия в структуре, доступности и качестве услуг, оказываемых при гепатите С в тюрьмах по всей Англии [45].

Узбекистан

Нет данных о ВГС в тюрьмах.

Приведенная выше информация показывает, что проблема ВГС в пенитенциарных системах разных стран очень неоднородная. Такие страны, как Молдова, Эстония или Словения, предоставляют более продвинутые услуги, чем страны, которые обеспечивают хорошие стандарты для населения в целом, в частности, Великобритания или Ирландия. Тем не менее результаты нашего исследования указывают на то, что ни в одной стране нет системы помощи, которая соответствовала бы, по крайней мере, стандартам, которые применяются для населения в целом.

Спектр различий настолько широк, что мы видим места, в которых недоступны никакие услуги, а в других лечение в тюрьмах лучше, чем то, которое получает население в целом в других странах. Сообщества должны работать с правительствами и другими ключевыми заинтересованными сторонами для достижения общих высоких стандартов, достижимых во всем Европейском регионе ВОЗ. Далее мы приводим более детальную информацию по некоторым странам выборки. Последующий анализ даст возможность сформулировать рекомендации по проблемам, пробелам и улучшениям, которые организации на базе сообществ могут рассмотреть для включения в свои долгосрочные программы и планы действий.

Болгария



В стране нет доступа к точным данным по количеству людей с ВГС-инфекцией и с коинфекцией ВИЧ/ВГС в пенитенциарной системе. Вместе с тем медицинские специалисты отмечают, что наиболее затронутыми группами являются МСМ и ЛУИН [46]. Данные получить сложно в основном потому, что медицинские подразделения в пенитенциарной системе страны находятся в юрисдикции Министерства юстиции и имеют достаточно высокую степень независимости в принятии решений. Зачастую это приводит к различиям в уровне медицинских услуг, оказываемых общему населению и в пенитенциарной системе.

В рамках исследования не было выявлено различий между тюрьмами в плане того, в какой из них ситуация с ВГС «лучше» или «хуже». Наиболее распространенными путями передачи являются половые контакты, использование общего инъекционного инструментария, а также татуировки. За последний год (информация на конец июля 2017 года) число госпитализаций в связи с ВГС составило 15.

Профилактические мероприятия сводятся к нерегулярным визитам представителей НПО, которые в основном распространяют печатные материалы. Ни в одной из тюрем страны нет доступа к стерильным иглам и шприцам. ОЗТ доступна только в тюрьме Софии (столица Болгарии). Впрочем, доступ есть только у тех заключенных, которые уже находились в программе ОЗТ на момент попадания в тюрьму. Иными словами, в тюрьме можно продолжить курс ОЗТ, но начать его там нельзя.

Дополнительным ограничением является то, что лечение предоставляется в рамках частной программы, и заключенному (либо родственникам) необходимо его оплачивать самостоятельно. В 2017 году Министерство здравоохранения и Министерство юстиции договорились о том, что на территории тюрем будет предоставляться метадон. Однако реализация данной договоренности осложняется тем, что очень мало медицинских специалистов, имеющих опыт работы с ОЗТ (например, медсестры), соглашаются работать в тюрьмах.

Данные по числу проведенных тестов на ВГС в пенитенциарной системе отсутствуют, равно как и информация о том, каким образом можно пройти тестирование. С ВИЧ-инфекцией ситуация другая: в пенитенциарных учреждениях доступно добровольное, анонимное и бесплатное тестирование, которое проводят НПО при поддержке Глобального фонда. Впрочем, программы ГФ должны были завершиться в 2017 году. Принудительные формы тестирования (ВИЧ, ВГВ, ВГС) в тюрьмах Болгарии отсутствуют. Люди, которые с высокой долей вероятности подверглись риску инфицирования ВГС, не получают соответствующее медицинское сопровождение ни в тюрьмах, ни после освобождения. В редких случаях, когда у человека выявляется ВГС в тюрьме, его или ее информируют об этом лично (обычно это делает представитель НПО). Генотип определяется в учреждении, где осуществляется госпитализация. Люди с выявленным диагнозом не получают поддержку ни от «равных» консультантов, ни какую-либо иную форму немедицинской поддержки.

В национальных протоколах лечения ВГС ничего не говорится о группе пациентов в пенитенциарной системе. В 2017 всего пять человек получили лечение. Все они были направлены на госпитализацию в больницу Министерства внутренних дел (МВД), поскольку врач в тюрьме не имеет права прописывать терапию напрямую. Он/она может только выписать направление, с которым заключенный конвоируется в больницу МВД в Софии – единственную больницу, которая может принимать пациентов с заболеваниями печени из учреждений пенитенциарной системы. Там пациент проходит необходимые тесты, после чего готовится так называемый протокол А1. С этим протоколом он/она может обратиться за терапией в Национальный институт медицинского страхования (НИМС). Чтобы получить бесплатную терапию, необходимо регулярно платить взносы в НИМС. Все критерии перечислены на сайте: <http://www.nhif.bg/web/guest/207>.

В качестве примера: человек с подтвержденной хронической инфекцией ВГС в одной из тюрем Болгарии ожидает терапии уже два года, поскольку ни одна специализированная гастроэнтерологическая клиника за пределами тюрьмы не желает его принять.

С начала 2017 года все зарегистрированные в ЕС препараты доступны в Болгарии, а именно:

- омбитасвир/паритапревир/ритонавир/±дасабувир/±рибавирин
- софосбувир/±ледипасвир/±рибавирин
- гразопревир/элбасвир/±рибавирин

Все они могут назначаться и компенсироваться в рамках национальной системы медицинского страхования.

В стране нет национальной программы по ВГС. Существуют «условия, при которых терапия должна быть предоставлена», прописанные национальным обществом гастроэнтерологов и утвержденные НИМС. Они в целом соответствуют международным рекомендациям (например, EASL), описывают возможные схемы терапии, а также все состояния, при которых назначается лечение, например, генотип, степень поражения печени, вирусная нагрузка, сопутствующие заболевания. Программы по профилактике, скринингу и предоставлению услуг отсутствуют.

Проведение клинических исследований в тюрьмах не допускается. В основном это связано с опасениями по поводу возможного принуждения заключенных к участию. Кроме того, предполагается, что из-за низкого уровня образованности некоторые заключенные не смогут правильно понять форму информированного согласия. Также существует риск коррупции.

Одна из основных проблем, с которыми сталкиваются НПО, – нежелание администрации тюрем сотрудничать. Зачастую они препятствуют доступу «равных» консультантов или социальных работников в тюрьмы, поскольку из-за их присутствия персонал тюрем может испытывать давление. По этой причине деятельность НПО в пенитенциарной системе носит эпизодический характер и сводится к нерегулярным лекциям и распространению печатных материалов. Помимо отсутствия интереса, среди барьеров также отмечается бюрократизация системы, которая усложняет доступ людей к терапии. Одна из респондентов, работающих в НПО в тюремном проекте, отметила два случая, когда потребовалось более года переговоров с администрацией тюрьмы, чтобы были приняты хотя бы какие-то меры. В первом случае заключенный в итоге излечился, во втором случае переговоры продолжаются до сих пор.

Еще одна проблема – недостаточный уровень информированности врачей тюрем о гепатите С. Зачастую врач не может понять, зачем нужен тест ПЦР, и зачем пациента нужно конвоировать в Софию и тратить на это средства из бюджета тюрьмы. Обычное отношение можно описать следующими словами: «они будут лечиться, когда выйдут отсюда, мы здесь этим заниматься не будем, это все слишком сложно». Еще один немаловажный фактор – все, что связано с тестированием или лечением ВГС, не является обязательным и не прописано в приказах Министерства юстиции. Иными словами, человек может получить доступ к терапии, если у руководства тюрьмы есть на это воля.

Болгария является примером страны, в которой лечение ВГС должно быть выведено из-под юрисдикции Министерства юстиции и передано Министерству здравоохранения. Система предоставления медицинских услуг, в которой сотрудники тюрем могут принимать решения вне правовых рамок, руководствуясь собственным желанием, должна быть упразднена. Министерство юстиции в сотрудничестве с экспертами Министерства здравоохранения, организациями сообщества, клиницистами и иными заинтересованными сторонами должно издать руководство по предоставлению терапии ВГС заключенным, которому должны следовать все пенитенциарные учреждения страны.

Учитывая то, что заключенные являются одной из приоритетных групп для первоочередного предоставления лечения, первым шагом должно стать упрощение процедуры получения терапии при ВГС. Важно, чтобы соответствующие учреждения, включая Министерство юстиции, Министерство здравоохранения и Общество гастроэнтерологов Болгарии, убрали требование о проведении биопсии печени для назначения терапии (заменяв ее неинвазивными процедурами, например, эластографией). Также важно, чтобы были созданы условия для получения терапии непосредственно в амбулаторных условиях на территории пенитенциарного учреждения. Эти меры позволят сократить период между диагностикой и получением терапии, минимизировать роль учреждений и снизить стоимость, устранив ненужные меры, такие как госпитализация с конвоированием.

Финляндия



В Финляндии насчитывается 26 тюрем [47]. Количество заключенных в 2012 году в стране составило 3 236; 224 из них были женщины [48]. Основной возрастной группой в 2011 были заключенные в возрасте от 30 до 39 лет [49]. Доля заключенных в возрасте свыше 50 лет в 21 веке постепенно росла; рост составил с 9% до 14% [там же]. Важно отметить, что непропорционально большое количество заключенных – люди с низким социально-экономическим статусом и этнические меньшинства [там же].

Люди, находящиеся в пенитенциарной системе Финляндии, могут быть условно разделены на несколько категорий: а) люди, содержащиеся в следственных изоляторах, б) осужденные, в) неплательщики штрафов, г) осужденные пожизненно, д) приговоренные к исправительным работам. Заключенные, содержащиеся в СИЗО, фактически не являются осужденными, поскольку они ожидают решения суда. Осужденные отбывают наказание в учреждениях либо закрытого, либо открытого типа, либо находятся на пробации. Есть особая категория осужденных которые отбывают наказание за неуплату штрафов. К осужденным пожизненно относятся заключенные с неопределенным сроком заключения; как правило, пожизненный срок определяется как любой срок свыше 12 лет, однако возможно освобождение на основании ходатайства по решению суда [49].

Общее состояние здоровья заключенных значительно хуже, чем у людей того же возраста в общей популяции; уровень смертности среди заключенных является высоким [48].

Как и в других странах, включенных в отчет, данные по ВГС в пенитенциарной системе разрознены и различаются в зависимости от источника. На основании анализа нескольких публикаций, около 50% заключенных (56% мужчин и 47% женщин) имеют антитела к ВГС [50, 49, 48, 47].

ВГС особенно распространен среди молодых женщин. Наибольшая распространенность отмечается в самой младшей возрастной группе (16-24 года, 71%). Среди мужчин наиболее высокая распространенность отмечается в возрастной группе 25-34 года [49].

В 2013 году было проведено исследование, в рамках которого, среди прочего, была поставлена цель определить основные пути передачи ВГС [49]. По итогам многовариантного анализа было показано, что среди таких факторов, как возраст, общее количество лет в тюрьме, небезопасный секс, сексуальное насилие, употребление инъекционных наркотиков, использование общих игл/шприцев и татуировки, только употребление инъекционных наркотиков и общих игл/шприцев имело статистически значимую взаимосвязь с ВГС среди женщин. Среди мужчин, помимо использования общего инъекционного инструментария и употребления наркотиков, статистически значимой также была взаимосвязь с татуировками, общим количеством лет в тюрьме и возрастом.

Помимо диагнозов, уже известных при поступлении, были отмечены случаи выявления ВГВ и ВГС в тюрьмах, что свидетельствует об инфицировании вследствие использования

общих шприцев [52]. Свежие данные по числу смертей от ВГС или по случаям госпитализации в связи с ВГС отсутствуют. Последняя доступная информация датируется 2006 годом; ни одного случая смерти, связанного с ВГС, зарегистрировано не было [48].

В исследовании 2010 года отмечалось, что в 75% случаев хронической инфекции ВГС уровень АЛТ изменялся или постепенно рос (Färkkilä, 2010). Тем не менее важно отметить, что у 21% ВГС-отрицательных женщин также был зафиксирован повышенный уровень АЛТ, в то время как среди мужчин была отмечена сильная взаимосвязь между высоким уровнем АЛТ и ВГС. Возможное объяснение заключается в том, что 70% женщин, включенных в исследование, имели в анамнезе проблемы с употреблением алкоголя/алкогольную зависимость, а женщины более подвержены риску повреждения печени в связи с употреблением алкоголя, нежели мужчины. С биомедицинской точки зрения курение, и в особенности употребление каннабиноидов, может повысить риск развития фиброза печени при ВГС. В результате исследования выяснилось, что 70% женщин регулярно курили, а 90% хотя бы раз употребляли каннабиноиды (Lintonen et al., 2011). Несмотря на молодой возраст женщин-заключенных и на то, что у молодых женщин, по всей видимости, хронический гепатит С развивается реже/медленнее, ВГС-инфекция, сопровождающаяся сильным употреблением алкоголя и регулярным курением, приводит к повышенному риску заболеваний печени (Freeman et al., 2001; Seeff, 2002). При этом ВГС является одной из основных причин хронических заболеваний печени [49].

В рамках еще одного исследования 2013 года из всех ВГС-положительных женщин-заключенных 96% знали о своем диагнозе. Среди мужчин число уже знающих о своем диагнозе составляло 92%. Среди небольшого числа ВИЧ-положительных заключенных (одна женщина и двое мужчин) все знали о своем диагнозе [49].

Финляндия официально следует рекомендациям ВОЗ относительно того, что заключенных и бывших заключенных следует рассматривать как ключевую группу для тестирования на ВГС. Рекомендации реализуются на практике [53]. Из профилактических мероприятий в пенитенциарной системе доступна вакцинация от гепатита В [47].

Из числа женщин, употребляющих наркотики, к 2013 году 63% прошли вакцинацию от гепатита В (одна доза или более). Среди мужчин этот показатель составил 60% [49]. Только в 2013 году вакцина от гепатита А или В (или комбинированная вакцина) была предоставлена 134 заключенным [48].

Фокус профилактических мероприятий – просвещение и меры защиты. В тюрьмах Финляндии нельзя обменивать использованный инъекционный инструментарий. Вместо этого каждому заключенному предоставляется гигиенический пакет, содержащий письменную информацию об использовании презервативов и о стерилизации инъекционного инструментария. Пакет содержит средства для дезинфекции, которые также можно получить в тюремной больнице или анонимно в специальных общественных местах [52].

ОЗТ, которая была начата до заключения, может быть продолжена в тюрьме. Было зарегистрировано всего несколько случаев назначения ОЗТ в тюрьме (заполненные документы, подготовка), однако, как правило, лечение не начиналось из-за коротких сроков заключения [53].

Всем заключенным предлагается пройти тест на ВГС. Тестирование и включение в программы лечения проводится по алгоритму и в соответствии с рекомендациями,

принятыми в общей системе здравоохранения [53]. Тестирование не является принудительным, и тесты предоставляются бесплатно.

Текущие медицинские практики и нормы в тюрьмах в целом подчиняются нормам, принятым в общей системе здравоохранения. Это относится и к принципу конфиденциальности. Правило о конфиденциальности информации пациента распространяется на заключенных, и данные, относящиеся к здоровью пациентов, могут быть переданы только с соответствующего разрешения. Они могут быть использованы только с целью лечения и на благо пациента. Достичь такого уровня конфиденциальности на практике довольно трудно, так как этому могут мешать внутренние процедуры, связанные с безопасностью. Охранники не должны присутствовать во время консультации медицинского специалиста, и у них нет доступа к личным медицинским данным. Тем не менее, чтобы сохранить тайну диагноза и при этом дать возможность администрации тюрем предоставлять терапию, названия препаратов маскируются, чтобы те, кто их выдает, не знали, для какого заболевания они предназначены [48].

Система здравоохранения в пенитенциарной системе сейчас находится в юрисдикции Министерства здравоохранения и социальных дел.

В Финляндии внедрена система автоматического дозирования препаратов, которая облегчает работу персонала клиник, которым не нужно самостоятельно наполнять дозаторы. Строгое соблюдение правил выдачи препаратов и конкуренция на торгах на поставку препаратов приносят серьезные финансовые выгоды, поскольку препараты не расходуются напрасно, и экономится большое количество человеко-часов [48].

Все расходы на медицинские услуги в тюрьмах покрываются правительством Финляндии. Использование субподрядных услуг сопряжено с определенными финансовыми и функциональными сложностями, поскольку стоимость работы врача из учреждения, работающего по субподряду, обычно выше, и врачи зачастую меняются, что приводит к перерывам в предоставлении медицинских услуг. Причины направления пациентов в учреждения, работающие по субподряду, из статистических обоснований установить довольно сложно. При этом для других соматических заболеваний (не ВГС) эта система используется достаточно редко. Скорее всего, пациенты, направляемые к внешним специалистам, нуждаются в экстренной медицинской помощи [48].

В стране действует национальная программа по ВГС: «Sosiaalija terveystministeriö 2016, Suomen C- hepatiitti strategia 2017-2019». В ней заключенные упоминаются как группа повышенного риска.

Финляндия является примером страны, которая стремится системно подойти к проблеме лечения ВГС в пенитенциарной системе. Даже при наличии определенных структурных барьеров, меры, предпринимаемые страной по достижению равного уровня здравоохранения, могут быть применены другими странами. Сообщества пациентов могут использовать опыт Финляндии в своей адвокационной работе.

Италия



По результатам многоцентрового исследования, проведенного в 2014 году с участием 15 800 заключенных в 6 тюрьмах, уровень распространенности ВГС составил 7,4% [59]. При этом данные 2015 года свидетельствуют о том, что примерно 50% заключенных не знают о своем статусе [60]. По оценкам Итальянского общества врачей в пенитенциарной системе (SIMSPE), из примерно 5000 человек, живущих с ВИЧ, около 3000-3500 также инфицированы ВГС.

Наиболее затронутыми группами в пенитенциарной системе являются ЛУИН и мигранты, наиболее распространенные генотипы ВГС – 1a и 3 [61]. Наиболее распространенными путями передачи являются употребление инъекционных наркотиков, татуировки и травматичные сексуальные практики [62].

В октябре 2015 года был принят Национальный план по гепатитам (Piano Nazionale Epatiti Virali, PNEV). Он включает в себя 5 основных направлений работы:

1. Эпидемиология
2. Профилактика
3. Информационные кампании
4. Лечение и доступ к лечению
5. Социальное воздействие

Перечень некоторых основных целей PNEV: обеспечить доступ к терапии на территории всей страны, гарантировать равенство доступа и качество лечения/ухода, гарантировать доступ пациентов к инновационным ПППД.

В марте 2017 года был принят трехлетний План эрадикации, который финансируется Министерством здравоохранения. Согласно этому плану, терапию должны получить примерно 240 000 пациентов (80 000 в год). Приоритет в предоставлении определяется по 11 критериям, в том числе по наличию коинфекции ВИЧ/ВГС и ВГВ/ВГС.

К марту 2017 года терапию на основе ПППД получили примерно 75 000 пациентов (в основном это были пациенты с фиброзом F3-F4). Возможности для предоставления терапии в тюрьмах были ограничены главным образом из-за сложностей с диагностикой (Фиброскан) для определения степени фиброза. Доступ к терапии для пациентов с коинфекцией также был ограничен, и в основном терапию получали пациенты с фиброзом F3-F4. В национальном Плане пациенты в пенитенциарной системе отдельно не упоминаются. Пациенты в тюрьмах должны получать лечение по тем же стандартам, что и общее население [54, 55, 56].

В итальянских тюрьмах не проводится систематический мониторинг на ВГС-инфекцию. Ответственность за здравоохранение в пенитенциарной системе в 2008 году была передана от Министерства юстиции к Министерству здравоохранения [57].

Национальная система здравоохранения является децентрализованной и управляется на региональном уровне. Соответственно, каждое пенитенциарное учреждение должно направлять своих пациентов в местные учреждения здравоохранения. Это ведет к различиям в качестве и доступности услуг в зависимости от географического расположения тюрьмы, хотя согласно текущему законодательству заключенным должен быть гарантирован тот же уровень здравоохранения, что и общему населению. Децентрализация также влияет на коммуникацию с исправительными учреждениями. От тюрем очень сложно получить официальные данные, даже если они доступны. Большинство данных – это оценки официальных структур или отдельные исследования, либо данные сервисных проектов. Единственный регион, который на момент проведения исследования осуществлял мониторинг ВГС в тюрьмах, это Эмилия-Романья (столица Болонья). Социальные работники, которые осуществляют деятельность более чем в 40 тюрьмах и для более чем 5000 заключенных, также отмечают, что между учреждениями имеются огромные различия в плане предоставления услуг по скринингу и лечению.

Распространенность ВГС определенно снизилась за последние 5 лет, в основном благодаря снижению числа активных ЛУИН в тюрьмах. Это, в свою очередь, связано с возросшим объемом предоставления терапии в связи с зависимостью. В личных беседах врачи оценивают распространенность ВГС на уровне 10-14% [58].

На данный момент государственные программы по повышению осведомленности о ВГС в тюрьмах отсутствуют. Впрочем, есть регионы, в основном на севере Италии (Милан, Турин, Генуя), где благодаря воле администрации и прекрасной работе некоторых НПО уровень тестирования на ВГС, ВГВ и ВИЧ составил 90-97%. В настоящее время основная работа по повышению осведомленности ведется пациентскими организациями при поддержке научного сообщества. Пионером в этой области, в частности, стала организация NPSItalia, которая последние 7 лет реализует проект 'La Salute non conosce confini' совместно с SIMSPEe. Этот проект проводится одновременно с проектом по ВИЧ-инфекции FLEW (Free to Live Well in prison) (в котором также есть компонент по ВГС и ИППП), в рамках которого предоставляются быстрые тесты на ВИЧ. Еще один новый проект под названием ENEHIDE, который только что был начат организацией EPAC, уже показал хорошие результаты в плане профилактики и повышения осведомленности [63, 64, 65].

В Италии предоставление ОЗТ гарантируется во всех тюрьмах уже в течение 30 лет. При этом программы обмена шприцев или раздачи презервативов отсутствуют.

При проведении тестирования в некоторых тюрьмах образцы крови берутся напрямую в тюрьмах, в других (как правило, небольших) заключенные конвоируются в местную инфекционную больницу. Все тесты бесплатны. Несмотря на то, что тестирование не является обязательным, оно настоятельно рекомендуется при поступлении в тюрьму. Тестирование также предлагается медицинскими сотрудниками. Кроме того, тесты могут проводиться по просьбе заключенного. В отличие от тестов на ВИЧ-инфекцию, тестирование на ВГС не предполагает письменного согласия. Некоторые заключенные соглашались на проведение пакета тестов на ИППП (включающего тест на ВГС). Тесты на ВГС не являются анонимными. Между тюрьмами существуют различия в плане того, какие данные собираются, поскольку это полностью зависит от медицинского персонала [66, 67]. Люди, подвергающиеся риску заражения ВГС, наблюдаются в течение срока пребывания в учреждении, но не после освобождения.

Программы скрининга не сфокусированы на отдельных группах пациентов (например, ЛУИН, этнические меньшинства, доноры крови), однако всем ЛУИН медицинский персонал тюрем настоятельно рекомендует пройти тестирование, поскольку 70% от общего числа людей с ВГС в тюрьмах относятся к этой группе. Итальянским заключенным

разрешается быть донорами крови [68].

Диагноз заключенному сообщают медицинский специалист и психолог. После теста на РНК ВГС проводится тест на генотип [69]. Вновь выявленные пациенты получают поддержку от «равных» консультантов, если она доступна.

Ниже приведены ссылки на 2 документа, регулирующие предоставление терапии и иных услуг, связанных с ВГС, в пенитенциарной системе:

1. Передача компонента здравоохранения в тюрьмах от Министерства Юстиции Министерству здравоохранения (1 April 2008) http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/320/DPCM010408.pdf

2. Conferenza Unificata stato-regioni (31 марта 2012 года) <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=42045&completo=true>

Национальные рекомендации по лечению ВГС распространяются как на общее население, так и на заключенных.

В каждой тюрьме есть данные по количеству пациентов, получающих ПППД, однако единый национальный (или региональный) регистр как таковой отсутствует (за исключением регистра в регионе Эмилия-Романья). Соответственно, установить общее количество заключенных, получающих ПППД, в рамках данного исследования невозможно. Терапия в связи с ВГС может быть выписана только в специальных центрах, имеющих соответствующее разрешение от Минздрава. Специалисты с правом прописывать терапию включают гепатологов, инфекционистов и гастроэнтерологов.

Национальная система здравоохранения покрывает расходы на лечение, терапия является бесплатной для всех граждан, включая незарегистрированных мигрантов [70]. Нет никаких специальных процедур регистрации препаратов, которые могут использоваться в тюрьмах. В настоящее время в пенитенциарной системе Италии доступны все ПППД, зарегистрированные в ЕС [71].

Также отсутствует специальный механизм образования цены на препараты, используемые в тюрьмах. Ценовые переговоры ведутся на национальном уровне между Итальянским агентством по лекарствам AIFA и фармацевтическими компаниями. Цены являются секретными, однако представители AIFA неофициально признали, что цена за курс терапии составляет примерно 4000-5000 евро [72].

Все специалисты, имеющие право выписывать ПППД, должны заполнять специальную онлайн-форму и отправлять ее в Агентство по лекарствам AIFA, которое дает окончательное разрешение. Затем терапия поступает в аптеку рецептурного центра, который в свою очередь отправляет ее в тюрьму. Поскольку пенитенциарная система имеет повышенные требования к безопасности, должна соблюдаться особая процедура, описанная по ссылке: <http://www.sanitapenitenziaria.org/articoli/379-la-liberta-di-farsi-curare-in-carcere-l-esperienza-di-milano>

Отдельная строка бюджета на лечение и профилактику ВГС в тюрьмах отсутствует: расходы на тестирование и лечение покрываются Национальной системой здравоохранения, а профилактика почти целиком осуществляется за средства частных проектов.

Текущий бюджет на терапию ВГС в Италии включен в общий бюджет на «инновационные препараты» (в основном для лечения ВГС), который составляет примерно 500 000 в год на ближайшие три года.

Италия – это очень хороший пример того, как передача системы здравоохранения в пенитенциарной системе в ведомство Министерства здравоохранения принесла положительный эффект. При том, что текущая ситуация с лечением ВГС требует дополнительных ресурсов (человеческих, материальных и т.д.), необходимо отметить финансовые обязательства, уже взятые на себя страной. Практика сотрудничества между организациями сообщества и научными ассоциациями может быть использована как модель в других странах.

Казахстан



За период с 2011 года по июль 2017 года в пенитенциарной системе Казахстана находилось примерно 700 человек [73]. Распространенность ВГС среди ВИЧ-положительных пациентов составляет примерно 90%. Зачастую люди попадают в места лишения свободы уже с диагнозом, и их медицинские данные хранятся в больницах по месту зарегистрированного проживания. За указанный выше период новых случаев ВГС в тюрьмах выявлено не было. Наибольшее число заключенных с ВГС находится на территории Карагандинской области. Это связано с тем, что именно в данном регионе расположено наибольшее количество тюрем.

Все осужденные проходят флюорографию и тесты на сифилис и ВИЧ-инфекцию. Тест на ВГС проводится только в случае соответствующих симптомов и является бесплатным. Забор крови осуществляется в тюремной больнице, после чего образцы транспортируются в региональный центр СПИД для анализов.

Медицинские карты заключенных передаются в региональную больницу, которая предоставляет услуги заключенным той или иной тюрьмы. Клиника несет ответственность за предоставление терапии для заключенных в зависимости от диагноза. Тюремная больница предоставляет симптоматическое лечение (гепатопротекторы, витамины и т.д.).

В тюрьмах постоянно проводятся информационные кампании по поводу так называемых «социально значимых заболеваний». ВГС входит в число социально значимых заболеваний в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения от 21 мая 2015 года №367. В результате этого с 2011 года ВГС-инфекция включена в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи в соответствии с 29-й статьей Конституции Республики Казахстан.

Пациенты с подтвержденным диагнозом ВГС (ELISA и ПЦР) имеют доступ ко всем необходимым мониторинговым тестам (включая ПЦР и эластографию, но не ограничиваясь ими) в соответствии с Приказом Правительства РК от 15 декабря 2009 за номером 2136.

На конец 2017 года доступные в стране препараты включают в себя пегилированный интерферон альфа 2a и 2b, рибавирин, а также омбитасвир/паритапревир/ ритонавир/ дасабувир.

ОЗТ в пенитенциарной системе РК не предоставляется.

За последние годы Казахстан совершил существенный прорыв в плане доступа к терапии и ее качества при поддержке политиков, в особенности офиса президента. В то же время, необходимы дальнейшие шаги для повышения стандарта лечения для граждан, в том числе в пенитенциарной системе. Пожалуй, наиболее острым моментом является предоставление ОЗТ и услуг снижения вреда в тюрьмах, а также более тщательный выбор препаратов для лечения ВГС с точки зрения совместимости с АРВ-терапией. Последнее нужно для того, чтобы не ограничивать доступ к лечению ВГС для определенных групп пациентов. Эта рекомендация особенно актуальна в свете очень высокой распространенности ВГС-инфекции среди ВИЧ-положительных людей в стране.

Молдова



В 2016 году в пенитенциарной системе Молдовы содержался 401 заключенный с диагнозом ВГС [74]. К концу 2016 года это число составило 201 человек. В том же году 50 заключенных имели сочетанный диагноз ВИЧ/ВГС. 83 заключенным диагноз был поставлен в тюрьме. Наиболее распространенным путем передачи ВГС в пенитенциарной системе является употребление инъекционных наркотиков, соответственно, ЛУИН являются наиболее затронутой группой. 49 человек умерло в тюрьмах в 2016 году, 5 из них от ВГС или связанных с ВГС осложнений [там же].

Для заключенных и персонала тюрем регулярно проводятся информационные лекции по ВИЧ-инфекции и ВГС, а также распространяются информационные материалы. ОЗТ в Молдове доступна во всех тюрьмах с 2005 года, а программы игл и шприцев реализуются с 1999 года [75, 76].

В течение 2016 года в тюрьмах Молдовы было проведено 289 тестов на ВГС (83 положительных результата). Заключенным тесты предоставляются бесплатно, в том числе в рамках проектов, реализуемых НПО (быстрые тесты). Тестирование не является обязательным. Анонимное тестирование возможно только в рамках проектов НПО. Все остальные учреждения собирают стандартные демографические данные, в том

числе имя и адрес. Количество вновь выявленных случаев ежемесячно сообщается в национальный центр общественного здоровья.

Положительный результат теста сообщается пациенту врачом в устной форме, после чего врач заполняет необходимые медицинские документы. Затем заключенному предоставляют медицинские услуги в соответствии с общим алгоритмом, принятым для пенитенциарной системы: <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=319608&lang=2>. Люди получают поддержку от «равных» консультантов, работающих в проектах ВИЧ-сервисных НПО.

Лечение осуществляется согласно Клиническому протоколу Министерства здравоохранения (<http://old.ms.gov.md/public/info/Ghid/protocolls/gastroenterologiesihepatologie/adult7/pcn24/>). В нем нет отдельного раздела по ведению пациентов в пенитенциарной системе.

На момент написания отчета в пенитенциарной системе предоставляется только симптоматическое лечение, однако ожидается, что противовирусные препараты будут доступны в тюрьмах в 2017 году. За период 2005-2017 гг. только двое заключенных прошли противовирусную терапию, которую они оплатили из личных средств. Согласно плану, лечение будет назначаться инфекционистом из клиники вне тюрьмы, в то время как мониторинг будет осуществляться персоналом тюрьмы. Лекарства будут закупаться из бюджета МЗ, а мониторинговые тесты – из бюджета Министерства юстиции.

В настоящий момент в Молдове зарегистрированы следующие препараты прямого действия: Nucleobuvir (софосбувир) 400 мг (Eva Pharma, Египет) с зарегистрированной ценой \$US 584,87 (\$US 1 754,61 за курс 12 недель); Daclavirdin (дакатасвир) 60 мг (Eva Pharma, Египет) с зарегистрированной ценой \$US 524,00 (\$US 1 572,00 за 12 недель); и Twinvir (софосбувир+ледипасвир) (Incepta Pharmaceuticals Ltd., Бангладеш), данные о зарегистрированной цене были недоступны на момент публикации [77]. Лечение предоставляется бесплатно за счет средств национальной программы. Регистрация и закупки осуществляются на национальном уровне Агентством по лекарствам, и пенитенциарная система не участвует в процессе напрямую. Отдельной строки бюджета на закупку лекарств для тюрем нет.

В отличие от других стран, где проведение клинических испытаний в тюрьмах либо запрещено, либо ограничивается большим количеством условий, в тюрьмах Молдовы проведение клинических испытаний допускается [78].

Молдова – это восточноевропейская страна, которая может служить хорошим примером успешного предоставления услуг по снижению вреда в тюрьмах. Эту практику могут взять на вооружение другие страны. Даже несмотря на то, что ситуация с лечением ВГС в тюрьмах далека от идеальной, правительство страны стремится предоставлять терапию, зачастую вопреки устаревшей бюрократизированной системе медицинского ухода. Опыт, который страна накапливает в ходе этого процесса, может впоследствии пригодиться другим странам со схожими системами здравоохранения, включая членов ЕС (например, Румынию и Болгарию).

Португалия



Как и в других странах европейского региона, в Португалии нет отдельного регистра людей с вирусным гепатитом в пенитенциарной системе. Тем не менее у Национального агентства по лекарствам (SICAD) есть детальная информация по ЛУИН, участвующим в программе лечения зависимости. В 2015 году агентство объявило о том, что из 1162 заключенных в программе у 61% был диагностирован ВГС [79]. Общее количество заключенных в 2015 году составило 12 591 [80]. SICAD также владеет данными за 2015 год по количеству людей с коинфекцией, участвующих в программе; из упомянутых выше 1162 заключенных 17% были ВИЧ-положительными, из которых 58% также были инфицированы ВГС [79].

Информация о том, какие группы в тюрьмах являются наиболее затронутыми, отсутствует. Однако, судя по тому, что в стране преобладающим путем передачи является употребление инъекционных наркотиков, можно предположить, что в тюрьме наблюдается та же ситуация [85].

В рамках недавно проведенного исследования, в котором 71,1% участников были заключенными, было установлено, что преобладающим генотипом является генотип 1. Общее распределение по генотипам было следующим: генотип 1 – 55%; генотип 2 – 1,5%; генотип 3 – 28,2%; генотип 4 – 13,4% [92].

Основным документом, регулирующим предоставление лечения, ухода и поддержки в тюрьмах, является Руководство по процедурам предоставления услуг в сфере здравоохранения в пенитенциарной системе. Однако этот документ не обновлялся с 2009 года [84]. Кроме того, некоторые процедуры описаны в Законе № 5/2011 от 11.04.2011 [91]. Также имеются национальные протоколы лечения ВГС (последняя редакция от 28.12.2017). Впрочем, в них отдельно не прописано предоставление лечения в тюрьмах.

Тесты предоставляются бесплатно, а если заключенный отказывается тестироваться, он/она должен/должна подписать декларацию об отказе [84]. Если врач считает, что человек должен пройти тест (даже без согласия), он/она уведомляет об этом администрацию учреждения. Администрация может принять решение о том, чтобы тест был пройден принудительно, руководствуясь интересами общественного здравоохранения. После этого администрацию тюрьмы оповещают о положительных результатах и о том, какие меры профилактики необходимо предпринять [там же]. Тесты не являются анонимными, информация заносится в медицинскую карточку заключенного.

В интервью с А.С. (мужчина 53 лет, который за период 1984 – 2010 гг. несколько раз находился в тюрьме, имеет диагноз ВИЧ-инфекции и ВГС), которое было проведено контактным лицом в стране, выяснилось, что тестирование на ВГС при поступлении в тюрьму не является рутинной процедурой. Тестирование предлагается только тем, кто был подвержен риску инфицирования (например, из-за опыта употребления

инъекционных наркотиков). «Я ни разу не проходил тест на ВГС в тюрьме, ни один медицинский сотрудник ни разу не говорил со мной о гепатите С. «С ВИЧ-инфекцией все по-другому, людей убеждали пройти тест, а если он был положительным, то убеждали лечиться». «Я помню только несколько человек, которые проходили лечение ВГС в тюрьме, но их было мало, и они уже умирали от цирроза. Их переводили в тюремную больницу».

Положительный результат теста сообщается медицинским специалистом [84]. После подтверждающего теста на РНК ВГС определяется генотип и вирусная нагрузка. Пациент также проходит УЗИ и тесты на функцию печени. Если срок нахождения в тюрьме составляет более одного года, и если пациенту показано лечение, то он/она должен/должна подписать форму информированного согласия, после чего заключенному дают направление на получение гепатологических услуг в пенитенциарной системе [там же]. Скорее всего, некоторые из этих процедур изменятся с введением новых правил.

Существует сотрудничество между Главным тюремным управлением и некоторыми специализированными медицинскими центрами в ведомстве Министерства здравоохранения, благодаря которому заключенные могут продолжить лечение ОЗТ (если человек уже был в программе ОЗТ). Назначение ОЗТ возможно только в 4 тюрьмах, и в этом случае ответственность лежит на Главном тюремном управлении [87].

После освобождения человека направляют в соответствующее медицинское учреждение и передают туда (с согласия человека) всю необходимую медицинскую информацию.

В рамках специального соглашения между Больницей Сан Жоао (Национальная служба здравоохранения, в ведомстве Министерства здравоохранения) и тюрьмой Кустойас в Порту (Главное тюремное управление, Министерство юстиции) команда медиков Национальной службы здравоохранения посещает тюрьму Кустойас каждую неделю для лечения ВГС (пилотный проект начался в январе 2017 года). Соглашение позволяет преодолеть один из основных барьеров для лечения ВГС – логистические сложности с транспортировкой пациентов в больницу Национальной службы здравоохранения, НСЗ [93]. Эта модель будет в будущем применяться в других тюрьмах. Похожий пилотный проект планируется вскоре реализовать в Лиссабоне, однако он пока находится на утверждении Министерства юстиции. Данный проект, в отличие от проекта в Порту, частично финансируется за счет частных средств [90, 94].

В последние несколько месяцев были изданы два приказа Министерства здравоохранения и юстиции по поводу здравоохранения в тюрьмах, и в частности по поводу лечения ВГС. В первом документе (Приказ №6542/2017 от 28.07.2017) отмечается, что оценочная распространенность ВГС составляет 10,1%, ВИЧ – 4,5%. В документе не указана точная дата оценки. Последние данные по распространенности ВГС и ВИЧ в тюрьмах в 2016 году отличаются (данные Главного тюремного управления): 12,16% – ВГС, 4% – ВИЧ [82].

Поводом для издания указов было предположение о том, что уровень доступа к здравоохранению (в особенности в компоненте инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция и ВГС) для заключенных не соответствует уровню доступа к здравоохранению для общего населения.

В первом приказе для Генерального тюремного управления устанавливается период в 60 дней, в течение которого нужно разработать систему перенаправления внутри НСЗ для предоставления услуг по лечению ВИЧ-инфекции и ВГС-инфекции в пенитенциарной системе. Это означает, что специалисты НСЗ будут посещать места лишения свободы для лечения ВИЧ и ВГС. Это очень важное решение, потому что раньше заключенных приходилось конвоировать в клиники, что являлось существенным барьером, особенно

в связи с терапией ВГС. Данное решение также означает, что ПППД будут доступны для заключенных на территории тюрем, и предоставляться они будут через специалистов НСЗ.

В этом указе также прописывается ответственность обоих министерств в плане предоставления заключенным услуг, связанных с инфекционными заболеваниями. Клиники (Министерство здравоохранения) будут нести ответственность за транспортировку врачей из клиники в тюрьму. Тюрьмы (Министерство юстиции) будут обеспечивать логистику внутри МЛС. За хранение и выдачу препаратов будут отвечать тюремные аптеки. Выписывать препараты и наблюдать пациентов будут врачи НСЗ, руководствуясь правилами НСЗ. Если заключенному потребуется посещение внешней клиники по медицинским показаниям, за логистику будет отвечать тюрьма.

Во втором приказе (№283/2018, от 05.01.2018) [81] прописана сеть/система направлений. К каждой тюрьме приписывается определенная клиника, которая предоставляет услуги в связи с ВИЧ-инфекцией и ВГС. В приказе отдельно оговорен пункт про тестирование – за него отвечают тюрьмы, и тесты (в том числе на ВИЧ и ВГС) должны предлагаться при поступлении в места лишения свободы, далее ежегодно и при освобождении. В нем также говорится о том, что необходимо обеспечить доступ к программам обмена игл и шприцев, но нет конкретики по поводу того, как именно они должны реализовываться.

Новые ПППД в пенитенциарных учреждениях на данный момент недоступны. Впрочем, с принятием новых приказов это должно измениться. Только у врачей НСЗ есть доступ к платформе INFARMED Национального агентства по лекарствам, через которую заказываются данные препараты. Тюремные больницы не входят в структуру НСЗ, они находятся в юрисдикции Министерства юстиции. Чтобы заключенные могли получить доступ к ПППД, их необходимо направить в учреждения НСЗ. Официальные данные по количеству заключенных, получивших терапию в рамках НСЗ, отсутствуют.

Отмечены случаи дискриминации заключенных в плане доступа к инновационным препаратам для лечения ВГС [83]. Это должно послужить стимулом для изменений в системе здравоохранения в пенитенциарной системе.

В Португалии действует отдельная программа по вирусным гепатитам, за нее отвечает Главное управление по здравоохранению. План был опубликован в июле 2017 года [90, 94].

Португалия является примером того, насколько многогранной может быть проблема ВГС в тюрьмах.

Поскольку программы лечения ВГС в стране начались относительно давно, можно проследить динамику развития, какие подходы пробовались, и какие были результаты. Это особенно важно в свете того, что распространенность ВГС в Португалии, как и в других южноевропейских странах, является высокой. Мигранты (одна из ключевых групп) приезжают в Португалию из разных регионов. В итоге, в рамках действующей системы нужно решать ряд проблем помимо предоставления терапии. Судя по тем изменениям, которые произошли в системе здравоохранения в МЛС, было принято решение, что специалисты Национальной системы здравоохранения должны посещать тюрьмы для предоставления услуг по лечению, а от практики конвоирования заключенных в клиники следует отказаться. Поскольку эта формула начала применяться после использования ряда других моделей, скорее всего, ее стоит взять на вооружение другим странам, находящимся в схожей ситуации.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

По результатам анализа собранных данных и интервью, выявленных проблем и вариантов их решений, предложенных респондентами, были определены пробелы в плане доступа к услугам в связи с ВГС на макроуровне (системном), мезоуровне (на уровне учреждений) и микроуровне (на уровне отдельных людей). В этом разделе перечисляются основные выводы по темам и даются соответствующие рекомендации. Позитивные практики и примеры из разных стран приведены для иллюстрации.

Организация предоставления медицинских услуг в пенитенциарных учреждениях

1. Отсутствие ясности по поводу того, в чьей юрисдикции и зоне ответственности находится предоставление тех или иных компонентов лечения, ухода и поддержки, а также какие финансы или строки бюджетов должны использоваться. Это особенно актуально для стран со смешанными системами, где в лечение гепатитов вовлечены и Министерство здравоохранения, и Министерство юстиции (например, Италия). При этом во многих европейских странах наблюдается положительная тенденция по переводу услуг в связи с ВГС в зону ответственности министерств здравоохранения.
2. Высокая текучка кадров и нежелание «внешних» специалистов работать в тюрьмах, что приводит к разрывам в процессе ведения пациента.
3. Географические различия в плане предоставления услуг, когда в некоторых случаях тюрьмы подотчетны только региональному учреждению или системе предоставления медицинских услуг. Это приводит к неравному доступу к услугам в зависимости от местонахождения той или иной тюрьмы, а также доброй воли или компетентности ее администрации и персонала.
4. Запутанные каналы финансирования различных компонентов лечения, мониторинга и ухода.

Рекомендации:

- A. Передать компонент лечения, ухода и поддержки при ВГС в пенитенциарной системе из юрисдикции министерства юстиции в юрисдикцию национальной службы здравоохранения. Это позволит устранить возможные разрывы в предоставлении услуг, например, необходимость получать дополнительное разрешение на выписывание ПППД, иные бюрократические преграды, которые снижают желание администраций тюрем обеспечивать пациентам лечение. Кроме того, у пациентов появится возможность пройти обследование у специалистов в области гепатологии. Таким образом, цель обеспечить равный уровень качества здравоохранения для всех граждан, вне зависимости от правового статуса, будет достигаться на практике.
- B. Разработать и внедрить систему стимулов для медицинских сотрудников, которые поощряли бы работу в тюрьмах или регулярные визиты в тюрьмы для предоставления услуг. Так можно избежать дорогостоящей и сложной процедуры

конвоирования заключенного из тюрьмы в медицинское учреждение, особенно если это связано с госпитализацией, во время которой охранник должен находиться рядом с заключенным.

Мониторинг и эпидемиологический надзор

1. Отсутствие национальных регистров в структуре министерств здравоохранения или юстиции, куда регулярно должны были бы отправляться эпидемиологические данные. Соответственно, в отсутствие базовой информации ограничена возможность разработки и внедрения эффективных целевых программ по профилактике и лечению.

Рекомендации:

- A. Создать национальный регистр в системе министерства здравоохранения, где бы централизованно аккумулировалась медицинская информация от пенитенциарных учреждений, и куда бы тюрьмы могли отправлять данные с регулярными интервалами (как, например, в Молдове). Оптимизация системы данных должна позволить тюрьмам/учреждениям здравоохранения адаптировать профилактические мероприятия, снижая, таким образом, уровень заболеваемости и смертности среди заключенных. Она также позволила бы более эффективно распределять ресурсы и стимулировала бы гармонизацию стандартов профилактики и ухода в тюрьмах.

Профилактика в тюрьмах

1. Отсутствует государственное финансирование на профилактические мероприятия.
2. Профилактическая работа НПО в пенитенциарной системе является нерегулярной, неоднородной и ведется не по единым стандартам. Как правило, она связана с конкретными проектами, при этом отсутствуют социальные контракты от государства как знак признания того, что НПО заменяет государство в тех ситуациях, когда государство не справляется. Таким образом, работа НПО является неустойчивой в долгосрочной перспективе.
3. Нехватка нормативных документов, регулирующих и облегчающих работу НПО в тюрьмах. Именно поэтому в некоторых случаях НПО воспринимается как помеха со стороны тюремной администрации.
4. Нехватка программ снижения вреда во многих странах, т.е. программ игл и шприцев, ОЗТ.
5. Нехватка информации, адаптированной для людей разного возраста, пола, уровня образования, социальной принадлежности, а также информации на разных языках для заключенных-иностранцев.
6. Нехватка комплексных профилактических программ: например, помощь при алкогольной зависимости или зависимости от каннабиноидов способствует снижению негативного воздействия на печень и, как следствие, снижает риск смертности. Требуется расширение программ вакцинации от гепатита В, доступ к бесплатным презервативам.

Рекомендации:

- A. В ситуациях, когда правительство не в состоянии реализовать профилактические программы, необходимо заключать социальные контракты с НПО, чтобы те могли предоставлять соответствующие услуги на устойчивой основе согласно принятым стандартам.

- V. Обеспечить доступ НПО к тюрьмам посредством соответствующей нормативно-правовой базы.
- C. Реализация комплексных программ снижения вреда в тюрьмах, в том числе доступ к бесплатным иглам и шприцам и возможность обменять их анонимно, наличие персонала, обученного работе с передозировками, доступ к бесплатным презервативам.
- D. Необходимо обеспечить доступ к программам ОЗТ в тюрьмах, причем не только для тех, кто начал лечение ОЗТ до попадания в тюрьму. Должна быть предоставлена возможность начать лечение вне зависимости от продолжительности срока. Эта мера позволит остановить или, по крайней мере, снизить уровень потребления наркотиков и, как результат, риск инфицирования ВГС, а также частоту правонарушений, связанных с употреблением наркотиков.
- E. Заключение, если на то имеются медицинские показания, должна предоставляться услуга вакцинации от гепатита В. Поскольку заключенные являются «аудиторией поневоле», то можно извлечь из этого максимальную пользу. Эта интервенция также благоприятно скажется на общественном здоровье.
- F. Риск смерти в связи с ВГС существенно возрастает при употреблении алкоголя и каннабиноидов. Обе эти проблемы очень распространены в тюрьмах. Заключение должно предоставляться помощь по снижению негативного воздействия алкоголя и каннабиноидов. Это, в свою очередь, в будущем должно благоприятно сказаться на бюджете с точки зрения экономии на лечении дальнейших осложнений печени.
- G. Информация о ВГС должна быть доступна на разных языках и адаптирована для людей различного возраста, пола, социальной принадлежности, этнических групп, уровня образования и т.д.

Доступ к тестированию в тюрьмах

1. Тестирование в тюрьмах не организовано по единому стандарту при поступлении в тюрьму или ежегодно во время нахождения в тюрьме.
2. Поскольку не во всех тюрьмах имеются соответствующие лабораторные возможности, заключенных приходится конвоировать в медицинские учреждения за пределами тюрьмы, что приводит к снижению уровня охвата тестированием, поскольку администрации тюрем склонны избегать данной процедуры.
3. Тесты на ВГС не являются анонимными, и позитивный результат может привести к тому, что ВГС-положительный заключенный будет подвергаться преследованию со стороны сокамерников. Как следствие, заключенные отказываются проходить тестирование.
4. Существуют практики принуждения при отказе от теста, поскольку заключенных в этом случае заставляют подписать письменный отказ.
5. Не существует четкой нормативной базы, регулирующей быстрое тестирование на базе сообщества.

Рекомендации:

- A. Чтобы избежать осложнений в долгосрочной перспективе и вовремя инициировать лечение, тестирование должно быть широкодоступным и при поступлении в тюрьму, и во время нахождения в тюрьме на ежегодной основе, особенно для заключенных, отбывающих длительные сроки.
- B. Для упрощения процедуры тестирования следует использовать быстрые тесты внутри тюрьмы. Также можно привлекать медицинского специалиста для забора крови, после чего транспортировать образцы в лабораторию, вместо того чтобы конвоировать заключенных в медицинские учреждения за пределами тюрьмы, как это происходит в некоторых странах. Это снизит финансовое бремя и существенно упростит логистику.

- C. Внедрить практику тестирования силами организаций сообщества, поскольку заключенные более открыты при беседах с обученными «равными» консультантами, нежели с медицинским персоналом, и более склонны соглашаться на тестирование.
- D. Обеспечить адекватное обучение в сфере дотестового и послетестового консультирования для медицинского и немедицинского персонала. Особый фокус должен быть на добровольном и конфиденциальном тестировании.

Доступ к лечению и уходу в тюрьмах

1. Зачастую терапия предоставляется (или планируется для предоставления) в ограниченном объеме, за некоторыми исключениями. В лучшем случае в некоторых странах препараты предоставляются как терапия спасения.
2. Очень сложные системы предоставления терапии с несколькими уровнями одобрения.
3. В некоторых странах заключенным необходимо иметь государственную страховку, оплаченную за определенный период, чтобы получить доступ к бесплатной терапии, что почти автоматически исключает их из любой программы.
4. Отсутствие поддержки во время постановки диагноза и во время приема терапии для повышения приверженности. Это может приводить к неудачам в лечении.
5. Отсутствуют алгоритмы наблюдения за пациентами и предоставления терапии, которые бы учитывали продолжительность срока и режим содержания.
6. В ситуациях, когда доступен ограниченный набор препаратов, единственный критерий выбора терапии – это цена, без учета возможных взаимодействий с АРВ-терапией или препаратами для лечения сопутствующих заболеваний. Таким образом, определенные категории пациентов не могут получить доступ к терапии.
7. Вопросы анонимности: отсутствие алгоритма наблюдения пациентов после постановки диагноза, а также наблюдения пациентов, знающих о своем диагнозе.

Рекомендации:

- A. ПППД должны быть доступны для всех заключенных, имеющих медицинские показания для лечения в соответствии с текущими рекомендациями, т.е. вне зависимости от степени поражения печени (например, как в Исландии).
- B. В отсутствие гепатологов врачи в тюрьмах должны проходить соответствующее обучение назначению терапии. Текущая длительная, бюрократизированная процедура с многоуровневой системой разрешений должна быть упразднена. В целом, предпочтение должно отдаваться системе по принципу «одного окна», чтобы избежать проблемы разных сфер ответственности, согласований, логистических трудностей, когда, например, заключенных нужно конвоировать в другие учреждения.
- C. Заключенных необходимо освободить от требований, налагаемых системой государственного страхования, на срок заключения и на протяжении приема терапии, чтобы они могли получать терапию против ВГС в тюрьме. Это может оказаться выгодным с финансовой точки зрения как профилактическая мера, полезная для общественного здравоохранения. Отказ в предоставлении терапии из-за невыполненных требований по страховке может быть рассмотрен как нарушение права на здоровье в соответствии с международными соглашениями.
- D. Необходимо разработать алгоритм предоставления терапии и наблюдения после терапии, в том числе после освобождения, который бы учитывал различные виды заключения, например, следственный изолятор, облегченный режим, а также длительность срока. Это нужно для того, чтобы избежать перерывов в терапии и потерю пациентов для наблюдения.
- E. Хотя с точки зрения сообщества все коммерчески доступные ПППД должны быть также доступны в пенитенциарной системе, в условиях ограниченного

доступа приоритет должен отдаваться препаратам, которые могут сочетаться с АРВ-терапией, чтобы пациенты с коинфекцией ВИЧ/ВГС могли быть включены в программы лечения.

- Е. НПО и равные консультанты должны иметь возможность предоставлять поддержку, в том числе психологическую, но, что более важно, поддержку в плане приверженности лечению, чтобы избежать неудачных исходов терапии из-за перерывов.

Национальные программы, руководства и протоколы

1. В существующих национальных программах не упоминаются пациенты, находящиеся в пенитенциарной системе.
2. Нехватка национальных рекомендаций и алгоритмов по ведению пациентов в пенитенциарной системе. Если такие рекомендации имеются, они настолько устарели, что в них не упоминаются ПППД и, соответственно, они абсолютно неприменимы в текущих реалиях.

Рекомендации:

- А. В национальных программах заключенные должны упоминаться как ключевая группа. Кроме того, должны быть прописаны индикаторы измерения эффективности мероприятий для этой группы. Необходимы регулярно обновляемые рекомендации в соответствии с международными стандартами, чтобы заключенные имели доступ к наилучшим на данный момент опциям терапии. Такие рекомендации важны среди прочего для того, чтобы информировать медицинских сотрудников, администраторов и сотрудников тюрем об особенностях предоставления терапии, включая логистические нюансы. В разработке таких документов должны участвовать НПО и представители сообщества пациентов.

ССЫЛКИ

1. <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-14-S6-S17>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4548109/>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4613802/>
4. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-monitoring-evidence-brief-prisoners-2013.pdf>
5. http://www.who.int/substance_abuse/publications/atlas_report/profiles/albania.pdf
6. <https://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEWjxipalqJTZAhUJasAKHQkYDWgQFggnMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.ispor.org%2FEvent%2FGetReleasedPresentation%2F885&usg=AOvVaw3TcYIC56ud9X2KJeuqZ7xS>
7. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/4664/Incidence%20and%20prevalence%20of%20Hepatitis%20C%20in%20Austria%20-%20Study%20outcomes%20and%20first%20steps%20to%20improve%20the%20data%20-%20Irene%20Schmutterer%2C%20Austria.pdf_en
8. http://erj.ersjournals.com/content/46/suppl_59/PA2984
9. http://www.who.int/substance_abuse/publications/atlas_report/profiles/belarus.pdf
10. <http://www.emcdda.europa.eu/countries/belgium>
11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/28165441/>
12. https://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKEwiLoKmx8PSAhVCthQKHyoABxYQFgg2MAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.escmid.org%2Fescmid_publications%2Fescmid_elibrary%2Fmaterial%2F%3Fmid%3D14091&usg=AFQjCNEszTY9HV5r7BAejBAqX1gLRUpjA&bvm=bv.148747831,d.ZGg
13. <http://www.emcdda.europa.eu/countries/czech-republic>
14. http://balthiv.com/wp-content/uploads/2014/08/Summary-Report_HATBAI_2014.pdf
15. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/HIV-sexually-transmitted-infections-hepatitis-B-C-mission-Finland.pdf>
16. <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/actualites/veille/French-HCV-guidelines- June-2015.pdf>
17. <http://agenda.ge/news/45060/eng>
18. <http://hepatitisresearchandnewsupdates.blogspot.co.uk/2013/11/prison-needle-exchange-programs-rare.html>
19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825735>
20. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/4628/4.%20V.%20Sypsa%20-%20Assessing%20drug%20use%20in%20a%20Greek%20prison.pdf_en

21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22143408>
22. <http://hivnordic.se/o5-16-trap-hep-c-treatment-as-prevention-for-hepatitis-c-in-iceland-a-nationwide-elimination-program-using-direct-acting-antiviral-agents/>
23. http://www.iprt.ie/files/PrisonProjectReport_Ireland_print_A5.pdf
24. <http://www.haaretz.com/israel-news/.premium-1.766868>
25. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/kg>
26. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-hepatitis-latvia-2014.pdf>
27. http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/lithuania/drug-use-response-in-prison_el
28. <https://www.lih.lu/blog/our-news-1/post/assessing-the-hepatitis-burden-in-drug-users-and-prisoners-in-luxembourg-64>
29. https://www.researchgate.net/profile/Biljana_Bogdanova_Popov/publication/312045031_CBU_INTERNATIONAL_CONFERENCE_ON_INNOVATIONS_IN_SCIENCE_HEAL_TH_PROTECTION_OF_PRISONERS_IN_THE_REPUBLIC_OF_MACEDONIA/links/586cc33b08ae329d621228ef.pdf
30. https://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/prison_settings_HIV.html
31. <http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/montenegro.pdf>
32. https://english.wodc.nl/binaries/1700_Summary_tcm29-70315.pdf
33. <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-016-0118-x>
34. <http://www.ana.gov.ro/rapoarte%20nationale/en/National%20Report%20on%20Drugs%202011.pdf>
35. <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/sanmarino/8330662/The-worlds-most-pampered-and-bored-prisoner.html>
36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27506095>
37. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1010/14NR_EN_1st_prn.pdf_en
38. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4505/TD0116921ENN.pdf_en
39. <http://www.healio.com/hepatology/hepatitis-c/news/online/%7B888632bd-5412-44fb-8a9d-09601ca0241f%7D/hcv-more-prevalent-in-prison-vs-general-population-in-spain>
40. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/dublin-declaration-monitoring-report-prisoners-october-2013.pdf>
41. <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/zielgruppe-mit-erhoehtem-expositionsrisiko-achse2/bekampfung-von-infektionskrankheiten-im-gefangnis.html>
42. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/activities/country-work/country-snapshots-interviews-with-national-counterparts/switzerland>
43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4842253/>
44. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3602355/>
45. <http://www.hcvaction.org.uk/sites/default/files/resources/HCV%20in%20Prisons.pdf>
46. All information on the country profile is received from Asst. Professor Diana Nikolovska (Gastroenterology Clinic of the Ministry of Interior) and Anna Lyubenova (Initiative for Health Foundation)
47. Rikosseuraamuslaitos 2017, Tartuntatautien vastustaminen <http://www.rikosseuraamus.fi/fi/index/taytantonpano/perushuolto/terveydenhuolto/tartuntatautienvastustaminen.html>
48. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2014, Suistomaa, M. Selvitys vankiterveydenhuollosta: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70290/URN_ISBN_978-952-00-3510-5.pdf?sequence=1

49. Viitanen 2013, The Health, Work Ability and Healthcare Needs of Finnish Female Prisoners <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/68299/978-951-44-9206-8.pdf>
50. Munuais- ja maksaliitto, A-klinikkasäätiö, AbbVie Finland, MSD Finland 2015, Sidosryhmätutkimus, C-hepatiitti Suomessa: Kansallisen keskustelun kautta kohti aktiivista ennaltaehkäisyä ja tasa-arvoista hoitoa http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/kaytto- kuvat/C-hepatiitti_raportti_1310_FINAL.pdf
51. Rikosseuraamuslaitos, Joukamaa M. et al. 2010, Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve: http://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut- risenjulkaisusarja/6AqMACEr8/ RISE_1_2010_Rikosseuraamusasiakkaiden_ terveys_tyokyky_ja_hoidontarve.pdf
52. Rikosseuraamuslaitos 2017, Vankilat, <http://www.rikosseuraamus.fi/fi/index/toimipaikatjayhteystiedot/vankilat.html>
53. Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, Suomen C-hepatiitti strategia 2017-2019 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/78923/C-hepatiittistrategia_.pdf?sequence=1
54. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2437_allegato.pdf
55. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/aggiornamento-epatite-c>
56. http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/320/DPCM010408.pdf
57. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/05/30/08A03777/sg>
58. Information received from Mario Cascio, President of NPS Italia Onlus
59. http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/ Regioni-e-Aziende/Carcere.pdf
60. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2545_allegato.pdf
61. SIMSPE
62. <http://www.sardegna-reporter.it/xvi-congresso-nazionale-simspe-se-il-paziente-e- anche- detenuto/>
63. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1900269.ppt>
64. http://www.ristretti.it/commenti/2012/luglio/pdf/progetto_salute.pdf
65. <https://www.viivhealthcare.com/what-we-do/mapping-an-hiv-free-future/positive-partnerships/free-to-live-well-with-hiv-in-prison.aspx>
66. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/corsi-di- formazione/corso-201ccorretta-tenuta-della-documentazione-clinica-dei- servizi-salute-nelle- carceri201d-bologna-17-ottobre-2014/Ghedini%2017%20ottobre.pdf>
67. http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/sanita- enitenziaria-bo-30-maggio-2013/005_saponaro.pdf
68. <https://www.cri.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/26564>
69. http://www.webaisf.org/media/34927/epatite_web.pdf
70. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2742339.pdf>
71. http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/320/DPCM010408.pdf
72. http://www.repubblica.it/cronaca/2017/03/09/news/ epatite_c_svolta_sul_ superfarmaco_pagato_a_80mila_pazienti_l_anno_-160113181/
73. Letter from AGEP'C with a number 053 from 6th of June 2017-information from the MoH of Kazakhstan
74. Administrative statistics of the Medical Division of the Department of Penitentiary Establishments
75. https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/moldovarus_20090720.pdf
76. <http://www.unaids.org/ru/resources/multimediacentre/photos/20140922prison>
77. <http://www.amed.md/ro/clasificator-medicamente>
78. <http://amed.md/sites/default/files/Legislatie/Ordine%20ale%20MS/Ordinul%20 MS%20nr.>

%20648.pdf

79. Relatório “Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências”: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/114/Relat%C3%B3rio%20Anual%20Drogas%20e%20Toxicodepend%C3%Aancias%202015.pdf
80. <http://www.pordata.pt/Portugal/Pris%C3%B5es+total+e+lota%C3%A7%C3%A3o-270>
81. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/114466540/details/>
82. <https://www.publico.pt/2018/01/05/sociedade/noticia/hospitais-vaio-a-prisao-ver-infectados-com-vih-e-hepatites-virais-1798171>
83. <https://ionline.sapo.pt/artigo/412100/den-ncia-presos-discriminados-no-acesso-a-medicacao-da-hepatite-c>
84. Direção-Geral de Serviços Prisionais, Manual de de Procedimentos para Prestação de Cuidados em Meio Prisional, 2009
85. Burden and prevention of viral hepatitis in Portugal (2011) - http://www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Viral_Hepatitis_Newsletters/vhv19n2.pdf
86. https://www.rtp.pt/noticias/pais/troca-seringas-nas-prisoas-em-pacos-de-ferreira-e-lisboa-em-fevereiro_n36395 ; <http://www.dn.pt/sociedade/interior/dez-anos-depois-troca-de-seringas-nas-prisoas-continua-sem-adesao-5720712.html>
87. <http://www.dgsp.mj.pt/>
88. Relatório “Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências”: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/114/Relat%C3%B3rio%20Anual%20Drogas%20e%20Toxicodepend%C3%Aancias%202015.pdf
89. <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=52d2752b150f9c35ccb6869cbf074e48>
90. Programa Nacional Para As Hepatites Virais 2017
91. http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1317&tabela=leis
92. Artigo “Subtipagem do vírus da Hepatite C por sequenciação: um contributo para o conhecimento da diversidade genética” [paper - Subtyping of Hepatitis C Virus by Sequencing]: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2345/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo8.pdf
93. <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2017/01/02/hepatite-c-projeto-piloto-para-reclusos-ch-sao-joao-e-servicos-prisionais/>
94. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-hepatites-virais/>

О проекте HAND - Hepatitis Access Needs - потребности в отношении доступа к лечению гепатита

Цель проекта состояла в том, чтобы удовлетворить специфические потребности в доступе ключевых групп населения с коинфекцией к услугам по профилактике, тестированию, лечению и уходу в связи с гепатитом в Европе (с особым акцентом на регион ВЕЦА), а также повысить потенциал ключевых лидеров сообществ для возможности дальнейшего обучения и поддержки членов местного сообщества и повышения вовлеченности сообщества в адвокацию и активизм, связанный с лечением. Проект состоял из двух основных компонентов: исследования и обучения. Исследование было сфокусировано на доступе к тестированию на гепатит, лечению и уходу среди людей в заключении и мигрантов. Первым шагом был обзор общей литературы, для которого тема исследования была определена как «Услуги при ВГС в пенитенциарных системах в странах европейского региона ВОЗ». В качестве платформ для сбора данных использовались Google и PubMed. Чтобы представить более актуальную информацию о ситуации, были исключены все публикации до 2012 года. Основываясь на выводах, шесть стран были отобраны для более углубленного изучения (Болгария, Финляндия, Италия, Казахстан, Молдова и Португалия). Обучающая часть проекта направлена на предоставление целевой информации о лечении и профилактике гепатита В и С через вебинары на английском/русском языках, и способствовала мобилизации сообщества с помощью ориентированных на адвокацию семинаров, организованных в сотрудничестве с партнерами в странах.

Длительность: Октябрь 2016 – март 2018

Проект HAND был независимо разработан EATG и стал возможным благодаря поддержке компании Bristol-Myers Squibb. EATG заявляет, что компания не имела какого-либо контроля или влияния на структуру или содержание этого проекта.

О Европейской группе по лечению СПИДа:

Европейская группа по лечению СПИДа (EATG), основанная в 1992 году, является некоммерческой европейской сетью активистов-добровольцев, работающих на национальном уровне, в которую входят более 175 членов из более 40 стран Европы. Членами EATG являются представители различных сообществ, затронутых ВИЧ/СПИДом. EATG активно занимается разработкой мер реагирования гражданского общества на эпидемию ВИЧ/СПИДа в Европе, представляя и отстаивая интересы людей, живущих с или затронутых ВИЧ/СПИДом, связанные с лечением. Миссия EATG заключается в обеспечении максимально быстрого доступа к современным медицинским препаратам, устройствам и диагностическим тестам, которые предотвращают, лечат ВИЧ-инфекцию или улучшают качество жизни людей, живущих с ВИЧ, или подверженных риску заражения ВИЧ. Для получения дополнительной информации, пожалуйста, посетите веб-сайт организации www.eatg.org



European
AIDS Treatment
Group