

ДЕКАБРЬ 07

Развитие эпидемии СПИДа



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ООН
ЮНИСЕФ
ВПП
ПРООН
ЮНФПА
ЮНОДК
МОТ
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК



Всемирная
организация здравоохранения

UNAIDS/07.27R / JC1322R (перевод на русский язык, декабрь 2007 г.)
Оригинал – на английском языке, UNAIDS/07.27E / JC1322E, декабрь 2007 г.:
AIDS epidemic update: December 2007
Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2007.

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 4835, 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 несет ответственности за ущерб, причиненный в результате ее использования.

Данные для каталога публикаций ВОЗ

ЮНЭЙДС.
Развитие эпидемии СПИДа : специальный доклад по ВИЧ/СПИДу : декабрь 2007.

“UNAIDS/07.27R / JC1322R”.

1.ВИЧ-инфекция – эпидемиология. 2.ВИЧ-инфекция – профилактика и контроль. 3.Синдром приобретенного иммунодефицита – эпидемиология. 4.Синдром приобретенного иммунодефицита – профилактика и контроль. 5.Вспышки заболевания. I.ЮНЭЙДС. II.Всемирная организация здравоохранения. III.Название.

ISBN 978 92 9 173624 9

(NLM classification: WC 503.41)

UNAIDS
20 avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

distribution@unaids.org
www.unaids.org

Развитие эпидемии СПИДа

Декабрь 2007 г.



СОДЕРЖАНИЕ

ГЛОБАЛЬНЫЙ ОБЗОР	3
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР	15
АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ	15
Азия	22
ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ	27
КАРИБСКИЙ БАССЕЙН	30
ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА	32
СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА	34
БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА	36
ОКЕАНИЯ	37
КАРТЫ	39

Глобальные оценки для взрослых и детей, 2007 г.	40
Оценочное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, 2007 г.	41
Оценочное число взрослых и детей, заразившихся ВИЧ в 2007 г.	42
Оценочное число взрослых и детей, умерших от СПИДа в 2007 г.	43

БИБЛИОГРАФИЯ	45
--------------	----

Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2007 г.





Краткие глобальные данные об эпидемии СПИДа, декабрь 2007 г.

Количество людей, живущих с ВИЧ, в 2007 г.

Всего	33,2 миллиона (30,6–36,1 миллиона)
Взрослых	30,8 миллиона (28,2–33,6 миллиона)
Женщин	15,4 миллиона (13,9–16,6 миллиона)
Детей моложе 15 лет	2,5 миллиона (2,2–2,6 миллиона)

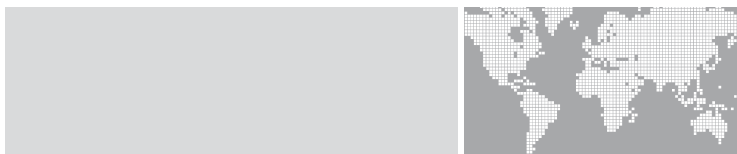
Количество людей, заразившихся ВИЧ в 2007 г.

Всего	2,5 миллиона (1,8–4,1 миллиона)
Взрослых	2,1 миллиона (1,4–3,6 миллиона)
Детей моложе 15 лет	420 000 (350 000–540 000)

Количество смертей от СПИДа в 2007 г.

Всего	2,1 миллиона (1,9–2,4 миллиона)
Взрослых	1,7 миллиона (1,6–2,1 миллиона)
Детей моложе 15 лет	330 000 (310 000–380 000)

Интервалы оценочных данных в данной таблице определяют границы, в пределах которых находятся реальные цифры, на основании наилучшей имеющейся информации.



ГЛОБАЛЬНЫЙ ОБЗОР

Исходные данные

В 2007 г. применение новых достижений в методологии оценок эпидемий ВИЧ при анализе расширенного спектра данных по странам привело к серьезным изменениям в оценках численности людей, живущих с ВИЧ в мире. Однако качественная интерпретация масштабов и последствий пандемии изменилась незначительно. По оценкам, в 2007 г. число людей, живущих с ВИЧ в мире, составляло 33,2 [30,6–36,1] миллиона, что на 16% меньше по сравнению с оценками, опубликованными в 2006 г. (39,5 [34,7–47,1] миллиона). (ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2006). Главной отдельно взятой причиной такого снижения стали интенсивные мероприятия по оценке эпидемии ВИЧ в **Индии**, в результате которых были внесены существенные поправки в оценки, сделанные в этой стране. Был также проведен серьезный пересмотр оценок в других регионах, в частности, в Африке к югу от Сахары. На 70% разница в оценках, опубликованных в 2006 и 2007 гг., обусловлена изменениями в 6 странах: **Анголе, Зимбабве, Индии, Кении, Мозамбике и Нигерии**. В **Кении и Зимбабве** появляется все больше данных о том, что в некоторой степени снижение показателей связано с уменьшением числа новых инфекций, что отчасти обусловлено снижением рискованного поведения.

Поскольку оценки числа новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей от СПИДа выводятся на основе математических моделей, применяемых при расчетах распространенности ВИЧ, новые оценки показателей инфицирования и смертности в связи с ВИЧ за 2007 г. также существенно отличаются от предыдущих оценок. Следует отметить, что эти различия между оценками, опубликованными в 2006 и 2007 годах, обусловлены, в основном, применением более совершенной методологии, а не тенденциями пандемии, как таковой. По этой причине не следует делать выводы из сравнения оценок за 2007 г. и данных, опубликованных в 2006 г. Однако обновленные методы оценки были применены ретроспективно ко всем предыдущим данным о распространенности ВИЧ, с тем чтобы на основе

оценок заболеваемости, распространенности и смертности за предыдущие годы, приведенных в данном докладе, можно было проанализировать тенденции во времени.

В докладе “*Развитие эпидемии СПИДа*” содержатся последние данные о развитии глобальной эпидемии СПИДа; такие доклады публикуются ежегодно с 1998 г. В выпуске за 2007 г. приводятся самые последние данные о масштабах эпидемии, данные о людских потерях, а также рассматриваются новые тенденции развития эпидемии. Доклад был подготовлен совместно ЮНЭЙДС и ВОЗ, а оценки, составленные Рабочей группой ВОЗ/ЮНЭЙДС по глобальному надзору за ВИЧ, СПИДом и ИППП, основаны на методах и параметрах, разработанных Референс- группой ЮНЭЙДС по оценкам, моделям и прогнозам в связи с ВИЧ/СПИДом. Эти оценки также основаны на результатах работы национальных аналитиков в ходе 11 региональных семинаров по разработке оценок в связи с ВИЧ, проведенных ЮНЭЙДС и ВОЗ в 2007 г. Этот процесс и методология, использованная ЮНЭЙДС и ВОЗ, были рассмотрены и одобрены на Международной консультации по эпидемиологическим оценкам в связи со СПИДом, проведенной совместно ВОЗ и Секретариатом ЮНЭЙДС в Женеве 14–15 ноября 2007 г.

Основные компоненты методологических усовершенствований в 2007 г. включают более глубокое понимание эпидемиологии ВИЧ благодаря проведению опросов населения, проведение дозорного эпиднадзора на большем числе участков в некоторых странах, и корректировку математических моделей благодаря лучшему пониманию естественного развития ВИЧ-инфекции в отсутствие лечения в странах с низким и средним уровнем доходов. Эти обновления в использованной методологии более подробно разъясняются во вставке “Новые данные приводят к изменениям предположений и совершенствованию оценок”. ЮНЭЙДС и ВОЗ будут и в дальнейшем уточнять свои оценки о

числе ВИЧ-инфекций и смертей от СПИДа по мере поступления новых научных, исследовательских и аналитических данных.

В данном докладе сравниваются некоторые оценки в связи с ВИЧ, полученные с использованием унифицированной, пересмотренной методологии для 2007 и 2001 гг. В 2001 г. состоялась Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, на которой впервые были определены целевые показатели вмешательства, достаточно давно, чтобы провести значимое исследование тенденций и данных, подлежащих унифицированному анализу.

Развитие эпидемии СПИДа, 2007 г. – основные данные

Каждый день более 6800 человек заражаются ВИЧ, и более 5700 человек умирают от СПИДа, в основном, из-за неадекватного доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ. Пандемия ВИЧ остается самой серьезной проблемой для здравоохранения в области инфекционных заболеваний. Тем не менее, последние эпидемиологические оценки имеют определенные обнадеживающие аспекты, поскольку указывают на следующее:

- глобальная распространенность ВИЧ-инфекции (процент людей, инфицированных ВИЧ) остается на одном уровне, хотя глобальное число людей, живущих с ВИЧ, растет из-за постоянного накоп-

ления числа новых инфекций и увеличения времени выживаемости, которые отмечаются на фоне постоянно растущей численности населения в целом;

- в отдельных странах происходит локальное снижение распространенности;
- снижается число смертей, обусловленных ВИЧ, отчасти благодаря недавнему расширению доступа к лечению;
- отмечается глобальное снижение числа ежегодных новых случаев ВИЧ-инфекции.

Изучение глобальных и региональных тенденций позволяет предположить, что пандемия сегодня развивается по двум основным моделям:

- генерализованные эпидемии продолжают в общем массиве населения во многих странах Африки к югу от Сахары, особенно в южной части континента; и
- эпидемии в остальных регионах мира, в основном, сконцентрированы в группах наиболее высокого риска, таких как мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса и их половые партнеры.

Африка к югу от Сахары остается наиболее сильно пострадавшим регионом, где СПИД до сих пор является основной причиной смертности.

Хотя в процентном отношении распространенность стабилизировалась, непрекращающиеся новые случаи инфекции (даже при снижении их

Рис. 1

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ в мире, 1990–2007 гг.

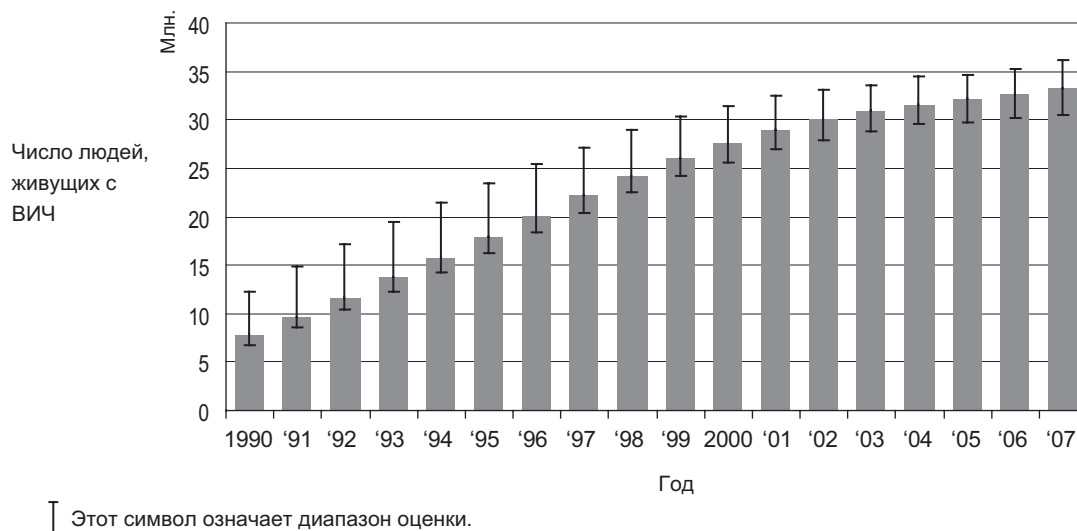
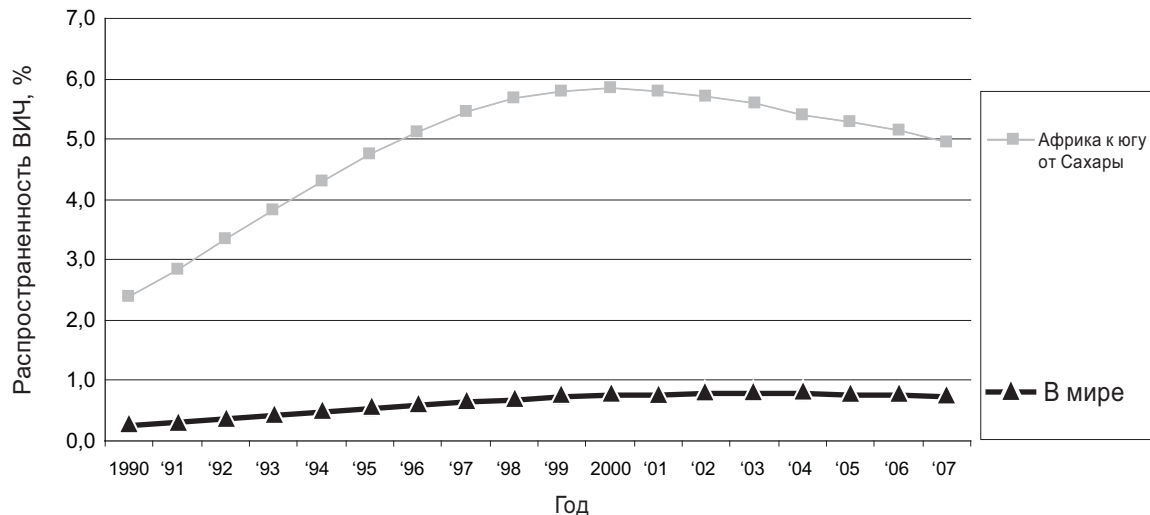


Рис. 2

Оценочная распространенность ВИЧ (в %) среди взрослого населения (15–49 лет) в мире и в странах Африки к югу от Сахары, 1990–2007 гг.



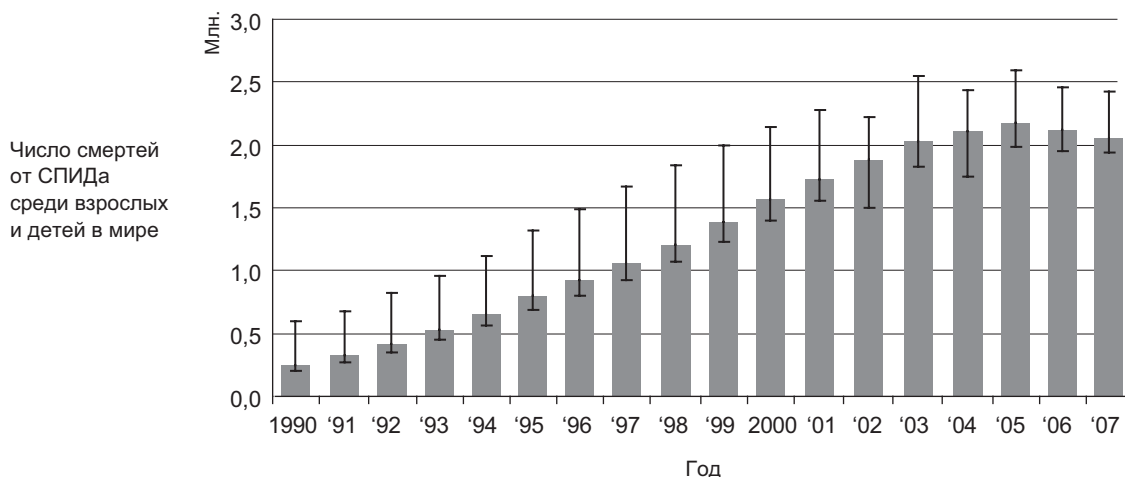
темпов) способствовали тому, что оценочное число людей, живущих с ВИЧ, составило 33,2 (30,6–36,1) миллиона, то есть, больше, чем когда-либо раньше. (Рис. 1). Распространенность ВИЧ имеет тенденцию к медленному снижению во времени по мере уменьшения числа новых инфекций и в связи со смертью ВИЧ-инфицированных; она может возрастать из-за продолжающейся заболеваемости ВИЧ и снижения смертности среди ВИЧ-инфицированных, получающих

антиретровирусное лечение. Аналитические данные, представленные в данном докладе, не позволяют конкретно измерить противоположное воздействие на распространенность ВИЧ профилактических мероприятий, снижающих число новых инфекций, и усилий по расширению лечения, которое снижает число смертей среди людей, живущих с ВИЧ.

Глобальная распространенность ВИЧ – процент мирового взрослого населения, живущего с ВИЧ – по

Рис. 3

Оценочное число смертей от СПИДа среди взрослых и детей в мире, 1990–2007 гг.



┌ Этот символ обозначает диапазон оценки.

Оценочное число людей, впервые инфицированных ВИЧ, в мире, 1990–2007 гг.

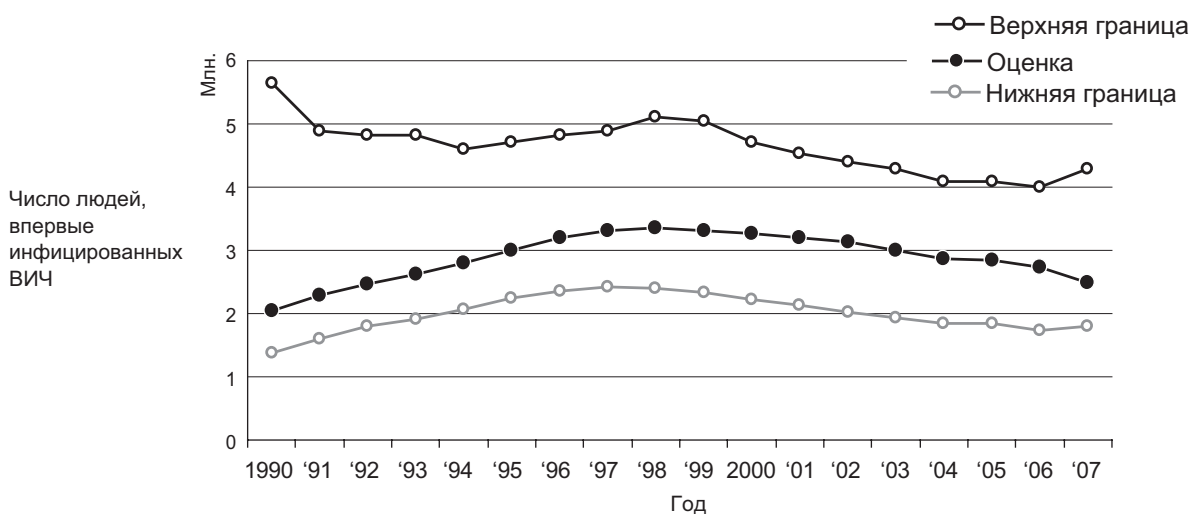


Рис. 4

оценкам, достигла стабильного уровня, начиная с 2001 г. (Рис. 2). Тенденция к снижению распространенности наблюдается в нескольких странах, где профилактические мероприятия, направленные на снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции, проводившиеся с 2000 и 2001 гг., достигли успеха. В большинстве стран Африки к югу от Сахары национальные уровни распространенности ВИЧ либо стабилизировались, либо отмечаются признаки ее снижения (Рис. 2). В **Зимбабве, Кении и Кот-д'Ивуаре** наблюдается спад национальных уровней распространенности, что является продолжением ранее наметившихся тенденций. В **Юго-Восточной Азии**, в таких странах как **Камбоджа, Мьянма и Таиланд**, также отмечается снижение распространенности ВИЧ.

Оценочное число смертей от СПИДа в 2007 г. во всем мире составляло 2,1 [1,9–2,4] миллиона (Рис. 3), 76% из которых произошло в Африке к югу от Сахары. Снижение этого числа за последние два года отчасти связано с расширением услуг антиретровирусного лечения. СПИД остается одной из главных причин смертности во всем мире и основной причиной смертности в Африке к югу от Сахары, демонстрируя огромные, долговременные проблемы, с которыми придется столкнуться при оказании услуг по лечению, при том, что все более очевидными становятся крайне непропорционально масштабные последствия для стран Африки к югу от Сахары.

Заболеваемость ВИЧ (число новых случаев ВИЧ-инфекции среди населения в год) является ключевым параметром, на снижение которого направлены профилактические мероприятия, поскольку новые случаи ВИЧ-инфекции добавляются к общему числу людей,

живущих с ВИЧ; со временем болезнь у них будет прогрессировать и приведет к смерти; кроме того, они являются потенциальным источником дальнейшей передачи вируса. Уровень глобальной заболеваемости ВИЧ, похоже, достиг пикового значения в конце 1990-х годов (Рис. 4), когда происходило более 3 миллионов новых инфекций в год, а, в 2007 г., по оценкам, произошло 2,5 [1,8–4,1] миллиона новых инфекций, из которых более двух третей (68%) пришлось на Африку к югу от Сахары. Такое снижение заболеваемости ВИЧ, скорее всего, отражает естественные тенденции развития эпидемии, а также результаты профилактических вмешательств, которые привели к изменению поведения в разных ситуациях.

Последний вывод касается качества и природы стратегической информации о пандемии и действенности наших программ. Рост инвестиций в мероприятия по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ приносит результаты, но, в то же время, значительно усиливает сложность эпидемии и анализа ее тенденций. Данные анализа, приведенные здесь, не позволяют адекватно определить влияние конкретных вмешательств или программ. Для этого потребуются специальные исследования на местах, включая непосредственную оценку заболеваемости и смертности от ВИЧ, эффективности программ, бремени ВИЧ-инфекции, болезней и детской смертности.

По мере увеличения объемов ресурсов, выделяемых на преодоление СПИДа и решение других крупных проблем здравоохранения, все больше внимания потребуется уделять усилению систем сбора и анализа данных, а также повышению качества этих данных для определения направлений деятельности программ.

Несмотря на трудности и ограничения, свойственные сбору данных такого рода, ресурсы, выделенные на глобальные меры противодействия СПИДу,

позволили сделать информацию и наше понимание пандемии ВИЧ превосходящими по качеству оценки многих других глобальных заболеваний.

Таблица 1 Региональная статистика по ВИЧ и СПИДу, 2001 и 2007 гг.

	Взрослые и дети, живущие с ВИЧ	Взрослые и дети, впервые инфицированные ВИЧ	Распространенность среди взрослых (%)*	Смертность от СПИДа среди взрослых и детей
Африка к югу от Сахары				
2007	22,5 миллиона [20,9–24,3 миллиона]	1,7 миллиона [1,4–2,4 миллиона]	5,0% [4,6%–5,5%]	1,6 миллиона [1,5–2,0 миллиона]
2001	20,9 миллиона [19,7–23,6 миллиона]	2,2 миллиона [1,7–2,7 миллиона]	5,8% [5,5%–6,6%]	1,4 миллиона [1,3–1,9 миллиона]
Ближний Восток и Северная Африка				
2007	380 000 [270 000–500 000]	35 000 [16 000–65 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	25 000 [20 000–34 000]
2001	300 000 [220 000–400 000]	41 000 [17 000–58 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	22 000 [11 000–39 000]
Южная и Юго-Восточная Азия				
2007	4,0 миллиона [3,3–5,1 миллиона]	340 000 [180 000–740 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	270 000 [230 000–380 000]
2001	3,5 миллиона [2,9–4,5 миллиона]	450 000 [150 000–800 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	170 000 [120 000–220 000]
Восточная Азия				
2007	800 000 [620 000–960 000]	92 000 [21 000–220 000]	0,1% [<0,2%]	32 000 [28 000–49 000]
2001	420 000 [350 000–510 000]	77 000 [4900–130 000]	<0,1% [<0,2%]	12 000 [8200–17 000]
Океания				
2007	75 000 [53 000–120 000]	14 000 [11 000–26 000]	0,4% [0,3%–0,7%]	1200 [<500–2700]
2001	26 000 [19 000–39 000]	3800 [3000–5600]	0,2% [0,1%–0,3%]	<500 [1100]
Латинская Америка				
2007	1,6 миллиона [1,4–1,9 миллиона]	100 000 [47 000–220 000]	0,5% [0,4%–0,6%]	58 000 [49 000–91 000]
2001	1,3 миллиона [1,2–1,6 миллиона]	130 000 [56 000–220 000]	0,4% [0,3%–0,5%]	51 000 [44 000–100 000]
Карибский бассейн				
2007	230 000 [210 000–270 000]	17 000 [15 000–23 000]	1,0% [0,9%–1,2%]	11 000 [9800–18 000]
2001	190 000 [180 000–250 000]	20 000 [17 000–25 000]	1,0% [0,9%–1,2%]	14 000 [13 000–21 000]
Восточная Европа и Центральная Азия				
2007	1,6 миллиона [1,2–2,1 миллиона]	150 000 [70 000–290 000]	0,9% [0,7%–1,2%]	55 000 [42 000–88 000]
2001	630 000 [490 000–1,1 миллиона]	230 000 [98 000–340 000]	0,4% [0,3%–0,6%]	8000 [5500–14 000]
Западная и Центральная Европа				
2007	760 000 [600 000–1,1 миллиона]	31 000 [19 000–86 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15 000]
2001	620 000 [500 000–870 000]	32 000 [19 000–76 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	10 000 [<15 000]
Северная Америка				
2007	1,3 миллиона [480 000–1,9 миллиона]	46 000 [38 000–68 000]	0,6% [0,5%–0,9%]	21 000 [18 000–31 000]
2001	1,1 миллиона [390 000–1,6 миллиона]	44 000 [40 000–63 000]	0,6% [0,4%–0,8%]	21 000 [18 000–31 000]
ВСЕГО				
2007	33,2 миллиона [30,6–36,1 миллиона]	2,5 миллиона [1,8–4,1 миллиона]	0,8% [0,7%–0,9%]	2,1 миллиона [1,9–2,4 миллиона]
2001	29,0 миллиона [26,9–32,4 миллиона]	3,2 миллиона [2,1–4,4 миллиона]	0,8% [0,7%–0,9%]	1,7 миллиона [1,6–2,3 миллиона]

Краткая информация по регионам

Региональные данные представлены в Таблице 1. **Африка к югу от Сахары** продолжает оставаться регионом, наиболее сильно пострадавшим от глобальной пандемии СПИДа. Более двух третей (68%) взрослых и почти 90% детей, инфицированных ВИЧ, живут в этом регионе, и более трех четвертей (76%) всех смертей от СПИДа произошло здесь в 2007 г., что наглядно демонстрирует неудовлетворенную потребность Африки в антиретровирусном лечении. Однако эпидемии в регионе сильно отличаются по масштабам, а национальная распространенность ВИЧ среди взрослого населения (15–49 лет) колеблется от менее чем 2% в некоторых странах Сахеля до более чем 15% в большинстве стран юга Африки. Только на юге Африки в 2007 г. произошла почти одна треть (32%) всех новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей от СПИДа в мире.

Всего в прошлом году в **Африке к югу от Сахары** были инфицированы ВИЧ 1,7 [1,4–2,4] миллиона человек, и это меньше, чем в 2001 г., когда было зарегистрировано 2,2 [1,7–2,7] миллиона новых инфекций. По оценкам, в 2007 г. в регионе насчитывалось 22,5 [20,9–24,3] миллиона человек, живущих с ВИЧ – по сравнению с 20,9 [19,7–23,6] миллиона человек в 2001 г. В Африке к югу от Сахары распространенность ВИЧ среди взрослых (15–49 лет) снизилась с 5,8% [5,5%–6,6%] в 2001 г. до 5,0% [4,6%–5,5%] в 2007 г. СПИД продолжает оставаться самой значительной причиной смертности в Африке к югу от Сахары (ВОЗ, 2003); из общего числа 2,1 [1,9–2,4] миллиона смертей от СПИДа среди взрослых и детей, произошедших во всем мире в 2007 г., 1,6 [1,5–2,0] миллиона произошло в **Африке к югу от Сахары**. По оценкам, в этом регионе насчитывается 11,4 [10,5–14,6] миллиона детей, осиротевших из-за СПИДа¹.

Помимо снижения числа новых инфекций в **Африке к югу от Сахары** в период с 2001 по 2007 гг., оценочное ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекции снизилось в **Южной и Юго-Восточной Азии** с 450 000 [150 000–800 000] в 2001 г. до 340 000 [180 000–740 000] в 2007 г., и в **Восточной Европе** – с 230 000 [98 000–340 000] в 2001 г. до 150 000 [70 000–290 000] в 2007 г. Разница в количестве новых инфекций в **Восточной Европе** объясняется, в основном, замедлением темпов развития эпидемии ВИЧ в **Российской Федерации**, стране, в которой отмечается самая крупная эпидемия в регионе, и где число новых инфекций резко возросло в конце 1990-х годов, достигнув пика в 2001 г. В последние годы

ежегодное число новых инфекций, рассчитанное на основе официально зарегистрированных случаев (а не на основе оценок) в **Российской Федерации**, снова начало расти, но более медленными темпами, чем в начале этого столетия.

По оценкам, 92 000 [21 000–220 000] взрослых и детей были впервые инфицированы ВИЧ в **Восточной Азии** в 2007 г., что представляет рост почти на 20% по сравнению с 77 000 [49 000–130 000] человек, заразившихся ВИЧ в 2001 г. В **Океании** оценки также указывают на рост числа новых инфекций – с 3800 [3000–5600] в 2001 г. до 14 000 [11 000–26 000] в 2007 г. В **Карибском бассейне, Латинской Америке, на Ближнем Востоке и в Северной Африке, в Северной Америке и Западной Европе** число новых инфекций в 2007 г. оставалось относительно стабильным.

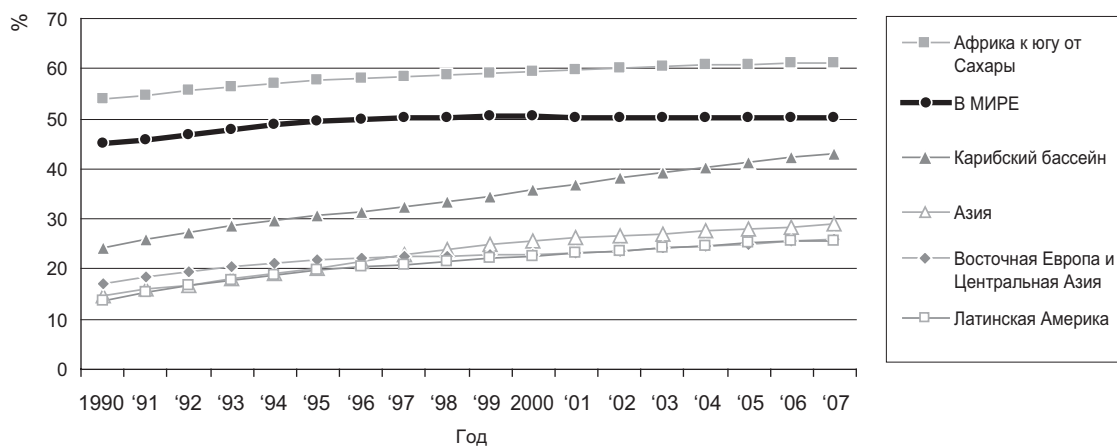
Эти региональные показатели заболеваемости могут скрывать тот факт, что действительное число людей, живущих с ВИЧ, может расти; например, в Восточной Европе общее количество людей, живущих с ВИЧ, возросло почти на 150% в период с 2001 г. по 2007 г. Кроме того, в отдельных странах, таких как Вьетнам и Индонезия, уровень распространенности ВИЧ растет.

Женщины, живущие с ВИЧ

Похожий рост отмечался в оценочном общем числе новых инфекций среди мужчин и женщин в период с 2001 г. по 2007 г., и, таким образом, глобальное соотношение между женщинами и мужчинами оставалось стабильным. По оценкам, 15,4 миллиона [13,9–16,6] миллиона жили с ВИЧ в 2007 г., что на 1,6 миллиона больше по сравнению с 2001 г., когда это число составляло 13,8 [12,7–15,2] миллиона. Оценочное число мужчин, живущих с ВИЧ в 2007 г., составило 15,4 [14,3–17,0] миллиона, по сравнению с 13,7 [12,6–15,2] миллиона в 2001 г. В **Африке к югу от Сахары** почти 61% взрослых, живущих с ВИЧ в 2007 г., составляли женщины, в то время как в **Карибском бассейне** их было 43% (по сравнению с 37% в 2001 г.) (Рис. 5). Процент женщин, живущих с ВИЧ в **Латинской Америке, Азии и Восточной Европе**, постепенно растет, поскольку ВИЧ передается женщинам-партнерам мужчин, которые, скорее всего, были инфицированы в результате потребления инъекционных наркотиков или незащищенного коммерческого секса, или половых контактов с другими мужчинами. В **Восточной Европе и Центральной Азии**, по оценкам, женщины составляли 26% взрослого населения, живущего с ВИЧ в 2007 г. (по сравнению с 23% в 2001 г.), а в **Азии** в 2007 г. этот показатель достиг 29% (по сравнению с 26% в 2001 г.).

¹ По определению, сиротами (в возрасте 0–17 лет), живущими в настоящее время, считается оценочное число детей в возрасте от 0 до 17 лет в 2007 г., потерявших одного или обоих родителей из-за СПИДа.

Процент взрослых (15+ лет) женского пола, живущих с ВИЧ, 1990–2007 гг.

Рис. 5²**Дети (в возрасте младше 15 лет), живущие с ВИЧ**

Число детей, живущих с ВИЧ в мире, в 2007 г. возросло с 1,5 миллиона [1,3–1,9 миллиона] в 2001 до 2,5 миллиона [2,2–2,6 миллиона]. Однако оценочное число новых инфекций среди детей снизилось с 460 000

[420 000–510 000] в 2001 г. до 420 000 [390 000–470 000] в 2007 г. Число смертей от СПИДа среди детей возросло с 330 000 [380 000–560 000] в 2001 г. до 360 000 [350 000–540 000] в 2005 г., однако в настоящее время начинает снижаться, составив в 2007 г., по оценкам, 330 000 [310 000–380 000]. Почти 90% всех ВИЧ-инфицированных детей живут в Африке к югу от Сахары.

НОВЫЕ ДАННЫЕ ПРИВОДЯТ К ИЗМЕНЕНИЯМ ПРЕДПОЛОЖЕНИЙ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОЦЕНОК

ЮНЭЙДС и ВОЗ, рамках непрерывного процесса совершенствования оценок в связи с ВИЧ, регулярно используют новую информацию для обновления своей методологии оценок в соответствии с рекомендациями Референс-группы ЮНЭЙДС по оценкам, моделям и прогнозам и на основе последних научных достижений³. В дополнение к этой работе 14–15 ноября 2007 г. в Женеве, Швейцария, была проведена Международная консультация по эпидемиологическим оценкам в связи со СПИДом, организованная совместно ВОЗ и Секретариатом ЮНЭЙДС, для рассмотрения текущих процессов и методов, используемых ЮНЭЙДС и ВОЗ для составления оценок по ВИЧ на страновом, региональном и глобальном уровнях.

Инструменты, разработанные по рекомендациям Референс-группы ЮНЭЙДС, включают “Пакет программ для оценок и прогнозов” (ПОП), “Рабочий журнал” и программу Spectrum. Эти инструменты помогают получить кривые распространенности ВИЧ и спрогнозировать демографические последствия смертности от СПИДа в разбивке по возрасту. Применение этих программ позволяет получить следующие результаты: распространенность ВИЧ во времени; число новых инфекций; число смертей от СПИДа; число сирот и потребности в лечении. Оценки показателей заболеваемости и смертности выводятся на основе оценок о распространенности ВИЧ среди взрослых во времени, которые, в свою очередь, основаны на данных дозорного эпиднадзора, обследований и специальных исследований.



² В мире процент инфицированных женщин по сравнению с мужчинами с конца 1990-х годов оставался на уровне примерно 50%. На этом графике представлены процентные показатели; даже при том, что процент женщин по сравнению с мужчинами возрастал во всех регионах, общее число инфицированных мужчин до сих пор значительно превышает число инфицированных женщин.

³ В состав Референс-группы ЮНЭЙДС по оценкам, моделям и прогнозам входят ведущие ученые-исследователи в области ВИЧ и СПИДа, эпидемиологии, демографии и других сопутствующих вопросов. Справочная группа анализирует новые опубликованные и неопубликованные материалы, подготовленные по результатам исследований в разных странах. Она также изучает достижения в понимании эпидемии ВИЧ и предлагает методы повышения качества и точности оценок.

За последние несколько лет системы эпиднадзора за ВИЧ существенно расширились и стали более эффективными; особенно это заметно в **Африке к югу от Сахары** и **Азии**. Данные дозорного эпиднадзора за ВИЧ стали более достоверными, поскольку увеличилась частота проведения эпиднадзора, географический охват и охват населения. Так, например, в Индии число участков дозорного эпиднадзора возросло со 155 в 1998 г. до более чем 1 100 в 2006 г., и сегодня они охватывают группы наиболее высокого риска более широко. В некоторых странах Африки, где в прошлом данные о распространенности ВИЧ были ограниченными (например, в **Анголе, Либерии и Судане**), недавно проведенные раунды дозорного эпиднадзора позволили получить более репрезентативные данные.

Благодаря данным, собранным в ходе национальных обследований населения, удалось повысить точность оценок по ВИЧ и СПИДу. Хотя данные о распространенности ВИЧ, получаемые из систем дозорного эпиднадзора, будут и в дальнейшем являться важным источником для определения тенденций развития эпидемий, показатели распространенности ВИЧ, измеренные в ходе национальных обследований населения, с поправками, учитывающими отсутствие ответов и другие погрешности, дают более качественные данные для оценки национальной распространенности. Однако обследования населения в странах с концентрированными эпидемиями могут не включать группы населения, подверженные высокому риску ВИЧ-инфекции, поэтому следует вносить дополнительные коррективы. Начиная с 2001 г. в 30 странах Африки к югу от Сахары, Азии и Карибского бассейна были проведены национальные обследования населения с целью измерения распространенности ВИЧ, как показано в Таблице 2. Результаты таких обследований населения, в целом, указывают на более низкие уровни национальной распространенности ВИЧ по сравнению с экстраполяциями, полученными в ходе дозорного эпиднадзора.

Что касается региональных и глобальных оценок, включенных в данный доклад, то показатели распространенности ВИЧ, полученные благодаря этим обследованиям, были использованы для корректировки данных о распространенности ВИЧ на год проведения обследований в этих странах. В странах, которые недавно провели национальные обследования населения (таких как **Бенин, Гаити, Индия, Камбоджа, Либерия, Малави, Мали, Свазиленд и Центральноафриканская Республика**), в результате были получены более низкие оценки, по сравнению с показателями, включенными в региональные и глобальные оценки, опубликованные в докладе *“Развитие эпидемии СПИДа, декабрь 2006”*.

Кроме того, несколько новых допущений были включены в версию 2007 г. программного обеспечения для проведения оценок (“Пакет программ для оценок и прогнозов” (ПОП) и Spectrum 3). Основные новые допущения касаются стран с генерализованными эпидемиями ВИЧ и стран, которые не проводили национальных обследований населения в связи с ВИЧ. Сравнение данных о распространенности ВИЧ среди посетительниц родовых клиник и данных о распространенности, полученных в ходе обследований населения, показало, что распространенность ВИЧ среди взрослых, выявленная в ходе последних обследований, составляет примерно 80% от уровня распространенности среди посетительниц родовых клиник, как в городах, так и в сельских районах (ЮНЭЙДС, 2007). На основе этих наблюдений странам с генерализованными эпидемиями, не проводившими национальных обследований населения, рекомендуется провести корректировку данных о распространенности ВИЧ, полученные среди посетительниц родовых клиник, в сторону понижения, используя коэффициент 0,8 (Референс-группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделям и прогнозам, 2006). Ранее корректировались только данные о распространенности, полученные в родовых клиниках в сельской местности.

Второе серьезное допущение касается оценок заболеваемости и смертности. Показатели заболеваемости ВИЧ и смертности от СПИДа рассчитываются на основе объединения данных о распространенности ВИЧ во времени и допущения относительно средней продолжительности жизни людей с момента инфицирования ВИЧ до момента смерти при отсутствии антиретровирусного лечения, учитывая при этом более длительную продолжительность жизни людей, получающих антиретровирусное лечение (Stover, 2006). Сегодня при отсутствии такого лечения чистая медианная продолжительность жизни после инфицирования ВИЧ, по оценкам, составляет 11 лет (Референс-группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделям и прогнозам, 2006) – ранее этот оценочный показатель составлял девять лет (Референс-группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделям и прогнозам, 2002). Это относится ко всем странам, кроме тех, где большинство инфекций вызвано вирусом ВИЧ субтипа E. В этих странах чистая медианная продолжительность жизни до сих пор изучается, однако по данным ограниченного числа исследований, она оценивается на уровне девяти лет (Референс-группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделям и прогнозам, 2006). Эти новые



Таблица 2

Распространенность ВИЧ среди взрослого населения (15–49 лет) в странах, в которых в последние годы проводились обследования населения в связи с ВИЧ

Страны	Распространенность по данным обследования населения (%) (год)	Распространенность ВИЧ в 2001 г. (%) по данным Доклада о глобальной эпидемии СПИДа, 2002 г.	Распространенность ВИЧ в 2003 г. (%) по данным Доклада о глобальной эпидемии СПИДа, 2004 г.	Распространенность ВИЧ в 2005 г. (%) по данным Доклада о глобальной эпидемии СПИДа, 2006 г.
Африка к югу от Сахары				
Бенин	1,2 (2006)	3,6	1,9	1,8
Ботсвана	25,2 (2004)	38,8	38,0	24,1
Буркина-Фасо	1,8 (2003)	6,5	4,2	2,0
Бурунди	3,6 (2002)	8,3	6,0	3,3
Камерун	5,5 (2004)	11,8	7,0	5,4
Центральноафриканская Республика	6,2 (2006)	12,9	13,5	10,7
Чад	3,3 (2005)	3,6	4,8	3,5
Кот-д'Ивуар	4,7 (2005)	9,7	7,0	7,1
Экваториальная Гвинея	3,2 (2004)	3,4	н/д	3,2
Эфиопия	1,4 (2005)	6,4	4,4	(0,9–3,5)
Гана	2,2 (2003)	3,0	3,1	2,3
Гвинея	1,5 (2005)	н/д	2,8	1,5
Кения	6,7 (2003)	15,0	6,7	6,1
Лесото	23,5 (2004)	31,0	29,3	23,2
Малави	12,7 (2004)	15,0	14,2	14,1
Мали	1,3 (2006) 1,7 (2001)*	1,7	1,9	1,7
Нигер	0,7 (2006) 0,9 (2002)	н/д	1,2	1,1
Руанда	3,0 (2005)	8,9	5,1	3,1
Сенегал	0,7 (2005)	0,5	0,8	0,9
Сьерра-Леоне	1,5 (2005)	7,0	н/д	1,6
Южная Африка	16,2 (2005) 15,6 (2002)	20,1	20,9	18,8
Свазиленд	25,9 (2006–7)	33,4	38,8	33,4
Уганда	7,1 (2004–5)	5,0	4,1	6,7
Объединенная Республика Танзания	7,0 (2004)	7,8	9,0	6,5
Замбия	15,6 (2001–2)	21,5	16,5	17,0
Зимбабве	18,1 (2005–6)	33,7	24,6	20,1
Азия				
Камбоджа	0,6 (2005)	2,7	2,6	1,6
Индия	0,28 (2005–6)	0,8	0,9	0,9
Латинская Америка и Карибский бассейн				
Доминиканская Республика	1,0 (2002)	2,5	1,7	1,1
Гаити	2,2 (2005–6)	6,1	5,6	3,8

* включая мужчин 15–59 лет

рекомендации основаны на последней информации, полученной в ходе продольных исследований (Todd et al, 2007; Marston et al, 2007). При одинаковом уровне распространенности такое увеличение средней продолжительности жизни привело к получению более низких оценок для числа новых инфекций и смертей от СПИДа.

В дополнение к изменениям показателей распространенности ВИЧ в некоторых странах, которые стали результатом уточнения результатов обследований распространенности в странах (см. выше), в других странах откорректированные показатели распространенности стали ниже, в силу того, что благодаря расширению своих систем эпиднадзора они смогли получить более репрезентативные данные (как, например, это произошло в **Анголе** и **Мадагаскаре**). Кроме того, в некоторых странах с



генерализованными эпидемиями, которые не проводили национальных обследований, дополнительное уточнение данных из городских родовых клиник (см. выше) привело к снижению оценок национальной распространенности, например, в **Анголе, Гамбии, Гвинее-Биссау, Конго, Мозамбике, Намибии, Нигерии, Сомали, Судане и Эритрее**.

Изменения в допущениях о сроках выживаемости (см. выше) привело к более низким оценкам смертности и заболеваемости во всех странах, кроме тех, где доминирует вирус субтипа Е. Это не оказало существенного воздействия на сроки достижения пиковых значений новых инфекций. Все эти изменения привели к уточнению оценок числа людей, живущих с ВИЧ, смертности от СПИДа и числа новых инфекций. Большинство оценок в настоящем докладе ниже по сравнению с оценками, опубликованными в предыдущих докладах, не только за 2007 г. но и за прошлые годы. Таким образом, новые оценки не следует прямо сравнивать с оценками, опубликованными в предыдущих докладах. В отличие от этих докладов, где были представлены данные за последние два года, в данном докладе представлены сравнительные данные за 2001 г. и 2007 г., что позволяет лучше проанализировать тенденции. Поскольку данные эпиднадзора за 2007 г. во многих странах пока еще не подготовлены, оценочные тенденции за 2005–2007 гг. будут менее точными, чем за более продолжительный период 2001–2007 гг.

Эти и другие изменения в допущениях, основанные на данных последних анализов и исследований, также могут повлиять на оценки числа людей, нуждающихся в антиретровирусной терапии, однако этот аспект в настоящем докладе не рассматривается.

В некоторых странах до сих пор существуют значительные упущения в системах эпиднадзора за ВИЧ, что затрудняет точную оценку динамики и сегодняшнего состояния эпидемий в этих странах. ЮНЭЙДС и ВОЗ будут и в дальнейшем совершенствовать свои оценки в области ВИЧ и СПИДа по мере поступления новых данных эпиднадзора и последних научных исследований для внесения таких изменений.

Последние тенденции в области ВИЧ и сексуального поведения молодежи

В 2001 г. в *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, принятой Организацией Объединенных Наций, была поставлена цель снизить распространенность ВИЧ среди молодежи (в возрасте 15–24 лет) на 25% в наиболее пострадавших странах к 2005 г. для мониторинга прогресса в профилактике новых инфекций. Определение тенденций *заболеваемости* ВИЧ в реальном времени (в частности, воздействие профилактических программ на заболеваемость ВИЧ), в идеале, предполагает проведение продольных исследований среди большого количества людей. Учитывая практические трудности с проведением таких исследований, было предложено в качестве заместительной единицы измерения уровня заболеваемости использовать показатели *распространенности* ВИЧ среди молодых женщин в возрасте 15–24 лет, посещающих родовые клиники.

Для оценки прогресса в достижении этой цели Рабочая группа ВОЗ/ЮНЭЙДС по глобальному надзору за ВИЧ, СПИДом и ИППП обратилась к странам, в которых уровень национальной распространенности превышает 3%, с просьбой принять участие в этом процессе в 2006 г. и еще раз – в 2007 г. Список этих 35 стран приведен в Таблице 3.

Тенденции в области ВИЧ и сексуального поведения молодежи позволяют получить представление о

последнем развитии событий и вероятной эволюции ВИЧ-эпидемий в странах. В частности, тенденции распространенности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15–24 лет, которые, скорее всего, были инфицированы относительно недавно, подвержены меньшему воздействию смертности и антиретровирусного лечения, чем тенденции распространенности ВИЧ среди взрослого населения всех возрастов. Таким образом, считается, что тенденции распространенности ВИЧ среди лиц в возрасте 15–24 лет отражают тенденции заболеваемости ВИЧ.

Анализ самой последней имеющейся информации показывает, что распространенность ВИЧ среди молодых беременных женщин (15–24 лет), посещающих родовые клиники, снизилась после 2000/2001 гг. в 11 из 15 стран, где имеется достаточно данных (о распространенности за три разных года) для анализа последних тенденций среди молодежи в наиболее сильно пострадавших странах (см. Таблицу 3).

В **Кении** распространенность ВИЧ среди молодых беременных женщин существенно снизилась – более чем на 25% как в городах, так и в сельских районах; аналогичное снижение отмечалось в городских районах **Зимбабве, Малави и Кот-д’Ивуара**, и в сельских районах **Ботсваны**. Менее впечатляющее (т.е., статистическое незначительное) снижение распространенности среди молодых беременных женщин произошло в городах и сельских районах **Буркина-**

Таблица 3

Анализ тенденций в возрастной группе 15–24 лет в странах с высокой распространенностью: распространенность ВИЧ среди беременных женщин (2000–2006 гг.) в системах дозорного эпиднадзора и отдельные виды сексуального поведения женщин и мужчин (1994–2006 гг.) по данным национальных обследований

Страна	Анализ за 2006/2007 гг.	Тенденции распространенности*		Возраст начала половой жизни**		Секс с непостоянным партнером***		Использование презерватива при сексе с непостоянным партнером****	
		Город	Село	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Ангола*	2006								
Багамские Острова	2007	∇НЗ							
Бенин**									
Ботсвана	2007	∇НЗ	∇≥ 25%						
Буркина-Фасо	2007	∇НЗ	∇НЗ						
Бурунди	2006/2007	∇НЗ	↔						
Камерун*	2006			∇	∇	▲	▲	▲	▲
Центральноафриканская Республика**									
Чад*	2006			∇	↔				
Конго*	2007								
Кот-д'Ивуар	2006	∇≥ 25%	НД	∇	↔	↔	↔	▲	∇
Демократическая Республика Конго*	2006								
Джибути**									
Эфиопия**									
Габон**									
Гамбия**									
Гана**									
Гаити**				▲	▲	∇	▲	▲	▲
Кения	2006	∇≥ 25%	∇≥ 25%	↔	↔	∇	∇	▲	↔
Лесото*	2006								
Либерия**									
Малави#	2006	∇≥ 25%	↔	∇	∇	∇	∇	▲	▲
Мозамбик‡	2006		↔	↔	▲				
Намибия	2007	∇НЗ	∇НЗ						
Нигерия*	2007			↔	↔				
Руанда	2006	∇НЗ	ДН	▲	▲	▲	▲	▲	∇
Сьерра-Леоне*	2007								
Южная Африка§	2006		↔						
Судан*	2007								
Свазиленд	2007	∇НЗ	∇НЗ						
Того*	2006			∇				▲	
Уганда**				∇	↔	▲	▲	▲	↔
Объединенная Республика Танзания	2006	↔	∇НЗ	↔	∇	↔	↔	▲	▲
Замбия¶	2006		↔	↔		∇	↔	↔	↔
Зимбабве	2006	∇≥ 25%	∇НЗ	↔	↔	∇	∇	↔	↔

Примечание: [1] Выделенные ячейки обозначают позитивные тенденции в распространенности или поведении.

[2] Год в графе "Анализ" означает год проведения анализа, но необязательно последний год, за который были использованы данные анализа.

Условные обозначения:

- * Однородные участки, использованные для анализа медианной распространенности по годам в течение как минимум трех лет. Критерий значимости основан на формуле: H_1 : коэффициент спада=0. Анализ по странам, имеющим данные за более чем три года наблюдений на следующем числе однородных городских и сельских участков: Ботсвана (10,10), Бурунди (3,3), Кот-д'Ивуар (9 городских участков), Кения (20,13), Малави (11,8), Мозамбик (5 на юге, 8 в центре, 7 на севере страны), Руанда (6 городских участков), Объединенная Республика Танзания (11,8), Зимбабве (7,6)
- ** В возрастной группе 15–19 лет - официальные данные о проценте лиц, имевших половые связи до 15 лет. Анализ основан на данных ОДЗ, МИКИ или национальных опросов, проведенных в период 1995–2005 гг.
- *** В возрастной группе 15–24 лет - официальные данные о проценте лиц, имевших половые отношения с непостоянным партнером в течение последнего года. В Южной Африке - процент лиц в возрасте 15–24 лет, указавших на наличие более одного полового партнера за последние 12 месяцев. Анализ основан на ОДЗ и данных национальных опросов, проведенных в Южной Африке в 1995–2005 гг.
- **** В возрастной группе 15–24 лет - процент лиц, указавших на использование презерватива во время последнего полового акта с непостоянным партнером. Анализ основан на данных ОДЗ, МИКИ или национальных опросов, проведенных в 1995–2005 гг.
- ▲ Статистически значимый рост.
- ∇ Статистически значимый спад.
- ∇≥25% Статистически значимый спад - более чем на 25%.
- ∇НЗ Статистически незначительное постепенное снижение.
- ↔ Нет данных о снижении
- *НД Недостаточно данных, т.е., данные для анализа распространенности получены за период меньше трех лет.
- **ДН Данные о распространенности не получены.
- # При анализе городских данных пригородные и городские районы были объединены.
- ‡ Анализ в Мозамбике проводился в южном, северном и центральном регионах страны.
- § Не получены данные в ответ на процесс рабочей группы; анализ основан на данных отчета о проведении эпиднадзора в Южной Африке.
- ¶ Не получены данные в ответ на процесс рабочей группы; анализ основан на данных отчета о проведении эпиднадзора в Замбии в 2005 г. Анализ основан на объединенных данных по городам и сельской местности.

Фасо, Намибии и Свазиленда, городских районах на **Багамских Островах**, в **Ботсване, Бурунди и Руанде**, и в сельских районах **Объединенной Республики Танзания**. Не поступало данных о снижении уровней ВИЧ-инфекции среди молодежи в **Замбии, Мозамбике** или **Южной Африке**.

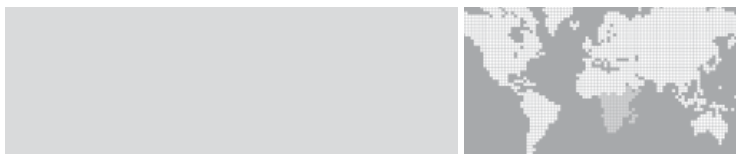
В девяти из 35 стран в ходе национальных обследований, проведенных между 1994 и 2006 гг. было получено достаточно сравнительных данных для анализа тенденций сексуального поведения среди молодежи. В некоторых из них данные о тенденциях указывают на значительное снижение некоторых видов сексуального поведения, подвергающего людей риску инфицирования ВИЧ. Процент молодых людей, сообщивших о том, что имели половые отношения со случайными партнерами в прошлом году, уменьшился среди мужчин и женщин в **Кении, Малави и Зимбабве**, и только среди женщин – на **Гаити** и в **Замбии**. Однако процент молодых мужчин и женщин, имеющих половые отношения с непостоянными партнерами, возрос в **Камеруне, Руанде и Уганде**.

Отмечаются впечатляющие изменения в уровне использования презервативов при половых отношениях с непостоянными партнерами. Процент молодых людей, указавших на то, что пользовались презервативами

во время последнего полового акта с непостоянным партнером, возрос среди мужчин и женщин на **Гаити, в Камеруне, Малави и Объединенной Республике Танзания**; только среди женщин – в **Кот-д’Ивуаре, Кении, Руанде, Того и Уганде**. С другой стороны, этот процент снизился только среди мужчин в **Кот-д’Ивуаре и Руанде**.

К сожалению, примерно в двадцати из этих 35 стран недостаточно данных (или они полностью отсутствуют) о распространенности ВИЧ и/или тенденциях сексуального поведения молодежи – включая несколько стран юга Африки с исключительно высокой распространенностью ВИЧ.

Поведенческие тенденции среди молодежи указывают на недавние обнадеживающие изменения в некоторых странах (**Гаити, Замбии, Зимбабве, Камеруне, Кении, Малави, Объединенной Республике Танзания, Руанде и Того**). Эти тенденции, наряду с данными о значительном снижении распространенности ВИЧ среди молодых беременных женщин в городах и/или сельских районах пяти стран (**Ботсваны, Зимбабве, Кении, Кот-д’Ивуара и Малави**) позволяют предположить, что профилактические мероприятия оказывают воздействие в нескольких из наиболее сильно затронутых стран.



РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ

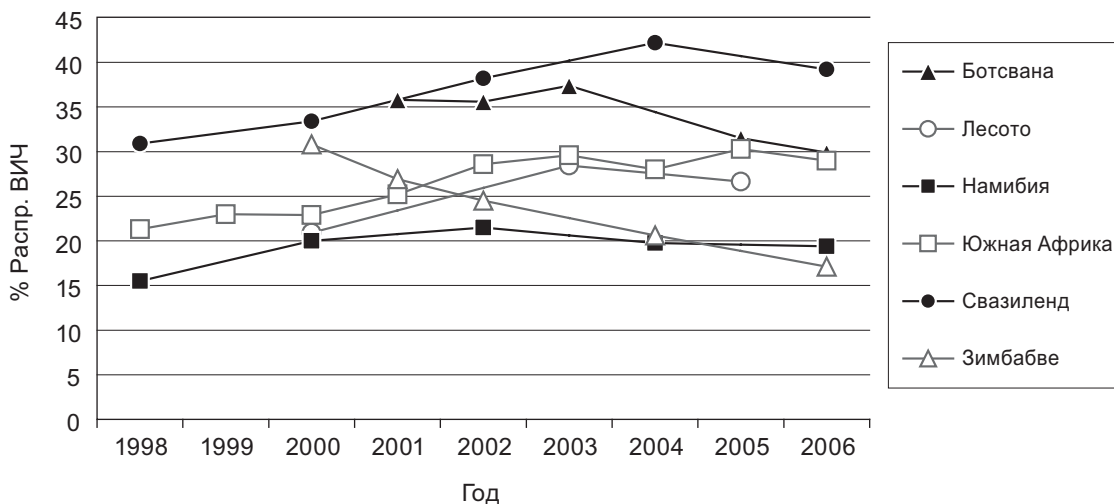
Африка к югу от Сахары остается регионом, наиболее сильно пострадавшим от глобальной эпидемии СПИДа. Более двух третей (68%) всех ВИЧ-позитивных людей живут в этом регионе, где в 2007 г. произошло более трех четвертых (76%) всех смертей от СПИДа. По оценкам, 1,7 [1,4 – 2,4] млн. человек были впервые инфицированы ВИЧ в 2007 г., а общее число людей, живущих с вирусом, составило 22,5 [20,9 – 24,3] млн. человек. В отличие от других регионов большинство людей, живущих с ВИЧ в Африке к югу от Сахары (61%) – женщины.

Юг Африки

Масштабы и тенденции эпидемии в регионе сильно различаются, но наиболее серьезно затронут юг Африки. В этом субрегионе в 2007 г. проживало 35% всех людей, живущих с ВИЧ, и была зарегистрирована почти одна треть (32%) всех новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей от СПИДа, произошедших в мире. В 2005 г. национальная распространенность ВИЧ среди взрослых превысила 15% в восьми странах (Ботсвана, Замбия, Зимбабве, Лесото, Мозамбик, Намибия, Свазиленд и Южная Африка). И хотя появились данные о снижении национальной распространенности в Зимбабве, эпидемии в большинстве остальных стран субрегиона уже достигли плато или приближаются к этому уровню. Только в Мозамбике последние данные о ВИЧ (за 2005 г.) указывают на рост распространенности по сравнению с предыдущим периодом эпиднадзора.

Рис. 6

Медианная распространенность ВИЧ среди женщин (в возрасте 15–49 лет), посещающих родовые клиники на участках постоянного эпиднадзора в странах юга Африки в 1998–2006 гг.



Источник: Различные обследования в родовых клиниках.

В **Зимбабве** распространенность ВИЧ среди беременных женщин, посещающих родовые клиники, значительно снизилась за последние несколько лет, с 26% в 2002 до 18% в 2006 гг. Среди молодых беременных женщин (в возрасте 15–24 лет) распространенность снизилась с 21% до 13% за тот же период. Уровни инфекции наиболее высоки среди беременных женщин, посещающих родовые клиники в шахтерских (распространенность ВИЧ на уровне 26%), и фермерских (распространенность 22%) районах (Министерство здравоохранения и социального обеспечения детей, Зимбабве, 2007).

Тенденции к снижению, которые наблюдаются по данным эпиднадзора в Зимбабве, отмечены и в ряде других исследований (ЮНЭЙДС, 2005.; Mahomva et al., 2006; Hargrove et al., 2005; Mugurungi et al., 2005; Министерство здравоохранения и социального обеспечения детей, Зимбабве, 2007); в то же время также отмечается снижение распространенности среди мужчин и женщин в сельских районах провинции Маникаленд (Gregson et al., 2006). Эта тенденция отражает сочетание очень высокой смертности и снижение показателя инфицирования ВИЧ, отчасти связанное с изменениями в поведении (ЮНЭЙДС, 2005). Появились данные из восточных регионов Зимбабве о том, что все большее число женщин и мужчин избегают случайных половых связей, и что среди женщин растет уровень постоянного использования презервативов с непостоянными партнерами (с 26% в 1998–2000 гг. до 37% в 2001–2003 гг.), хотя среди мужчин это не наблюдается (Gregson et al., 2006). Математическое моделирование также указывает на то, что снижение распространенности ВИЧ нельзя отнести только на счет естественного развития эпидемии СПИДа в Зимбабве – отчасти это вызвано изменениями в поведении (Hallet et al., 2006).

В **Южной Африке** отмечается самое высокое число случаев ВИЧ-инфекции в мире. Данные о распространенности ВИЧ, собранные в ходе последнего раунда обследований в родовых клиниках, указывают на то, что уровни ВИЧ-инфекции, вероятно, достигли стабилизации, а распространенность среди беременных женщин составляла 30% в 2005 г. и 29% в 2006 г. (Департамент здравоохранения Южной Африки, 2007). Кроме того, снижение распространенности ВИЧ среди молодых беременных женщин (в возрасте 15–24 лет) позволяет предположить возможное уменьшение ежегодного числа новых инфекций. Показатели эпидемии в значительной степени различаются между провинциями – от 15% в Западной Капской провинции до 39% в провинции Квазулу-Натал. (Департамент здравоохранения Южной Африки, 2007).

В соответствии с предварительными данными нового обследования населения в **Свазиленде** каждый четвертый (26%) взрослый (15–49 лет) инфицирован

ВИЧ. Данные о распространенности ВИЧ, полученные в ходе обследований в родовых клиниках и среди населения в целом, не очень отличаются в разных регионах страны, однако отмечается существенное различие в уровнях инфицирования между мужчинами и женщинами: по результатам тестирования 20% взрослых мужчин оказались ВИЧ-позитивными по сравнению с 31% женщин (Министерство здравоохранения и социального обеспечения Свазиленда, 2007; Центральное статистическое бюро Свазиленда и Масгро International, 2007).

Распространенность ВИЧ в **Лесото** остается высокой – в 2005 г. она составляла 38% среди посетительниц родовых клиник в возрастной группе 25–29 лет (Министерство здравоохранения и социального обеспечения Лесото, 2005). Около 57% людей, живущих с ВИЧ, – женщины. Данные последнего эпиднадзора указывают на снижение уровня инфекции среди молодых беременных женщин (в возрасте 15–24 лет) с почти 25% в 2003 г. до 21% в 2005 г., однако это очевидное снижение может быть связано с добавлением новых участков дозорного эпиднадзора в последнее обследование (Министерство здравоохранения и социального обеспечения [Лесото], 2005).

Эпидемия в **Намибии**, как представляется, в целом стабилизировалась – в 2006 г. ВИЧ-инфицированной была каждая пятая (20%) женщина, посещавшая родовую клинику (Министерство здравоохранения и социального обслуживания, 2007). Относительно стабильные тенденции распространенности ВИЧ среди молодых беременных женщин (15–24 лет), отмечающиеся с середины 1990-х годов, и тенденции к росту этого показателя среди 30-летних указывают на то, что профилактическая работа нуждается в улучшении (Министерство здравоохранения и социального обслуживания, 2007).

Снижение уровней ВИЧ-инфекции, которое в последние годы отмечается среди беременных женщин, посещающих родовые клиники в **Ботсване** (с 36% в 2001 до 32% в 2006 гг.), позволяет предположить, что эпидемия здесь достигла своего пика и начинает идти на убыль. Распространенность необычно высока среди беременных подросткового возраста, 18% из которых оказались ВИЧ-позитивными по результатам тестирования в 2005 г. Однако в последние годы уровни инфекции среди молодых беременных женщин снижаются (Министерство здравоохранения Ботсваны, 2006). Среди женщин в возрасте 15–19 лет, посещающих родовые клиники, распространенность снизилась с 25% до 18% в период с 2001 по 2006 гг., в то время как среди женщин в возрасте 20–24 лет она снизилась с 39% до 29% за тот же период времени (Министерство здравоохранения Ботсваны, 2006).

Последние данные о ВИЧ, собранные в родовых клиниках в **Анголе**, указывают на то, что распростра-

ненность ВИЧ среди беременных женщин серьезно не изменилась между 2004 и 2005 гг. Медианная национальная распространенность ВИЧ, по оценкам, составляла 2,5% в 2005 г., по сравнению с 2,4% в 2004 г. (Ministério da Saúde и ЦКЗ США, 2006).

В другой португальскоязычной стране этого субрегиона – **Мозамбике** – эпидемия снова начала расширяться во всех трех районах страны после относительной стабилизации, отмеченной в начале 2000-х годов. Распространенность ВИЧ среди женщин, посещающих родовые клиники, находится на самом низком уровне на севере страны (в среднем 9% в 2004 г.), однако в центральном и южном районах была выявлена распространенность на уровне 20% и более, включая столицу страны – Мапуту и провинции Газа, Иньямбане, Маника и Софала (где в 2004 г. она достигла почти 27%), (Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, 2006).

Эпидемия в **Малави**, похоже, стабилизировалась – в некоторых районах страны отмечается ее снижение; появились данные об изменениях поведения, которые могут уменьшить риск инфицирования ВИЧ (Heaton et al., 2006). Медианная распространенность ВИЧ среди беременных женщин на участках дозорного эпиднадзора сохранялась на уровнях от 15% до 17% с начала нового века (Национальная комиссия Малави по СПИДу, 2005).

Признаков снижения распространенности ВИЧ на национальном уровне в **Замбии** практически не наблюдается, однако эпидемия, похоже, идет на спад в некоторых районах страны. Последние данные эпиднадзора в родовых клиниках указывают на то, что распространенность ВИЧ среди беременных женщин в городских районах в два раза выше, чем в сельских (25% против 12%) (Министерство здравоохранения Замбии, 2005 г.), что подтверждает предыдущие оценки обследования населения (23% против 11%) (Центральное статистическое бюро и др., 2003). Распространенность ВИЧ снизилась среди беременных женщин в возрасте 20-24 лет, проживающих в городах (где она уменьшилась с 30% в 1994 до 24% в 2004 гг.), а также среди беременных женщин в возрасте 15–19 лет (с 20% в 1994 до 14% в 2004 гг.) (Министерство здравоохранения Замбии, 2005).

Масштабы эпидемии ВИЧ в островных государствах юга Африки значительно ниже. Последние данные о ВИЧ, собранные среди беременных женщин, пользующихся услугами родовых клиник на **Мадагаскаре**, указывают на национальную распространенность на уровне 0,2%, хотя отмечаются и высокие уровни – 1,1% на острове Сент-Мари и 0,8% в г. Мурундава (Ministère de la Santé et du Planning Familial, 2005). Использование нестерильного инструментария для инъекции наркотиков является основным фактором риска инфицирования ВИЧ в эпидемии на о-ве **Маврикий**, где около трех четвертых случаев ВИЧ-инфекции,

диагностированных за первые шесть месяцев 2004 г., приходилось на потребителей инъекционных наркотиков (Sulliman & Ameerberg, 2004).

Восточная Африка

В большинстве стран Восточной Африки распространенность ВИЧ среди взрослого населения находится на стабильном уровне или начинает снижаться. Последняя тенденция особенно заметна в Кении, где эпидемия ВИЧ идет на спад на фоне данных о меняющемся поведении. Помимо изменений в поведении, смертность среди людей, инфицированных ВИЧ несколько лет назад, также влияет на снижение уровня распространенности.

Уганда стала первой страной в Африке к югу от Сахары, в которой был зарегистрирован спад распространенности ВИЧ среди взрослого населения. Тем не менее, эпидемия остается серьезной; самые высокие уровни инфекции, по данным национального обследования, проведенного в 2004–2005 гг., отмечаются среди женщин (7,5% по сравнению с 5% среди мужчин) и жителей городов (10% по сравнению с 5,7% среди жителей сельских районов) (Министерство здравоохранения Уганды и ORC Macro, 2006).

Распространенность ВИЧ начала снижаться в Уганде в 1992 г. на фоне данных о существенных изменениях в поведении, которые замедлили распространение ВИЧ (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja & Voerma, 2004). Однако, по-видимому, эта тенденция стабилизировалась в начале 2000-х годов. Хотя снижение распространенности ВИЧ, наблюдавшееся среди беременных женщин, посещающих родовые клиники в Кампале и некоторых других городских районах, похоже, сохранялось до 2005 г., на других городских и большинстве сельских участков эпиднадзора в этом десятилетии отмечается общее выравнивание уровней распространенности (Kirungi et al., 2006; Shafer et al., 2006). Похожие данные о том, что распространенность и уровень заболеваемости ВИЧ среди мужчин и женщин стабилизировались, начиная с 2000 г., были получены в ходе когортного исследования, проведенного в сельских районах юга Уганды (Shafer et al., 2006). Следует отметить, что при таком быстром приросте населения, который происходит в Уганде (где коэффициент рождаемости составляет 6,7 по данным обследований в области демографии и здравоохранения за 2006 г.), стабильный уровень заболеваемости ВИЧ означает, что все большее число людей заражаются ВИЧ каждый год.

Стабильные тенденции распространения ВИЧ отмечаются наряду с очевидным недавним ростом поведения более высокого риска. В ходе национальных обследований населения, проведенных в 1995, 2000, 2004–2005 и 2006 гг., соответственно 12%, 14%, 15%

и 16% взрослых женщин и соответственно 29%, 28%, 37% и 36% взрослых мужчин указали, что практикуют половые отношения высокого риска (Kirungi et al 2006; Министерство здравоохранения Уганды & ORC Macro, 2006; Угандийское бюро статистики и Macro International Inc. 2007). В ходе этих же обследований об использовании презервативов во время половых сношений с такими партнерами сообщили 20%, 39%, 47% и 35% женщин и 35%, 59%, 53% и 57% мужчин, соответственно, что указывает на отсутствие прогресса в переходе к безопасному сексуальному поведению в последние годы. Необходимо срочно возобновить и адаптировать те виды профилактических мероприятий, которые помогли Уганде взять эпидемию под контроль в 1990-х годах.

Национальная распространенность ВИЧ в **Кении** снизилась с высокого уровня, составлявшего около 14% в середине 1990-х годов, до 5% в 2006 г. (Министерство здравоохранения Кении, 2005; Национальный комитет по контролю над СПИДом Кении, 2007). Тенденция к снижению была особенно значительной на городских участках в городах Бусиа, Меру, Накуру и Тхика, где медианная распространенность снизилась с 28% в 1999 до 9% в 2003 г. среди женщин в возрасте 15–49 лет, посещающих женские консультации, и с 29% в 1998 до 9% в 2002 г. среди женщин в возрасте 15–24 лет (Hallett et al., 2006).

Уровни ВИЧ-инфекции также снизились в **Объединенной Республике Танзания**. По последним данным, распространенность ВИЧ среди посетительниц родоразрешающих клиник на Занзибаре колеблется от 0,7% в Унгуйя до 1,4% в Пемба (Salum et al., 2003), в то время как на материковой части Танзании в 2003–2004 гг. она составляла 8,7% среди женщин, пользовавшихся услугами родоразрешающих клиник по сравнению с 9,6% в 2001–2002 гг. (Swai et al., 2006). В ходе национального обследования населения, проведенного на материковой части страны в 2003–2004 гг. была выявлена распространенность ВИЧ среди взрослого населения на уровне 7% (Танзанийская комиссия по СПИДу, Национальное бюро статистики и ORC Macro, 2005).

В **Бурунди** в ходе недавнего эпиднадзора за ВИЧ среди женщин, посещающих родоразрешающие клиники, была выявлена тенденция к снижению, которая наметилась в конце 1990-х годов, не продолжала развиваться после 2005 г., когда уровни ВИЧ инфекции на большинстве дозорных участков снова начали возрастать. (Ministère de la Santé Publique Burundi, 2005).

В **Руанде** обследование, проведенное в родоразрешающих клиниках в 2005 г., показало, что 4,1% беременных женщин были ВИЧ-инфицированными, а уровни распространенности были самыми высокими в Кигали (13%), хотя в других городах составляли, в среднем 5%, а в сельских районах – немногим более

2%. Существенное снижение распространенности ВИЧ наблюдалось в районе Рвамагана (с 13% до 4% в период с 1998 по 2005 гг.) и городском районе Гикондо в Кигали (с 14% до 8%) (Ministère de la santé Rwanda, 2005). Снижение распространенности ВИЧ среди беременных женщин в городских районах Руанды было особенно значительным в конце 1990-х годов, после чего уровни инфекции, похоже, стабилизировались (Kayirangwa et al., 2006).

В **Эфиопии** по данным обследования в области демографии и здравоохранения, проведенного в 2005 г., оценочная национальная распространенность ВИЧ среди взрослого населения составляла 1,4%, а самые высокие уровни инфекции отмечались в районах Гамбелы (6%) и Аддис-Абебы (4,7%) (Центральное статистическое управление и ORC Macro, 2006). Эпидемия в Эфиопии стабилизировалась в городских районах в 1996–2000 гг., после чего уровни ВИЧ-инфекции постепенно снизились, особенно в районах столицы страны, г. Аддис-Абеба. В сельских районах Эфиопии, где проживает большинство населения, эпидемия оставалась относительно стабильной после достижения пика распространенности ВИЧ в 1999–2001 гг. (Федеральное министерство здравоохранения Эфиопии, 2006).

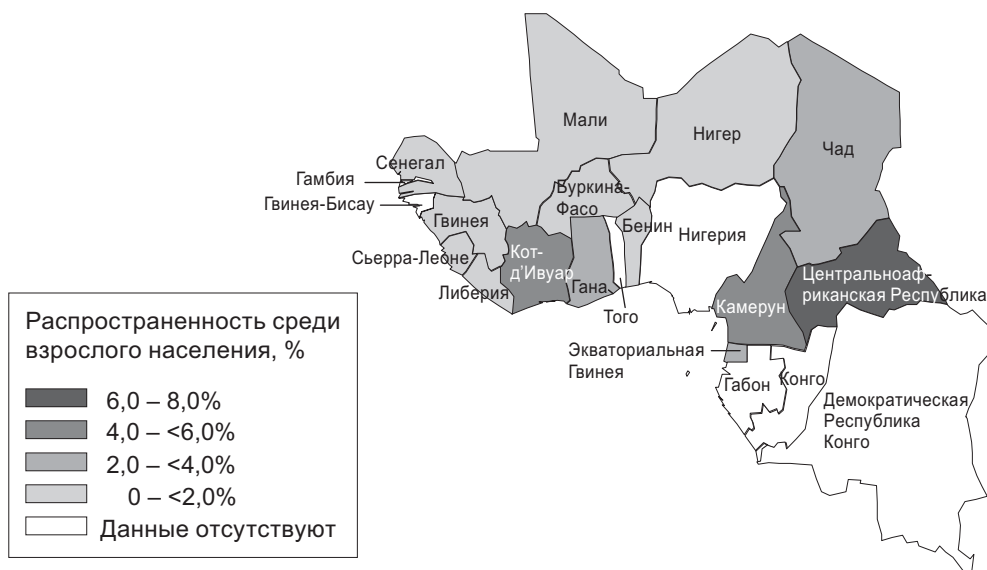
В **Эритрее** распространенность ВИЧ среди посетительниц родоразрешающих клиник составляла 2,4% в 2005 и 2003 гг. Распространенность ВИЧ в 2005 была самой высокой в городских районах (3% против 0,9% в сельской местности), и колебалась от наиболее высокого показателя – 7,4% в портовом городе Ассаб на крайнем востоке страны, до 4,2% в столице, г. Асмара, и 3,3% в другом портовом городе – Массав (Министерство здравоохранения Эритреи, 2006).

В **Сомали** в ходе обследований среди посетительниц родоразрешающих клиник была выявлена распространенность ВИЧ на уровне 2,3% в г. Бербера (ВОЗ, 2005). Однако из-за конфликтной ситуации в стране возможности дозорного эпиднадзора ограничены.

Западная и Центральная Африка

В большинстве стран Западной и Центральной Африки, где развиваются относительно небольшие по масштабам эпидемии, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения в целом остается стабильным. В то же время растет число стран, где имеются признаки снижения показателя распространенности ВИЧ, особенно в Кот-д'Ивуаре, Мали и городских районах Буркина-Фасо. В этих странах, равно как и в Бенине, имеются данные, указывающие на изменение поведения в сторону более безопасного.

Показатель распространенности ВИЧ по данным национальных обследований среди населения в странах Западной и Центральной Африки, 2003–2007 гг.



Источники: (Central African Republic) [1] Institut Centrafricain de la Statistique et des Études Économiques et Sociales; [2] United Nations Population Fund; [3] MEASURE DHS, Macro International Inc. Enquête de sérologie VIH en République Centrafricaine, 2006. (Cameroon) [1] Institut National de la Statistique, Ministère de la Planification de la Programmation du Développement et de l'Aménagement du Territoire; [2] ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé. Cameroun 2004. (Côte d'Ivoire) [1] Project RETRO-CI, Institut National de la Statistique, Ministère de la Lutte contre le Sida; [2] ORC Macro. Enquête sur les Indicateurs du Sida. Côte d'Ivoire 2005. (Chad) [1] Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques; [2] ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé. Tchad 2004. (Equatorial Guinea) Programa Nacional de Lucha Contra el SIDA, Proyecto Centro de Referencia para el Control de Endemias en Guinea Ecuatorial. Informe Final de la Encuesta de Seroprevalencia del VIH en Guinea Ecuatorial 2004. (Ghana) [1] Ghana Statistical Service; [2] Noguchi Memorial Institute for Medical Research; [3] ORC Macro. Ghana Demographic and Health Survey 2003. (Burkina Faso) [1] Institut National de la Statistique et de la Démographie; [2] ORC Macro Burkina Faso Enquête Démographique et de Santé 2003. (Liberia) [1] Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services; [2] Ministry of Health and Social Welfare; [3] National AIDS Control Program; [4] MEASURE DHS, Macro International. Liberia Demographic and Health Survey 2007. (Guinea) [1] Direction Nationale de la Statistique; [2] ORC Macro. Démographique et de Santé Guinée 2005. (Sierra Leone) [1] Nimba Research and Consulting Company; [2] Statistics Sierra Leone; [3] Ministry of Health and Sanitation; [4] National HIV/AIDS Secretariat. National Population Based HIV Seroprevalence Survey of Sierra Leone 2005. (Mali) [1] Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé; [2] Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire; [3] MEASURE DHS. Enquête Démographique et de Santé EDSM-IV, Mali 2006. Rapport Préliminaire. (Benin) [1] Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique; [2] Programme National de Lutte contre le Sida; [3] Demographic and Health Surveys, Macro International, Inc. Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. Rapport Préliminaire. (Niger) [1] Institut National de la Statistique, Ministère de l'Économie et des Finances; [2] Macro International Inc. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2006. (Senegal) [1] Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale Centre de Recherche pour le Développement Humain; [2] ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé Sénégal 2005.

Рис. 7

Самая крупная эпидемия в этом субрегионе по-прежнему развивается в **Нигерии**. Национальный показатель распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих дородовые клиники в Нигерии, выглядит стабильным, однако наблюдаются значительные различия между районами и штатами страны (Utulu & Lawoyin, 2007). Например, показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в различных штатах страны колеблется от низкого значения в 1,6% в Экити (на западе) до 8% в Аква-Ибоме (на юге) и 10% в Бенуэ на юго-востоке (Федеральное министерство здравоохранения Нигерии, 2006).

В **Бенине** данные дозорного эпиднадзора среди беременных женщин, посещающих дородовые клиники, указывают на развитие относительно стабильной национальной эпидемии – после 2003 года показатель распространенности ВИЧ остается примерно на уровне 2%. Согласно результатам обследования в области демографии и здравоохранения за 2006 год,

1,2% взрослого населения страны жили с ВИЧ; показатель распространенности ВИЧ среди женщин (1,5%) оказался почти в два раза выше, чем среди мужчин (0,8%) (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ORC Macro, 2007).

Показатель распространенности ВИЧ в **Того** является одним из самых высоких в Западной Африке: среди беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ в дородовых клиниках в 2006 году, этот показатель составлял 4,2%, что означает снижение национального уровня распространения инфекции. (В 2003 году 4,8% женщин, посещающих дородовые клиники, оказались ВИЧ-позитивными; в 2004 году этот показатель снизился до 4,6%) (Ministère de la Santé du Togo, 2007 & 2006).

В **Буркина-Фасо** эпидемия ВИЧ продолжает ослабевать в городских районах. Среди молодых беременных женщин, посещающих дородовые клиники в городских

районах, в 2001–2003 годах показатель распространенности ВИЧ уменьшился в два раза (чуть ниже 2%) (Présidence du Faso, 2005; Institut National de la Statistique et de la Démographie/ORC Macro, 2004).

Самые последние данные для **Мали**, собранные в ходе обследования в области демографии и здравоохранения в 2006 году, также указывают на возможное ослабление эпидемии. В 2006 году оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения составлял 1,2% (Ministère de la Santé du Mali/ORC Macro, 2007); это ниже уровней, зарегистрированных при проведении такого же обследования в 2001 году, когда оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения составлял 1,7% (2% среди женщин и 1,3% среди мужчин) (Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé et al., 2002). Здесь также одним из факторов, способствующих снижению распространенности, вероятно, является смертность. В 2005 году показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих родовые клиники, составлял 3,4%, т.е. оставался примерно на уровне предшествующих лет (Ministère de la Santé du Mali, 2005).

В **Гане** с 2000 по 2006 годы медианный показатель распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих родовые клиники, колебался от 2,3% до 3,6 (Министерство здравоохранения Ганы, 2007).

В **Кот-д'Ивуаре**, по данным последнего обследования в области демографии и здравоохранения, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения составил 4,7% (Institut National de la Statistique et Ministère de la Lutte contre le Sida Côte d'Ivoire & ORC Macro, 2006). Эпиднадзор за ВИЧ среди беременных женщин указывает на то, что показатель распространенности снижается, по крайней мере в городских районах, где он уменьшился с 10% в 2001 году до 6,9% в 2005 году (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Côte d'Ivoire et al., 2007).

В **Сенегале** показатель распространенности ВИЧ среди населения в целом в 2005 году составлял 0,7% (Ndiaye & Ayad, 2006). Однако, по оценкам, ВИЧ по-прежнему в основном передается в результате незащищенного платного секса: например, в Зигиншоре показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса достигал 30% (Gomes do Espirito Santo et al., 2005).

Показатель распространенности ВИЧ-1 среди беременных женщин в **Гамбии** увеличился с 0,7% в 1994 году до 1,0% в 2000 году, в то время как показатель распространенности ВИЧ -2 за тот же период снизился с 1,0% до 0,8% (van der Loeff et al., 2003).

Показатель распространенности ВИЧ в **Гвинее** колеблется незначительно; по данным национального обследования среди населения за 2005 год, этот показатель, вероятно, достиг своего пика в 2,1% в столице страны Конакри (Direction Nationale de la Statistique & ORC Macro, 2006).

В **Либерии**, согласно предварительным результатам обследования в области демографии и здравоохранения за 2007 год, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения (в возрасте 15–49 лет) составляет 1,5%, а уровни инфекции колеблются от 2,5% в городских районах до 0,8% в сельских районах. Показатель распространенности среди взрослого населения оказался самым высоким в районе Монровия – 2,6% (Институт статистики и геоинформационных услуг Либерии и Macro International, 2007).

В **Сьерра-Леоне**, по данным второго национального дозорного эпиднадзора за 2006 год, показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих родовые клиники (в основном в городских районах), составил 4,1%. Если сравнивать с показателем распространенности ВИЧ среди беременных женщин в 3%, полученным при проведении такого же обследования в 2003 году, последние данные говорят о том, что эпидемия в Сьерра-Леоне может нарастать (Министерство здравоохранения и санитарии Сьерра-Леоне, 2007). По данным обследования среди населения, проведенного в 2005 году, национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения составил 1,5% (Национальный секретариат по СПИДу/Nimba Research Consultancy, 2005).

В **Чаде** национальное обследование среди населения показало, что в 2005 году с ВИЧ жили 3,3% взрослых. Эпидемия, вероятно, концентрируется в основном в городских районах, где средний показатель распространенности ВИЧ составлял 7%, или более чем в три раза выше, чем в сельских районах (Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques et Programme National de Lutte Contre le Sida, 2006).

Показатель распространенности ВИЧ значительно ниже в соседнем **Нигере**, где, по данным обследования в области демографии и здравоохранения за 2006 год, 0,7% взрослых были инфицированы ВИЧ. Показатель распространенности оказался самым высоким в департаментах Агадес и Диффа, соответственно 1,6% и 1,7% (Institut National de la Statistique/Macro International Inc., 2007).

В **Камеруне** национальное обследование среди населения, выполненное в 2004 году, указало на значительное географическое расхождение в показателе распространенности ВИЧ – от 1,7% на севере и 2,0% на крайнем севере до значительно более высоких пока-

зателей распространения инфекции в столице страны Яунде (8,3%) и в провинциях на юго-западе (8%), востоке (8,6%) и северо-западе (8,7%) (Institut National de la Statistique & ORC Macro, 2005). Эпиднадзор среди беременных женщин в последние годы не проводился, что затрудняет оценку тенденций в развитии эпидемии.

В **Демократической Республике Конго** показатель распространенности ВИЧ среди посетительниц родильных клиник оставался относительно стабильным в столице страны Киншасе (от 3,8% в 1995 году до 4,2% в 2005 году), однако этот показатель вырос во втором по величине городе страны Лубумбаши (с 4,7% в 1997 году до 6,6% в 2005 году), а также в Микалайи (с 0,6% в 1999 году до 2,2% в 2005 году) (Kaembe et al., 2007). Показатель распространенности ВИЧ также является высоким в городах Матади, Кисангани и

Мбандака (где в 2005 году 6% женщин, посещающих родильные клиники, оказались ВИЧ-позитивными), а также в Чикапе (где он составлял 8%) (Programme National de Lutte contre le SIDA, 2005).

В **Центральноафриканской Республике** национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения является одним из самых высоких в Западной и Центральной Африке; по данным национального обследования среди населения за 2006 год он составлял 6,2% (Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération internationale de la République centrafricaine, 2007). В национальном масштабе показатель распространенности ВИЧ среди женщин был почти в два раза выше, чем среди мужчин (соответственно 7,8% и 4,3%), причем отмечаются значительные региональные различия в этом показателе.



АЗИЯ

В Азии национальный показатель распространенности ВИЧ является самым высоким в юго-восточном регионе, где наблюдаются сильно отличающиеся тенденции в развитии эпидемии между странами. В то время как в Камбодже, Мьянме и Таиланде показатели распространенности ВИЧ снижаются, в Индонезии (особенно в провинции Папуа) и Вьетнаме они растут. Несмотря на то что доля людей, живущих с ВИЧ в Индии, ниже предыдущих оценок, ее эпидемия продолжает затрагивать значительное число людей. В целом, в Азии в 2007 году оценочное число людей, живущих с ВИЧ, составляло 4,9 [3,7–6,7] миллиона человек, включая 440 000 [210 000–1,0 миллиона] человек, заразившихся в прошлом году. В 2007 году от болезней, обусловленных СПИДом, умерли примерно 300 000 [250 000–470 000] человек.

Несмотря на то что ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех провинциях **Китая**, по оценкам, большинство ВИЧ-инфицированных людей живут в провинциях Хэнань, Гуандун, Гуанси, Синьцзян и Юньнань (Министерство здравоохранения Китая, 2006). По оценкам, в 2006 году чуть менее половины всех людей, живущих с ВИЧ в Китае, заразились в результате употребления инъекционных наркотиков с использованием зараженного инструментария и примерно такая же пропорция заразилась во время незащищенного полового акта (Министерство здравоохранения Китая, 2006; Lu, et al., 2006).

Несмотря на то что эпидемия по-прежнему в основном развивается за счет употребления инъекционных наркотиков, последние данные указывают на возникновение эпидемии в крупных городах среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; по оценкам, до 7% ВИЧ-инфекций могут быть обусловлены небезопасным сексом между мужчинами (Lu et al. 2006). По данным исследований, показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, варьируется от 1,5% в Шанхае (Choi et al., 2007) до 1,7% на юге (Tao et al., 2004; Zhu et al., 2005) и 3,1%–4,6% в Пекине (Choi et al., 2003; Ma et al., 2006). Тот факт, что одни и те же люди употребляют инъекционные наркотики и участвуют в секс-бизнесе, является важным аспектом эпидемии ВИЧ в Китае. Растет число женщин, употребляющих инъекционные наркотики; в некоторых местах до половины из них также продают сексуальные услуги. Многие мужчины, употребляющие инъекционные наркотики, также покупают сексуальные услуги, часто не пользуясь при этом презервативами (Hesketh et al., 2006).

Согласно новым уточненным оценочным данным, в 2006 году число людей, живущих с ВИЧ в **Индии**, составляло примерно 2,5 (2–3,1) миллиона человек, а национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения составлял 0,36%. Несмотря на то что пропорция людей, живущих с ВИЧ, ниже по сравнению с предыдущими оценками, эпидемия в Индии по-прежнему затрагивает большое число людей.

Пересмотренные оценки были получены с использованием расширенной и улучшенной системы эпиднадзора, а также более надежной и усовершенствованной методологии. Важную роль в получении пересмотренных оценок сыграло включение результатов последнего национального обследования среди домохозяйств ("Национальное обследование здоровья в семьях – 3" (NFHS-3), проведенное в 2005–2006 годах). В ходе обследования, которое было первым национальным обследованием среди населения, включавшим компонент ВИЧ, тестирование на ВИЧ прошли более 100 000 человек (NFHS-3, 2007).

Кроме того, в последние годы Индия расширила свою систему дозорного эпиднадзора за ВИЧ, а количество участков эпиднадзора увеличилось со 155 в 1998 году до 1120 участков в 2006 году. Сейчас эпиднадзор включает сбор данных среди беременных женщин, посещающих дородовые клиники, людей, посещающих клиники ИППП, и групп населения, которым грозит повышенный риск заражения ВИЧ.

Тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ в Индии сильно варьируются между штатами и регионами. Даже в четырех южных штатах (Андхра-Прадеш, Карнатака, Махараштра и

Тамилнаду), где проживает значительное большинство ВИЧ-инфицированных, показатель распространенности ВИЧ колеблется, причем эпидемия, как правило, концентрируется в определенных районах (НАКО, 2005а; Всемирный банк, 2005). Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в шести штатах, включенных в недавно проведенное национальное обследование среди населения (NFHS-3, 2007) колебался от 0,07% в Уттар-Прадеше, 0,34% в Тамилнаду, 0,62% в Махараштре, 0,69% в Карнатаке, 0,97% в Андхра-Прадеше и 1,13% в Манипуре.

Показатель распространенности во всех других штатах в целом составлял 0,13%. Согласно ранее проведенному анализу данных дозорного эпиднадзора, в 2000–2004 годах показатель распространенности ВИЧ в южных штатах в целом был примерно в пять раз выше, чем в северных (Kumar R et al., 2006). В то же время в штатах, где общий показатель распространенности в целом является низким, были обнаружены районы со значительным показателем распространенности ВИЧ (в основном среди групп населения, которым грозит высокий риск заражения ВИЧ), указывая на то, что самоуспокоение недопустимо.

Рис. 8



Данные расширенного дозорного эпиднадзора за 2006 год указывают на устойчивый или снижающийся показатель распространенности среди беременных женщин в штатах Тамилнаду, Махараштра, Карнатака и Андхра-Прадеш и в то же время на высокий показатель распространенности среди работников секс-бизнеса и нарастающий показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в нескольких штатах. Исключая северо-восток страны, где основным фактором заражения ВИЧ является использование нестерильного инъекционного инструментария, ВИЧ, вероятно, распространяется в основном в результате незащищенных половых контактов между работниками секс-бизнеса и их клиентами и другими половыми партнерами и тех и других (Kumar et al., 2005). Программы профилактики, нацеленные на работников коммерческого секса, в определенной мере оказываются успешными; показатель распространенности ВИЧ снижается среди работников секс-бизнеса в районах, где проводилась целевая работа по профилактике, особенно в штате Тамилнаду и других южных штатах. В то же время различия в природе коммерческого секса зачастую усложняют усилия по профилактике (Char, Piller & Shirke, 2003).

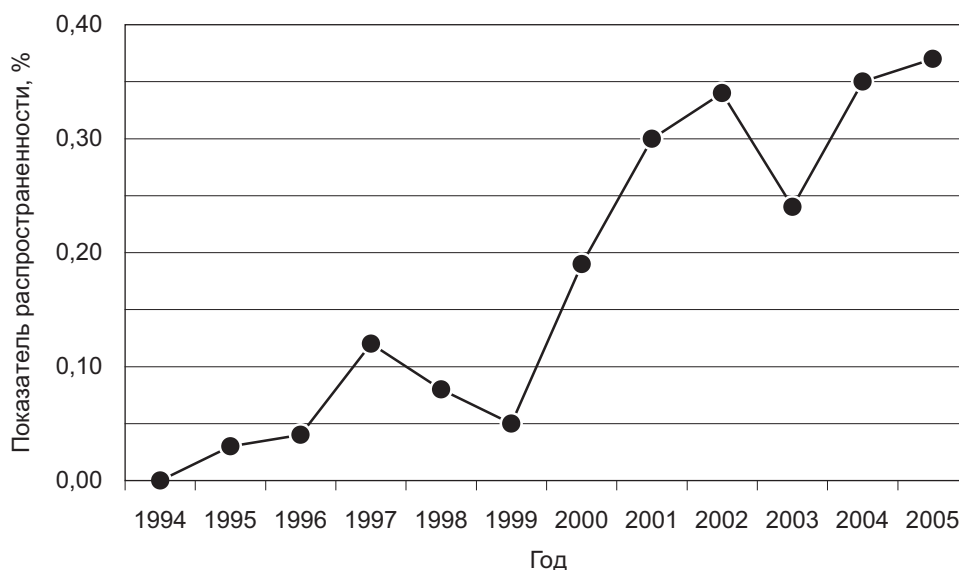
В **Пакистане** показатель распространенности ВИЧ растет среди потребителей инъекционных наркотиков. По данным одного исследования, проведенного в

Карачи, показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков вырос с уровня ниже 1% в начале 2004 года до 26% в марте 2005 года (Emmanuel, Archibal & Altaf, 2006); по данным других исследований, показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков достиг 24% в Кветте (на границе с Афганистаном) (Achakzai, Kassi & Kasi, 2007), 12% в Саргодхе, почти 10% в Фейсалабаде (Nai Zindagi and Associates, 2006) и 8% в Ларкане (Abbasi, 2006). Показатель распространенности остается низким в других группах населения, которым грозит повышенный риск. В 2005 году показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса в Карачи составлял 2%, в то время как в Лахоре и Равалпинди он был ниже 1% (Министерство здравоохранения Пакистана, 2005; Национальная программа по СПИДу Пакистана, 2005).

С 2000 по 2005 годы оценочное число людей, живущих с ВИЧ во **Вьетнаме**, увеличилось более чем в два раза – со 120 000 до 260 000 (Министерство здравоохранения Вьетнама, 2005). Основными факторами в распространении ВИЧ-инфекции являются использование нестерильного инъекционного инструментария и незащищенный секс со случайными половыми партнерами или работниками секс-бизнеса (Tuang et al., 2007). Показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков во Вьетнаме вырос с 9% в 1996 году примерно до 34% в 2005 году (Министерство здравоохранения Вьетнама,

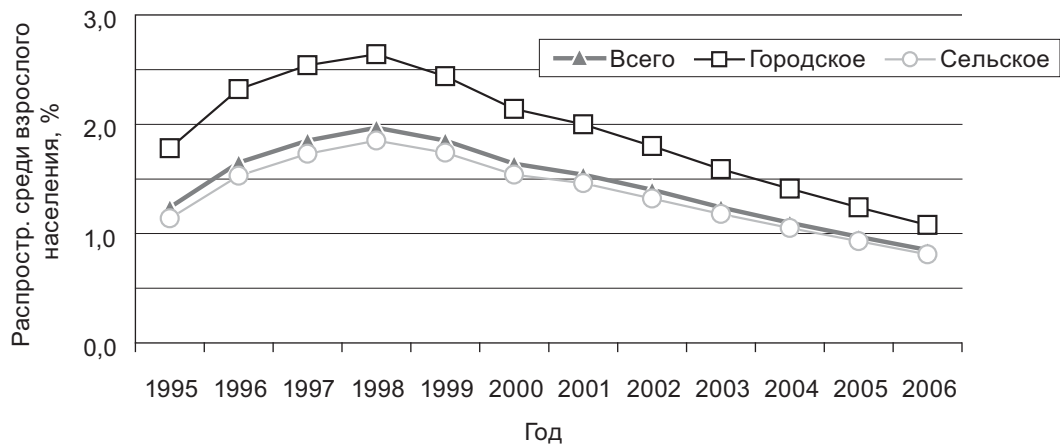
Рис. 9

Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин во Вьетнаме, 1994–2005 гг.



Источник: Министерство здравоохранения, данные дозорного эпиднадзора.

Показатель распространенности ВИЧ среди населения Камбоджи в целом, 1995–2006 гг.



Источник: Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ИППП.

Рис. 10

2006 и 2005). По мере развития эпидемии все большее число женщин заражается ВИЧ от мужчин, которые в свою очередь заразились в результате небезопасного платного секса и употребления инъекционных наркотиков, на что указывает рост показателя распространенности среди беременных женщин, посещающих дородовые клиники (рисунок 9). В 2006 году, по оценкам, третья часть людей, живущих с ВИЧ, составляли женщины (Комиссия по народонаселению Вьетнама и др., 2006). В то же время большинство ВИЧ-инфекций по-прежнему прямо или косвенно связано с употреблением инъекционных наркотиков.

Эпидемия ВИЧ в **Индонезии** является одной из наиболее быстро развивающихся в Азии. По имеющимся данным, большинство ВИЧ-инфекций передается в результате пользования общим нестерильным инъекционным инструментарием, незащищенного платного секса и в меньшей степени незащищенного секса между мужчинами (Министерство здравоохранения и Управление статистики Индонезии, 2006). При проведении обследования в 2005 году более 40% потребителей инъекционных наркотиков в Джакарте имели положительный результат теста на ВИЧ (ВОЗ и Министерство здравоохранения Индонезии, 2007); в Западной Яве этот показатель составлял около 13% (Министерство здравоохранения Индонезии, 2006б). Кроме того, многие потребители инъекционных наркотиков также покупают или продают сексуальные услуги (Управление статистики и Министерство здравоохранения Индонезии, 2006). В 2005 году около четверти потребителей инъекционных наркотиков в Бандунге, Джакарте и Медане отметили, что у них был неза-

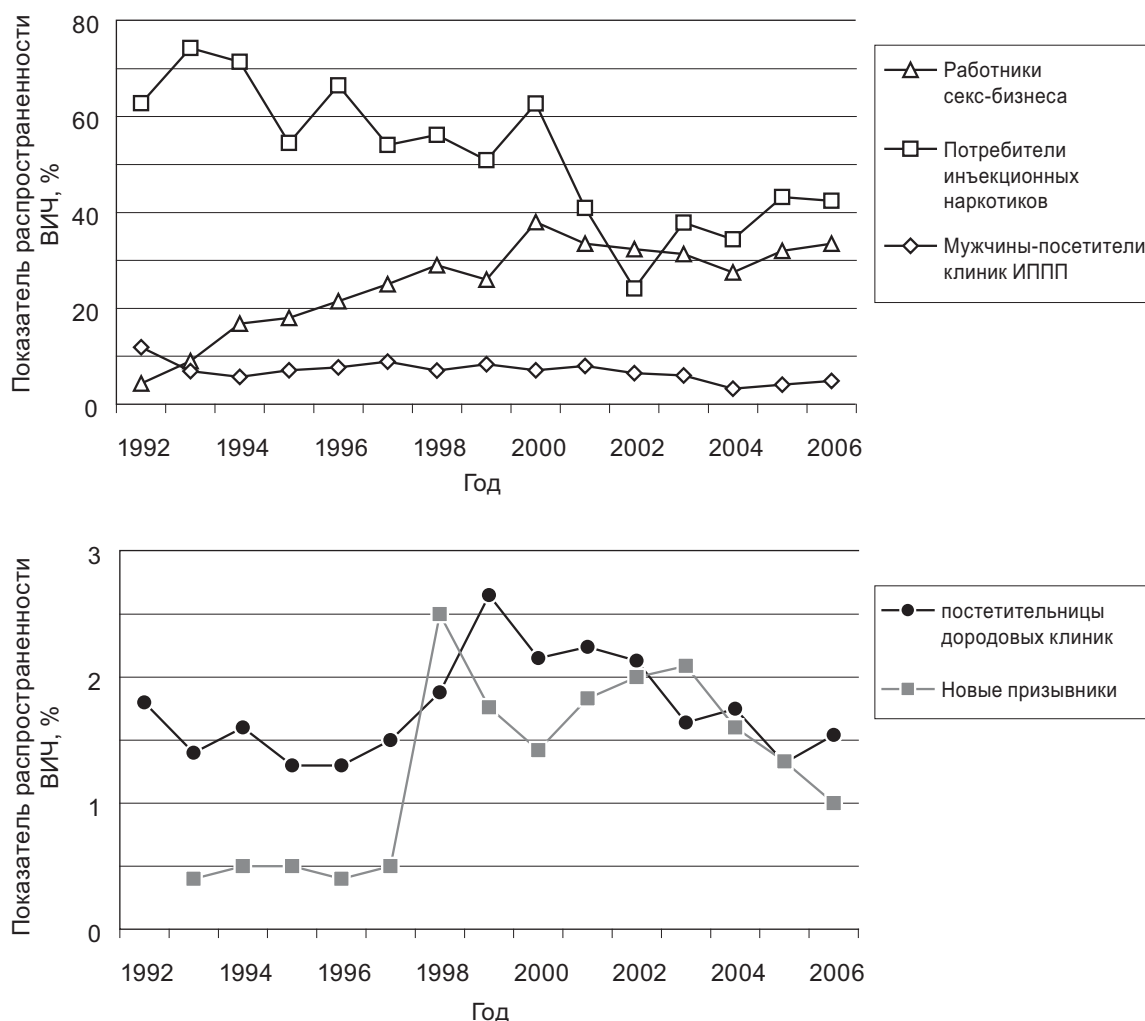
щищенный платный секс в предшествующем году (Министерство здравоохранения и Управление статистики Индонезии, 2006).

В провинции Папуа (на границе с государством Папуа – Новая Гвинея) развивается серьезная эпидемия, а основным путем передачи инфекции являются незащищенные половые контакты. По данным обследования, проведенного среди населения в провинции Папуа в 2006 году, оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения составлял 2,4%, достигая 3,2% в удаленных горных районах и 2,9% в менее доступных низменных районах. Показатель распространенности ВИЧ среди населения в возрасте 15–24 лет составлял 3% (Министерство здравоохранения и Управление статистики Индонезии, 2007).

Согласно данным, полученным в **Камбодже**, целенаправленные и устойчивые усилия по профилактике помогают обратить эпидемию ВИЧ вспять. В 2006 году, по оценкам, национальный показатель распространенности ВИЧ снизился до 0,9% среди взрослых (15–49 лет) с пикового уровня в 2% в 1998 году (Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ИППП, 2007).

Число новых ежегодных ВИЧ-инфекций в **Таиланде** продолжает уменьшаться, хотя в последние годы процесс снижения показателя распространенности ВИЧ замедлился, по мере того как все большее число людей получает антиретровирусное лечение. Модели передачи ВИЧ в Таиланде со временем изменились – вирус все шире распространяется среди лиц, которых относят к группам с низким риском заражения. В 2005

Показатель распространенности ВИЧ среди различных популяций в Мьянме, 1992–2006 гг.



Источник: Развитие эпидемии в Мьянме, Международный конгресс по СПИДу в Азии и Тихоокеанском регионе, Шри-Ланка, август 2007 г.

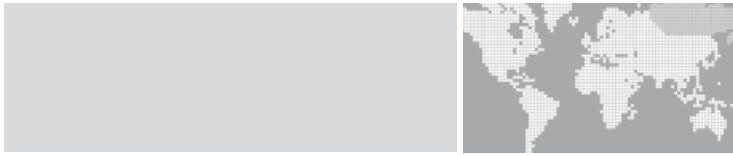
Рис. 11

году более четырех десятых (43%) новых инфекций были зарегистрированы среди женщин, причем большинство из них, вероятно, заразились ВИЧ от своих мужей или партнеров, которые в свою очередь заразились во время небезопасного платного секса или при употреблении инъекционных наркотиков (ВОЗ, 2007).

Несмотря на общие достижения в деле обуздания эпидемии ВИЧ в Таиланде, показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в последние 15 лет оставался высоким, колеблясь от 30% до 50% (ВОЗ, 2007). Точно так же последние исследования указывают на рост показателя распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих

половые контакты с мужчинами (напр., в Бангкоке этот показатель вырос с 17% в 2003 году до 28% в 2005 году) (van Griensven, 2006).

В Мьянме также имеются признаки ослабления эпидемии: показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые клиники, снизился с 2,2% в 2000 году до 1,5% в 2006 году (Национальная программа по СПИДу Мьянмы, 2006). Несмотря на общее снижение распространенности, вызывает озабоченность высокий уровень распространенности ВИЧ среди основных групп населения, которым грозит более высокий риск заражения (см. рисунок 11).



ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ

По оценкам, 150 000 [70 000 – 290 000] человек были впервые инфицированы ВИЧ в 2007 г. и общее число людей, живущих с ВИЧ в Восточной и Центральной Азии, составило 1,6 [1,2 – 2,1] млн. человек по сравнению с 630 000 [490 000-1,1 млн.] человек в 2001 г., что представляет собой рост на 150%.

Почти 90% впервые диагностированных случаев ВИЧ в этом регионе произошли в 2006 году в двух странах – Российской Федерации (66%) и Украине (21%). Также растет число впервые зарегистрированных случаев ВИЧ и в других странах – в Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Республике Молдова, Таджикистане и Узбекистане (где сегодня отмечается самая крупная эпидемия в Центральной Азии). Почти две трети (62%) от общего числа новых случаев ВИЧ, зарегистрированных в Восточной Европе и Центральной Азии в 2006 г., относительно которых имелась информация о пути передачи, произошло вследствие потребления инъекционных наркотиков, а более одной трети (37%) – в результате незащищенного полового акта между гетеросексуальными партнерами.

Эпидемия ВИЧ в **Российской Федерации** продолжает развиваться, хотя и не так быстро, как в конце 1990-х годов. В период с 2001 по 2003 гг. ежегодное число впервые регистрируемых случаев ВИЧ снизилось (с пикового значения – 87 000 до 34 000 случаев), однако после этого снова начало расти. В 2006 г. было официально зарегистрировано 39 000 новых диагнозов ВИЧ, и общее число случаев ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации, составило около 370 000 ("СПИД Фонд Восток-Запад", 2007). Эти официальные данные учитывают только тех людей, которые имели непосредственный контакт с системой регистрации ВИЧ Российской Федерации.

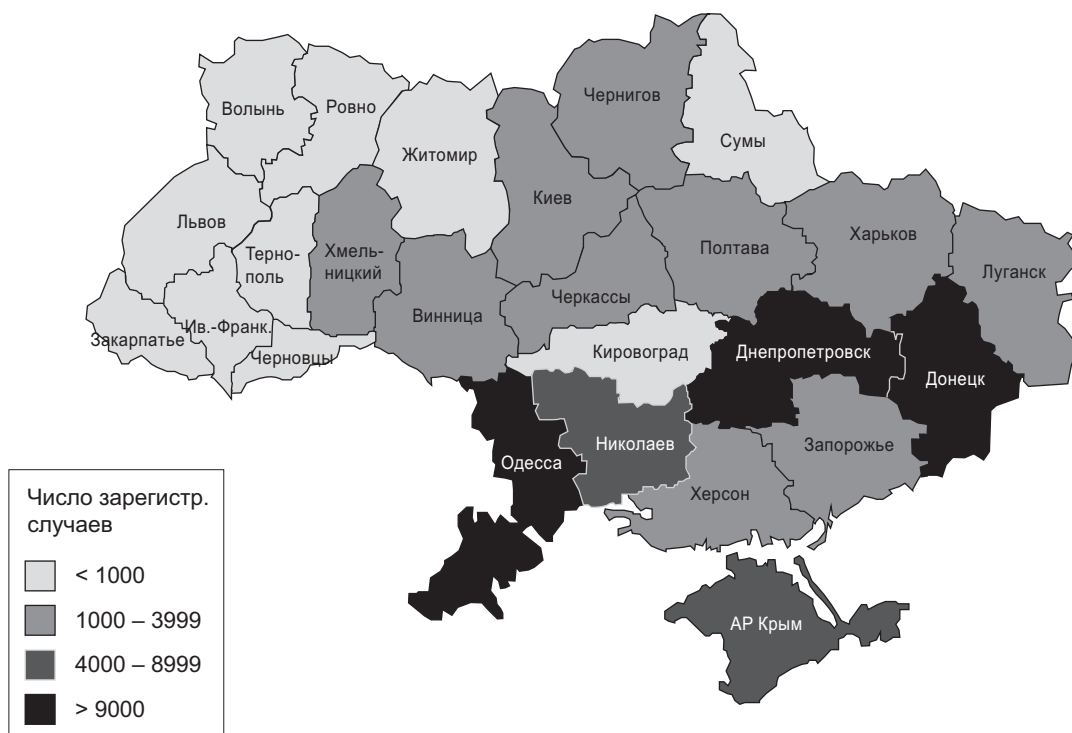
В Российской Федерации основным путем передачи ВИЧ остается потребление инъекционных наркотиков. Почти две трети (66%) от общего числа случаев ВИЧ с установленным путем передачи, впервые зарегистрированных в 2006 г., произошло вследствие потребления инъекционных наркотиков, а около одной трети (32%) – в результате незащищенного гетеросексуального полового акта (Ладная, 2007). Однако с конца 1990-х годов процент последних случаев постепенно растет, особенно в районах со сравнительно зрелыми эпидемиями. В 2006 г. менее 1% впервые зарегистрированных случаев ВИЧ произошло вследствие небезопасного секса между мужчинами (ЕвроВИЧ, 2007).

В целом, около 44% новых ВИЧ-инфекций, зарегистрированных в 2006 году, пришлось на женщин (Российский федеральный центр СПИДа, 2007 г.). Национальная распространенность ВИЧ среди беременных женщин составляла 0,4% в 2005 и 2006 гг. (Ладная, 2007), хотя в некоторых районах, включая Санкт-Петербург и Оренбург, была зарегистрирована распространенность на уровне 1% или выше (Лазуткина, 2007 г.; Волкова, 2007).

В **Украине** ежегодное число диагнозов ВИЧ возросло с 2001 года более чем в два раза, в 2006 г. достигло цифры 16 094 и превысило 8700 случаев за первые шесть месяцев 2007 г. (Министерство здравоохранения Украины, 2007).

Юго-восток Украины остается наиболее сильно затронутым регионом – особенно это касается Днепропетровской, Донецкой, Николаевской и Одесской областей и Автономной Республики Крым. На эти районы, а также столицу страны Киев, приходится более 70% всех зарегистрированных в настоящее время случаев ВИЧ в Украине (Министерство здравоохранения Украины, 2007). В ходе недавних дозорных обследований по ВИЧ, проводившихся в шести городах в 2007 г., распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составила от 10% в Луганске до 13% в Киеве и 89% в Кривом Роге

ВИЧ-инфекция в областях Украины*, 2007 г.



* Данные о количестве официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных, получающих медицинскую помощь на региональном уровне в Украине, по состоянию на 1 июля 2007 года

Источник: Украинский центр СПИДа, 2007 г.

Рис. 12

(Украинский институт социальных исследований и др., 2007). Распространенность ВИЧ среди работников коммерческого секса колебалась в пределах от 4% в Киеве до 24% в Донецке и 27% в Николаеве (Booth, Kwiatkowski & Brewster, 2006; Министерство здравоохранения Украины, 2007).

Недавние исследования показали масштабы ранее скрытой эпидемии среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами в Украине. В ходе исследования в четырех городах была выявлена распространенность ВИЧ, составлявшая от 4% в Киеве, столице страны, до 23% в Одессе. Только 34% из ВИЧ-позитивных мужчин, участвовавших в этом исследовании, сообщили об использовании презерватива при последнем половом контакте с партнером-мужчиной (Украинский институт социальных исследований и др., 2007).

Эпидемия ВИЧ в **Беларуси**, вероятно, стабилизировалась, и начиная с 2003 г. ежегодное число новых зарегистрированных случаев ВИЧ лишь слегка колеблется (от 713 до 778) (ЕвроВИЧ, 2007). Большинство новых ВИЧ-инфекций регистрируется в Минске,

и прилегающих районах, а также в Брестской и Витебской областях (Министерство здравоохранения Беларуси, 2007). Здесь также эпидемия, в основном, сконцентрирована среди потребителей инъекционных наркотиков, и в этой группе наблюдается высокая распространенность ВИЧ: 34% в Жлобине, 31% в Минске, 23% в Солигорске, 20% в Речице и 17% в Гомеле (ВОЗ, 2006а).

Число впервые зарегистрированных случаев ВИЧ в **Республике Молдова** с 2003 года возросло более чем в два раза и в 2006 составило 621 случай (ЕвроВИЧ, 2007). Более половины (59%) ВИЧ-инфекций, зарегистрированных в 2006 г., обусловлено передачей ВИЧ вследствие незащищенного полового акта (ЕвроВИЧ, 2007).

В настоящее время во всех республиках Кавказа регистрируется рост числа новых случаев ВИЧ. В **Грузии** более половины (60%) из 1156 случаев ВИЧ, зарегистрированных до настоящего момента, произошло за последние три года (2004–2006), и ежегодно растет число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (ЕвроВИЧ, 2007).

Похожие модели отмечаются и в менее крупной эпидемии в **Армении** (ЕвроВИЧ, 2007 г.), где большинство зарегистрированных ВИЧ-инфекций происходит среди потребителей инъекционных наркотиков (почти все они – мужчины). Распространенность ВИЧ на уровне 9% была выявлена среди потребителей инъекционных наркотиков, а среди работниц коммерческого секса она составляет менее 2% (Армянский национальный фонд СПИДа, 2006).

Почти половина (47%) из всех случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в ходе эпидемии в **Азербайджане**, которая началась относительно недавно, были выявлены в 2005–2006 гг. (ЕвроВИЧ, 2007). Почти половина случаев ВИЧ, зарегистрированных в 2006 г., произошла в Баку, столице страны, где 13% потребителей инъекционных наркотиков получили положительные результаты тестирования на ВИЧ в ходе обследования, проведенного в 2003 г. (ВОЗ, 2006b). Кроме того, высокая распространенность ВИЧ (9%) и других инфекций, передаваемых половым путем (9% сифилис и 63% хламидиоз), была выявлена среди работниц коммерческого секса, которые, как выяснилось, редко пользуются презервативами (ВОЗ, 2006b).

В **Узбекистане**, где в настоящее время развивается самая крупная эпидемия в Центральной Азии, число новых зарегистрированных случаев ВИЧ росло экспоненциально с 1999 по 2003 гг., с 28 до 1836 случаев. После этого число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции росло медленнее и в 2006 г. составило 2205 человек (ЕвроВИЧ, 2007). Во время исследования, проведенного в Ташкенте с 2003 по 2004 гг., почти каждый третий (30%) потребитель инъекционных наркотиков получил положительные результаты тестирования на ВИЧ (Sanchez et al., 2006).

В **Казахстане** число новых зарегистрированных случаев ВИЧ возросло с 699 в 2004 г. до 1745 в 2006 г. (ЕвроВИЧ, 2007). Этот рост можно отчасти отнести на счет расширения тестирования на ВИЧ (включая тестирование в исправительных учреждениях, группах наиболее высокого риска и среди беременных женщин), хотя в 2006 г. на юге страны была отмечена вспышка ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях, в результате которой были инфицированы более 130 детей (Центр СПИДа Южно-Казахстанской области, 2007). 17% потребителей инъекционных наркотиков, участвовавших в исследовании в Темиртау в 2005 г., были ВИЧ-положительными (Министерство здравоохранения Казахстана и др., 2005). Дозорный эпиднадзор, проведенный в 2005 г. в 23 городах и селах по всей стране, выявил, что на национальном уровне немногим более 3% потребителей инъекционных наркотиков были ВИЧ-инфицированными (Республиканский центр профилактики и контроля над СПИДом, 2005).

В **Таджикистане** распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в городах Душанбе и Худжанд возросла с 16% в 2005 до 24% в 2006 гг. Также вызывает беспокойство внезапный рост распространенности ВИЧ среди работников коммерческого секса в этих же городах (с 0,7% до 3,7% за тот же период времени) (Министерство здравоохранения Таджикистана, 2007).

В **Кыргызстане** эпидемия ВИЧ также сконцентрирована среди потребителей инъекционных наркотиков. В 2006 г. дозорный эпиднадзор в Бишкеке и Оше выявил распространенность на уровне 0,8% среди потребителей инъекционных наркотиков, 3,5% среди заключенных, 1,3% среди женщин секс-бизнеса и 1% среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (Министерство здравоохранения Кыргызстана, 2007).



КАРИБСКИЙ БАССЕЙН

По оценкам, в 2007 году показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения в Карибском бассейне составляет 1,0% [0,9%–1,2%]. Самый высокий показатель распространенности ВИЧ в этом регионе отмечен в Доминиканской Республике и Гаити, на которые приходится около трех четвертей из 230 000 [210 000–270 000] человек, живущих с ВИЧ, включая 17 000 [15 000–23 000] человек, впервые заразившихся в 2007 году. По оценкам, в этом году в Карибском бассейне от СПИДа умерли 11 000 [9800–18 000] человек; при этом СПИД остается одной из ведущих причин смерти среди людей в возрасте от 25 до 44 лет.

Основным путем передачи ВИЧ в этом регионе являются половые контакты; важным фактором в распространении ВИЧ является незащищенный секс между работниками секс-бизнеса и их клиентами. По имеющимся данным, показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса составляет 3,5% в **Доминиканской Республике**, 9% на **Ямайке** и 31% в **Гайане** (Gupta et al., 2006; Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 2005b; PAHO, 2007; Gebre et al., 2006; Allen et al., 2006).

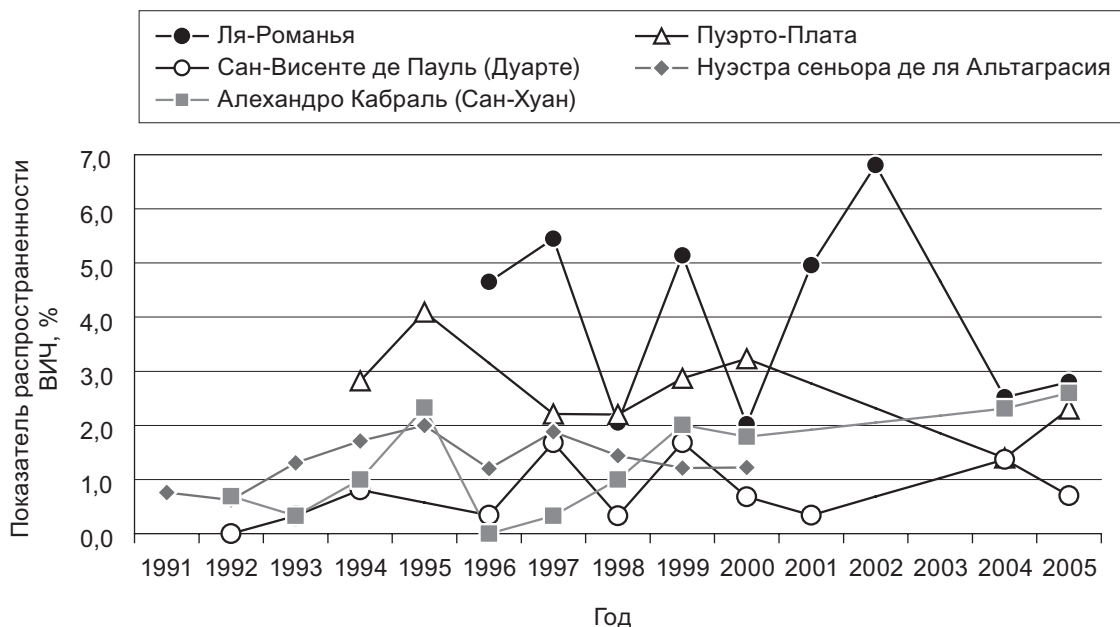
Небезопасное употребление инъекционных наркотиков обуславливает лишь малую долю ВИЧ-инфекций и значительно способствует распространению ВИЧ только на Бермудских Островах и в Пуэрто-Рико. Небезопасный секс между мужчинами является важным, но, по причине стигматизации, в значительной степени скрытым фактором риска в этом регионе. В Карибском бассейне исследования среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, почти не проводились, однако имеющиеся данные указывают на то, что около 12% регистрируемых случаев ВИЧ-инфекции являются результатом незащищенного секса между мужчинами (Карибская комиссия по здравоохранению и развитию, 2005; Inciardi, Syvertsen & Surratt, 2005).

Самое большое бремя ВИЧ в Карибском бассейне по-прежнему несет **Гаити**. Среди беременных женщин, посещающих родовые клиники, показатель распро-

страненности ВИЧ значительно снизился с 5,9% в 1996 году до 3,1% в 2004 году (Gaillard et al., 2006). В то же время результаты дозорного эпиднадзора за ВИЧ среди беременных женщин за 2006 год указывают на стабилизацию показателя распространенности (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2007). По данным национального обследования среди населения, в 2005 году национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения составлял 2,2% (Cayemittes et al., 2006). Эта тенденция к уменьшению в основном обусловлена снижением уровня инфекций в столице страны Порт-о-Пренсе и других городах, где за период с 2000 по 2005 годы показатель распространенности ВИЧ среди женщин в возрасте 15–44 лет снизился с 5,5% до 3%. Моделирование эпидемии показывает, что такое снижение распространенности по крайней мере частично обусловлено изменениями в поведении, направленными на защиту от инфекции (Gaillard et al., 2006). Обследования поведения показали снижение на 20% среднего числа половых партнеров с 1994 по 2000 годы и расширение практики пользования презервативами, особенно при половых контактах с непостоянными партнерами (Cayemittes et al., 2006; Hallet et al., 2006; Gaillard et al., 2006).

В **Доминиканской Республике** эпидемия, вероятно, стабилизируется (см. рисунок 13) (Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 2007). Как и в большинстве стран Карибского региона, заметным фактором в развитии эпидемии

Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в Доминиканской Республике, 1991–2005



Источник: Министерства здравоохранения, данные эпиднадзора, 1991–2006 гг.

Рис. 13

является коммерческий секс. Результаты одного исследования указали на расширение практики пользования презервативом за период в 12 месяцев среди работников секс-бизнеса в рамках проекта социальной солидарности, осуществленного в столице страны Санто-Доминго, с 75% до 94% (Kerrigan et al., 2006).

Эпидемии ВИЧ на **Ямайке, Багамских Островах и Тринидаде и Тобаго** также были стабильными в последние годы (Министерство здравоохранения Ямайки, 2007; Министерство здравоохранения Багамских Островов, 2006; ПАОЗ и ВОЗ, 2006; Министерство здравоохранения Тринидада и Тобаго, 2007).

На **Барбадосе** число ежегодно диагностируемых новых ВИЧ-инфекций оставалось относительно устойчивым с конца 1990-х годов (Министерство здравоохранения Барбадоса, 2007).

В **Гайане** передача ВИЧ в основном обусловлена незащищенными половыми контактами. Результаты

последнего обследования, проведенного в дородовых клиниках, указывают на то, что показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин составляет 1,6%. Это ниже показателя в 2,3%, полученного при проведении аналогичного обследования в 2004 году; однако при сравнении этих двух наборов данных следует проявлять осторожность, учитывая различия в методиках (Министерство здравоохранения Гайаны, 2007).

В отличие от остальной части этого региона, употребление инъекционных наркотиков является основным фактором передачи ВИЧ в рамках эпидемий на Бермудских Островах и в Пуэрто-Рико. Очень высокие уровни распространения ВИЧ по-прежнему регистрируются среди потребителей инъекционных наркотиков в Пуэрто-Рико, где показатель распространенности ВИЧ-инфекции (26 на 100 000 жителей) в два раза выше, чем на материковой части Соединенных Штатов, и где более двух третей ВИЧ-инфекций отмечено среди мужчин (*AIDS Action*, 2007).



ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА

Эпидемии ВИЧ в Латинской Америке остаются в целом стабильными, в то же время ВИЧ в основном передается среди групп населения, которым грозит более высокий риск заражения, включая работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. В 2007 году общее число новых ВИЧ-инфекций в Латинской Америке составило 100 000 [47 000–220 000], в результате чего общее число людей, живущих с ВИЧ в регионе, достигло 1,6 [1,4–1,9] миллиона человек. По оценкам, в прошлом году от СПИДа умерли 58 000 [49 000–91 000] человек.

Незащищенные половые контакты между мужчинами представляют собой важный фактор в развитии эпидемий в Боливии, Перу, Чили и Эквадоре в Южной Америке, а также в ряде стран Центральной Америки, включая Гватемалу, Гондурас, Мексику, Никарагуа, Панаму и Сальвадор.

Около трети всех людей, живущих с ВИЧ в Латинской Америке, проживают в **Бразилии**. В 2005 году оценочное число людей, живущих с ВИЧ, составляло 620 000 [370 000–1 миллион] человек. Эпидемия, которая первоначально концентрировалась в основном среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, затем распространилась на потребителей инъекционных наркотиков и в конечном итоге на широкие слои населения; при этом растет число инфицированных женщин (Dougado et al., 2007). По оценкам, большая часть инфекций среди женщин может быть обусловлена поведением их половых партнеров-мужчин (Silva & Barone, 2006). В то же время значительным фактором остается незащищенный секс между мужчинами; по оценкам, этот путь передачи обуславливает примерно половину ВИЧ-инфекций в Бразилии. Показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в некоторых городах Бразилии снизился вследствие реализации программ снижения вреда, перехода от инъекционных к ингаляционным наркотикам, а также смертности среди потребителей наркотиков (ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2006).

В последние годы незащищенный секс стал основным путем передачи ВИЧ в **Аргентине** (Cohen, 2006); по оценкам, в 2005 году четыре из пяти новых диагнозов ВИЧ были обусловлены незащищенными половыми контактами (преимущественно гетеросексуальными) (Национальная программа по СПИДу Аргентины, 2005). Однако, как и в ряде других стран Южной Америки, самый высокий показатель распространенности ВИЧ был обнаружен среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Употребление инъек-

ционных наркотиков, а также практика пользования нестерильным инъекционным инструментарием, которые когда-то являлись важным фактором в развитии эпидемии, в последнее десятилетие уменьшились. По оценкам, с 2003 по 2005 годы в столице страны Буэнос-Айресе употребление инъекционных наркотиков обуславливало лишь около 5% новых ВИЧ-инфекций (Cohen, 2006).

Эпидемия ВИЧ в **Уругвае** в основном концентрируется в столице страны Монтевидео и вокруг нее (где зарегистрировано более трех четвертей всех случаев СПИДа), а также в департаментах Канелонес, Мальдонадо и Ривера. Незащищенный секс (в основном гетеросексуальные контакты) обуславливает примерно две трети всех регистрируемых случаев ВИЧ. В то же время значительная доля всех ВИЧ-инфекций обусловлена небезопасным сексом между мужчинами и использованием нестерильного инъекционного инструментария (Montano et al., 2005; Национальная программа по СПИДу Уругвая, 2007; IDES et al., 2005).

В **Парагвае** эпидемия концентрируется преимущественно в столице страны (Асунсьоне), в Центральном департаменте, а также в некоторых районах на границе с Аргентиной и Бразилией (Национальная программа по СПИДу Парагвая, 2007). По состоянию на конец 2005 года большую часть людей, живущих с ВИЧ, составляли мужчины. В 2005 году национальный показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин составлял 0,3% (Национальная программа по СПИДу Парагвая, 2006).

В **Боливии, Колумбии, Перу, Чили и Эквадоре** ВИЧ-инфекции по-прежнему концентрируются среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (Martínez, Elea & Chiu, 2006; Ministerio de Salud y Deportes, ONUSIDA, 2007a,b).

В **Перу** оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ является низким, а ВИЧ концентрируется среди определенных групп риска. По данным различных исследований, проведенных с 1996 по 2002 год, показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, оставался на уровне 18–22% (Sanchez et al., 2007; Ministerio de Salud del Peru, 2006).

На фоне широко распространенной гомофобии в ряде стран Центральной Америки, включая **Белиз, Гватемалу, Коста-Рику, Никарагуа, Панаму и Сальвадор**, установлен высокий показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. По данным исследования за 2002 год, уровни распространения инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, были в семь раз выше в Гондурасе, в 10 раз выше в Гватемале и Панаме, в 22 раза выше в Сальвадоре и в 38 раз выше в Никарагуа по сравнению с показателем распространенности ВИЧ среди взрослого населения (Soto et al., 2007).

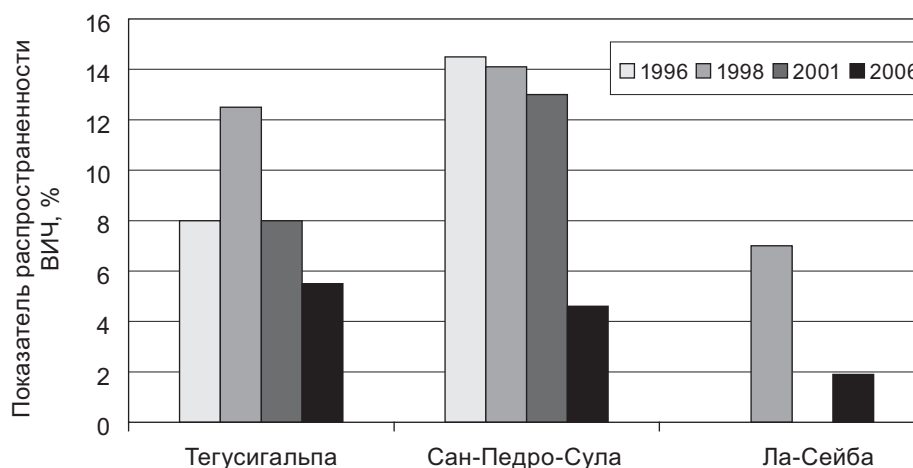
Уровни распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса оказались высокими в Гондурасе (10%), Гватемале (4%) и Сальвадоре (3%)

и низкими в Никарагуа и Панаме (0,2%) (Soto et al., 2007).

Последние данные дозорного эпиднадзора за ВИЧ предоставили новую информацию об эпидемии в **Гондурасе**, где большинство случаев передачи ВИЧ обусловлены небезопасным платным сексом и незащищенными половыми контактами между мужчинами (Министерство здравоохранения Гондураса, 2006). Тем не менее, имеются данные, указывающие на снижение показателя распространенности и постоянное пользование презервативами в этих группах населения (Secretaria de Salud de Honduras et al., 2007a,b). По предварительным результатам исследования, проведенного в 2006 году, показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, составил 5,7% в Тегусигальпе (это ниже чем 8,2% в 2010 году и 10% в 1998 году) и 9,7% в Сан-Педро-Суле (это ниже чем 16% в 2001 году) (Secretaria de Salud de Honduras et al., 2007b). В трех городах Гондураса также было отмечено резкое снижение показателя распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса (см. график). Во всех трех городах был отмечен постоянно высокий уровень пользования презервативами за последние 30 дней (более 80% в Тегусигальпе и Сан-Педро-Суле и 98% в Ла-Сейбе во время платного секса и 87% или выше во время контактов с непостоянными партнерами), что указывает на успешную пропаганду практики применения презервативов и других мер профилактики (Secretaria de Salud Honduras, 2007a).

Рис. 14

Показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса в различных городах Гондураса, 1996–2006 гг.



Источник: Secretaria de salud de Honduras et al. (2007). Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales. Agosto. Tegucigalpa, Secretaria de salud de Honduras.



СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА

В этих регионах общее число людей, живущих с ВИЧ, продолжает расти. Это обусловлено главным образом продлением жизни благодаря антиретровирусному лечению и увеличением числа новых диагнозов ВИЧ в Западной Европе после 2002 года, а также относительно устойчивым числом новых ВИЧ-инфекций, регистрируемых ежегодно в Северной Америке. В целом, в 2007 году число людей, живущих с ВИЧ в Северной Америке и в Западной и Центральной Европе, составило примерно 2,1 [1,1–3,0] миллиона, включая 78 000 [19 000–86 000] человек, заразившихся ВИЧ в прошлом году. В контексте широкого доступа к эффективному антиретровирусному лечению в 2007 году от СПИДа умерло сравнительно небольшое число людей – 32 000 [20 000–84 000] человек.

Соединенные Штаты Америки относятся к странам с самым большим числом ВИЧ-инфекций в мире. Исходя из данных, полученных из 33 штатов и четырех подопечных территорий, где давно существуют системы конфиденциальной поименной регистрации случаев ВИЧ, в 2005 году в этой стране большая часть (74%) случаев ВИЧ или СПИДа среди взрослого и подросткового населения диагностировано среди мужского населения. В 2005 году более половины новых диагнозов ВИЧ-инфекции (53%) было отмечено среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Чуть менее трети (32%) новых диагнозов ВИЧ-инфекции и случаев СПИДа зарегистрировано среди лиц, имеющих гетеросексуальные контакты с непостоянным партнером, в то время как около 18% таких случаев отмечено среди потребителей инъекционных наркотиков (Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США, 2007а).

В Соединенных Штатах Америки эпидемия ВИЧ по-прежнему диспропорционально воздействует на расовые и этнические меньшинства. Несмотря на то что афроамериканцы составляют примерно 13% населения (Бюро переписи населения США, 2006), в 2005 году на них приходилось 48% новых диагнозов ВИЧ или СПИДа. В 2004 году СПИД был четвертой по значимости причиной смертности в Соединенных Штатах Америки среди афроамериканцев в возрасте

25–44 лет (Anderson, Mosher & Chandra, 2006; Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США, 2006). На латиноамериканцев, которые составляют около 14% населения, приходилось 18% новых ВИЧ-инфекций (Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США, 2007б).

После стабилизации в середине 1990-х годов оценочное общее число людей, живущих с ВИЧ, в **Канаде** в конце 1990-х годов начало опять расти, главным образом благодаря продляющему жизнь антиретровирусному лечению. Ежегодное число новых ВИЧ-инфекций, регистрируемых в этот период, оставалось примерно одинаковым – колебалось от 2495 до 2538 в год (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2006).

Незащищенный секс между мужчинами по-прежнему обуславливает наибольшую долю новых ВИЧ-инфекций (45% в 2005 году и 42% в 2002 году) (Boulos et al., 2006).

В 2005 году, по оценкам, 37% новых ВИЧ-инфекций были обусловлены незащищенными гетеросексуальными контактами; причем значительная доля этих инфекций была зарегистрирована среди лиц, родившихся в странах, где ВИЧ носит эндемический характер (в основном в Африке к югу от Сахары и Карибском бассейне).

В 2006 году случаи заражения ВИЧ в результате гетеросексуальных контактов, в основном среди иммигрантов и мигрантов, составляли самую большую часть (42%) новых ВИЧ-инфекций, диагностированных в **Западной Европе**. Чуть менее трети (29%) новых ВИЧ-инфекций было обусловлено небезопасным сексом между мужчинами и лишь 6% употреблением инъекционных наркотиков (EuroHIV, 2007).

В Западной и Центральной Европе самые крупные эпидемии ВИЧ по-прежнему развиваются в **Испании, Италии, Франции и Великобритании**. Ежегодное число новых ВИЧ-инфекций в Великобритании увеличилось более чем в два раза – с 4152 в 2001 году до 8925 в 2006 году (EuroHIV, 2007). Рост числа диагнозов ВИЧ в **Великобритании** обусловлен в основном устойчивыми уровнями новых ВИЧ-инфекций среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, увеличением числа ВИЧ-инфекций среди гетеросексуальных мужчин и женщин, которые заразились в странах с высоким показателем распространенности ВИЧ (в основном в Африке к югу от Сахары и Карибском регионе), и улучшением систем отчетности благодаря расширению тестирования на ВИЧ (Агентство по защите здоровья, 2007; EuroHIV, 2007).

В Западной Европе (исключая Великобританию) число новых диагнозов ВИЧ, регистрируемых ежегодно, увеличилось почти в три раза за период с 1999 по 2005 годы (с 7497 до 19 476), однако в 2006 году оно значительно снизилось (до 16 316). Самое большое число диагнозов отмечено во **Франции** (где система отчетности была внедрена только в 2003 году и где в 2006 году число новых диагнозов ВИЧ составило 5750), **Германии** (2718) и **Португалии** (2162). В Испании и Италии система отчетности действует только в некоторых районах. В других странах число новых диагнозов ВИЧ меньше; в 2006 году количество новых инфекций превысило 1000 только в **Нидерландах** (1017) (EuroHIV, 2007).

В этом регионе ВИЧ в основном передается через незащищенный секс и намного реже (за исключением таких стран как Португалия и Испания) через использование нестерильного инструментария при употреблении инъекционных наркотиков. Большая часть ВИЧ-инфекций, обусловленных гетеросексуальными контактами, происходят из стран с высоким показателем распространенности ВИЧ; в этой группе более 50% новых диагнозов ВИЧ регистрируется среди женщин (EuroHIV, 2007).

В Западной Европе наблюдаются две отличающиеся тенденции. В то время как число новых диагнозов ВИЧ, обусловленных небезопасным сексом между мужчинами, за период с 1999 по 2006 годы почти удвоилось (с 2538 до 5016), число таких диагнозов, обусловленных употреблением инъекционных наркотиков, за тот же период уменьшилось (с 661 до 581).

В Центральной Европе в 2006 году число новых ВИЧ-инфекций превысило 100 только в трех странах: **Польше** (750), **Турции** (290) и **Румынии** (180). В других странах эпидемии носят сравнительно ограниченный характер; лишь в **Венгрии, Сербии и Черногории** общее число ВИЧ-инфекций превысило 1000 с момента начала развития эпидемии (EuroHIV, 2007).

Употребление инъекционных наркотиков также является основным путем передачи ВИЧ в трех странах Балтии (**Латвии, Литве и Эстонии**), где отмечается стабилизация относительно небольших по масштабам эпидемий (Hamers, 2006; EuroHIV, 2007). Тем не менее число новых диагнозов ВИЧ, регистрируемых в Эстонии (504 на миллион жителей), является самым высоким; здесь также зарегистрирован самый высокий в Европе оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых (1,3% [0,6%–4,3%] в 2005) (ЮНЭЙДС, 2006; EuroHIV, 2007).



БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА

Несмотря на некоторые улучшения в ряде стран, системы эпиднадзора в этом регионе остаются ограниченными (Obermeyer, 2006). Тем не менее, имеющаяся информация о ВИЧ позволяет предположить, что в 2007 году ВИЧ заразились около 35 000 [16 000–65 000] человек, в результате чего общее число людей, живущих с ВИЧ в регионе, составило 380 000 [270 000–500 000] человек. По оценкам, в 2007 году от болезней, обусловленных СПИДом, умерли 25 000 [20 000–34 000] человек.

Общее число случаев ВИЧ, зарегистрированных в регионе, остается небольшим. Большинство случаев ВИЧ-инфекции имеет место среди мужчин и в городских районах, за исключением **Судана**, где отмечен самый высокий показатель распространенности в регионе и где самым важным фактором риска заражения ВИЧ являются небезопасный гетеросексуальный половой акт.

В то время как незащищенный коммерческий секс является одним из основных факторов в развитии эпидемий ВИЧ по всему региону, использование нестерильного инъекционного инструментария для употребления наркотиков является основным путем передачи ВИЧ в **Афганистане, Исламской Республике Иран, Ливийской Арабской Джамахирии и Тунисе**, а также способствует развитию эпидемий в **Алжире, Марокко и Сирийской Арабской Республике**.



ОКЕАНИЯ

По оценкам, число людей, заразившихся ВИЧ в 2007 году в Океании, составило 14 000 [11 000–26 000] человек, вследствие чего число людей, живущих с этим вирусом в данном регионе, достигло 75 000 [53 000–120 000] человек.

Из них более 70% человек проживают в **Папуа – Новой Гвинее**, где эпидемия по-прежнему растет, хотя и более низкими темпами, чем это считалось ранее. На данный момент большинство случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано в сельской местности, где проживает более 80% населения (Секретариат Национального совета по СПИДу Папуа – Новой Гвинеи, 2007). По оценкам, основным путем передачи ВИЧ является небезопасный гетеросексуальный половой акт.

В **Австралии** ВИЧ по-прежнему передается главным образом через незащищенные половые контакты между мужчинами (Национальный центр эпидемиологии ВИЧ и клинических исследований, 2007). В то время как в 1990-х годах согласованные действия по профилактике позволили поставить эпидемию под контроль, с 2000

по 2005 годы число новых диагнозов ВИЧ увеличилось на 41% (Национальный центр эпидемиологии ВИЧ и клинических исследований, 2006); кроме того, наблюдался рост небезопасных половых контактов между мужчинами (Prestage et al., 2006).

В **Новой Зеландии** небезопасный секс между мужчинами остается основным фактором заражения ВИЧ. В то же время растет число людей с диагнозом ВИЧ, которые, по их словам, заразились через небезопасные гетеросексуальные контакты; причем большинство случаев инфицирования происходит за пределами страны, преимущественно в Азии и Африке к югу от Сахары (Министерство здравоохранения Новой Зеландии, 2007).

КАРТЫ

Глобальные оценки для взрослых и детей, 2007 г.

Оценочное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, 2007 г.

Оценочное число взрослых и детей, заразившихся ВИЧ в 2007 г.

Оценочное число взрослых и детей, умерших от СПИДа в 2007 г.

ГЛОБАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ, 2007 г. ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ



Число людей, живущих с ВИЧ	33,2 [30,6–36,1] миллиона
Число новых ВИЧ-инфекций в 2007 г.	2,5 [1,8–4,1] миллиона
Число смертей от СПИДа в 2007 г.	2,1 [1,9–2,4] миллиона

Диапазоны оценок в этой таблице определяют границы действительных значений, полученных на основе наиболее достоверной имеющейся информации.



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ООН
ЮНИСЕФ
ВПП
ПРООН
ЮНФПА
ЮНОДК
МОТ
ЮНЕСКО
ВОО
ВСЕМИРНЫЙ БАНК



**Всемирная
организация здравоохранения**

ОЦЕНОЧНОЕ ЧИСЛО ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ с ВИЧ, 2007 г.

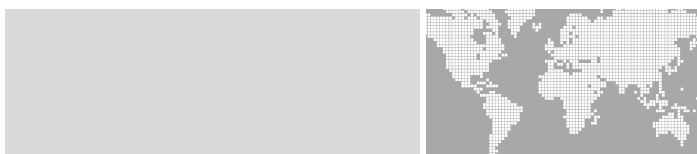


ОЦЕНОЧНОЕ ЧИСЛО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ В 2007 Г.



ОЦЕНОЧНОЕ ЧИСЛО ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ ОТ СПИДА В 2007 Г.





БИБЛИОГРАФИЯ

ГЛОБАЛЬНЫЙ ОБЗОР

Marston M, *et al* (2007). Estimating ‘net’ HIV-related mortality and the importance of background mortality rates. *AIDS* 2007, 21 (suppl 6): S65–S71.

Stover J, Walker N, Grassly NC, Marston M (2006). Projecting the demographic impact of AIDS and the number of people in need of treatment: updates to the Spectrum projection package. *Sex Transm Inf*, 82 (Suppl. III):iii45–iii50.

Todd J, *et al* (2007). Time from HIV seroconversion to death: a collaborative analysis of eight studies in six low and middle-income countries before highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2007, 21 (suppl 6): S55–S63.

UNAIDS (2007). *Comparing adult antenatal-clinic based HIV prevalence with prevalence from national population based surveys in sub-Saharan Africa*. UNAIDS presentation. Accessed 17 November 2007 at http://data.unaids.org/pub/Presentation/2007/survey_anc_2007_en.pdf.

UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling, and Projections (2006). *Improving parameter estimation, projection methods, uncertainty estimation, and epidemic classification. Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling, and Projections, Prague, Czech Republic, 29 Nov–1 Dec*. www.epidem.org/publications.

UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections (2002). Improved methods and assumptions for the estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS*, 16: W1–W16.

ЮНЭЙДС/ВОЗ (2006). Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2006 г. ЮНЭЙДС, Женева 2006, UNAIDS/06.29R. ISBN 92 9 1735450

WHO, UNAIDS, UNICEF (2007). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report*. April. Geneva. ISBN 978 92 4 159539 1.

WHO (2003). *The World health report: 2003: shaping the future*. Geneva. ISBN 92 4 156243 9.

АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ

Asamoah-Odei E, Garcia-Calleja JM & Boerma T (2004). HIV prevalence and trends in sub-Saharan: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35-40.

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction nationale de la Statistique et de l’Informatique/ORC Macro (2002). *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*. June. Calverton.

Central Statistical Agency [Ethiopia] & ORC Macro (2006). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*. Addis Ababa & Calverton.

Central Statistical Office [Swaziland] and Macro International Inc. (2007). *Swaziland Demographic and Health Survey 2006–2007: preliminary report*. June. Calverton.

Central Statistical Office [Zambia], Central Board of Health [Zambia], and ORC Macro (2003). *Zambia Demographic and Health Survey 2001–2002*. Calverton.

Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2006). *Relatório de actividades por 2005*. Ministério de Saúde. Maputo.

Department of Health [South Africa] (2007). National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2006. Pretoria.

- Department of Health [South Africa] (2006). National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2005. Pretoria.
- Direction nationale de la Statistique, ORC Macro (2006). *Enquête démographique et de santé, Guinée 2005*. Calverton.
- Federal Ministry of Health [Ethiopia] (2006). *AIDS in Ethiopia: 6th report*. September. Addis Ababa.
- Federal Ministry of Health Nigeria (2006). *The 2005 national HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria: summary position paper*. April. Abuja.
- Gomes do Espirito Santo ME, Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342–4.
- Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behaviour change in eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664–6.
- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1): i1–i8.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Submitted for publication)
- Heaton L, Fowler T, Palamuleni M (2006). The HIV/AIDS epidemic in Malawi – putting the epidemic in context. Abstract CDC0062. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Institut National de la Statistique du Cameroun, ORC Macro (2005). *Enquête démographique et de santé Cameroun 2004*. June. Yaoundé & Calverton.
- Institut National de la Statistique du Niger, Macro International Inc (2007). *Enquête démographique et de santé et à Indicateurs multiples du Niger 2006*. February. Calverton.
- Institut national de la Statistique et de l'Analyse économique & ORC Macro (2007). *Enquête démographique et de santé EDSB-III Bénin 2006—Rapport préliminaire*. Calverton.
- Institut National de la Statistique, des Etudes économiques et démographiques et Programme national de Lutte Contre le Sida (2006). *Rapport de l'enquête nationale de séroprévalence du VIH/SIDA au Tchad 2005*. December. N'Djaména.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie/ORC Macro (2004). *Enquête démographique et de santé Burkina Faso 2003*. Calverton.
- Institut national de la Statistique et Ministère de la Lutte contre le Sida Côte d'Ivoire/ORC Macro (2006). *Enquête sur les indicateurs du sida, Côte d'Ivoire 2005*. Calverton.
- Kayembe PK et al. (2007). Evolution de la prévalence du VIH en République démocratique du Congo (1985–2005): évidence de plusieurs épidémies à différentes vitesses. In press.
- Kayirangwa E et al. (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1):i27–31.
- Kirungi WL et al. (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1):136–41.
- Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services/Macro International (2007). *Liberia demographic and health survey 2007: preliminary report*. Monrovia and Calverton.
- Mahomva A et al. (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997–2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1):i42–7.
- Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération internationale de la République centrafricaine (2007). *Suivi de la situation des enfants et des femmes, MICS–3: Résultats de l'enquête à indicateurs multiples couplée avec la sérologie VIH et anémie en RCA 2006*. March. Bangui.
- Ministère de la Santé du Bénin (2006). *Rapport de surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin—Année 2006*. Ministère de la Santé. Cotonou.
- Ministère de la Santé Publique du Burundi (2005). *Bulletin Epidémiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA en 2005*. Septembre. Bujumbura.
- Ministère de la Santé du Mali (2005). *Rapport: Surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes*. November. Bamakó.
- Ministère de la Santé du Mali, ORC Macro (2007). *Enquête démographique et de santé, EDSM–IV: rapport préliminaire*. April. Calverton.

- Ministère de la Santé du Rwanda (2005). *Surveillance de l'infection à VIH par sites sentinelles chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale*. Kigali, Centre de Traitement et de Recherche sur le SIDA, CDC.
- Ministère de la Santé du Togo (2006). *Surveillance sentinelle de l'infection au VIH/sida chez les femmes en consultation prénatale au Togo, avril–juin*. Lomé.
- Ministère de la Santé du Togo (2007). *Rapport annuel des activités du programme national de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles, année 2006*. Lomé.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Côte d'Ivoire, CDC/RETRO–CI/MEASURE Evaluation, (2007). *Enquête de surveillance sentinelle du VIH de 2005*. Abidjan.
- Ministère de la Santé et du Planning Familial [Madagascar] (2005). *Resultats de L'enquete de surveillance biologique du VIH/SIDA et de la syphilis, annee 2005*. Decembre. Ministère de la Santé et du Planning Familial. Antananarivo.
- Ministério da Saúde & CDC [USA] (2006). *Relatório Final I-II estudos de seroprevalencia em mulheres grávidas em consultas pré-natal (2004–2005)*. Luanda.
- Ministry of Health and Sanitation. Sierra Leone (2007). *Antenatal HIV and syphilis sentinel surveillance (2006)*. Freetown.
- Ministry of Health and Social Services. Republic of Namibia. (2007). *Results of the 2006 national sentinel survey among pregnant women*. Windhoek.
- Ministry of Health [Botswana] (2006). *2006 Botswana Second-Generation HIV/AIDS Surveillance Technical Report*. Gaborone.
- Ministry of Health [Eritrea] (2006). *Report of the 2005 round of HIV sentinel surveillance survey in ANC attendee women*. March. Asmara.
- Ministry of Health Ghana (2007). *HIV sentinel survey 2006 report*. March. Accra.
- Ministry of Health [Kenya] (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. National AIDS and STI Control Programme (NASCOP), Nairobi.
- Ministry of Health [Uganda] & ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. March. Kampala & Calverton.
- Ministry of Health [Zambia] (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994–2004*. November. Ministry of Health Zambia. Lusaka.
- Ministry of Health and Child Welfare [Zimbabwe] (2007). *2006 ANC PRELIMINARY REPORT*.
- Ministry of Health and Social Welfare [Lesotho] (2005). *Report of the sentinel HIV/syphilis survey 2005*. September. Maseru.
- Ministry of Health and Social Welfare [Lesotho] & ORC Macro (2004). *2004 Lesotho Demographic and Health Survey*. Maseru & Calverton, Ministry of Health & Social Welfare and ORC Macro.
- Ministry of Health and Social Welfare [Swaziland] (2006) *10th Round of the national HIV Serosurveillance in women attending antenatal care, sexually transmitted infections clients and tuberculosis patients*. January. Mbabane.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, Resurgent Infections and Population Change in Africa*. Springer.
- National AIDS Commission [Malawi] (2005). *HIV and Syphilis Sero-Survey and National HIV Prevalence Estimates Report 2005*. Lilongwe.
- National AIDS Control Council [Kenya] (2007). *National HIV Prevalence in Kenya*. July. Nairobi.
- National AIDS Secretariat, Nimba Research Consultancy (2005). *National population-based HIV seroprevalence survey of Sierra Leone*. Freetown. Available at http://www.daco-sl.org/encyclopedia/1_gov/1_5/NAS/nas_national_pop_hivsero_survey05.pdf
- Ndiaye S, Ayad M (2006). *Enquête démographique et de santé au Sénégal 2005*. Calverton, Centre de Recherche pour le Développement humain/ORC Macro.
- Présidence du Faso (2005). *Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS): cadre pour la présentation des rapports pays—période concernée janvier–décembre 2004*. Ouagadougou.
- Salum A et al. (2003). *Report on the population-based survey to estimate HIV prevalence in Zanzibar*. January. Revolutionary Government of Zanzibar. Ministry of Health and Social Welfare.

- Shafer LA et al. (2006). HIV prevalence and incidence are no longer falling in Uganda – a case for renewed prevention efforts: Evidence from a rural population cohort 1989–2005, and from ANC surveillance. Abstract C10. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Sulliman FT, Ameerberg SAG (2004a). *Mauritius epidemiology network on drug use report: January–June 2004*. Port Louis.
- Swai RO et al. (2006). Surveillance of HIV and syphilis infections among antenatal clinic attendees in Tanzania–2003/2004. *BMC Public Health*, 6(91). Apr 10.
- Tanzania Commission for AIDS, National Bureau of Statistics & and ORC Macro (2005). *Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003–04*. Calverton.
- Uganda Bureau of Statistics & Macro International Inc. (2007). *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton.
- Uganda Bureau of Statistics & ORC Macro (2001). *Uganda Demographic and Health Survey 2000–2001*. Calverton.
- UNAIDS (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. November. Geneva.
- van der Loeff MF et al. (2003). Regional differences in HIV trends in the Gambia: results from sentinel surveillance among pregnant women. *AIDS*, 17:1841–46.
- WHO (2005). *The 2004 First national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients in Central South, Puntland and Somaliland*. A technical report. July. Nairobi.

АЗИЯ

- Abbasi B (2006). HIV outbreak among injecting drug users in Larkana, Pakistan: serious threat of a generalized epidemic. Abstract CDC0274. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Achakzai M, Kassi M, Kasi PM (2007). Seroprevalences and co-infections of HIV, hepatitis C virus and hepatitis B virus in injecting drug users in Quetta, Pakistan. *Tropical Doctor*, 37(1):43–5.
- Char A, Pillar A, Shirke S (2003). HIV/AIDS intervention among women working in bars and lodges in Thane district of Maharashtra, India. Abstract 1168. 2nd International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. 13–16 July. Paris.
- Choi K et al. (2003) Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361(9375):2125–6.
- Choi KH et al. (2007). The influence of social and sexual networks in the spread of HIV and syphilis among men who have sex with men in Shanghai, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45(1):77–84.
- Emmanuel F, Archibald C, Altaf A (2006). What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: a risk factor analysis. Abstract MOPE0524. XVI International AIDS conference. 13–18 August. Toronto.
- Hesketh T et al. (2006). Risk behaviours in injecting drug users in Yunnan province, China: lessons for policy. Abstract CDD0591. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Kumar R et al. (2005). *HIV-1 trends, risk factors and growth in India*. National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) Background Papers—Burden of Disease in India. September. New Delhi, Ministry of Health & Family Welfare.
- Kumar R et al. (2006). Trends in HIV-1 in young adults in south India from 2000 to 2004: a prevalence study. *Lancet*, 367(9517):1164–72.
- Lu F et al. (2006). HIV/AIDS epidemic in China: Increasing or decreasing? Abstract MOPE0462. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Ma X et al. (2006). Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men (MSM) in Beijing. Abstract MOPE0526. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Ministry of Health China (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministry of Health China, UNAIDS, WHO.
- Ministry of Health Indonesia (2006). *HIV/AIDS surveillance report*. Jakarta.
- Ministry of Health Indonesia, Statistics Indonesia (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Jakarta.
- Ministry of Health Indonesia, Statistics Indonesia (2007). *Risk behavior and HIV prevalence in Tanah Papua, 2006*. Jakarta.

- Ministry of Health Pakistan (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high risk groups in Lahore and Karachi, March–August 2004*. Islamabad.
- Ministry of Health Viet Nam (2005). HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010. Hanoi, General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministry of Health.
- Ministry of Health Viet Nam (2006). *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006*. Hanoi.
- Nai Zindagi and Associates (2006). *Baseline study on HIV and STIs risks among IDUs in Lahore, Sargodha, Faisalabad and Sialkot, June–July*. Islamabad.
- NACO (2005a). An overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India. New Delhi. http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm
- NACO, Ministry of Health and Family Welfare. <http://www.nacoonline.org>
- National AIDS Control Program Pakistan (2005). Pilot study under the HIV/AIDS surveillance project. March. Islamabad.
- National AIDS Programme Myanmar (2007). *Sentinel Survey Data for March–April 2006*. Yangon.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2007). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2006/2007: results, trends and estimates*. Phnom Penh.
- NFHS-3 (2007). National Family Health Survey 3, India. Available at <http://www.nfhsindia.org/chapters.html>. Accessed 19 October 2007.
- Tao X et al. (2004) Survey of related high risk behaviors of MSM in Shenzhen city. *Modern Preventive Medicine*, 31:247–8.
- Tuang NA et al. (2007). Human immunodeficiency virus (HIV) infection patterns and risk behaviours in different population groups and provinces in Viet Nam. *Bulletin of the WHO*, 85(1):35–41.
- Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men who have sex with men—Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(31):844–8. August 11.
- Viet Nam Commission for Population et al. (2006). *HIV/AIDS in Viet Nam*. Hanoi, Ministry of Health, Population Reference Bureau.
- WHO (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. March. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia. <http://www.searo.who.int/hiv-aids>
- WHO, Ministry of Health Indonesia (2007). *Review of the health sector response to HIV and AIDS in Indonesia, 2007*. Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_REVIEW_HIV_AIDS_Indonesia_2007.PDF
- World Bank (2005). *AIDS in South Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. August. Washington.
- Zhu TF et al. (2005). High risk populations and HIV-1 infection in China. *Cell Research*, 15(11-12):852–7.

ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ

- Центр СПИДа Южно-Казахстанской области (2007 г.). Презентация на национальном совещании по обеспечению всеобщего доступа к АРТ и услугам по тестированию. 3–4 сентября. Астана.
- "СПИД Фонд Восток-Запад" (2007 г.). *Официально зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации – 1 января 1987 – 30 июня 2007 г.* Москва. См. вебсайт: <http://www.afew.org/english/statistics/HIVinRFregions.htm>
- Armenian National AIDS Foundation (2006). *Results of biological and behavioural HIV surveillance in the Republic of Armenia, 2002 and 2005*. Yerevan.
- Booth RE, Kwiatkowski CF, Brewster JT (2006). Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites. *AIDS*, 20(17):2217–2223.
- EuroHIV (2006a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005, No. 73*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- EuroHIV (2006b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005, No. 72*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No. 75*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- Ладная Н.Н. (2007 г.). Национальная эпидемия ВИЧ и СПИДа и эпиднадзор за ВИЧ в Российской Федерации. Презентация на совещании "Картографирование пандемии СПИДа". 30 июня. Москва.
- Лазуткина И. (2007 г.). *Вертикальная передача и медико-социальная поддержка женщинам и детям, рожденным ВИЧ-позитивными матерями в Оренбургской области. Презентация на областном семинаре по мониторингу и оценке*. 5–7 июня. Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Оренбург.
- Министерство здравоохранения Беларуси (2007 г.). Ситуация с эпидемией ВИЧ в Республике Беларусь в 2006 г. *Информационный бюллетень*, 24. Минск.
- Министерство здравоохранения Казахстана и др. (2005 г.). Результаты изучения реальной ситуации с наркоманией в Казахстане. Алматы (на русском языке).
- Министерство здравоохранения Кыргызстана (2007). *Доклад республиканского центра СПИДа за 2006 г.* Бишкек.
- Министерство здравоохранения Таджикистана (2007 г.). Ситуация с эпидемией ВИЧ в Республике Таджикистан по результатам дозорного эпиднадзора за 2006 г. Презентация на национальной конференции. 21–22 мая. Душанбе. Размещена по адресу: <http://www.caftar.com/clientzone/aids/> (in Russian).
- Ministry of Health of Ukraine (2007). *HIV-infection in Ukraine: information bulletin no. 27*. Kiev. Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian AIDS Centre, L.V. Gromashevskogo.
- Республиканский центр профилактики и контроля над СПИДом (2005). *Дозорный эпиднадзор за ВИЧ в Казахстане*. Алматы.
- Российский федеральный центр СПИДа (2007 г.). *Официально зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации – 1 января 1987 – 31 декабря 2006 гг.* Москва. 14 февраля. Москва. "СПИД Фонд Восток-Запад".
- Sanchez JL et al. (2006). High HIV prevalence and risk factors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003–2004. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S15–22.
- Ukrainian Institute for Social Research (2007a). Linked surveillance Among IDU and MSM, 3rd National Conference on Monitoring and Evaluation in Ukraine, September. Ukrainian Institute for Social Research named after O Yaremenko, Ukrainian AIDS Centre, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine.
- Ukrainian Institute for Social Research (2007b). Modes of transmission among vulnerable populations, 3rd National Conference on Monitoring and Evaluation in Ukraine, September. Ukrainian Institute for Social Research named after O. Yaremenko, Ukrainian AIDS Centre, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine.
- Волкова Г.В. (2007 г.). *Тенденции эпидемии ВИЧ в Санкт-Петербурге*. Презентация на областном семинаре по мониторингу и оценке. 18-20 апреля. Городской центр СПИДа. Санкт-Петербург.
- WHO (2006b). *Belarus—HIV/AIDS country profile*. Available at http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_5
- WHO (2006f). *Republic of Moldova—HIV/AIDS country profile*. Available at http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_34

КАРИБСКИЙ РЕГИОН

- AIDS Action (2007). *State facts: HIV/AIDS in Puerto Rico*. Washington.
- Allen CF et al. (2006). Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):96–101.
- Caribbean Technical Expert Group (2004). *Strengthening the Caribbean regional response to the HIV epidemic: report of the Caribbean Technical Expert Group meeting on HIV prevention and gender*. Draft working document. 28–29 October. Kingston.
- Cayemittes M et al. (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005–2006*. July. Pétiion ville and Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance, ORC Macro.
- Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- Gebre Y et al. (2006). Tracking the course of the HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: survey of female sex workers. Abstract CDC0313. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

- Gupta S et al. (2006). Comparison of three methods to detect recent HIV-1 infection in specimens collected cross-sectionally in a cohort of female sex workers in the Dominican Republic. Abstract MOPE0439. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i1–i8.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9–S25.
- Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120–125.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population (2007). Etude de serosurveillance par methode sentinelle de la prevalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti, 2006/2007. July. Port-au-Prince.
- Ministry of Health The Bahamas (2006). Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Country Report. April. Nassau.
- Ministry of Health Barbados (2007). *The 2006 epidemiological overview of HIV in Barbados*. Working draft. July. Bridgetown.
- Ministry of Health Guyana (2007). *Guyana HIV antenatal care seroprevalence survey, 2006*. Georgetown.
- Ministry of Health Jamaica (2007a). *HIV and AIDS in Jamaica National Strategic Plan 2007–2012*. July. Kingston, National HIV/STI Programme, Ministry of Health.
- Ministry of Health Trinidad and Tobago (2007). *HIV/AIDS morbidity and mortality report*, Quarter 1 Report. 22 May.
- PAHO (2007). *AIDS in the Americas: the evolving epidemic, response and challenges ahead*. Washington, DC.
- PAHO, WHO (2006). Assessment report for the evaluation of national services for the prevention of mother to child transmission of HIV and syphilis, 2000–2005. Washington, DC.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2007). *Resultados Preliminares de las Estimaciones de VIH/SIDA Nacionales de la República Dominicana 2006*. June. Santo Domingo.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2005b). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. January. Santo Domingo.

ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА

- Cohen J (2006). Up in smoke: epidemic changes course. *Science*, 313:487–488.
- Dourado I et al. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1):25–32.
- IDES, et al. (2005). *HIV, HBV, HCV prevalence related to sexual behavior and drug use in 200 injecting drug users in Montevideo, Uruguay*. Ministry of Health. Montevideo.
- Martínez GP, Elea NA, Chiu AM (2006). Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. *Revista Chilena Infectología*, 23(4):321–329.
- Ministerio de Salud del Perú (2006). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – Bases Epidemiológicas para la Prevención y el Control*. Lima.
- Ministerio de Salud y Deportes, ONUSIDA (2007a). *Diagnóstico situacional, monitoreo y evaluación de la implementación del compromiso UNGASS sobre el VIH/sida*. La Paz.
- Ministerio de Salud y Deportes, ONUSIDA (2007b). *Plan para Alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención y Tratamiento del VIH/Sida en Bolivia 2006–2010*. La Paz.
- Ministry of Health Honduras (2006). *Honduras: follow-up report to the Commitment on HIV/AIDS*. Tegucigalpa.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57–64.
- National AIDS Program Argentina (2005). *Epidemiological surveillance report*. December. Buenos Aires.
- National AIDS Program Paraguay (2007). *Epidemiological surveillance report*. February. Asunción.
- National AIDS Program Paraguay (2006a). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on women after delivery*. Asunción.
- National AIDS Program Uruguay (2007). *Epidemiological surveillance report February*. Montevideo.

Sanchez J et al. (2007). HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 44(5):578–585.

Secretaria de salud de Honduras et al. (2007a). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales, Agosto*. Tegucigalpa.

Secretaria de salud de Honduras et al. (2007b). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Julio*. Tegucigalpa.

Silva ACM, Barone AA (2006). Risk factors for HIV infection among patients infected with hepatitis C virus. *Revista de Saúde Pública*, 40(3):482–488.

Soto RJ et al. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infection/HIV and risk behaviours in vulnerable populations in five Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Ahead of print.

ЮНЭЙДС, ВОЗ (2006). *Развитие эпидемии СПИДа*. Женева.

СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА

Anderson JE, Mosher WD, Chandra A (2006). Percentage of persons aged 22–44 years at increased risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection, by race/ethnicity and education – National Survey of Family Growth, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(46):1255.

Boulos D et al. (2006) *Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005*.

Canadian Communicable Disease Report, 32:165–174.

EuroHIV (2006). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005, No 72*. August. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire. Available at <http://www.eurohiv.org>.

EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 76*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire. Available at <http://www.eurohiv.org>.

Hamers FF (2006). HIV/AIDS in Europe: trends in EU-wide priorities. *Eurosurveillance*, 11(11).

Health Protection Agency (2007). HIV and AIDS in the United Kingdom update: data to the end of March 2007. *Health Protection Report*, 1(17).

Public Health Agency of Canada (2006). *HIV and AIDS in Canada: surveillance report to June 30, 2006*. Ottawa. Available at: www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance.

UNAIDS (2006a). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva.

US Centers for Disease Control (2006a). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55 (14):1–17.

US Centers for Disease Control and Prevention (2007b). *HIV/AIDS surveillance report: cases of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2005*. Vol. 17. Revised June 2007. Atlanta.

US Centers for Disease Control and Prevention (2007c). HIV/AIDS among blacks—Florida, 1999–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56:69–73.

БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА

Obermeyer CM (2006). HIV in the Middle East. *British Medical Journal*, 333:851–854.

ОКЕАНИЯ

Ministry of Health New Zealand (2007). *AIDS—New Zealand*. Issue 59. Auckland. Available at <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/aids-nz-issue59>

National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea (2007). *The 2007 consensus report on the HIV epidemic in Papua New Guinea*. Port Moresby.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2007). *Australian HIV Surveillance Report*, 23(1). January.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2006). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: annual surveillance report 2006*. Sydney.

Prestage G et al. (2006). Trends in unprotected anal intercourse among Sydney gay men. Abstract WEPE0721. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

ЮНЭЙДС, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, объединяет усилия и ресурсы десяти учреждений системы ООН в борьбе с эпидемией СПИДа. Коспонсоры включают УВКБ ООН, ЮНИСЕФ, ВПП, ПРООН, ЮНФПА, ЮНОДК, МОТ, ЮНЕСКО, ВОЗ и Всемирный банк. Секретариат ЮНЭЙДС, находящийся в Женеве, работает более чем в 80 странах по всему миру.

Ежегодный Доклад о развитии эпидемии СПИДа содержит последние данные о глобальной эпидемии СПИДа. Доклад за 2007 год, включающий карты и краткую информацию по регионам, представляет самые последние оценочные данные, отражающие масштабы эпидемии и человеческие жертвы, а также анализирует новые тенденции в развитии эпидемии.



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ООН
ЮНИСЕФ
ВПП
ПРООН
ЮНФПА
ЮНОДК
МОТ
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

www.unaids.org