# Развитие эпидемии СПИДа:

*состояние на декабрь 2003 г.*

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА • ЮНОДК
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Всемирная организация здравоохранения

ЮНЭЙДС/ВОЗ – 2003 г.
Объединенная программа Организации Объединенных Наций по СПИДу (ЮНЭЙДС)
Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

UNAIDS/03.39R
(перевод на русский язык, декабрь 2003 г.)

Оригинал : на английском языке, UNAIDS/03.39E, декабрь 2003 г.:
*AIDS Epidemic Update: December 2003*
Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 2003.

Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Информационный центр ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в Информационный центр по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 4187, либо по электронной почте: publicationpermissions@unaids/org.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

Упоминание конкретных компаний либо товаров определенных производителей не подразумевает, что ЮНЭЙДС поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или товарами подобного рода, которые здесь не упоминаются. За исключением возможных ошибок и пропусков, названия патентованных товаров пишутся с заглавной буквы.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и достоверность информации, содержащейся в настоящей публикации, и не несе мнения т ответственности за ущерб, причиненный в результате ее использования.

Данные каталога ВОЗ

ЮНЭЙДС
Развитие эпидемии СПИДа: 2003 г.

1. ВИЧ-инфекции – эпидемиология 2. Синдром приобретенного иммунодефицита – эпидемиология 3. Вспышки заболеваний

ISBN 92 9173 307 5 (NLM classification: WC 503.41)

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org – Internet: http:/www.unaids.org

# СОДЕРЖАНИЕ


Предисловие 1

Глобальные данные по эпидемии ВИЧ/СПИДа, декабрь 2003 г. 3

Введение 4

Страны Африки к югу от Сахары 7

Восточная Европа и Центральная Азия 14

Страны Азии и Тихоокеанского региона 18

Латинская Америка и страны Карибского бассейна 23

Ближний Восток и Северная Африка 26

Страны с высоким уровнем доходов 28

Устранение стигмы и дискриминации 31

КАРТЫ 35

Глобальные оценки на конец 2003 г. Дети и взрослые 36
Расчетное число взрослых и детей с ВИЧ/СПИДом, по состоянию на конец 2003 г. 37
Расчетное число новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых и детей в 2003 г. 38
Расчетное число случаев смерти от ВИЧ/СПИДа среди взрослых и детей в 2003 г. 39

Развитие эпидемии СПИДа: состояние на декабрь 2003 г.

# ПРЕДИСЛОВИЕ

## Новые оценочные данные указывают на рост числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом

Две из ключевых функций Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) включают отслеживание эпидемии и разработку стратегической информации, необходимой для управления мерами по борьбе со СПИДом во всем мире. В соответствии с этим Секретариат ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) составляют ежегодный доклад «Развитие эпидемии СПИДа», который отражает современный уровень знания и понимания эпидемии.

Последние оценочные данные ЮНЭЙДС и ВОЗ, опубликованные в настоящем докладе «Развитие эпидемии СПИДа», ниже данных, приведенных в 2002 году. Однако число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, фактически не уменьшилось, равно как не наблюдается снижения в уровне развития эпидемии. Улучшение качества данных и повышение уровня понимания позволили Секретариату ЮНЭЙДС и ВОЗ получить более точные оценочные данные (см. график на странице 2).

*В настоящий доклад включены как оценочные данные, так и интервалы для таких оценочных данных с целью показать их уровень точности*

В течение прошлого года Секретариат ЮНЭЙДС совместно с ВОЗ, «Фьючерс групп», центрами по контролю за заболеваниями и профилактике США, «Фэмили хелс интернэшнл» и центром «Ист-Уэст сентр» стремился повысить уровень умений и навыков, необходимых для получения, подтверждения и интерпретации данных, касающихся ВИЧ, и создать потенциал для моделирования и оценки в 130 странах. Помимо этого, новые различные источники данных, такие как общенациональные обследования домохозяйств, позволяют получить более точные оценочные данные и улучшить понимание тенденций в развитии эпидемии (см. вставку на странице 6). Эксперты Референс-группы ЮНЭЙДС по оценке, моделированию и прогнозированию проводят постоянную работу по проверке и совершенствованию инструментов и методов. За последние три года эта группа объединила вместе исследователей и экспертов систем общественного здравоохранения из 23 стран, представляющих все регионы. В свете такого постоянного совершенствования сравнения с ранее опубликованными оценочными данными могут вводить в заблуждение.

В настоящий доклад «Развитие эпидемии СПИДа» включены как оценочные данные, так и интервалы для таких оценочных данных с целью показать их уровень точности. В тексте приводятся оценочные данные, на картах показаны интервалы, в то время как в таблицы включено и то и другое. Интервалы отражают степень неопределенности оценочных данных и определяют границы, где могут находиться фактические цифры, полученные на основе наилучшей имеющейся информации.

Использование усовершенствованных инструментов и методов применительно к данным за прошлые годы показывает, что происходило постоянное увеличение числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, а также рост смертности в результате СПИДа. Число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, продолжает увеличиваться в ряде регионов; это наиболее заметно в Африке к югу от Сахары, при этом самый высокий показатель распространенности отмечен в южной части Африки. В Азии и Тихоокеанском регионе, а также в Восточной Европе и Центральной Азии по-прежнему отмечается рост эпидемии, причем число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, увеличивается ежегодно.

Секретариат ЮНЭЙДС, ВОЗ и их партнеры будут и далее совершенствовать инструменты и процессы, используемые для получения и анализа данных. Важной частью этой работы является оказание помощи странам в улучшении процедуры сбора, подтверждения, моделирования и оценки данных, касающихся ВИЧ, в целях организации эффективного противодействия глобальной эпидемии на уровне стран.

# Глобальные данные по эпидемии СПИДа
# Декабрь 2003 г.

| | | |
|---|---|---|
| **Число людей,живущих с ВИЧ/СПИДом** | **Всего** | **40 млн. (34 – 46 млн.)** |
| | Взрослое население | 37 млн. (31 – 43 млн.) |
| | Дети до 15 лет | 2,5 млн. (2,1 – 2,9 млн.) |
| **People newly infected with HIV in 2003** | **Всего** | **5 млн. (4,2 – 5,8 млн.)** |
| | Взрослое население | 4,2 млн. (3,6 – 4,8 млн.) |
| | Дети до 15 лет | 700 000 (590 000 – 810 000) |
| **AIDS deaths in 2003** | **Всего** | **3 млн. (2,5 – 3,5 млн.)** |
| | Взрослое население | 2,5 млн. (2,1 – 2,9 млн.) |
| | Дети до 15 лет | 500 000 (420 000 – 580 000) |

Интервалы оценочных данных в данной таблице определяют границы, в пределах которых находятся реальные цифры, на основании наилучшей имеющейся информации. Данные интервалы более точны, чем интервалы для предыдущих лет; ведется работа по дальнейшему увеличению точности оценочных данных, которые будут опубликованы в середине 2004 года.

# Введение

*Глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа убила в 2003 году более 3 миллионов человек; по оценкам, 5 миллионов человек заразились вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) – в результате число людей, живущих с этим вирусом во всем мире, достигло 40 миллионов.*

В большей части региона Африки к югу от Сахары в течение нескольких последних лет распространенность ВИЧ остается относительно стабильной – в целом на высоком уровне. Это обусловлено тем, что уровни инфицирования ВИЧ по-прежнему остаются высокими, и им соответствуют высокие уровни смертности от СПИДа. В ряде стран юга Африки показатели распространенности ВИЧ среди населения в целом остаются опасно высокими. В других странах Африки к югу от Сахары эпидемия утвердилась прочно при почти полном отсутствии признаков ее ослабления – исключение составляют некоторые положительные признаки, отмеченные преимущественно в городских районах в отдельных странах восточной Африки. Такая тенденция не может успокаивать.

Другими словами, в странах Африки к югу от Сахары эпидемия по-прежнему свирепствует. Как долго это будет продолжаться, будет зависеть от энергичности, масштаба и эффективности программ профилактики, лечения и ухода. По всем этим направлениям требуются срочные и решительные меры, которые должны осуществляться согласованно. В противном случае нас ждет неудача.

В последние два-три года глобальные ответные меры были значительно расширены. В 2003 году расходы (внутренние и внешние) на программы по ВИЧ/СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов были увеличены, в частности это касается стран Африки к югу от Сахары. В настоящее время действует несколько десятков национальных координирующих органов по СПИДу; все большее число стран (включая ряд африканских стран) начинает охватывать своих граждан программами антиретровирусного и другого лечения в связи со СПИДом. Однако в настоящее время эти меры не соответствуют масштабам и темпам распространения эпидемии в этом регионе.

В целом охват антиретровирусным лечением в странах Африки к югу от Сахары остается на очень низком уровне, невзирая на усилия, предпринятые в последнее время такими странами, как Ботсвана, Камерун, Нигерия и Уганда. ВОЗ – организация, которая в рамках Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) руководит усилиями, направленными на обеспечение ухода за ВИЧ-инфицированными, – и ее партнеры разрабатывают комплексную глобальную стратегию, направленную на то, чтобы к 2005 году охватить антиретровирусным лечением 3 миллиона человек. Для достижения этой цели требуется резкое и устойчивое увеличение ресурсов и политической приверженности, в том числе со стороны стран, сильно пострадавших от СПИДа. Политика и практика, направленные на достижение этой цели, должны обеспечивать равноправный доступ к лечению, для того чтобы пользу от такого лечения получали бедные и маргинализованные слои общества, особенно женщины.

Помимо этой огромной задачи, перед нами стоит приоритетная задача по ускорению реализации программ профилактики. Повышение эффективности профилактических мер и значительное расширение доступа к лечению должны осуществляться параллельно. Программы профилактики способны замедлить распространение ВИЧ, а программы антиретровирусного лечения смягчают последствия СПИДа.

Несмотря на то что в последние годы уровень знаний по проблеме ВИЧ/СПИДа среди молодежи возрос, тем не менее он по-прежнему остается низким во многих странах, особенно среди молодых женщин, что вызывает озабоченность. Слишком часто бросается в глаза отсутствие услуг по добровольному консультированию и тестированию, и лишь 1% беременных женщин в сильно пострадавших странах имеют доступ к услугам, направленным на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. Расширение охвата этими и другими жизненно важными профилактическими услугами является неотложной необходимостью. В равной мере важными являются шаги, направленные на то, чтобы смягчить последствия эпидемии для общин. Вызывает удивление тот факт, что большинство стран, где эпидемия распространена широко, все еще не имеют широких программ по обеспечению должного ухода за сиротами.

# Особенности эпидемии ВИЧ/СПИДа в регионах мира, по состоянию на конец 2003 г.

| Регион | Взрослые и дети с ВИЧ/СПИДом | Число новых случаев ВИЧ среди взрослых и детей | Уровень распрост-раненности среди взрослого населения (%)* | Взрослые и дети, умершие от СПИДа |
|---|---|---|---|---|
| **Африка к югу от Сахары** | 25,0 – 28,2 млн. | 3,0 – 3,4 млн. | 7,5 – 8,5 | 2,2 – 2,4 млн. |
| **Северная Африка и Ближний Восток** | 470 000 – 730 000 | 43 000 – 67 000 | 0,2 – 0,4 | 35 000 – 50 000 |
| **Южная и Юго-Восточная Азия** | 4,6 – 8,2 млн. | 610 000 – 1,1 млн. | 0,4 – 0,8 | 330 000 – 590 000 |
| **Восточная Азия и Тихоокеанский Регион** | 700 000 – 1,3 млн. | 150 000 – 270 000 | 0,1 – 0,1 | 32 000 – 58 000 |
| **Латинская Америка** | 1,3 – 1,9 млн. | 120 000 – 180 000 | 0,5 – 0,7 | 49 000 – 70 000 |
| **Карибский бассейн** | 350 000 – 590 000 | 45 000 – 80 000 | 1,9 – 3,1 | 30 000 – 50 000 |
| **Восточная Европа и Центральная Азия** | 1,2 – 1,8 млн. | 180 000 – 280 000 | 0,5 – 0,9 | 23 000 – 37 000 |
| **Западная Европа** | 520 000 – 680 000 | 30 000 – 40 000 | 0,3 – 0,3 | 2 600 – 3 400 |
| **Северная Америка** | 790 000 – 1,2 млн. | 36 000 – 54 000 | 0,5 – 0,7 | 12 000 – 18 000 |
| **Австралия и Новая Зеландия** | 12 000 – 18 000 | 700 – 1 000 | 0,1 – 0,1 | <100 |
| **ВСЕГО** | **40 млн. (34 – 46 млн.)** | **5 млн. (4,2 – 5,8 млн.)** | **1,1% (0,9 – 1,3%)** | **3 млн. (2,5 – 3,5 млн.)** |

* Процент взрослых (от 15 до 49 лет),живущих с ВИЧ/СПИДом по сост. на 2003 г.,по демографическим данным за 2003 г.

Интервалы оценочных данных в данной таблице определяют границы, в пределах которых находятся реальные цифры, на основании наилучшей имеющейся информации. Данные интервалы более точны, чем интервалы для предыдущих лет; ведется работа по дальнейшему увеличению точности оценочных данных, которые будут опубликованы в середине 2004 года.

## Зарождающиеся эпидемии

Помимо стран Африки к югу от Сахары, в последнее время эпидемии продолжают нарастать в Китае, Индонезии, Папуа-Новой Гвинее, Вьетнаме, ряде республик Центральной Азии, странах Балтии и Северной Африки. Вьетнам является одним из последних примеров того, как эпидемия ВИЧ/СПИДа может возникнуть неожиданно в условиях значительного роста употребления инъекционных наркотиков. Эта страна пополнила ряды стран Азии, Восточной Европы, Ближнего Востока и Латинской Америки, где основной причиной развития эпидемий ВИЧ/СПИДа стало распространение инъекционных наркотиков. В этих условиях, как и в условиях развития эпидемии в целом, стигма и дискриминация являются одним из основных барьеров, препятствующих усилиям, направленным на то, чтобы противостоять натиску СПИДа. (см. страницу 31).

То же самое касается секса между мужчинами – это реалия, которая настолько широко распространена, насколько широко распространена стигматизация и отрицание этого явления; кроме того, это явление по-прежнему играет роль в развитии эпидемий во многих странах Америки, Азии, Северной Африки и Европы. Тем не менее, даже когда имеются данные, указывающие на то, что этот путь передачи инфекции играет важную роль в развитии эпидемии, мероприятия, осуществляемые в рамках эпиднадзора, исследований, профилактики, ухода и поддержки в связи с ВИЧ, зачастую не затрагивают мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

## На перепутье

В глобальном масштабе борьба со СПИДом переходит в новую фазу. Нарастает политическая приверженность, мобилизация широких слоев населения приобретает

## Повышение уровня точности оценок в отношении ВИЧ

Общенациональные оценки относительно распространенности ВИЧ в странах с генерализованной эпидемией основываются на данных, полученных системами эпиднадзора, где основное внимание уделяется беременным женщинам, которые посещают несколько выбранных для проведения дозорного эпиднадзора дородовых женских консультаций. ЮНЭЙДС и ВОЗ, проводя постоянные консультации со странами, используют шестиэтапный метод для получения оценочных показателей распространенности ВИЧ среди мужчин и женщин; и все больше и больше стран используют эти методы для развития национальных систем оценки.

Этот метод основывается на допущении о том, что показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин дает хорошую аппроксимацию распространенности ВИЧ среди взрослого населения (в возрасте 15-49 лет). Исследования, проведенные на субнациональном уровне в ряде стран Африки, позволили получить подтверждение такого допущения (путем прямого сравнения показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые женские консультации, с аналогичным показателем для взрослого населения в той же общине).

В последнее время в ряде африканских стран были проведены общенациональные обследования среди населения, включая добровольное тестирование на ВИЧ. Полученные результаты сравнивали с оценочными показателями распространенности ВИЧ среди взрослых, полученными системами дозорного эпиднадзора. Сравнение данных, полученных при проведении общенационального обследования в Замбии в 2001 году, с данными эпиднадзора подтвердило допущение о том, что показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин приблизительно эквивалентен этому же показателю среди взрослого населения – как в городских, так и в сельских районах.

Оба источника данных имеют свои преимущества и недостатки. С одной стороны, общенациональные обследования, проводимые среди населения, дают более высокую репрезентативность данных для населения в целом по сравнению с данными, получаемыми в дородовых женских консультациях (а также позволяют получить информацию о распространенности ВИЧ среди мужчин и небеременных женщин). Они также позволяют лучше охватить сельское население по сравнению с системами эпиднадзора, базирующимися в дородовых женских консультациях. С другой стороны, тот факт, что некоторые респонденты отказываются участвовать или отсутствуют при обследовании домохозяйств, придает значительную неопределенность оценочным данным по ВИЧ, получаемым на основе обследований (при проведении последних обследований в ряде африканских стран процент неучастия составил от 24% до 42%). В оценочные результаты можно внести соответствующие поправки, если иметь основные характеристики для тех, кто не принимал участия в обследовании. Тем не менее остается один важный пробел – обследование не позволяет установить возможную связь между отсутствием человека или отказом от участия и более высоким показателем распространенности ВИЧ. Можно сделать вывод о том, что данные, получаемые при проведении обследования среди населения, в большинстве случаев, скорее всего, занижают подлинный показатель распространенности ВИЧ (в разной степени в зависимости от страны).

Однако насколько точными являются оценочные данные о ВИЧ, получаемые на основе данных дородовых женских консультаций? Эти данные основываются на ряде допущений, которые не всегда могут одинаково хорошо применяться для всех стран и для всех стадий развития эпидемии. Кроме того, большинство систем эпиднадзора, базирующихся на дородовых женских консультациях, имеют ограниченный географический охват, что может привести к значительным расхождениям в качестве общенациональных оценок распространенности ВИЧ для различных стран.

Нет золотого стандарта для системы эпиднадзора за ВИЧ. Все оценочные данные по ВИЧ требуют критической оценки, независимо от того, основаны ли они на данных общенационального обследования или на данных дозорного эпиднадзора. Данные, полученные в дородовых женских консультациях, являются особенно пригодными для оценки тенденций в развитии ВИЧ. Общенациональные обследования помогают получить всю картину развития эпидемии в стране. Такие обследования, проводимые каждые три-пять лет, являются ценными компонентами систем эпиднадзора и могут способствовать повышению качества оценочных данных, касающихся уровня и тенденций распространенности ВИЧ.

более динамичный характер, увеличивается финансирование, ускоряются программы лечения, расширяются меры профилактики.

Однако, если сравнивать с масштабами глобальной эпидемии, нынешние темпы и объем глобальных мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом далеко не отвечают требованиям. Борьба против СПИДа достигла перепутья – либо мы будем медленно двигаться вперед, осуществляя разрозненные мероприятия, либо мы направим все свои знания, ресурсы и приверженность на борьбу с этой эпидемией. Выбор очевиден.

# Африка к югу от Сахары

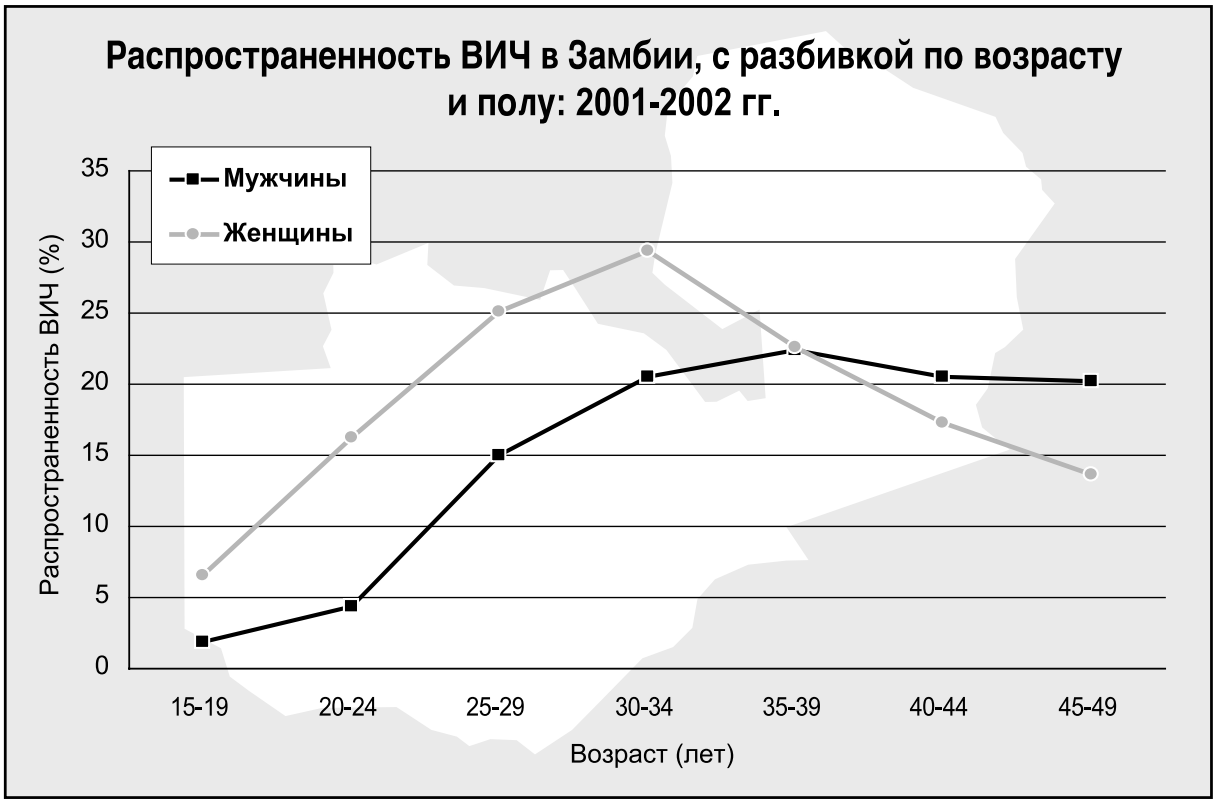
*Сохраняются высокие уровни появления новых ВИЧ-инфекций, которым в настоящее время соответствуют высокие уровни смертности от СПИДа.*

Африка к югу от Сахары остается регионом, который намного сильнее других пострадал в результате эпидемии ВИЧ/СПИДа. В 2003 году, по оценкам, в этом регионе 26,6 миллиона человек жили с ВИЧ, включая 3,2 миллиона человек, которые заразились в прошлом году. В 2003 году СПИД унес жизни примерно 2,3 миллиона человек.

В отличие от женщин, проживающих в других регионах мира, вероятность инфицирования африканских женщин значительно выше – не менее чем в 1,2 раза – по сравнению с мужчинами. Это соотношение еще выше среди молодых людей в возрасте 15-24 лет (см. рисунок 1): по итогам шести недавних общенациональных обследований установлено, что вероятность инфицирования ВИЧ для женщин в два с половиной раза выше, чем для мужчин в этом же возрасте. Такое расхождение объясняется различными факторами. С биологической точки зрения, ВИЧ в целом легче передается от мужчин женщинам (а не наоборот). Кроме того, женщины, как правило, начинают половую жизнь в более раннем возрасте, причем молодые женщины часто имеют половые контакты с партнерами, которые намного старше их по возрасту.

Показатель распространенности ВИЧ значительно колеблется в различных регионах континента – от менее 1% в Мавритании до почти 40% в Ботсване и Свазиленде. В большинстве стран юга Африки более 20 процентов беременных женщин инфицированы ВИЧ, в то же время в других регионах Африки к югу от Сахары медианные значения распространенности ВИЧ[1], полученные по результатам обследования в дородовых женских консультациях, лишь в некоторых странах превысили 10%. В то время как устойчивые профилактические меры, принимаемые в ряде стран

Рисунок 1




Источник: Обзор демографии и здравоохранения Замбии, 2001-2002 гг.

[1] Медианное значение распространенности представляют собой срединную точку – при этом число лиц выше и ниже этой точки является одинаковым.

Западной и Восточной Африки (главным образом в Сенегале и Уганде), продолжают демонстрировать, что распространение ВИЧ/СПИДа можно сдержать благодаря мерам вмешательства со стороны человека, признаки того, что аналогичные результаты могли бы быть получены в странах **юга Африки**, остаются в лучшем случае малозаметными.

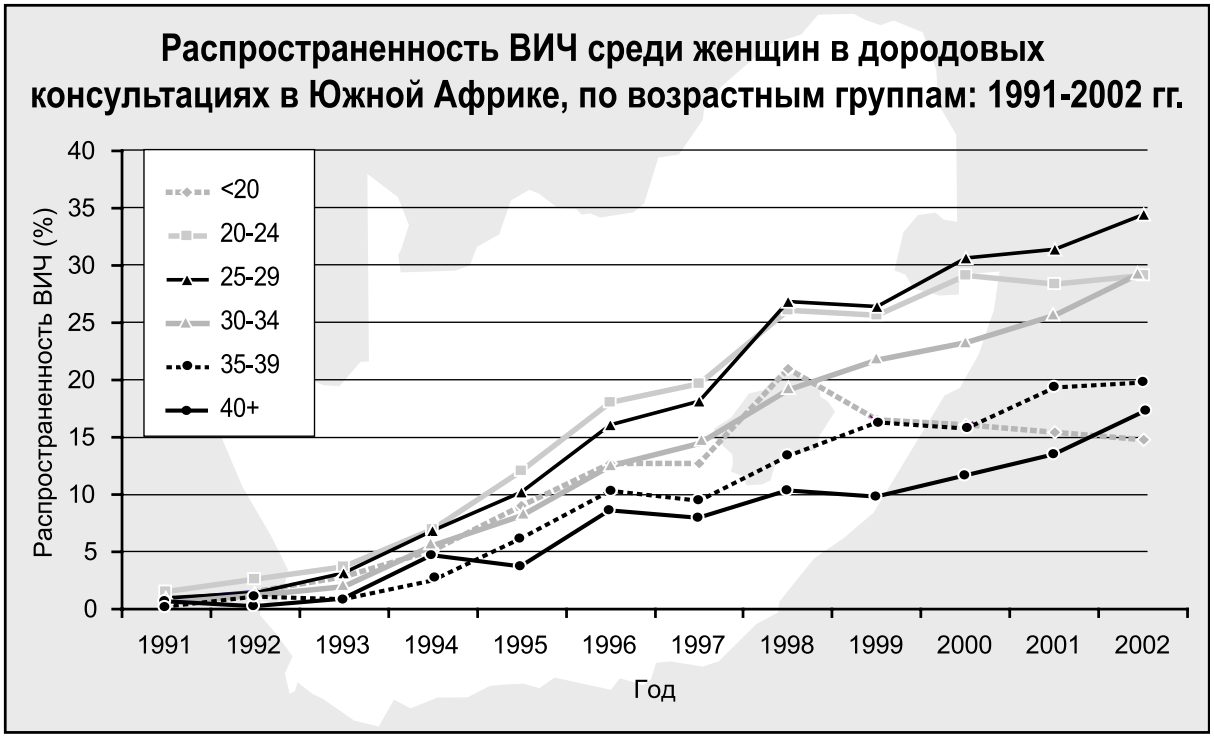
Анализ тенденций по результатам обследований в дородовых женских консультациях в восьми странах (в 1997 – 2002 годах) показывает, что выравнивание показателей распространенности ВИЧ среди беременных женщин происходит почти на уровне 40% в Габороне (Ботсвана) и Манзини (Свазиленд) и почти на уровне 16% в Блантайре (Малави) и 20% в Лусаке (Замбия). Показатель распространенности превысил 30% в преимущественно урбанизированной провинции Гаутенг в Южной Африке (включая Йоханнесбург), в то время как медианный показатель распространенности ВИЧ в Мапуту (Мозамбик) в 2002 году составлял 18%. (Обращаем внимание на то, что показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в сельских районах Южной Африки в целом значительно ниже чем среди городских жительниц. В то же время этот субрегион является наиболее урбанизированным на континенте – более 40% населения проживает в городских районах).

Как и в других частях этого континента, программы профилактики (и, все чаще, программы по лечению и уходу) в этом субрегионе были усилены. Даже если такие усилия оказываются эффективными, зачастую требуется несколько лет, для того чтобы это начало проявляться в виде снижения тенденций в развитии показателей распространенности ВИЧ. В настоящее время имеется мало данных, которые подтверждали бы такое снижение показателей в странах юга Африки. Тем не менее отмечена тенденция к снижению распространенности ВИЧ среди молодых женщин, посещающих дородовые женские консультации в Лилонгве (Малави), где в 1996 году показатель распространенности среди молодых женщин (15-24 лет) составлял почти 23% и снизился в 2001 году до 15%. Остается неясным, является ли это ошибкой в подсчете показателей или же связано с повышением уровня безопасности сексуального поведения.

*На юге Африки проживает около 30% всех людей, живущих с ВИЧ/СПИДом во всем мире, в то же время население этого региона составляет менее 2% мирового населения.*

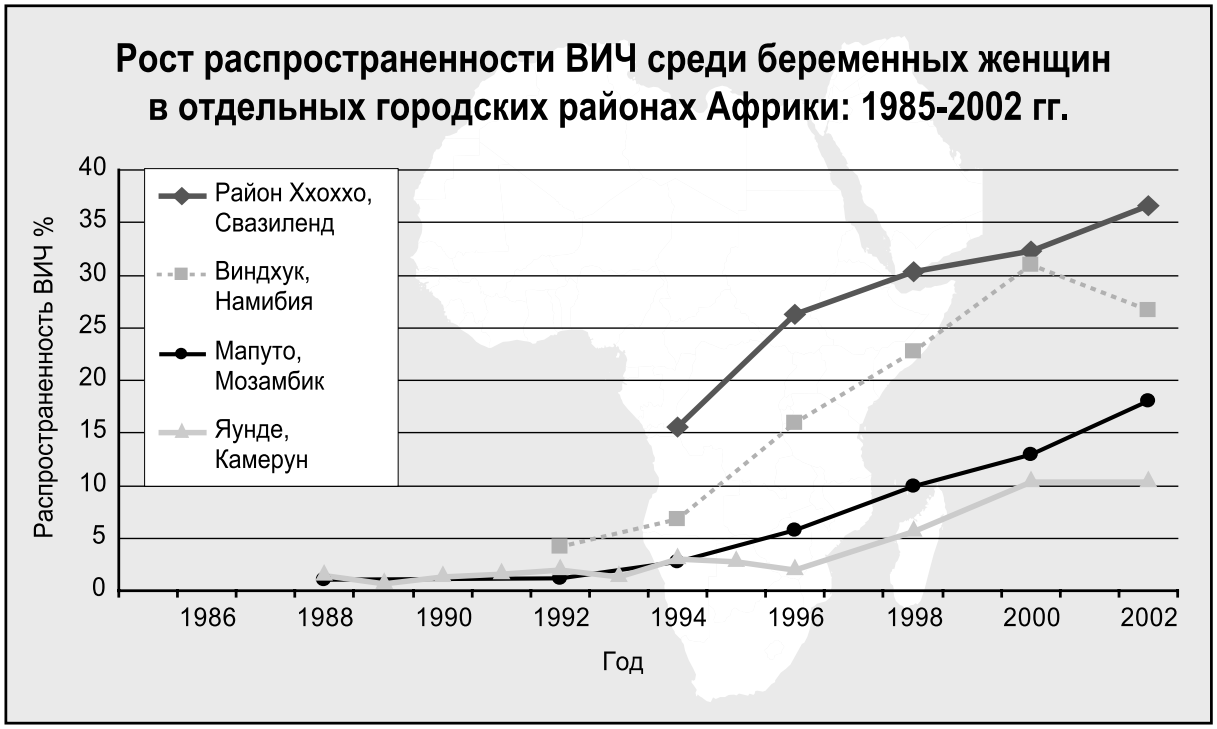
В Южной Африке данные эпиднадзора за 2002 год показывают, что средний общенациональный показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые женские консул-

Рисунок 2




Источник: Отчеты о дозорном эпиднадзоре, Национальный центр по эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом

Рисунок 3



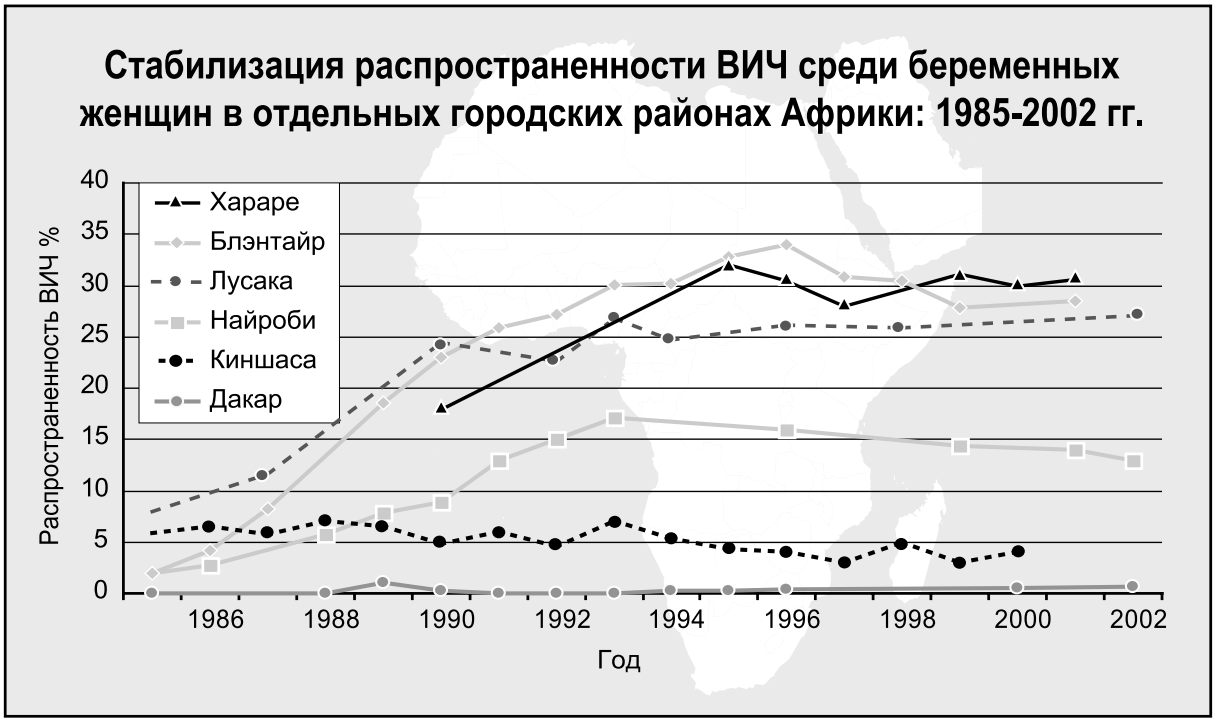

Источник: Национальные программы по СПИДу (частично составлено Бюро переписи населения США)

ьтации, остается примерно на том же высоком уровне начиная с 1998 года – в 1998-1999 годах он колебался от 22% до 23%, а затем в 2000-2002 годах даже повысился примерно до 25%. Незначительное снижение показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15-19 лет было нивелировано устойчиво высокими уровнями распространенности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 20-24 лет и повышением этого показателя среди беременных женщин в возрасте 25-34 лет. В пяти из девяти провинций страны – включая наиболее населенные провинции – в настоящее время как минимум 25% беременных женщин являются ВИЧ-инфицированными. В то же время внутри Южной Африки эта эпидемия варьируется. Показатель распространенности ВИЧ – почти 37%, – зарегистрированный среди женщин, посещающих дородовые женские консультации в провинции КваЗулу-Наталь, примерно в три раза выше, чем в провинции Западный Кейп, где этот показатель является самым низким. По оценкам на основе результатов последнего общенационального эпиднадзора, проведенного в дородовых женских консультациях, на конец 2002 года 5,3 миллиона южноафриканцев жили с ВИЧ. Поскольку эпидемия в Южной Африке относительно молодая, а также учитывая нынешние тенденции, можно предположить, что смертность от СПИДа будет и далее резко нарастать в течение последующих пяти лет как минимум; если говорить коротко – самое худшее еще впереди. Если реализовать быстрыми темпами общенациональную программу антиретровирусного лечения, это может значительно смягчить последствия эпидемии.

В четырех соседних странах – Ботсване, Лесото, Намибии и Свазиленде – эта эпидемия приобрела опустошительные пропорции. Здесь показатель распространенности ВИЧ достиг очень высокого уровня, без каких-либо признаков выравнивания. В 2002 году общенациональный показатель распространенности ВИЧ в Свазиленде соответствовал тому же показателю в Ботсване – почти 39%. Всего лишь десятью годами ранее этот показатель составлял 4%. Ни в Ботсване, ни в Свазиленде нет признаков возможного снижения показателя распространенности ВИЧ среди молодых беременных женщин в возрасте 15-24 лет. В 2002 году показатель распространенности ВИЧ в дородовых женских консультациях в Намибии вырос до уровня более 23%, в то же время последние данные, полученные в Лесото (за 2003 год), указывают на то, что медианный показатель распространенности ВИЧ среди посетителей дородовых женских консультаций приближается к 30%.

Цифры, полученные в этом году в Зимбабве, были интерпретированы таким образом, что можно было предположить, что общенациональный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых упал с 34% – оценка на конец 2001 года – до 25% и что эпидемия в этой стране обращается вспять. К сожалению, похоже, что для такой точки зрения нет оснований. Эта новая цифра представляет собой статистическую поправку к оценке за 2001 год, которая была получена на основе данных дородовых женских консультаций, которые включали значительную пропорцию неточных результатов тестирования. (Кроме того, были получены новые данные для некоторых сельских районов, а результаты последней переписи населения показали,

Рисунок 4




Источник: Национальные программы по СПИДу (частично составлено Бюро переписи населения США)

что общая численность населения в Зимбабве меньше, чем считалось ранее.) Следовательно, уточненные оценочные данные не указывают на фактическое снижение показателя распространенности ВИЧ в этой стране, но в то же время они подтверждают, что показатели распространенности выровнялись на очень высоком уровне начиная с конца 1990-х годов. Кроме того, оценка тенденций в тех же 13 дородовых женских консультациях с использованием данных, полученных начиная с 1997 года, не содержит достаточных указаний на какое-либо снижение.

Есть признаки того, что эпидемия выровнялась в Замбии, где общенациональный показатель распространенности ВИЧ остается стабильным начиная с середины 1990-х годов. Результаты общенационального обследования, проведенного среди населения страны в 2001-2002 годах, показали, что почти 16% людей в возрасте 15-49 лет, согласившихся пройти тестирование, оказались ВИЧ-инфицированными. Результаты этого обследования соответствовали данным, полученным в ходе эпиднадзора, проведенного в 2001 году в дородовых женских консультациях.

В Мозамбике медианный показатель распространенности ВИЧ варьировался от 8% среди беременных женщин на севере до 15% и 17% соответственно в центре и на юге страны. Медианный показатель распространенности ВИЧ для женщин, посещавших дородовые женские консультации (36 участков), составлял 14%; при этом самый высокий показатель распространенности ВИЧ среди посетителей дородовых женских консультаций оказался в Маботе (провинция Иньямбане) – 36%. Самый низкий показатель – 4% – был зарегистрирован среди беременных женщин в Мавагу (провинция Ньяса).

Ангола вызывает озабоченность, невзирая на сравнительно низкие уровни ВИЧ, зарегистрированные в настоящее время. В результате четырех десятилетий войны наблюдается огромное перемещение населения. Миллионы людей смогли покинуть крупные и малые города, где они оказались в ловушке; возобновляется внутренняя и приграничная торговля; по оценкам, 450 000 беженцев возвращается домой (многие из соседних стран с высокими показателями распространенности ВИЧ). Такие условия могут привести к резкой вспышке эпидемии. Предварительные результаты проверки распространенности ВИЧ в пяти дородовых женских консультациях в Луанде позволяют предположить, что медианный показатель распространенности ВИЧ составляет около 3%; хотя данные обследования, проведенного в 2001 году среди работников секс-бизнеса в Луанде, показали, что 33% из них были ВИЧ-инфицированными. В то время как объем точной информации о распространении эпидемии в других районах Анголы незначителен, нет никакого сомнения в том, что меры, принимаемые в этой стране в ответ на ВИЧ/СПИД, должны быть значительно улучшены. Профилактические меры незначительны и проводятся довольно редко; количество центров для добровольного тестирования очень малое; уровень знаний о проблеме ВИЧ/СПИДа очень низкий.

Совсем другая картина возникает в странах **Восточной Африки** и в некоторых регионах **Центральной Африки.** Показатель распространенности ВИЧ продолжает снижаться в Уганде, где в 2002 году в Кампале он упал до

Рисунок 5

Источник: Национальные программы по СПИДу (частично составлено Бюро переписи населения США)

8% – это значительное достижение, если учитывать, что десять лет тому назад показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в двух городских дородовых женских консультациях составлял 30%. Такое же снижение наблюдается по всей Уганде, где двузначные показатели распространенности сейчас являются редкостью.

В настоящее время ни одна другая страна не может конкурировать по этому показателю – по крайней мере, в национальном масштабе. В то же время пропорция беременных женщин, имеющих положительные результаты на ВИЧ при проверке в дородовых женских консультациях, упала до 13% в столице Руанды Кигали (в 1993 году этот показатель достигал почти 35%). Однако, учитывая массовое перемещение населения после геноцида 1994 года, при проведении сравнений во времени для Руанды необходимо проявлять осторожность. В Аддис-Абебе показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15-24 лет снизился почти столь же резко – до примерно 11% в 2003 году по сравнению с пиковым показателем в 24% в 1995 году. Это может означать значительное улучшение ситуации, учитывая, что эпидемия в этой стране главным образом сконцентрирована в городах (показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в сельских районах Эфиопии составляет менее 2%). В Эфиопии в 1999-2000 годах почти 72 000 призывников прошли тестирование на ВИЧ. Показатель распространенности ВИЧ среди городских и сельских призывников составил соответственно 7,2% и 3,8%. В других странах этого субрегиона эпидемия удерживает прочные позиции. Результаты общенационального обследования в Кении в 2002 году показали, что 10% беременных женщин имели ВИЧ-инфекцию. Кроме того, анализ тенденций на постоянных участках эпиднадзора свидетельствует об умеренном снижении показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин за последние три года.

Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин остается на низком уровне в Киншасе (Демократическая Республика Конго). Последние данные из других городских и сельских районов, контролируемых правительством Демократической Республики Конго, указывают на то, что распространенность ВИЧ в 2003 году фактически может составлять 5% или менее на значительной территории этой республики, за исключением провинции Катанга на юго-востоке, которая граничит с Замбией и где этот показатель составляет 6%, а также, возможно, восточных частей страны, где в 2003 году мероприятия по эпиднадзору проводились с опозданием.

В Западной Африке отмечаются различные по своему характеру эпидемии. По-прежнему отмечаются положительные результаты, обусловленные решением Сенегала на ранней стадии эпидемии вложить значительные средства в программы профилактики и просвещения по проблеме ВИЧ в 1980-х годах (когда показатели распространенности ВИЧ были еще очень низкими). Проведение устойчивых мероприятий в рамках этих программ позволило стабилизировать показатели распространенности ВИЧ среди беременных женщин на уровне около 1% начиная с 1990 года,

причем эти уровни неизменно сохранялись до 2002 года; в то же время показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса за последнее десятилетие медленно увеличивался. В Дакаре показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса вырос с 5% в 1992 году до 14% в 2002 году, в то время как в городе Каолаке он увеличился с 8% в 1992 году до 23% в 2002 году. Результаты исследований среди населения, а также данные других исследований указывают на то, что уровни распространенности ВИЧ остаются относительно низкими в других странах сахеля – около 2% в Мали и 1% или ниже в Гамбии, Мавритании и Нигере. Как и в Буркина-Фасо, в Гане отмечаются устойчивые тенденции. В этой стране медианный показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые женские консультации, начиная с 1994 года колебался от 2% до чуть более 3% (несколько превышая 4% в столице Аккре в 2002 году).

Более серьезной является ситуация в Кот-д'Ивуаре, где показатель распространенности ВИЧ по-прежнему самый высокий в Западной Африке. В некоторых регионах страны более 10% беременных женщин являются ВИЧ-инфицированными, хотя в 2002 году показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в Абиджане упал до самого низкого уровня (7%) за десятилетие. Последние данные эпиднадзора в Нигерии (2001 год) свидетельствуют об аномалии – показатели распространенности ВИЧ в крупнейших городах страны (фактически менее 5%) оказались ниже, чем в ряде малых городов, относимых к сельским населенным пунктам – это наиболее заметно на юге страны.

Несмотря на повсеместное улучшение ситуации в странах Африки, наблюдаемое в последние годы, охват населения ряда стран системами эпиднадзора за ВИЧ остается явно недасточным для получения данных,

## Более точные оценочные данные свидетельствуют о том, что число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в странах Африки к югу от Сахары, продолжает расти

Согласно последним оценкам ЮНЭЙДС и ВОЗ, в этом году число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в странах Африки к югу от Сахары, снизилось по сравнению с оценками за 2002 год. Улучшение качества данных и повышение уровня понимания позволили Секретариату ЮНЭЙДС и ВОЗ получить более точные оценочные данные для данного региона и внести поправки в завышенные оценочные данные за 2002 год. Однако число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в Африке к югу от Сахары, продолжает увеличиваться.

- Улучшение и расширение системы эпиднадзора показало, что распространенность ВИЧ в сельских районах ниже, чем предполагалось, и что различие между уровнями инфицирования в сельских и городских районах выше, чем было принято считать ранее. Расширение систем эпиднадзора за ВИЧ и проведение национальных обследований позволило получить новые данные для удаленных сельских районов ряда стран, включая Бурунди, Эфиопию, Руанду и Замбию, что дало более низкие оценочные общенациональные показатели распространенности в этих странах. Такое совершенствование процедуры сбора и анализа данных будет продолжать повышать уровень нашего понимания эпидемии, что является одной из ключевых задач для ЮНЭЙДС.
- В соответствии с новыми данными переписи Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций уменьшил оценочные показатели численности населения в некоторых странах. В таких странах, как, например, Мозамбик и Демократическая Республика Конго, поправка, указывающая на снижение численности населения, означает также, что соответственно уменьшилось общее число людей, живущих с ВИЧ, даже если оценочный процент людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, остается таким же.

Примером страны, где оценочное число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, было существенно скорректировано в сторону понижения, является Зимбабве. Опубликованные в этом году цифры показывают, что распространенность ВИЧ среди взрослого населения в Зимбабве составляет 25%, в то время как на конец 2001 года этот показатель, по оценкам, составлял 34%. К сожалению, это не соответствует снижению распространенности на 9%. Новая цифра представляет собой статистическую поправку оценочных данных за 2001 год, которые были основаны на данных, полученных в дородовых консультациях, что включало значительный процент неточностей при проведении тестирования. Кроме того, проведение общенационального обследования позволило получить новые данные. Поэтому исправленные оценочные данные, хотя и оказались более низкими, не свидетельствуют о фактическом снижении показателя распространенности ВИЧ в стране.

Использование таких более точных данных и более высокого уровня понимания эпидемии применительно к данным за прошлые годы показывает, что происходило постоянное увеличение числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в странах Африки к югу от Сахары, даже невзирая на то, что показатель распространенности выглядит относительно устойчивым. Число смертей в результате СПИДа также выросло, что соответствует росту показателя распространенности несколько лет назад и слабому доступу к продляющим жизнь антиретровирусным препаратам.

которые позволяли бы проанализировать фактическое распространение и тенденции в развитии эпидемии. В большинстве случаев главными причинами этого являются войны и конфликты – в частности, в Анголе, Демократической Республике Конго, Либерии и Сомали, где данные эпиднадзора остаются скудными.

Сейчас стало понятным, что в большинстве стран Африки к югу от Сахары (включая некоторые районы южной части Африки) показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые женские консультации, оставался примерно на одном и том же уровне в течение ряда лет – хотя и на очень высоком уровне на юге Африки. Это кажущееся «выравнивание» показателя распространенности ВИЧ было интерпретировано некоторыми наблюдателями как свидетельство того, что эпидемия ВИЧ/СПИДа, возможно, достигла поворотного пункта в странах Африки к югу от Сахары. К сожалению, имеющиеся данные не являются достаточными для таких выводов.

Кажущуюся стабилизацию показателей распространенности во многих частях этого региона обусловливают два фактора: смертность от СПИДа и инфицирование ВИЧ. Высокие (и в некоторых странах растущие) показатели смертности от СПИДа в сочетании с высоким показателем инфицирования ВИЧ являются причиной того, что распространенность ВИЧ остается примерно на одном и том же уровне. Например, в Замбии общенациональный показатель распространенности ВИЧ остается относительно стабильным в течение последних 8-10 лет. Поскольку, по оценкам, за этот период в Замбии число новых инфекций ежегодно составляло почти 80 000, общий показатель распространенности ВИЧ оставался устойчивым по той причине, что СПИД каждый год убивал такое же число людей. Поэтому показатель распространенности ВИЧ может казаться стабильным, однако за ним скрывается тот факт, что постоянно большое ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекции соответствует такому же высокому уровню смертности от ВИЧ.

Следовательно, мы не наблюдаем снижения уровня эпидемии в этом регионе. Причин для самоуспокоения нет. При отсутствии эффективных мер вмешательства эпидемия будет и далее опустошать эти страны.

Эпидемии в этом регионе разнообразны по своему характеру; это означает, что мы должны лучше понять движущие факторы, а также обстоятельства и меры вмешательства, которые могут помочь подавить распространение ВИЧ. Это представляется особенно верным для южной части Африки, где структурные факторы – включая социально-экономическое и социально-культурное неравенство – мешают проведению эффективных ответных мер.

Национальные доклады, в которых описывается ход реализации целевых задач, поставленных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (принятой в ходе специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в июне 2001 года), показывают, что многие страны не имеют общенациональной политики в отношении детей-сирот, охват услугами по добровольному консультированию и тестированию незначителен, а профилактика передачи инфекции от матери ребенку фактически не существует во многих наиболее пострадавших странах. Более 70% стран Африки, описывающих в своих отчетах мероприятия, направленные на снижение передачи ВИЧ младенцам и детям младшего возраста, фактически не имеют программ профилактического антиретровирусного лечения для женщин во время родов и для новорожденных. Почти половина таких африканских стран не имеет законодательства, направленного на то, чтобы исключить дискриминацию людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и лишь каждая четвертая страна указывает на то, что по крайней мере 50% пациентов, имеющих другие инфекции, передаваемые половым путем (факторы, сопутствующие ВИЧ-инфекции), получают диагностику, консультирование и лечение. Несмотря на то что уровень охвата лечением остается низким (по оценкам, в 2002 году доступ к антиретровирусным препаратам имели только 50 000 человек), некоторые страны, такие, как Ботсвана, Камерун, Эритрея, Нигерия и Уганда, предприняли серьезные усилия по расширению доступа к антиретровирусным препаратам – как через государственный, так и через частный секторы.

Однако в последние два-три года наблюдался также рост политической поддержки, более четкая выработка политики, увеличение финансирования и принятие мер по смягчению социальных последствий эпидемии – этот импульс необходимо поддерживать в дальнейшем, если мы хотим обратить эпидемию вспять.

# Восточная Европа и Центральная Азия

*Показатель распространенности ВИЧ продолжает нарастать в странах Балтии, в Российской Федерации и Украине. Эпидемия быстро расширяется в Центральной Азии.*

Эпидемия СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии не имеет признаков ослабления. В 2003 году ВИЧ заразились около 230 000 человек, в результате чего общее число людей, живущих с этим вирусом, достигло 1,5 миллиона человек. За прошлый год, по оценкам, от СПИДа умерли 30 000 человек.

Наиболее пострадавшими являются Российская Федерация, Украина и страны Балтии (Эстония, Латвия и Литва), в то же время ВИЧ продолжает распространяться в Беларуси, Молдове и Казахстане; в последнее время эпидемии начали развиваться в Кыргызстане и Узбекистане (см. рисунок 6). По оценкам, в настоящее время в Российской Федерации около 1 миллиона человек в возрасте 15-49 лет живут с ВИЧ (по различным оценкам, поступающим из этой страны, эта цифра составляет примерно от 600 000 до 1,5 миллиона).

Движущей силой такой эпидемии является широкое распространение рискованного поведения – употребление инъекционных наркотиков и небезопасный секс – среди молодых людей. Огромное число молодых людей регулярно или время от времени употребляют инъекционные наркотики, о чем свидетельствует рост показателя распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков во всех странах бывшего Советского Союза. Практика использования презервативов среди молодых людей, в том числе среди тех, кому грозит высокий риск передачи ВИЧ, в Восточной Европе и Центральной Азии в

Рисунок 6

Источник: Национальные программы по СПИДу (2002) Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе. Итоговый годовой отчет. Данные составлены Европейским центром эпидемиологического мониторинга за СПИДом.

целом мало распространена. Согласно данным одного обследования в Российской Федерации, менее половины тинэйджеров в возрасте 16-20 лет пользовались презервативами во время секса со случайными партнерами. Процент работников секс-бизнеса, которые указывают на постоянное использование презервативов, редко превышает 50%, в то время как среди потребителей инъекционных наркотиков в среднем менее 20% указывают на постоянное использование презервативов.

целом более 80% ВИЧ-инфицированных в этом регионе не достигли 30 лет, что отличается от положения в Западной Европе и Соединенных Штатах Америки, где лишь 30% всех отмеченных случаев приходится на людей моложе 29 лет.

Распространенность ВИЧ продолжает нарастать в Российской Федерации, где эпидемия по-прежнему остается самой сильной в этом регионе. На конец 2002 года общее число людей с диагнозом ВИЧ

*Росту эпидемии способствуют устойчиво высокие уровни рискованного поведения – употребление инъекционных наркотиков и, в меньшей степени, небезопасный секс – среди молодежи.*

Употребление инъекционных наркотиков, будучи относительно новым явлением для этих стран, развивается в условиях резких социальных перемен, увеличивающегося неравенства и консолидации транснациональных сетей оборота наркотиков в этом регионе. По некоторым оценкам, только в Российской Федерации число потребителей инъекционных наркотиков может достигать 3 миллионов, в Украине – более 600 000 и в Казахстане – до 200 000. (По оценкам, в Эстонии и Латвии до 1% взрослого населения употребляют инъекционные наркотики, в то время как в Кыргызстане эта цифра может приближаться к 2%.) Большинство таких потребителей наркотиков - мужчины, многие очень молодые: в Санкт-Петербурге, по данным исследований, около 30% из них оказались моложе 19 лет, в то же время в Украине 20% из них были тинэйджерами. По данным обследования московской молодежи в возрасте 15-18 лет оказалось, что 12% мальчиков употребляли инъекционные наркотики. В целом, по оценкам, в Восточной Европе и Центральной Азии до 25% потребителей инъекционных наркотиков моложе 20 лет. Использование нестерильного инструментария, зачастую общих шприцев, по-прежнему является нормой. Например, в Молдове, по оценкам, 80% потребителей инъекционных наркотиков пользуются общим инструментарием (часто для того, чтобы продемонстрировать доверие к другим потребителям наркотиков); по результатам анализа одной выборки в Москве оказалось, что 75% потребителей инъекционных наркотиков пользовались общим инструментарием за последний месяц.

Из всех случаев ВИЧ, зарегистрированных в этом регионе, основная доля приходится на молодежь. В Украине 25% лиц с диагнозом ВИЧ-инфекция – моложе 20 лет; в Беларуси 60% таких людей имеют возраст 15-24 лет; в Казахстане и Кыргызстане более 70% лиц, имеющих диагноз ВИЧ-инфекция, моложе 30 лет. В Российской Федерации 80% случаев ВИЧ-инфекции, обусловленных употреблением инъекционных наркотиков, отмечены среди молодых людей до 30 лет. В

составило 229 000. Только в 2002 году была зарегистрирована почти четвертая часть (50 400) от этого количества. Это указывает на то, что эпидемия растет устрашающими темпами. Более того, указанное число зарегистрированных случаев почти определенно намного ниже фактического числа людей, живущих с ВИЧ.

Большая часть этих случаев инфицирования происходит в результате использования зараженного инструментария для употребления инъекционных наркотиков, при этом основная тяжесть эпидемии ложится на молодежь. Однако в настоящее время становится очевидной другая, поразительная картина. Все большее число вновь диагностированных случаев ВИЧ-инфекции приходится на женщин – 33% в 2002 году по сравнению с 24% годом ранее. Одним из последствий этого является резкий рост случаев передачи вируса от матери ребенку. Такая картина является наиболее очевидной в регионах, где эпидемия широко распространилась несколько лет назад, например, в Калининграде (на западе страны) и в Краснодаре (на юго-западе). Это указывает на начало новой стадии в развитии эпидемии в тех частях страны, где передача вируса половым путем становится более заметным явлением. Поскольку большинство потребителей инъекционных наркотиков являются молодыми сексуально активными людьми, значительная доля новых инфекций передается половым путем (часто когда потребители инъекционных наркотиков или их ВИЧ-инфицированные партнеры занимаются небезопасным сексом).

Несмотря на то что эпидемия в Российской Федерации устойчиво нарастает, она по-прежнему находится на ранних стадиях своего развития. ВИЧ зарегистрирован в 88 из 89 административных территорий страны, однако распространение вируса в этой огромной стране носит неравномерный характер. В некоторых регионах, например, в Нижегородской области, меры вмешательства позволили стабилизировать

локализованные эпидемии. Однако по крайней мере в 9 территориях эпидемия является серьезной; кроме того, этот вирус прочно внедрился еще в 11 территориях.

Такая картина подчеркивает необходимость в принятии более решительных и комплексных ответных мер, которые позволили бы снизить уязвимость молодых людей и дать им возможность уменьшить уровень риска при употреблении инъекционных наркотиков и половых контактах. Это означает расширение доступа к информации, а также к услугам и инструментам профилактики. При осуществлении таких комплексных ответных мер краеугольным камнем являются программы снижения вреда, нуждающиеся в расширении быстрыми темпами, для того чтобы обеспечить потребности молодых потребителей инъекционных наркотиков, которым непосредственно грозит высокий риск инфицирования ВИЧ. Особое внимание следует также уделять их сексуальным партнерам, которыми преимущественно являются женщины, мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, а также молодым женщинам и мужчинам, занятым в сфере секс-бизнеса. Новым и неотложным приоритетом является профилактика передачи инфекции от матери ребенку. В то же время нельзя не уделять должного внимания растущим потребностям людей, живущих с ВИЧ, в лечении и уходе.

*Вызывает беспокойство возможность существования скрытых эпидемий среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и среди других групп повышенного риска инфицирования.*

Это во многом касается также Украины (где на конец 2002 года кумулятивное число официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных составило 52 000), Беларуси (где общее число ВИЧ-инфицированных составляет 4 700) и Молдовы (где число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составляет 1 700) – во всех этих странах эпидемия стала развиваться относительно давно. Несмотря на то что большинство случаев ВИЧ-инфекции по-прежнему регистрируется среди молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики (и их сексуальных партнеров), есть признаки того, что эти эпидемии начинают охватывать другие группы населения.

Несмотря на то что общее число инфекций остается низким, распространение ВИЧ в странах Балтии продолжается быстрыми темпами. Начиная с 1999 года общее число диагностированных ВИЧ-инфекций в Латвии выросло в пять раз и составило в 2002 году 2 300 случаев. Всего лишь четыре года назад в Эстонии было зарегистрировано 12 новых случаев ВИЧ-инфекции – в 2002 году это число составило 899. Аналогичное развитие наблюдается в Литве. Если в 2001 году здесь было зарегистрировано 72 новых случая ВИЧ-инфекции, то в 2002 году это число увеличилось в пять раз. В Литве, вероятно, имеют место две ярко выраженные эпидемии: одна эпидемия распространяется главным образом среди потребителей инъекционных наркотиков в регионах, примыкающих к Калининграду (Россия), в то время как другая эпидемия распространяется среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Вильнюсе.

Самые последние вспышки ВИЧ в данном регионе отмечены в Центральной Азии, где зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции нарастали экспоненциально – с 88 случаев в 1995 году до 5 458 случаев в 2002 году. Это было обусловлено главным образом резким увеличением случаев инфицирования, зарегистрированных в Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане. В настоящее время ВИЧ охватил все регионы Казахстана, в то же время большинство случаев, зарегистрированных в Кыргызстане, сосредоточено в Ошской области, которая является транзитным коридором для переправки наркотиков в соседние страны. Учитывая тот факт, что через пять республик Центральной Азии проходят основные пути поставки наркотиков в Российскую Федерацию и Европу, не удивительно, что большая часть инфекций в настоящее время связана с употреблением инъекционных наркотиков. В действительности, в некоторых регионах героин оказывается дешевле алкоголя. Как и в других частях этого региона, больше всего страдают молодые люди; особенно уязвимой оказывается молодежь, испытывающая материальные трудности. Например, в Казахстане три четверти лиц, имеющих диагноз ВИЧ-инфекция, - безработные.

Эти эпидемии возникли буквально в последнее время, и их можно остановить, если профилактические меры будут направлены на тех, кто оказался наиболее пострадавшими – потребителей инъекционных наркотиков и работников секс-бизнеса, – и будут дополняться профилактической работой среди молодежи в целом. В некоторых случаях требуются даже более элементарные меры профилактики, такие, как скрининг донорской крови на ВИЧ. Например, по имеющейся информации, в Таджикистане в 2002 году 40% доноров крови не проходили тестирование.

Если рассмотреть западные страны этого региона, можно отметить, что в Польше новые регистрируемые случаи ВИЧ-инфекции остаются на стабильном уровне (примерно 500-600 случаев в год) начиная с середины 1990-х годов; аналогичная картина наблюдается в Чешской Республике, Венгрии и Словении с конца 1990-х годов. В то же время в некоторых частях юго-

восточной Европы (в частности в странах, которые преодолевают последствия конфликтов и сложного переходного периода) наблюдается рост опасного сексуального поведения и употребления инъекционных наркотиков – это увеличивает вероятность вспышки ВИЧ-инфекции, если не будут приняты незамедлительные меры профилактики.

Имеющиеся данные касаются только тех людей, которые прошли тестирование на ВИЧ, в то же время не все потенциально пострадавшие группы населения проходят такое тестирование. По этой причине такие данные отражают ситуацию, сложившуюся среди тех людей и групп (главным образом среди потребителей инъекционных наркотиков), которые попадают в поле зрения программ тестирования на ВИЧ. Есть опасность того, что скрытые эпидемии могут развиваться среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые подвергаются сильной стигматизации в странах этого региона. В Центральной Азии, Беларуси и Украине документально установлены значительные сети мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; и быстро развивающаяся эпидемия в Литве, по крайней мере, частично касается мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; по аналогичной модели, как представляется, развиваются и возможно зарождающиеся эпидемии в Хорватии и Словении. Некоторые обследования сексуального поведения, проведенные ранее в Российской Федерации и Украине, свидетельствовали о высоком распространении незащищенного секса в первой половине 1990-х годов, в то время как результаты обследования, проведенного в Российской Федерации в 2000 году, позволяют предположить, что поведение высокого риска является характерным для сообществ мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Все большее число стран данного региона начинает вплотную заниматься проблемами ВИЧ/СПИДа. Эта эпидемия сейчас включается в повестку дня совещаний глав государств и правительств Содружества Независимых Государств. Кроме того, люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, и другие группы, представляющие гражданское общество, получают право голоса и устанавливают партнерские отношения с органами власти в Беларуси, Казахстане, Румынии и Украине. В Российской Федерации вновь созданный Консультативный совет по ВИЧ/СПИДу впервые объединил государственный сектор и организации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Поддержкой таких шагов, предпринимаемых в последнее время, является расширение международной помощи в рамках борьбы с ВИЧ/СПИДом, объемы которой в этом регионе с конца 2001 года увеличились в шесть раз (отчасти благодаря финансовой помощи со стороны Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Всемирного Банка и крупных двусторонних доноров). Кроме того, в настоящее время на повестке дня стоит вопрос о предоставлении лечения и ухода для 1,5 миллиона людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в этом регионе. В то же время эти шаги должны осуществляться с учетом растущей потребности в оказании технической помощи в сфере управления ресурсами, их мониторинга и оценки.

# Азия и Тихоокеанский регион

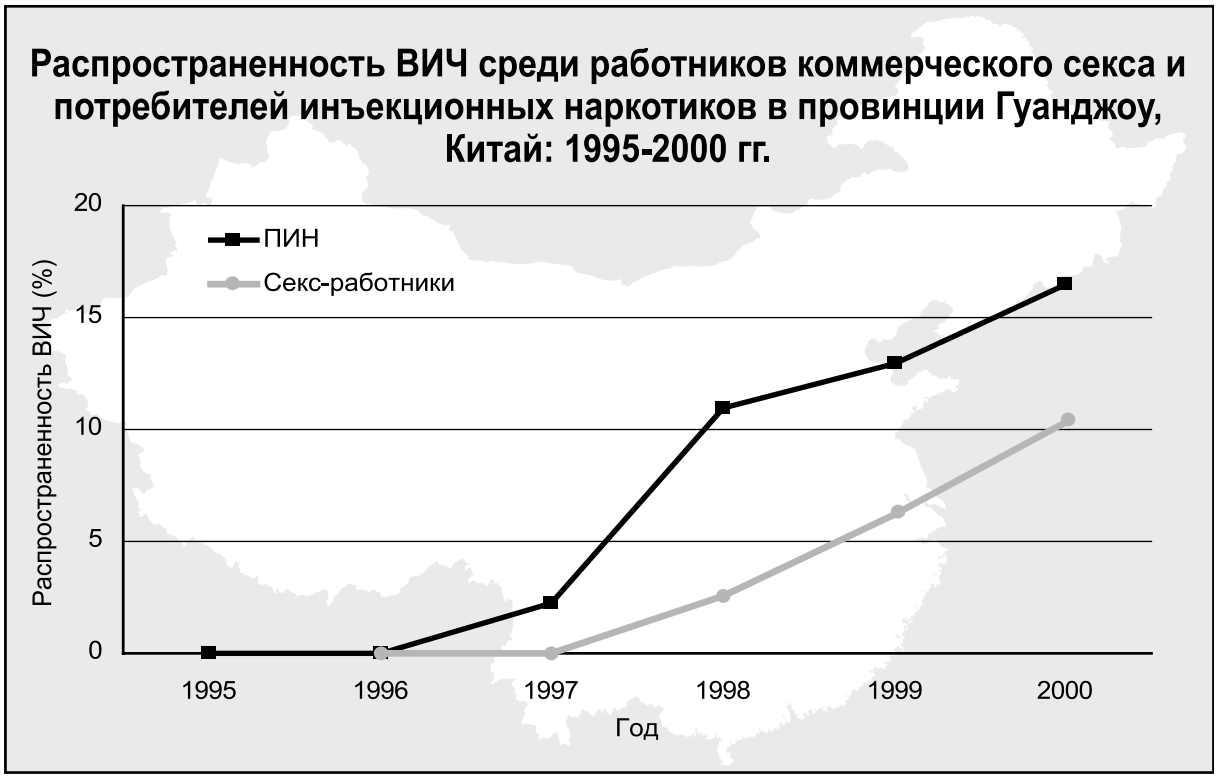
*Эпидемия распространяется в районах и странах, где до недавнего времени ВИЧ отсутствовал или регистрировался редко – включая Китай, Индонезию и Вьетнам (где проживает более 1,5 миллиарда человек).*

В 2003 году в странах Азии и Тихоокеанского региона ВИЧ заразились более 1 миллиона человек, в результате чего общее оценочное число людей, живущих с этим вирусом, составляет в настоящее время 7,4 миллиона. Кроме того, по оценкам, в 2003 году от СПИДа умерли 500 000 человек.

Общенациональный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения в большинстве стран данного региона все еще ниже 1%. Однако эта цифра может быть обманчива. Многие страны этого региона настолько велики и густо населены, что общенациональные совокупные показатели могут скрывать серьезные эпидемии в некоторых провинциях и штатах. Хотя общенациональный показатель распространенности ВИЧ в Индии, например, ниже 1%, в пяти штатах этот показатель для взрослого населения, по оценкам, превышает 1%. Кроме того, поступают все новые тревожные сигналы о том, что ряду стран угрожают серьезные вспышки ВИЧ. Потребление инъекционных наркотиков и секс-бизнес настолько широко распространены в некоторых регионах, что такая эпидемия может резко вспыхнуть даже в тех странах, где в настоящее время уровни распространения инфекции являются низкими.

Например, в некоторых районах Китая были обнаружены высокие показатели распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков – 35-80% в провинции Синьцзян и 20% в провинции Гуандун; в то же время сильная эпидемия ВИЧ охватила те районы, где в 1990-х годах были отмечены случаи использования опасной практики забора крови. Имеющаяся информация свидетельствует о том, что употребление инъекционных наркотиков растет (причем большая пропорция наркоманов использует нестерильные иглы и шприцы), а использование презервативов работниками секс-бизнеса и другими уязвимыми группами, такими, как мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, остается на низком

Рисунок 7




Источник: Отчеты о дозорном эпиднадзоре, Национальный центр по эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом

уровне. В итоге, низкие общенациональные показатели распространенности ВИЧ в Китае скрывают тот факт, что в некоторых районах (например, в провинциях Юньнань, Синьцзян, Гуанджоу, Сычуань, Хэнань и Гуандун) в течение длительного времени развиваются концентрированные эпидемии – такие эпидемии могут вспыхнуть во многих других регионах. Эта эпидемия охватила 31 провинцию (автономные регионы и муниципальные территории), причем число зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИДа в последние годы значительно выросло.

Три азиатские страны уже сталкивались с серьезными общенациональными эпидемиями – Камбоджа, Мьянма и Таиланд. Если в Мьянме еще предстоит увидеть, помогут ли принимаемые сейчас меры профилактики удержать показатель распространенности ВИЧ на уровне 1-2%, который отмечается среди населения в возрасте 15-24 лет в городских районах, то в Камбодже благодаря решительным действиям по сдерживанию эпидемии общенациональный показатель распространенности ВИЧ остается стабильным на уровне около 3% начиная с 1997 года. Похоже, что серораспространенность значительно снизилась среди работников секс-бизнеса в публичных домах – с 43% в 1998 году до 29% в 2002 году, – а также среди служащих городской полиции, в основном благодаря энергичному осуществлению программы по пропаганде использования презервативов, поддерживаемой правительством и неправительственными организациями. Согласно последней оценке Министерства здравоохранения Камбоджи, если бы не были приняты такие ответные меры, число ВИЧ-инфекций в стране было бы в три раза больше.

Получившая широкое одобрение программа по 100%-ному использованию презервативов помогла Таиланду в 1990-х годах поставить под контроль свою неистовую эпидемию: в 2002 году общенациональный показатель распространенности ВИЧ составлял около 2%, а показатель распространенности ВИЧ среди призывников в возрасте 21 года в 2002 году упал ниже 1% (в середине 1990-х годов он достигал 4%). Успехи, достигнутые в Камбодже и Таиланде, были в первую очередь обусловлены прорывом на двух направлениях: шире начали использоваться презервативы в сфере коммерческого секса, и мужчины стали реже пользоваться услугами работников секс-бизнеса. В то же время анализ показывает, что передача ВИЧ между супругами становится более заметной причиной возникновения новых инфекций – это является напоминанием о том, что проведение мероприятий только среди уязвимых групп является недостаточной мерой.

Употребление инъекционных наркотиков сыграло минимальную роль в распространении эпидемии в Камбодже, что является необычным явлением для данного региона; тем не менее в отличие от многих других стран региона, включая Таиланд, усилия по ограничению передачи ВИЧ через употребление инъекционных наркотиков, как представляется, запаздывают. Если положение не будет исправлено, это может привести к повторной вспышке эпидемии в стране. Употребление инъекционных наркотиков может стать основным путем передачи инфекции – при этом вирус будет затем передаваться другим потребителям наркотиков, их сексуальным партнерам и детям.

*Эти вновь зарождающиеся эпидемии в основном обусловлены употреблением инъекционных наркотиков; кроме того, распространению ВИЧ-инфекции способствует коммерческий секс.*

Несмотря на то что во Вьетнаме до настоящего времени не отмечалось серьезной эпидемии, вероятность такой эпидемии существует (см. рисунок 8). Согласно последним оценкам, общенациональный показатель распространенности ВИЧ намного ниже 1%, однако уже сейчас отмечаются вспышки ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Согласно официальным данным, 65% случаев ВИЧ-инфекции во Вьетнаме зарегистрированы среди потребителей наркотиков, что обусловлено использованием зараженного инъекционного инструментария. Результаты дозорного эпиднадзора за 2002 год показывают, что более 20% потребителей инъекционных наркотиков в большинстве провинций страны являются носителями ВИЧ. Уже появились признаки того, что эта эпидемия охватывает другие уязвимые группы населения. Показатели распространенности ВИЧ, зарегистрированные среди работников секс-бизнеса в Кантхо и Хошимине составляют соответственно 11% и 24%. Несмотря на то что многие работники секс-бизнеса, как считается, также употребляют инъекционные наркотики, поступают все новые доказательства того, что эта вспышка инфекций обусловлена также половыми контактами. Такой ход событий не ограничивается только югом страны; в 2002 году показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса достиг 15% в Ханое и 8% в Хайфоне.

Перед Вьетнамом стоит неотложная двойная задача. Путем введения программ профилактики ВИЧ страна может ограничить распространение ВИЧ через употребление инъекционных наркотиков, тем самым обеспечив защиту не только потребителей наркотиков, но также их сексуальных партнеров и – если потребителями наркотиков являются женщины – их детей. Здесь также необходимы быстрые меры, для того чтобы предотвратить потенциально взры-

Рисунок 8

Источник: Отчеты о дозорном эпиднадзоре,Национальное бюро по СПИДу, Министерство здравоохранения, 1992-2001 гг.

воопасное гетеросексуальное распространение ВИЧ через работников секс-бизнеса среди населения в целом. Результаты исследований указывают на то, что значительная пропорция мужчин покупает сексуальные услуги в городских районах. По мере дальнейшей либерализации вьетнамского общества и увеличения миграции населения из сельских в городские районы эта пропорция может значительно увеличиться.

Мьянма, уже пораженная более серьезной эпидемией, не должна терять время. Употребление инъекционных наркотиков и коммерческий секс являются основными причинами ВИЧ-инфекций; кроме того, имеются данные о том, что работники-мигранты (особенно добытчики драгоценных камней и лесорубы) становятся одним из основных источников распространения вируса среди широких слоев населения. ЮНЭЙДС оказала помощь в создании и использовании специального фонда для борьбы с эпидемией на следующие три года, в то же время необходимо также значительно улучшить положение в ослабленной государственной системе здравоохранения. На сегодняшний день проводятся только частичные мероприятия; осуществление координированных общенациональных ответных мер является сейчас абсолютным приоритетом, если стоит задача ограничить передачу инфекции через коммерческий секс и употребление инъекционных наркотиков.

Опасные признаки в Индонезии также не уменьшаются. С конца 1990-х годов значительно усилились кампании по социальному маркетингу презервативов и повышению уровня информированности, в то же время использование презервативов остается на низком уровне, даже в коммерческом сексе. По оценкам, менее 10% из 7-10 миллионов мужчин Индонезии, посещающих работников секс-бизнеса, постоянно пользуются презервативами. В 2002 году примерно такой же низкий процент работников секс-бизнеса Джакарты указали на то, что они всегда используют презерватив во время платного секса. Не удивительно, что в таких преимущественно сельских провинциях, как Калимантан и Папуа, а также в таких промышленно развитых регионах, как Риау, распространенность ВИЧ среди работников секс-бизнеса постоянно растет.

Однако основной движущей силой эпидемии в Индонезии является употребление инъекционных наркотиков. Было установлено, что в трех крупных городах более 90% потребителей инъекционных наркотиков пользуются нестерильным инъекционным инструментарием; причем в одном из таких городов до 70% опрошенных указали на то, что у них были незащищенные контакты с работниками секс-бизнеса. Потребители инъекционных наркотиков регулярно подвергаются аресту и проводят время в тюрьме, в условиях, где рискованное поведение широко распространено. Потенциал для быстрого

распространения ВИЧ среди других уязвимых групп и населения в целом остается существенным.

Регион Папуа в Индонезии (Ириан Джая) находится на острове, часть которого принадлежит Папуа-Новой Гвинее. Как на индонезийской стороне, так и на стороне, принадлежащей Папуа-Новой Гвинее, отмечается высокий показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса. Для Индонезии это, вероятно, самый высокий показатель среди работников секс-бизнеса в стране: в городе Соронг показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса в 2002 году достиг 17%. На другой стороне границы, в Папуа-Новой Гвинее, лишь 15% женщин-работниц секс-бизнеса указали на то, что они постоянно пользуются презервативами, и показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса достиг 17%. В действительности, в Папуа-Новой Гвинее в настоящее время показатель распространенности ВИЧ самый высокий среди стран Тихоокеанского региона – по оценкам, почти 1% беременных женщин, посетивших дородовые женские консультации в Порт-Морсби, оказались ВИЧ-инфицированными. В Папуа-Новой Гвинее национальная политика по ВИЧ/СПИДу была принята в 1989 году, однако последние тенденции указывают на необходимость немедленного усиления мер профилактики.

Картину эпидемии ВИЧ/СПИДа в **Южной Азии** по-прежнему определяет эпидемия в Индии, где от 3,82 до 4,58 миллиона человек были инфицированными по состоянию на конец 2002 г. За последний год по меньшей мере 300 000 человек заразились ВИЧ, и серьезные эпидемии отмечаются сейчас в нескольких штатах страны, включая Махараштра и Тамилнаду (где в некоторых городах распространенность ВИЧ среди работников секс-бизнеса превысила 50%) и Манипур (где показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составляет от 60% до 75%). Согласно данным Национальной организации Индии по борьбе со СПИДом (НАКО), распространение ВИЧ/СПИДа не ограничивается только уязвимыми группами или городскими районами, но постепенно начинает распространяться в сельских районах и среди широких слоев населения. В таких штатах, как Андхра-Прадеш, Карнатака, Махараштра, Манипур и Нагаланд, показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин превысил пороговое значение в 1%, в то время как в штатах Гуджарат и Гоа показатель распространенности ВИЧ среди групп населения с высоким риском поведения составляет около 5% (однако ниже 1% среди беременных женщин). Вызывает беспокойство отсутствие достаточной информации о распространении ВИЧ в густо населенных внутренних районах штата Уттар Прадеш и других северных штатах Индии, где действующая система эпиднадзора за ВИЧ не дает полной картины развития эпидемии. Если говорить о других районах, то в штатах Махараштра и Тамилнаду имеются локализованные примеры того, что усилия по профилактике, кажется, дают положительные результаты; в то же время пока нет убедительных доказательств того, что эта эпидемия сдерживается в отдельно взятых штатах, не говоря уже о стране в целом.

В соседних Бангладеш и Непале общенациональный показатель распространенности ВИЧ остается ниже 1%, однако рискованное поведение настолько широко распространено среди отдельных групп населения, что спустя некоторое время могут вспыхнуть более массовые эпидемии. В столице Непала Катманду эпидемии ВИЧ сосредоточены вокруг потребителей инъекционных наркотиков и работников секс-бизнеса, большинство из которых – это молодые люди. В последние годы среди первых показатель распространенности ВИЧ регистрировался на уровне 68%, в то время как среди последних он составлял 17%.

*В странах, где эпидемия развивается давно, таких, как Камбоджа и Таиланд, в настоящее время значительная часть ВИЧ-инфекций передается от людей с высоким уровнем рискованного поведения их сексуальным партнерам.*

Молодые люди находятся в центре проблемы СПИДа в Непале. В то время как результаты исследований указывают на то, что их уровень знаний по проблеме ВИЧ/СПИДа является приемлемым, тем не менее они остаются уязвимыми к ВИЧ. Сексуальная жизнь начинается в раннем возрасте (почти каждый пятый тинэйджер Непала имел половые контакты к 15 годам), а процент использования презервативов является очень низким. Результаты последних, ограниченных по масштабу исследований показали, что секс между мужчинами является относительно общим явлением, особенно в Катманду, а опасные половые контакты являются нормой как среди мужчин (многие из них к тому же оказались женатыми), так и среди их партнеров-женщин.

Бангладеш представляет столь же серьезный вызов, несмотря на то что в настоящее время о присутствии ВИЧ можно говорить только гипотетически (даже среди уязвимых групп населения). Почти половина населения моложе 15 лет, а рискованное поведение распространено широко – включая высокие показатели опасного употребления инъекционных наркотиков,

широкое развитие секса-бизнеса и небезопасную практику переливания крови. Причем в эти виды деятельности могут вовлекаться одни и те же люди: многие работники секс-бизнеса также употребляют инъекционные наркотики; потребители инъекционных наркотиков часто посещают работников секс-бизнеса; и результаты некоторых исследований указывают на то, что потребители наркотиков часто продают свою кровь. Практика использования презервативов почти полностью отсутствует. В центральном регионе Бангладеш более 90% работников секс-бизнеса не пользуются презервативами; в других районах страны практически все обследованные работники секс-бизнеса указали на то, что они, по крайней мере, время от времени имеют половые контакты без использования презервативов. В то же время, по оценкам, более 90% потребителей инъекционных наркотиков могут использовать зараженный инъекционный инструментарий. Кроме того, знания по проблеме СПИДа незначительны: лишь около 65% молодых людей, менее 20% замужних женщин и 33% женатых мужчин слышали о СПИДе. В результате существует очень высокий потенциал для быстрой передачи ВИЧ. Результаты последних эпиднадзорных исследований показали, что до 4% потребителей инъекционных наркотиков в центральном регионе Бангладеш оказались ВИЧ-инфицированными – это выше результатов эпиднадзора за предыдущие годы (на уровне около 1%).

Как в Бангладеш, так и в Непале имеются прекрасные возможности для того, чтобы предупредить бесконтрольное развитие эпидемии. Несмотря на то что в Бангладеш была принята интегрированная национальная стратегия по СПИДу, которая также учитывает результаты работы общенациональной сети неправительственных организаций, здесь все еще необходимо осуществить некоторые основополагающие действия, включая более комплексный скрининг крови в больницах.

Малые по объему результаты эпиднадзора, имеющиеся для Пакистана, позволяют говорить о том, что показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и работников секс-бизнеса до сих пор был невысоким (от 0% до 11,5%), причем медианный показатель составил 0%. Однако растущее число потребителей героина, которых в Пакистане, по оценкам, насчитывается 3 миллиона человек, с конца 1990-х годов начали использовать инъекционные наркотики. Результаты исследования, проведенного недавно среди потребителей наркотиков в Кветта, показали, что 55% потребителей инъекционных наркотиков пользовались нестерильным инъекционным инструментарием и приблизительно такой же процент из них имели половые контакты с работниками секс-бизнеса. Лишь 4% когда-либо пользовались презервативом, и лишь 16% потребителей наркотиков слышали о СПИДе.

# Латинская Америка и Карибский бассейн

*Общенациональный показатель распространенности ВИЧ достиг или превысил 1% в 12 странах, все из которых находятся в Карибском бассейне.*

В настоящее время в Латинской Америке и Карибском бассейне более 2 миллионов людей живут с ВИЧ, в том числе 200 000 человек, которые, по оценкам, заразились ВИЧ в прошлом году. За тот же период не менее 100 000 человек умерло от СПИДа – это самый высокий региональный показатель смертности после региона Африки к югу от Сахары и Азии.

ВИЧ/СПИД глубоко укоренился в этом регионе: общенациональный показатель распространенности ВИЧ составляет не менее 1% в 12 странах, все из которых находятся в Карибском бассейне. Самые последние общенациональные оценочные данные показывают, что показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин достигает или превышает 2% в шести странах – Багамские Острова, Белиз, Доминиканская Республика, Гайана, Гаити и Тринидад и Тобаго. В отличие от этого, большинство других стран региона имеют сильно концентрированные эпидемии, в частности, в Южной Америке, где в Бразилии (население которой намного превышает численность населения в других странах региона) проживает огромное большинство ВИЧ-инфицированных людей этого региона.

В данном регионе наблюдаются ярко выраженные эпидемиологические модели. На фоне высоких уровней рискованного поведения в большинстве стран параллельно присутствуют все основные пути передачи инфекции – например, ранее начало половой жизни, незащищенный секс при большом количестве партнеров и использование нестерильного инструментария для употребления инъекционных наркотиков. В большинстве стран Южной Америки ВИЧ передается главным образом через употребление инъекционных наркотиков и половые контакты между мужчинами (с последующей гетеросексуальной передачей другим сексуальным партнерам), в то время как в Центральной Америке в большинстве случаев ВИЧ-инфекции передаются половым путем (гетеросексуально и между мужчинами). В Карибском бассейне гетеросексуальный путь передачи является основным (и во многих случаях связан с коммерческим сексом), хотя в настоящее время на Гаити устойчивая и серьезная эпидемия широко распространена среди населения в целом. Одним примечательным исключением является Пуэрто-Рико, где основной движущей силой эпидемии, похоже, является употребление инъекционных наркотиков.

Две наиболее серьезные эпидемии, развивающиеся в этом регионе, зарегистрированы на острове Гаити– в Гаити и Доминиканской Республике. Гаити имеет самые низкие показатели в секторе здравоохранения и развития, к тому же ее беды драматическим образом усугубляются эпидемией СПИДа, которая, по оценкам, уносит 30 000 жизней в год, в результате чего около 200 000 детей потеряли своих родителей. С конца 1980-х годов общенациональный показатель распространенности ВИЧ на Гаити держится на уровне 5-6%. Факторы, способствующие такой кажущейся стабильности общенационального показателя распространенности ВИЧ, остаются неясными, хотя можно отметить, что, согласно данным дозорного эпиднадзора, уровни распространенности ВИЧ сильно различаются (от 13% на северо-востоке до 2-3% на юге, вдоль границы с Доминиканской Республикой). Учитывая, что около 60% населения имеют возраст моложе 24 лет, в Гаити существует большой потенциал возобновления роста эпидемии, передающейся преимущественно гетеросексуальным путем. Практика пользования презервативами среди молодежи не распространена, несмотря на свидетельства о том, что знания по проблеме ВИЧ/СПИДа относительно значительны (впрочем, это больше касается мужчин, чем женщин).

*Секс между мужчинами является важным, но не учитываемым фактором в развитии эпидемии в Латинской Америке.*

На востоке острова, в Доминиканской Республике, меры профилактики, принятые в последние годы, кажется, привели к стабилизации показателя распространенности

Рисунок 9

Источники: (1) Лима: ВИЧ-инфекция и СПИД на Американском континенте:уроки и вызовы на будущее. Предварительный отчет MAP/EpiNet, 2003. (2) СанСальвадор, Гватемала-сити, Сан-Педро Сула, Манагуа и Панама-сити: Многоцентровое исследование распространенности ВИЧ/БПП и социо-поведенческих тенденций, PASCA/AMP США. (3) Буэнос-Айрес: Авила М, Вньоль М, Маулен С и др., Серораспространенность ВИЧ в популяции мужчин, имеющих секс с мужчинами в Буэнос-Айресе, Аргентина. (4) Сан-Паулу: Гранди Дж. Оливерия Л, Ориваль и др., Busca Ativa de DST em Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA. (5) Богота: Исследование MS/INS/LCLCS/NMRCD 2000. (6) Гуаякиль: Гевара Дж., Суарез П, Албуджа С и др. Seroprevalencia de infeccion por VIH e Grupos de Riesgo en Ecuador. Revista medica del Vozandes. Vol 14, No.1: 7-10, 2002.

ВИЧ среди населения в возрасте 15-24 лет в столице Санто-Доминго. Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в этой возрастной группе, который в 1995 году достигал 3%, снизился в столице до менее 1%. Свою роль здесь, вероятно, сыграло более частое использование презервативов и уменьшение числа сексуальных партнеров. Однако ситуация выглядит иной в некоторых других городах, где показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса достигает 12%, что свидетельствует о необходимости расширения и обеспечения устойчивости мер профилактики. Кроме того, имеется мало данных о характере развития ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, – это потенциально важный аспект развития эпидемии в этой стране.

В Центральной Америке общенациональный показатель распространенности ВИЧ составляет около 1% в Гватемале, Гондурасе и Панаме. Новые данные, полученные при проведении международного исследования в целях анализа распространенности ВИЧ, указывают на то, что показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса значительно варьируется – от менее 1% в Никарагуа, 2% в Панаме, 4% в Сальвадоре и 5% в Гватемале до более 10% в Гондурасе. Было установлено, что показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, одинаково высок в этих странах – от 9% в Никарагуа до 18% в Сальвадоре (см.Рис.9). Эти данные подчеркивают необходимость привлечения дополнительных ресурсов и осуществления новых мероприятий для борьбы с эпидемией, которая распространяется среди работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

В Колумбии и Перу распространение ВИЧ больше всего отмечено среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Недавно были получены данные о том, что показатель распространенности ВИЧ среди этой группы населения в Боготе составляет 18%; в то же время результаты другого обследования, проведенного в этом же городе, указывают на очень низкий процент лиц в этой группе, постоянно пользующихся презервативами. Также имеются данные, указывающие на значительный потенциал передачи ВИЧ от мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, их партнерам-женщинам и детям. Эту озабоченность также подтверждают результаты исследований, проведенных в Перу. Данные обследования, проведенного в городе Лиме, говорят о том, что показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, оказался на уровне 22% (в 1998 году он составлял 18%); каждый десятый мужчина здесь указал на то, что у него были половые контакты с другими мужчинами (и почти 9 из 10 заявили, что у них также были половые контакты с женщинами). Постоянное пользование презервативами,

вероятно, составляет редкое исключение, особенно при гетеросексуальных связях.

Несмотря на то что в Бразилии эпидемия распространилась из крупных городских центров в малые муниципальные районы по большей части страны, медианный показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые женские консультации, остается ниже 1%; причем в последние пять лет отмечаются незначительные колебания этого показателя. Это частично свидетельствует о результатах реализации программ профилактики начиная с 1990-х годов, в том числе мероприятий по расширению охвата программами снижения вреда и другими профилактическими программами уязвимых групп населения (и, кроме того, активной и успешно реализуемой программой лечения ВИЧ-инфицированных). Однако Бразилия не может почивать на лаврах. Показатели распространенности ВИЧ в 3-6% были получены в Риу-Гранди-ду-Сул для женщин, которые очень редко получают доступ к государственной системе здравоохранения. Это вызывает опасение, что среди некоторых неимущих общин может развиваться серьезная, но неустановленная эпидемия. Министерство здравоохранения этой страны объявило о проведении инициативы, направленной на вовлечение, тестирование и (при необходимости) проведение лечения беременных женщин, которые нерегулярно посещают дородовые женские консультации.

Эпидемию нельзя будет победить до тех пор, пока страны не признают, что существуют скрытые, но широко внедрившиеся реалии – употребление инъекционных наркотиков и половые контакты между мужчинами. Стигматизация и отрицание такого поведения может лишь стимулировать дальнейшее развитие этих незаметных эпидемий, которые имеют место в этом регионе. В настоящее время отсутствует достаточная информация об уязвимых группах, которую можно было бы использовать при разработке программ по ВИЧ/СПИДу. Получение более точных эпидемиологических данных и данных эпиднадзора за поведением в сочетании с более акцентированными мерами социально-политической мобилизации вокруг проблемы СПИДа может способствовать более быстрому осуществлению ответных мер с учетом реалий эпидемии.

Ответные меры в этом регионе за последний год стали более интенсивными, особенно это касается наиболее пострадавших стран. Пропорция больных, которые нуждаются в антиретровирусном лечении и получают такое лечение, сильно варьируется в регионе – в некоторых странах охват составляет менее 25%, в то же время в других странах этот показатель превышает 75%. В целом, по оценкам, антиретровирусное лечение получают около половины больных этого региона, нуждающихся в таком лечении. В то же время реализация ряда субрегиональных инициатив повышает шансы для расширения доступа к лечению в некоторых странах, включая Багамские Острова, Барбадос и Гондурас.

*В последнее время меры борьбы со СПИДом были усилены во многих странах, однако есть обеспокоенность, что экономическая и социальная нестабильность в некоторых частях региона может подорвать такие программы.*

В ряде стран увеличены объемы национального бюджета, выделяемые на борьбу с ВИЧ/СПИДом; в то же время в странах Центральной Америки и Карибского бассейна почти в четыре раза увеличились внешние ресурсы, выделяемые для решения проблемы СПИДа, если сравнивать с положением, существовавшим три года назад. Кроме того, консолидируются партнерские отношения, включая партнерства, действующие в рамках Горизонтальной группы технического сотрудничества (в Латинской Америке) и Панкарибского партнерства.

Однако стигма и дискриминация остаются серьезным препятствием. Недавно проведенный анализ национальных расходов на СПИД (выполненный в рамках проекта «СИДАЛАК» (SIDALAC) при поддержке со стороны ЮНЭЙДС) показал, например, что инвестиции в мероприятия по профилактике и уходу для наиболее уязвимых групп населения (таких, как мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, и работники секс-бизнеса) по-прежнему не соответствуют тому важному значению, которое эти группы занимают в развитии эпидемии. Основной причиной такого подхода является, вероятно, дискриминация.

# Ближний Восток и Северная Африка

*Показатель распространенности ВИЧ в этом регионе по-прежнему остается очень низким; исключение составляют южный Судан и вспышки эпидемии, недавно отмеченные среди потребителей инъекционных наркотиков в некоторых странах.*

Мнение о том, что эпидемия ВИЧ обошла этот регион стороной, не подтверждается последними оценочными данными, указывающими на то, что за последний год ВИЧ-инфекцией заразились 55 000 человек, в результате чего общее число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в странах Ближнего Востока и Северной Африки, достигло 600 000. В 2003 году СПИД убил еще 45 000 человек. В этом регионе существует потенциал для значительного роста числа ВИЧ-инфекций.

В настоящее время страной, которая намного сильнее других пострадала от эпидемии, является Судан – особенно юг страны, где сильное распространение получила эпидемия, обусловленная передачей ВИЧ преимущественно гетеросексуальным путем. Имеющиеся данные указывают на то, что общенациональный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения превысил 2%, в то же время военный конфликт препятствует проведению эпиднадзора за эпидемией и осуществлению потенциально эффективных ответных мер. Данные, полученные при проведении последнего раунда эпиднадзора, показали, что показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин оказался в 6-8 раз выше на юге Судана по сравнению с Хартумом.

В большинстве других стран данного региона распространение ВИЧ находится на самой начальной стадии, хотя небольшие по объему данные эпиднадзора, полученные в ряде стран, могут означать, что среди некоторых групп населения (включая мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков) имеют место серьезные вспышки инфекции, которые остаются незамеченными.

Кроме того, между некоторыми странами происходит значительное перемещение ВИЧ-инфицированного населения. Например, считается, что в Тунисе более половины из тех, кто официально зарегистрирован как ВИЧ-инфицированные, перешли в эту страну из Ливии в поисках антиретровирусного лечения и/или чтобы пройти лечение от наркомании. (В Тунисе бесплатное и всеобщее антиретровирусное лечение предоставляется с начала нынешнего столетия.)

Эпидемия грозит распространиться в этом регионе самыми различными путями, в том числе через переливание и сдачу донорской крови. Принятие универсальных мер предосторожности и проведение скрининга крови привели к значительному снижению риска передачи инфекции в больничных условиях в большинстве стран, в то же время в некоторых странах передача ВИЧ через кровь и кровепродукты остается потенциально значительной опасностью.

Также вызывает опасение рост числа ВИЧ-инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков, в частности, в Бахрейне, Ливии и Иране; в то же время случаи инфицирования ВИЧ, связанные с указанным путем передачи, были зарегистрированы в Алжире, Египте, Кувейте, Марокко, Омане и Тунисе. Большая часть ВИЧ-инфекций, зарегистрированных в Иране, похоже связана с употреблением инъекционных наркотиков; причем в тюремной системе страны были отмечены серьезные уровни распространения ВИЧ-инфекции. Показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в 10 тюрьмах Ирана достиг высокого уровня в 63%. По оценкам, число потребителей инъекционных наркотиков в Иране может достигать 200 000 человек – в большинстве случаев это мужчины. Исследование, проведенное в Иране ранее, показало, что около половины потребителей инъекционных наркотиков состояли в браке, а третья часть из них указали на наличие внебрачных половых контактов, что свидетельствует о возможности вторичной передачи инфекции гетеросексуальным путем. На сегодняшний день эпидемия ВИЧ, развивающаяся среди взрослого населения в Ливии, была в основном обусловлена употреблением инъекционных наркотиков – 90% всех известных случаев ВИЧ-инфекции были отмечены среди

потребителей инъекционных наркотиков. По данным, полученным в одном наркологическом учреждении Ливии, оказалось, что в течение последних трех лет 49% всех новых пациентов были ВИЧ-инфицированными.

В этом регионе существует целый ряд других уязвимых групп, которым грозит нарастающий риск инфицирования ВИЧ, в частности, это работники секс-бизнеса и мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами. Например, данные одного из последних отчетов по Йемену указывают на то, что 7% работников секс-бизнеса являются ВИЧ-инфицированными. В данном регионе необходимо провести более глубокие исследования, чтобы получить реальную информацию о работниках секс-бизнеса, особенно о тех, кто работает на улице, и определить их потенциальный вклад в распространение ВИЧ, вначале среди работников секс-бизнеса и их клиентов и затем среди жен и детей клиентов.

В этом регионе имеется слишком ограниченная информация о передаче ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и такая нехватка информации главным образом обусловлена стигматизацией сексуальных связей между мужчинами. Египет является одной из немногих стран, где проводится мониторинг передачи ВИЧ в группах мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, среди которых показатель распространенности ВИЧ в начале этого века составлял, вероятно, около 1%. По имеющимся данным, в 2000 году пропорция случаев СПИДа, относимых на счет мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, составила 21%. Аналогичным образом анализ эпидемиологических данных по ВИЧ в Марокко показал, что более 7% всех случаев ВИЧ-инфекций, зарегистрированных за последнее десятилетие, обусловлено передачей ВИЧ через половые контакты между мужчинами.

На настоящий момент эпидемиологические данные и данные надзора за поведением являются ограниченными, хотя сейчас в большей части региона предпринимаются шаги, направленные на исправление ситуации. В различных частях этого региона требуются эффективные и быстрые превентивные меры, направленные как на уязвимые группы, так и на группы, которые могут оказаться вовлеченными в следующую фазу распространения ВИЧ, такие, как работники-мигранты, беженцы и перемещенные лица, работники транспортных путей, туристы и молодежь в целом. Однако в настоящее время в этом регионе, как правило, отсутствуют даже основные виды мероприятий, такие, как пропаганда презервативов. В то же время имеют место обнадеживающие исключения из того, что в целом в этом регионе выглядит как официальное отрицание. Например, в Алжире, Ливане, Иране и Марокко разрабатываются более основательные программы профилактики, в то же время некоторые страны (в частности, Иран и Ливия), вероятно, предпочитают признать и решать проблему эпидемии, ассоциируемой с потреблением инъекционных наркотиков.

*Системы эпиднадзора в некоторых странах улучшаются, и увеличивается число примеров положительного воздействия мер профилактики. В то же время отрицание и стигма создают идеальный контекст для распространения ВИЧ.*

История развития эпидемии СПИДа дает достаточно доказательств того, что ВИЧ часто начинает внедряться именно в этих группах, прежде чем перекинуться на более широкие слои населения. Отчасти проблема, стоящая перед странами региона, заключается в том, чтобы устранить стигму и обвинения, которые очень часто адресуются этим уязвимым группам, и повысить уровень знаний и понимания населением в целом вопросов эпидемии. Социально-культурные барьеры, препятствующие привлечению внимания к уязвимым группам населения, иногда настолько велики, что политические издержки профилактики представляются затмевающими выгоды общественного здравоохранения.

# Страны с высоким уровнем доходов

*Смертность в результате СПИДа продолжает снижаться благодаря широкому применению антиретровирусного лечения.*

Общее число людей, живущих с ВИЧ, в странах с высоким уровнем доходов продолжает нарастать, главным образом благодаря широкому доступу к антиретровирусному лечению. По оценкам, в этих странах 1,6 миллиона людей живут с ВИЧ – эта цифра включает 80 000 людей, которые заразились ВИЧ в 2003 году. За прошлый год СПИД унес примерно 18 000 жизней. Как показано на рисунке 10, годовое количество смертей от СПИДа в странах с высоким уровнем доходов, в том числе в странах Западной Европы, продолжало снижаться благодаря широкому доступу к антиретровирусному лечению.

Появляются все новые доказательства того, что меры профилактики в ряде стран с высоким уровнем доходов отстают от тех изменений, которые наблюдаются в характере распространения ВИЧ. Такие недостатки больше всего заметны там, где ВИЧ укоренился и среди маргинализованных слоев населения, включая иммигрантов и беженцев.

В Соединенных Штатах Америки около половины из примерно 40 000 новых ВИЧ-инфекций ежегодно регистрируется среди афроамериканцев (12% населения страны), при этом доля новых ВИЧ-инфекций среди женщин-афроамериканок растет. (В целом, по оценкам, третья часть новых инфекций передается через гетеросексуальные половые контакты). Многие женщины не допускают поведения высокого уровня риска, но заражаются ВИЧ через незащищенный секс со своими партнерами-мужчинами, значительная доля которых имеют также сексуальные контакты с мужчинами или употребляют инъекционные наркотики. Анализ данных, полученных в 11 штатах, проведенный недавно центрами США по контролю заболеваний и профилактике, показал, что 34% ВИЧ-инфицированных мужчин-

Рисунок 10

Источник: Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе (2002). Годовой отчет. Данные подготовлены Европейским центром эпидемиологического мониторинга за СПИДом.

афроамериканцев указали на то, что у них были половые контакты как с женщинами, так и с мужчинами. Однако лишь малая пропорция ВИЧ-инфицированных женщин-афроамериканок отметили, что они знают о том, что у их партнеров были также контакты с мужчинами. Тайна, окружающая такое рискованное поведение, вероятно, проистекает главным образом из стигмы, которая по-прежнему ассоциируется с гомосексуальностью. Цена этому становится несоизмеримой: в настоящее время СПИД является ведущей причиной смертности среди женщин-афроамериканок в возрасте 25-34 лет. Согласно данным, представленным центрами по контролю заболеваний, около 90% ВИЧ-инфицированных мужчин-афроамериканцев из городских районов, которые имели половые контакты с мужчинами, не знают о том, что у них положительный серологический статус. В целом, по оценкам, не менее четверти от 850 000–950 000 человек, живущих с ВИЧ/СПИДом в США, не знают о том, что они ВИЧ-инфицированы.

Секс между мужчинами остается важным аспектом эпидемии в большинстве стран с высоким уровнем доходов. В Германии, Греции и Нидерландах это наиболее частый путь передачи ВИЧ, в то время как в Соединенных Штатах Америки (в 2002 году) и в Австралии (в 2001 году) на этот путь передачи инфекции приходилось соответственно 42% и 86% новых диагностированных ВИЧ-инфекций. Тем не менее повторные вспышки других инфекций, передаваемых половым путем, отмеченные в Австралии, Японии, Западной Европе и Соединенных Штатах Америки, указывают на возрождение сексуального поведения с высоким уровнем риска – особенно среди молодежи, в том числе среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Программы профилактики, которые принесли заметные успехи с точки зрения ограничения передачи инфекции в 1990-х годах, особенно среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, во многих странах с высоким уровнем доходов, вероятно, отходят на задний план.

Во Франции, Ирландии, Нидерландах и Соединенном Королевстве отмечены вспышки сифилиса среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; например, в Нидерландах число новых случаев сифилиса, зарегистрированных среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, увеличилось в 2002 году на 182%. В Англии и Уэльсе число диагнозов заражения гонореей через сексуальные контакты выросло за период 1995-2000 годов на 102%, причем самый резкий рост отмечен среди тинэйджеров старшей возрастной группы (16-19 лет). В то же время в Австралии отмечен самый высокий начиная с 1997 года рост случаев гонореи среди взрослого населения в возрасте 15-39 лет. Рост случаев гонореи также зарегистрирован в Нидерландах, Швеции и Швейцарии. Это, вероятно, указывает на то, что нынешние профилактические мероприятия не имеют должного воздействия на молодое поколение.

В Японии наблюдается устойчивый рост числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. Начиная с 1990-х годов количество ежегодно регистрируемых новых случаев удвоилось и составило более 600 случаев в 2001 и 2002 годах. Этот рост сопровождался ростом за тот же период числа других инфекций, передаваемых половым путем, при этом с 1995 года прирост случаев *Chlamydia* среди женщин составил более 50%. Также имеются данные, указывающие на усиление сексуальной активности среди японской молодежи (что отразилось в увеличении процента молодых людей, которые начали половую жизнь в возрасте до 19 лет).

В западноевропейских странах, которые сообщают о случаях ВИЧ-инфекции, в настоящее время наиболее частым путем передачи инфекции, вероятно, является гетеросексуальный путь. Однако считается, что большой процент новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в 2002 году, приходится на лиц, которые заразились в других странах с высокой распространенностью ВИЧ. Большинство таких случаев было зарегистрировано в Соединенном Королевстве (где число случаев ВИЧ, диагностированных в 2002 году, в два раза превысило показатель 1998 года) и в Германии (где в прошлом году впервые с 1997 года был отмечен прирост новых случаев ВИЧ-инфекции). В Соединенном Королевстве 70% случаев ВИЧ-инфекции, передающейся гетеросексуальным путем, были отмечены среди людей, которые заразились во время проживания в стране с генерализованной эпидемией. ВИЧ-инфекции, приобретенные по-видимости в другой стране, также составляют значительную долю новых случаев ВИЧ, диагностированных в Нидерландах, Норвегии и Швеции. Жизненно важно, чтобы программы профилактики, лечения и ухода были адаптированы таким образом, чтобы можно было охватить всех лиц, пострадавших от ВИЧ/СПИДа, в частности тех, чей язык, культура или статус иммигранта ограничивают их доступ к услугам.

*В продолжение тенденций последних лет появляются новые доказательства усиления роста других инфекций, передаваемых половым путем, – что, возможно, предвещает новый рост случаев инфицирования ВИЧ.*

Роль инъекционных наркотиков в эпидемии ВИЧ в странах с высоким уровнем доходов не везде одинакова. В Соединенных Штатах Америки и Канаде около 25% новых случаев ВИЧ-инфекции обусловлено употреблением инъекционных наркотиков, в то время как в Австралии на инъекционные наркотики приходится менее 10% новых случаев ВИЧ. В Европе чуть более 10% новых случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных в 2002 году, были обусловлены употреблением инъекционных наркотиков, хотя в Португалии на этот способ передачи ВИЧ в 2002 году приходилось почти половина всех ВИЧ-инфекций. (В то же время в стране наблюдается значительный рост ВИЧ-инфекций, передаваемых половым путем – как гетеросексуально, так и между мужчинами.) Такая картина подчеркивает потребность в осуществлении программ профилактики (и лечения), которые будут охватывать потребителей инъекционных наркотиков, в том числе тех, которые находятся в тюрьмах или относятся к маргинализованным меньшинствам. Например, в Канаде представители коренного населения составляют слишком высокую долю среди потребителей инъекционных наркотиков.

# Устранение стигмы и дискриминации

Стигма и дискриминация заводят в тупик усилия, направленные на то, чтобы поставить под контроль глобальную эпидемию и создают идеальный климат для ее дальнейшего роста. Вместе стигма и дискриминация представляют собой один из основных барьеров, препятствующих предупреждению новых инфекций, оказанию необходимого ухода, поддержки и лечения и смягчению последствий эпидемии.

Стигма и дискриминация подрывают усилия по профилактике, поскольку люди боятся узнать, являются ли они инфицированными, и не принимают превентивных мер – таких, как настаивание на использовании презерватива во время полового акта, – которые могут быть истолкованы как подтверждение факта наличия у них ВИЧ-инфекции.

Стигма и дискриминация создают также ложное чувство безопасности, что подрывает меры профилактики. Зачастую распространению стигмы и дискриминации способствуют существующие предубеждения и модели социального остракизма. Ассоциируя ВИЧ/СПИД с группами лиц, которые воспринимаются как «аутсайдеры», люди питают иллюзию, что им самим не грозит риск инфицирования. В результате они сами могут способствовать распространению рискованного поведения (например, опасного секса), поскольку они считают, что, если они будут вести себя по-другому, это вызовет подозрение относительно их ВИЧ-статуса.

Боязнь дискриминации мешает людям обратиться по поводу лечения в связи со СПИДом. Это также мешает им обращаться в службы, предоставляющие добровольное консультирование и тестирование, которые являются одним из основных звеньев программ профилактики, лечения и ухода. По этой причине люди, живущие с ВИЧ, могут оказаться в изоляции и могут быть лишены ухода и поддержки, что могло бы ослабить последствия эпидемии.

Даже если люди, инфицированные ВИЧ, обращаются по поводу лечения и поддержки, они могут ощутить на себе тяжелые последствия стигмы и дискриминации. Те, кто обращается по поводу лечения или за советом, могут получить отказ уже в самих учреждениях, которые обязаны помогать им, – об этом свидетельствуют данные последних исследований.

Например, обследования, проведенные в 2002 году среди примерно 1000 врачей, медсестер и акушерок в четырех штатах Нигерии, дали тревожные результаты. Каждый десятый врач и медсестра указали на то, что они отказались предоставить лечение пациенту с ВИЧ/СПИДом или же отказали в госпитализации больным, живущим с ВИЧ/СПИДом. Почти 40% считали, что внешний вид человека свидетельствует о его или ее положительном ВИЧ-статусе; 20% считали, что люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, вели себя аморально и заслужили свою судьбу. Одним из факторов, способствующих дискриминации, является отсутствие знаний об этом вирусе (и зачастую презрительное отношение к ВИЧ-инфицированным). Другим фактором оказалась боязнь врачей и медсестер подвергнуться опасности инфицирования вследствие отсутствия средств защиты. Важным фактором, вероятно, было также чувство беспомощности в связи с отсутствием лекарственных препаратов, необходимых для лечения пациентов, живущих с ВИЧ/СПИДом, которые по этой причине считались «обреченными» на смерть. Исследования, проведенные в других регионах, показали, что такое отношение и такие действия

## Вне общества

Мой приемный сын, Майкл, которому 8 лет, родился с ВИЧ-инфекцией; когда ему было 8 месяцев, ему поставили диагноз СПИД. Я отвезла его к себе домой, в маленькую деревню на юго-западе Англии. Вначале отношения с местной школой были замечательными, и Майкл там преуспевал. О болезни Майкла знал только директор школы и классный руководитель. Затем кто-то нарушил конфиденциальность и сказал одному из родителей о том, что у Майкла СПИД. Этот родитель, конечно же, рассказал об этом всем остальным. Это вызвало такую панику и враждебность, что мы вынуждены были переехать. Риск грозит Майклу и нам – его семье. Закон толпы опасен. Отсутствие информации по поводу ВИЧ означает, что люди боятся. А испуганные люди ведут себя нерационально. Вполне может оказаться, что нам придется еще раз покинуть свой дом.

*Из интервью «Дебби» Национальному трасту по СПИДу, СК, 2002 г.*

## Что способствует распространению стигмы и дискриминации?

Стигма обесценивает и дискредитирует людей, создавая чувство стыда и незащищенности. В контексте СПИДа стигма может усиливать стремление найти козла отпущения, обвинить и наказать определенных людей (или группы людей), с тем чтобы отвлечь внимание от того, что риск грозит всем. Стигма дополняет существующие предрассудки и модели остракизма, усиливая маргинализацию людей, которые уже, возможно, являются более уязвимыми к ВИЧ/СПИДу. Она вытекает из того, что ВИЧ/СПИД ассоциируют с сексом, болезнью и смертью, а также с поведением, которое может быть незаконным, запрещенным или табу, например, с половыми контактами до вступления в брак или вне брака, секс-бизнесом, сексом между мужчинами и употреблением инъекционных наркотиков.

Стигма опасна как сама по себе (поскольку она может вызывать чувство стыда, вины и изоляции у людей, живущих с ВИЧ), так и по той причине, что люди начинают вести себя таким образом, что это наносит прямой ущерб другим людям и не позволяет им воспользоваться услугами или своими правами – такие действия носят форму дискриминации в связи с ВИЧ. Такое несправедливое обращение может быть равносильным нарушению прав человека.

являются обычным делом. Результаты обследования, проведенного недавно на Филиппинах среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, показали, что почти 50% респондентов сталкивались с дискриминацией со стороны работников здравоохранения; в Таиланде 11% респондентов указали на то, что им было отказано в лекарственных препаратах по причине наличия у них сероположительного статуса, а 9% указали, что лечение им было предоставлено с задержкой. Около 70% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в Индии, указали на то, что они сталкивались с дискриминацией, чаще всего в рамках семьи или в учреждениях системы здравоохранения – об этом говорят данные одного из последних исследований, проведенных Международной организацией труда (МОТ). Все это заставило пойти на использование мер, направленных на расширение участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в Индии; в этой стране ряд НПО и сетей, объединяющих ВИЧ-инфицированных, ведут работу, направленную на уменьшение дискриминации в местных больницах.

Многие люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, не имеют возможности выбирать, как, где и кому раскрывать свой ВИЧ-статус. Результаты одного из последних обследований показали, что 29% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в Индии, 38% в Индонезии и более 40% в Таиланде указали на что, что их положительный ВИЧ-статус был раскрыт другим людям без их согласия. Во многих случаях результаты тестирования были сообщены другим людям, помимо супругов или членов семьи; каждый девятый респондент, участвовавший в обследовании, проведенном в Таиланде, отметил, что его ВИЧ-статус был раскрыт официальным лицам в органах управления. Такое нарушение права на частную жизнь подрывает программы по ВИЧ/СПИДу – люди не стремятся к тому, чтобы узнать свой серологический статус, что в свою очередь является угрозой для общественного здоровья по той причине, что люди передают ВИЧ другим, не зная об этом.

Учитывая тесную взаимосвязь между стигмой, дискриминацией и нарушением прав человека в связи

## Тяжкий путь познания

Нельзя недооценивать глубину стигмы и дискриминации. Например, в Керале (Индия) в 2003 году двое детей-сирот были исключены из школы, причем им было отказано в посещении других школ. Причина? Они оказались ВИЧ-инфицированными. В ответ они вместе со своим дедушкой – в традициях Ганди – устроили голодную забастовку перед офисом главного министра, отстаивая свое право на образование. Главный министр уступил их требованиям и распорядился, чтобы их приняли в государственную школу. Однако после собрания, проведенного объединением родителей и учителей, ученики школы ответили таким же бойкотом, протестуя против этого решения. Уступив давлению, правительство распорядилось, чтобы этих детей обучали на дому, тем самым по существу исключив для них возможность общения с другими детьми.

Президент Индии, министр здравоохранения Индии, местные органы по СПИДу и активисты, занимающиеся проблемой СПИДа, провели работу среди членов общины, для того чтобы рассеять страхи и устранить неправильные представления, которые доминируют в этой густонаселенной стране. Тем не менее на конец 2003 года, почти через шесть месяцев после начала этого конфликта, эти дети все еще вынуждены были проходить обучение и сдавать экзамены на дому. Невзирая на призывы со стороны высокопоставленных должностных лиц, члены общины твердо стояли на своем, не позволяя этим двум сиротам общаться с другими детьми.

с ВИЧ/СПИДом, необходимы комплексные меры вмешательства. Требуются действия, направленные как на предупреждение стигмы и противодействие дискриминации в случае их возникновения, так и на обеспечение мониторинга и восстановление прав человека в случае их нарушения. Безусловно, все должны играть свою роль в борьбе против стигмы и дискриминации, от политических и общественных лидеров до членов общин и работников шоу-бизнеса.

В настоящее время прилагаются все новые усилия, которые позволяют успешно решать проблему отрицания, отсутствия информации и страха, которые усиливают цикл, включающий стигму, дискриминацию и нарушение прав человека. Некоторые наиболее действенные усилия, направленные на уменьшение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ/СПИДом, обеспечиваются за счет более широкого участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или пострадавших от ВИЧ/СПИДа. Им удалось создать по всему миру организации, провести кампании и даже организовать массовые движения, которые способствуют мобилизации действий против эпидемии и оказывают давление на руководителей их стран, заставляя их решать проблему эпидемии решительным образом. Примеры этого многочисленны – от программ по обучению руководителей в Замбии, до мероприятий по информированию и пропаганде, осуществляемых через газеты и телепрограммы организацией «Позитивное движение» в Беларуси. Подход, основанный на участии местной общины, которой принят, например, в Замбии, помог вождям в районе Лундази показать пример и пройти тестирование на ВИЧ, что обеспечило успешную мобилизацию других членов общин, последовавших их примеру. Они пошли еще дальше, выступив против лишения вдов права на наследство и другой практики, которая является дискриминационной в отношении женщин и девочек, делая их более уязвимыми к инфекции.

Организованная в Египте горячая телефонная линия по проблеме ВИЧ/СПИДа помогает разрушить завесу секретности и отсутствия информации, которая окружает сексуальную жизнь и ВИЧ/СПИД. Данный проект обеспечивает предоставление точной информации о ВИЧ/СПИДе и анонимное консультирование. Работники проекта отвечают примерно на 5000 звонков в год, причем две трети таких звонков поступает от людей в возрасте 18-35 лет и 20% от женщин. Звонки поступают со всех уголков страны и даже из других арабских стран. Это позволяет также своевременно распространять информацию. Ками, ВИЧ-инфицированная кукла из Маппит-шоу, участвует в южно-африканской телевизионной программе *Talkalani Sesame*, где она обсуждает вопросы ВИЧ/СПИДа со своими друзьями. Цель этой программы заключается в том, чтобы дать информацию аудитории – главным образом детям младшего возраста 3-6 лет – о стигме и дискриминации, связанной со СПИДом, а также о том, как бороться и справляться с этим явлением.

Несмотря на то, что некоторые компании по-прежнему предпочитают перекладывать бремя ВИЧ/СПИДа на других – требуя прохождения скрининга на ВИЧ перед поступлением на работу, уменьшая или отменяя выплату медицинских пособий для ВИЧ-инфицированных работников или даже увольняя таких работников, – в настоящее время все большее число предприятий реализует программы профилактики и ухода на рабочих местах. Некоторые из них, например, филиал фирмы «Фольксваген» в Бразилии, предоставляют своим работникам антиретровирусное и другое лечение в связи со СПИДом. Программа «Помощь в связи со СПИДом», которую эта компания осуществляет в течение нескольких лет, включает обучение мерам профилактики, бесплатное распространение презервативов, консультирование и поддержку, а также обеспечение доступа к антиретровирусной терапии и клиническим тестам для контроля за лечением.

## Кого это волнует?

Расширение доступа к эффективным мерам по уходу, профилактике и лечению играет особую роль в разрушении цикла, включающего стигму, дискриминацию и нарушение прав человека.

В условиях, когда лечение отсутствует, у людей остается немного стимулов для того, чтобы установить свой ВИЧ-статус; тем более в условиях, когда вероятным исходом может оказаться остракизм и дискриминация, если будет обнаружен положительный ВИЧ-статус. Расширение доступа к лечению является одним из наиболее сильных стимулов, для того чтобы люди стремились узнать свой ВИЧ-статус. А возможность продлить жизнь людей и сделать ее более продуктивной поощряет членов общин к тому, чтобы пересмотреть свое отношение к людям, живущим с ВИЧ, что создает чувство надежды и уменьшает факторы беспокойства, которые могут способствовать распространению стигмы.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и ЮНЭЙДС выступили со смелой инициативой, направленной на то, чтобы к концу 2005 года охватить антиретровирусным лечением 3 миллиона человек в тех районах, где это более всего необходимо. Кроме того, все большее число стран реализует общенациональные комплексные программы профилактики и ухода. Эти инициативы помогут снять завесу подозрительности и секретности, которая окутывает эпидемию.

## Выполнение обещаний

В своей Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в ходе специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу в июне 2001 года, государства-члены договорились:

*…к 2003 году обеспечить принятие, укрепление и соблюдение соответствующего законодательства, положений и иных мер для ликвидации всех форм дискриминации в отношении лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, и членов уязвимых групп и для обеспечения полного осуществления ими всех прав человека, в частности обеспечить им доступ, среди прочего, к образованию, правам наследования, трудоустройству, охране здоровья, социальным и медицинским услугам, предотвращению, поддержке и лечению, информации и правовой защите при соблюдении принципов конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни; и разработать стратегии борьбы с клеймением и социальной изоляцией, связанными с эпидемией (параграф 58).*

Кроме того, здесь были приняты меры по борьбе с дискриминацией, которые включают гарантированное право на обеспечение конфиденциальности для работников, живущих с ВИЧ/СПИДом, а также запрет на обязательное тестирование и увольнение ВИЧ-инфицированных работников. Всего лишь за несколько лет резко снизилась госпитализация работников компании, а также отмечено значительное уменьшение затрат в связи лечением и уходом. Реализация таких программ на рабочих местах позволяет успешно бороться со стигмой и дискриминацией, связанной с ВИЧ-инфекцией.

В то же время закон о контроле и профилактике ВИЧ/СПИДа, принятый на Филиппинах, является примером того, как законодательство, включающее действенные положения о защите людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, может быть использовано в качестве полезного инструмента для борьбы с дискриминацией в связи с ВИЧ. Наличие такого законодательства и благоприятной политики позволяет расширить возможности общин для более эффективного решения проблем стигматизации, дискриминации и нарушения прав человека.

Стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ/СПИДом можно уменьшить, только если вести одновременную работу по различным направлениям:

- внутри общин, где средства массовой информации могут способствовать изменению общественного мнения в целях улучшения условий для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом;
- на рабочих местах, в больницах и клиниках, в местах богослужения и в учебных заведениях, где реализация беспристрастной политики и учебных программ может помочь в борьбе против стигмы, дискриминации и нарушения прав человека; и
- в судах, где люди могут использовать законные права и обязанности в целях пропаганды и защиты прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

## Закон против стигмы и дискриминации

Законодательство может быть мощным инструментом против стигмы и дискриминации. Например, в Венесуэле с конца 1980-х годов организация Acción Ciudadana Contra el Sida («Граждане против СПИДа») выступает против нарушений прав человека в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Она оказывает бесплатную юридическую помощь, участвует в судебных разбирательствах и направляет юридические апелляции, касающиеся дискриминации на работе, в медицинских учреждениях и в социальной сфере. Эта организация помогла расширить масштабы программы лечения и ухода, организованной в рамках государственной системы социального обеспечения, а также оказала содействие четырем военнослужащим, которые подали иск против министерства обороны и получили антиретровирусное и другое лечение, конфиденциальный уход и пенсию – что явилось знаменательным событием. Это решение суда создало прецедент в сфере обеспечения прав на работу, частную жизнь, отсутствие дискриминации, уважение достоинства и «психологическое и экономическое внимание», а также обеспечение медицинского ухода для всех военнослужащих. В июле 1999 года Верховный суд постановил, чтобы министерство здравоохранения предоставляло бесплатно антиретровирусную терапию, лечение при оппортунистических инфекциях и диагностическое тестирование всем гражданам Венесуэлы, живущим с ВИЧ/СПИДом.

# Карты

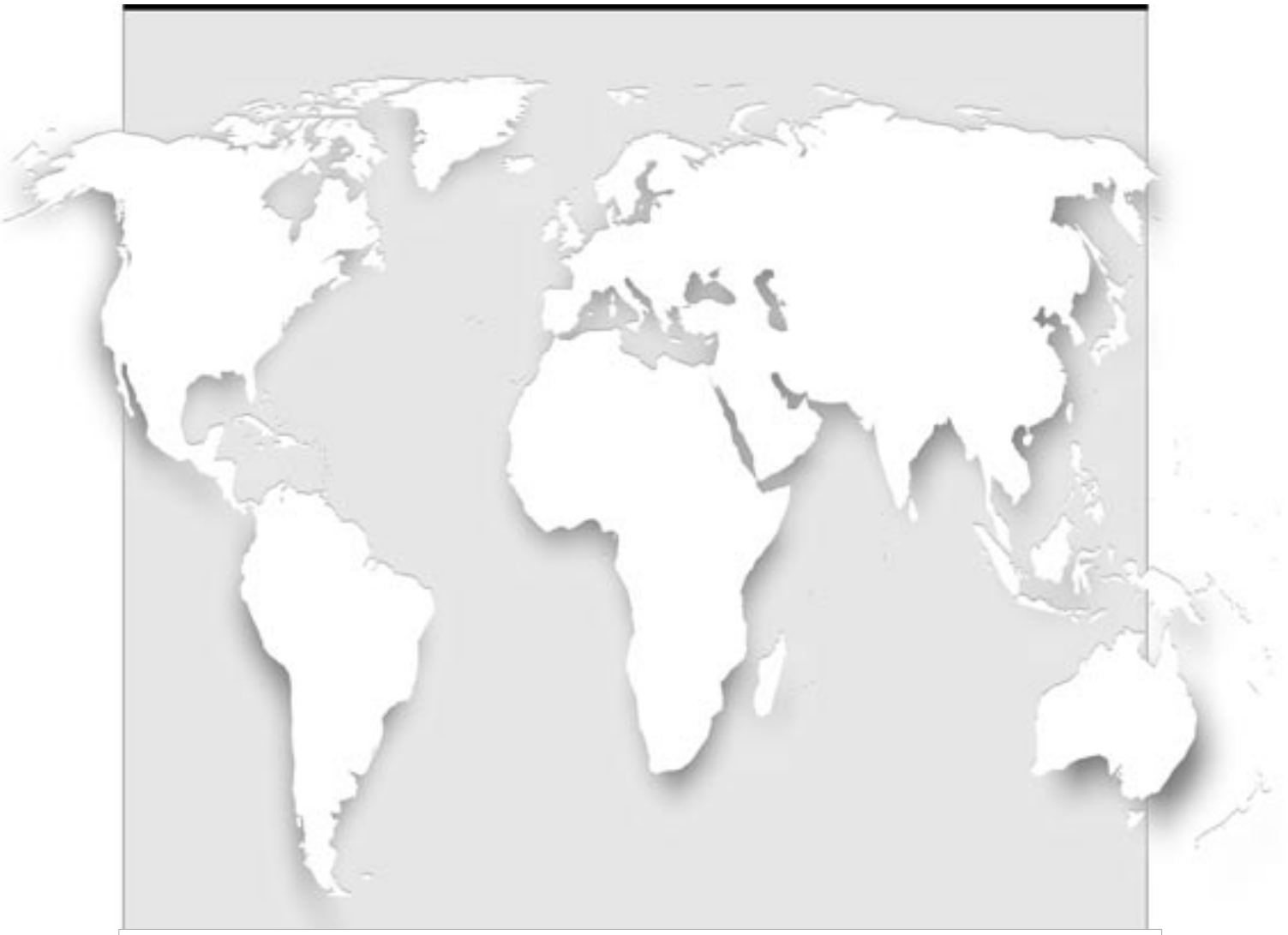
**Глобальные оценки на конец 2003 г. Дети и взрослые**

**Расчетное число взрослых и детей с ВИЧ/СПИДом, по состоянию на конец 2003 г.**

**Расчетное число новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых и детей в 2003 г.**

**Расчетное число случаев смерти от СПИДа среди взрослых и детей в 2003 г.**

# Глобальные оценки по ВИЧ/СПИДу на конец 2003 г. Дети и взрослые



**Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом ..... 40 млн. (34 – 46 млн.)**

**Новые случаи ВИЧ-инфекции в 2003 г ..... 5 млн. (4,2 – 5,8 млн.)**

**Число случаев смерти от ВИЧ/СПИДа в 2003 г .... 3 млн. (2,5 – 3,5 млн.)**

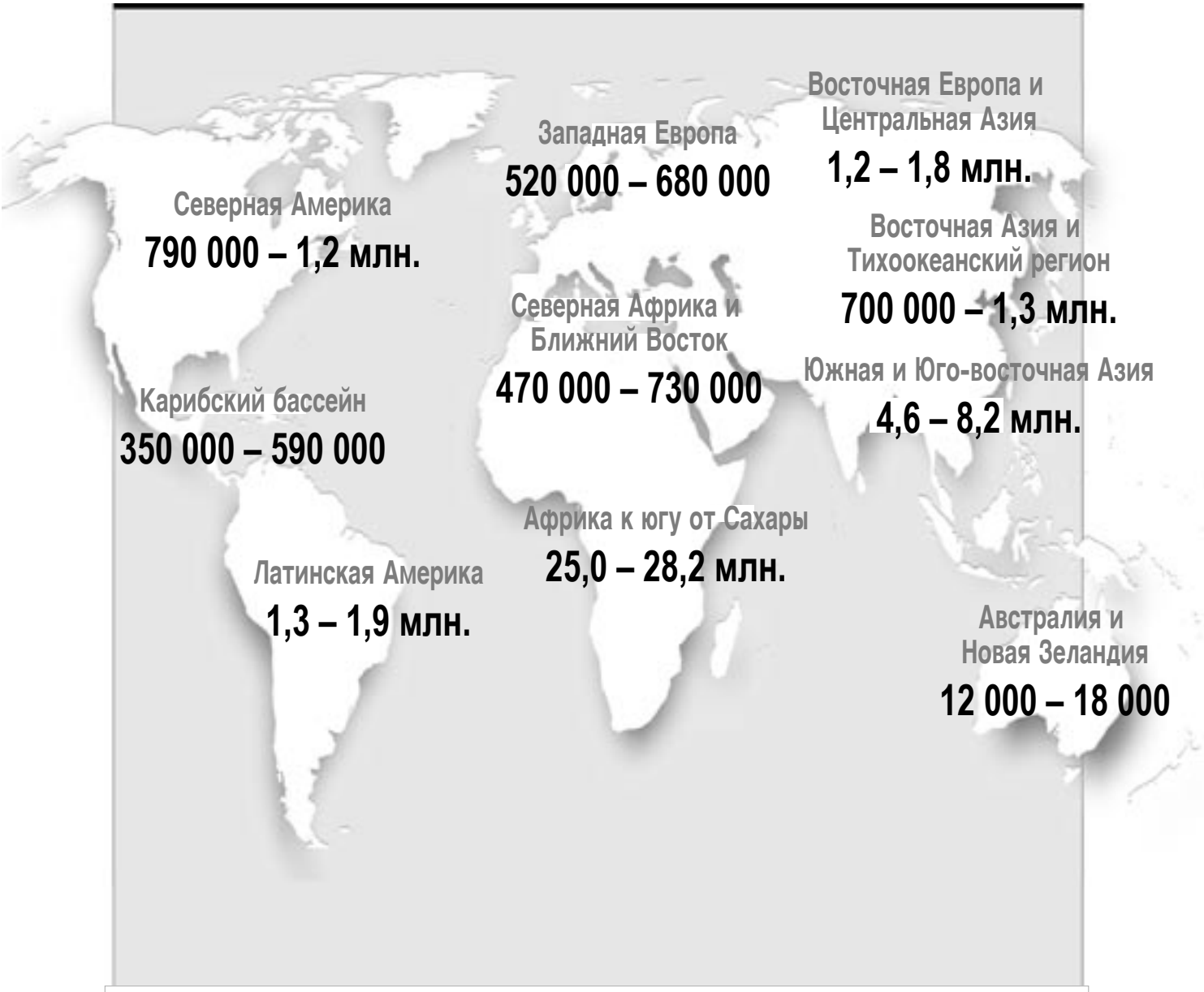
Интервалы оценочных данных в данной таблице определяют границы, в пределах которых находятся реальные цифры, на основании наилучшей имеющейся информации. Данные интервалы более точны, чем интервалы для предыдущих лет; ведется работа по дальнейшему увеличению точности оценочных данных, которые будут опубликованы в середине 2004 года.

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС
ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА • ЮНОДК
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Всемирная организация здравоохранения

Развитие эпидемии СПИДа: состояние на декабрь 2003 г.

# Расчетное число взрослых и детей с ВИЧ/СПИДом, по состоянию на конец 2003 г.

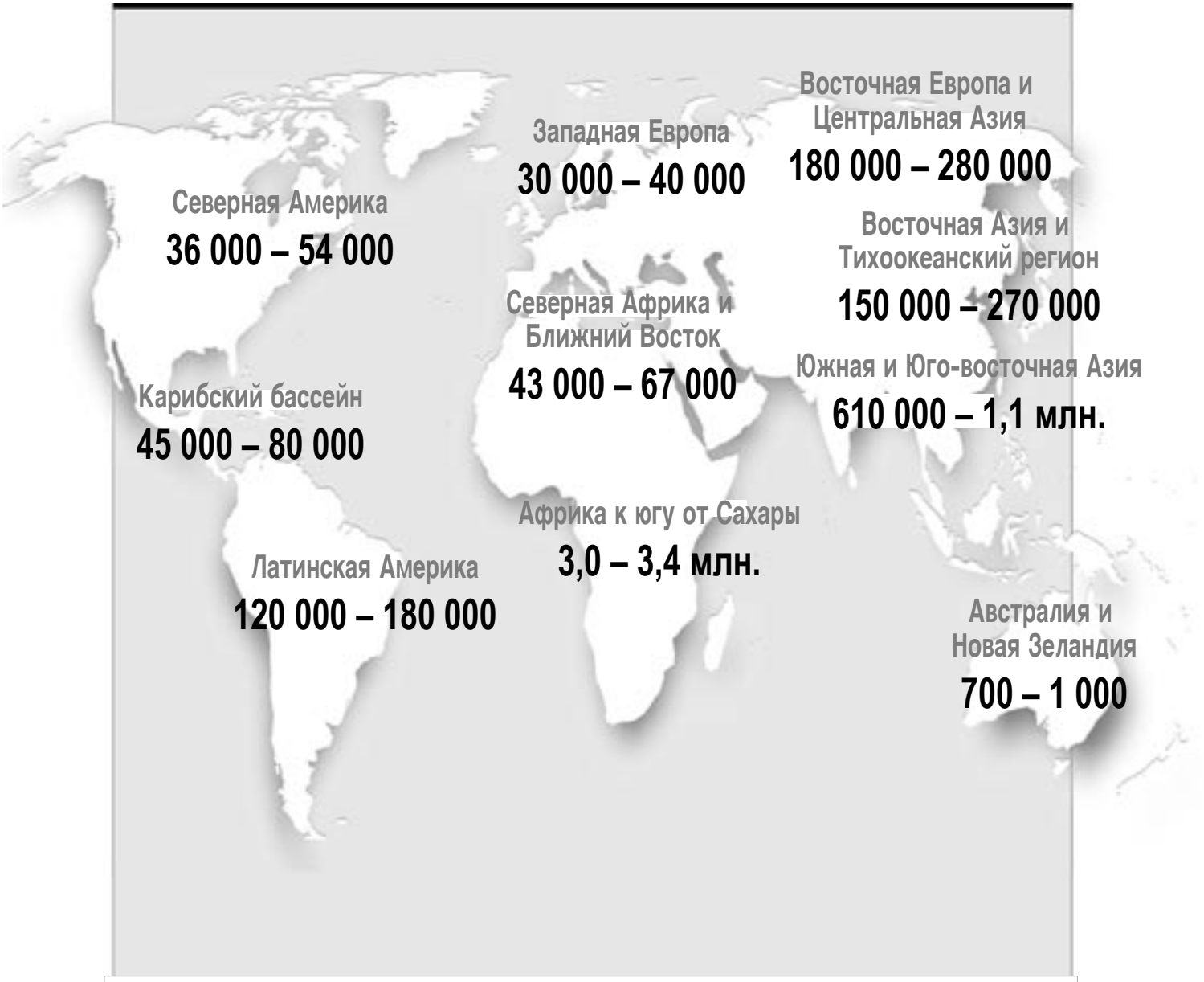



**Всего: 34 – 46 млн.**

Всемирная организация здравоохранения

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС
ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА • ЮНОДК
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК

# Расчетное число новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых и детей в 2003 г.

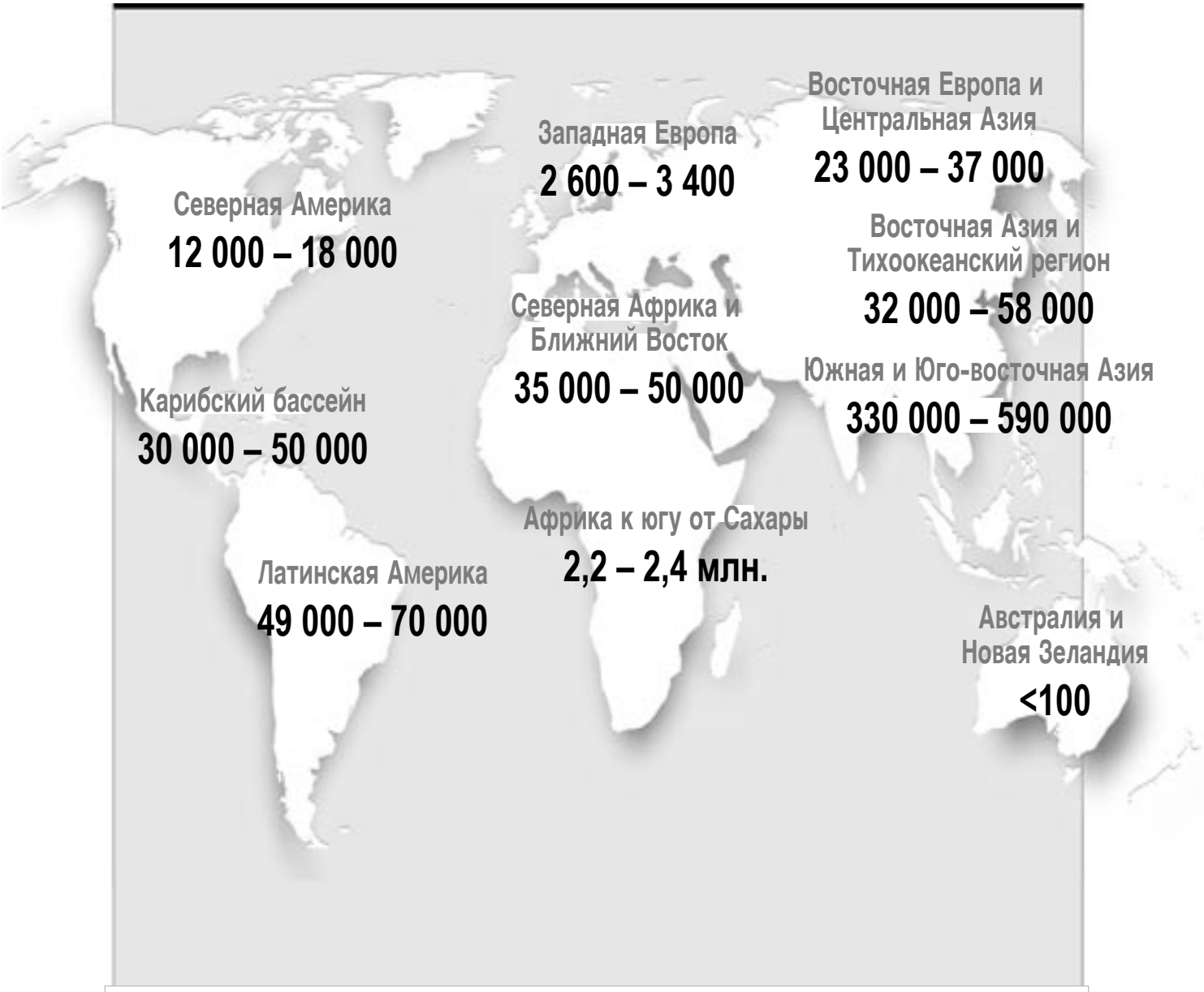



**Всего: 4,2 – 5,8 млн.**

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС
ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА • ЮНОДК
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Всемирная организация здравоохранения

# Расчетное число случаев смерти от СПИДа среди взрослых и детей в 2003 г.




**Всего: 2,5 – 3,5 млн.**

Всемирная организация здравоохранения

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС
ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА • ЮНОДК
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК

# Для заметок

# Для заметок

## Пояснения к оценкам ЮНЭЙДС/ВОЗ

Приведенные в данном документе оценочные показатели ЮНЭЙДС/ВОЗ основываются на самых последних данных относительно распространения ВИЧ в странах мира. Эти показатели являются условными. ЮНЭЙДС и ВОЗ, совместно с экспертами национальных программ по СПИДу и научно-исследовательских учреждений, проводят регулярный анализ и пересматривают оценочные показатели по мере появления новых данных относительно эпидемии; при этом они также используют новейшие достижения в области методики получения оценочных данных. В силу этих и будущих достижений, текущие оценки нельзя сопоставить непосредственно с оценками за прошлые годы, ни с теми, которые могут быть опубликованы в последующем.

Оценки и данные, представленные на графиках и в таблицах, приведены в округленных числах. Однако при расчете региональных уровней и суммарных показателей использовались неокругленные числа, что может приводить к небольшим несовпадениям между глобальными суммарными показателями и суммой региональных показателей.

ЮНЭЙДС и ВОЗ будут и далее сотрудничать со странами, партнерскими организациями и экспертами с целью улучшения процесса сбора данных. Эти усилия позволят получить наилучшие возможные расчетные данные, которые помогут правительствам, неправительственным организациям и другим участникам определять статус эпидемии и осуществлять постоянный контроль за эффективностью предпринимаемых ими значительных мер по профилактике и уходу.

Ежегодный “Доклад о развитии эпидемии СПИДа” содержит данные, отражающие последние тенденции в развитии глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. Доклад за 2003 год, включающий карты и краткую информацию по регионам, представляет самые последние оценочные данные, отражающие масштабы эпидемии и человеческие жертвы, анализирует новые тенденции в развитии эпидемии и содержит специальный раздел, посвященный анализу стигмы и дискриминации.

**Вот некоторые самые болезненные симптомы ВИЧ/СПИДа**

**Мне не разрешают с тобой разговаривать**

**Ты мне противен**

**Я верил тебе**

**Как ты мог это сделать?**

**Ты опозорила нашу семью**

**Ты этого заслуживаешь**

**Помогите нам бороться со страхом, позором, невежеством и несправедливостью во всем мире.**

**Живи и дай жить другим.**

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org – Internet: http:/www.unaids.org