ДЕКАБРЬ 06

Развитие эпидемии СПИДа

ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

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

Всемирная организация здравоохранения

UNAIDS/06.29R (перевод на русский язык, ноябрь 2006 г.)
Оригинал – на английском языке, UNAIDS/06.29E, ноябрь 2006 г.:
AIDS epidemic update: December 2006
Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 2006.

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

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

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

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

Данные для каталога публикаций ВОЗ

ЮНЭЙДС.
Развитие эпидемии СПИДа : декабрь 2006.

“UNAIDS/06.29R”.

1.ВИЧ-инфекции – эпидемиология. 2.ВИЧ-инфекции – профилактика и контроль. 3.Синдром приобретенного иммунодефицита – эпидемиология. 4.Синдром приобретенного иммунодефицита – профилактика и контроль. 5.Вспышки заболевания. I.ЮНЭЙДС. II.Название.

ISBN 92 9 173545 0 (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

unaids@unaids.org
www.unaids.org

Развитие эпидемии СПИДа

Декабрь 2006 г.

ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ
УВКБ ООН ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
МПП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНФПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Всемирная организация здравоохранения

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности

Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2006 г. 1

Введение 3

Африка к югу от Сахары 10

Азия 24

Восточная Европа и Центральная Азия 37

Карибский бассейн 44

Латинская Америка 48

Северная Америка, Западная и Центральная Европа 53

Ближний Восток и Северная Африка 59

Океания 61

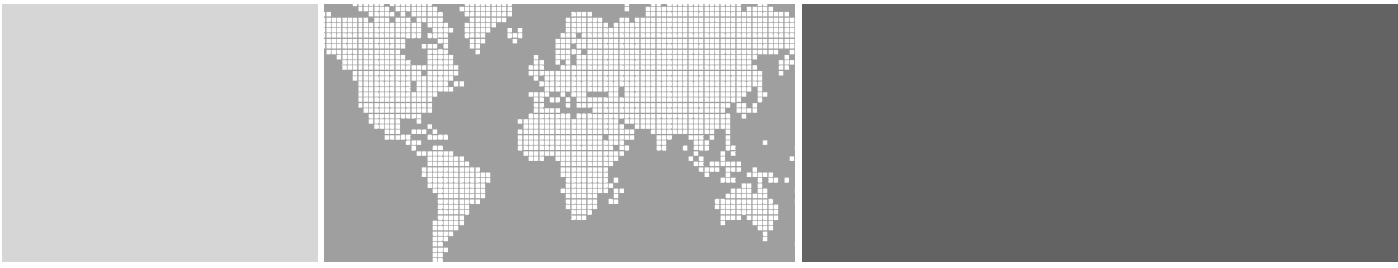
КАРТЫ 63

Глобальные оценки, 2006 г. Дети и взрослые 64
Расчетное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, 2006 г. 65
Расчетное число новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых и детей в 2006 г. 66
Расчетное число случаев смерти от СПИДа среди взрослых и детей в 2006 г. 67

БИБЛИОГРАФИЯ 69

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

“Развитие эпидемии СПИДа: 2006 г.” представляет собой доклад Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В его подготовку внесли свой вклад Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), а также Хейн Марэ.



Краткие глобальные данные об эпидемии СПИДа, декабрь 2006 г.

Количество людей, живущих с ВИЧ, в 2006 г.

Всего	**39,5 миллиона (34,1–47,1 миллиона)**
Взрослых	37,2 миллиона (32,1–44,5 миллиона)
Женщин	17,7 миллиона (15,1–20,9 миллиона)
Детей моложе 15 лет	2,3 миллиона (1,7–3,5 миллиона)

Количество людей, заразившихся ВИЧ в 2006 г.

Всего	**4,3 миллиона (3,6–6,6 миллиона)**
Взрослых	3,8 миллиона (3,2–5,7 миллиона)
Детей моложе 15 лет	530 000 (410 000–660 000)

Количество смертей от СПИДа в 2006 г.

Всего	**2,9 миллиона (2,5–3,5 миллиона)**
Взрослых	2,6 миллиона (2,2–3,0 миллиона)
Детей моложе 15 лет	380 000 (290 000–500 000)

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

Региональная статистика и характеристики ВИЧ и СПИДа, 2004 и 2006 годы

	Взрослые и дети, живущие с ВИЧ	Число новых ВИЧ-инфекций среди взрослых и детей	Распространенность среди взрослых (15-49)	Смертность от СПИДа среди взрослых и детей
Африка к югу от Сахары				
2006	24,7 млн. [21,8–27,7 млн.]	2,8 млн. [2,4–3,2 млн.]	5,9% [5,2%–6,7%]	2,1 млн. [1,8–2,4 млн.]
2004	23,6 млн. [20,9–26,4 млн.]	2,6 млн. [2,2–2,9 млн.]	6,0% [5,3%–6,8%]	1,9 млн. [1,7–2,3 млн.]
Ближний Восток и Северная Африка				
2006	460 000 [270 000–760 000]	68 000 [41 000–220 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	36 000 [20 000–60 000]
2004	400 000 [230 000–650 000]	59 000 [34 000–170 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	33 000 [18 000–55 000]
Южная и Юго-Восточная Азия				
2006	7,8 млн. [5,2–12,0 млн.]	860 000 [550 000–2,3 млн,]	0,6% [0,4%–1,0%]	590 000 [390 000–850 000]
2004	7,2 млн. [4,8–11,2 млн.]	770 000 [480 000–2,1 млн,]	0,6% [0,4%–1,0%]	510 000 [330 000–740 000]
Восточная Азия				
2006	750 000 [460 000–1,2 млн.]	100 000 [56 000–300 000]	0,1% [<0,2%]	43 000 [26 000–64 000]
2004	620 000 [380 000–1,0 млн.]	90 000 [50 000–270 000]	0,1% [<0,2%]	33 000 [20 000–49 000]
Океания				
2006	81 000 [50 000–170 000]	7100 [3400–54 000]	0,4% [0,2%–0,9%]	4000 [2300–6600]
2004	72 000 [44 000–150 000]	8000 [3900–61 000]	0,3% [0,2%–0,8%]	2900 [1600–4600]
Латинская Америка				
2006	1,7 млн. [1,3–2,5 млн.]	140 000 [100 000–410 000]	0,5% [0,4%–1,2%]	65 000 [51 000–84 000]
2004	1,5 млн. [1,2–2,2 млн.]	130 000 [100 000–320 000]	0,5% [0,4%–0,7%]	53 000 [41 000–69 000]
Карибский регион				
2006	250 000 [190 000–320 000]	27 000 [20 000–41 000]	1,2% [0,9%–1,7%]	19 000 [14 000–25 000]
2004	240 000 [180 000–300 000]	25 000 [19 000–35 000]	1,1% [0,9%–1,5%]	21 000 [15 000–28 000]
Восточная Европа и Центральная Азия				
2006	1,7 млн. [1,2–2,6 млн.]	270 000 [170 000–820 000]	0,9% [0,6%–1,4%]	84 000 [58 000–120 000]
2004	1,4 млн. [950 000–2,1 млн.]	160 000 [110 000–470 000]	0,7% [0,5%–1,1%]	48 000 [34 000–66 000]
Западная и Центральная Европа				
2006	740 000 [580 000–970 000]	22 000 [18 000–33 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15,000]
2004	700 000 [550 000–920 000]	22 000 [18 000–33 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15 000]
Северная Америка				
2006	1,4 млн. [880 000–2,2 млн.]	43 000 [34 000–65 000]	0,8% [0,6%–1,1%]	18 000 [11 000–26 000]
2004	1,2 млн. [710 000–1,9 млн.]	43 000 [34 000–65 000]	0,7% [0,4%–1,0%]	18 000 [11 000–26 000]
Итого				
2006	39,5 млн. [34,1–47,1 млн.]	4,3 млн. [3,6–6,6 млн.]	1,0% [0,9%–1,2%]	2,9 млн. [2,5–3,5 млн.]
2004	36,9 млн. [31,9–43,8 млн.]	3,9 млн. [3,3–5,8 млн.]	1,0% [0,8%–1,2%]	2,7 млн. [2,3–3,2 млн.]

Таблица 1

ВВЕДЕНИЕ

Основные глобальные и региональные тенденции

В последние годы наметились обнадеживающие результаты глобальных усилий по борьбе с эпидемией СПИДа, в том числе, растущий доступ к эффективным программам лечения и профилактики. Несмотря на это, число людей, живущих с ВИЧ, продолжает расти, как и количество смертей в связи со СПИДом. Общее число людей, живших с ВИЧ в 2006 году, составило 39,5 [34,1–47,1] миллиона человек— на 2,6 миллиона больше, чем в 2004 году. Сюда входят 4,3 [3,6–6,6] миллиона взрослых и детей, которые, по оценкам, были впервые инфицированы ВИЧ в 2006 году, что почти на 400 000 больше, чем в 2004 году.

Во многих регионах мира новые случаи инфицирования ВИЧ в значительной степени сконцентрированы среди молодежи (в возрастной группе 15-24 лет). Среди взрослого населения в возрасте от 15 лет и старше на молодежь в 2006 году приходилось 40% новых случаев ВИЧ-инфекции.

Страны Африки к югу от Сахары по-прежнему несут основную тяжесть глобальной эпидемии. Две трети (63%) всех взрослых и детей с ВИЧ в мире живут в странах Африки к югу от Сахары с эпицентром в южной части Африки (см. страницы 10-23). Одна треть (32%) всех людей с ВИЧ в мире живет в этом субрегионе, и здесь же произошли 34 % всех смертей в связи со СПИДом в 2006 году.

В некоторых странах к югу от Сахары наблюдалось снижение национальных показателей распространенности ВИЧ, однако такие тенденции не являются достаточно сильными или распространенными, чтобы уменьшить общие последствия эпидемии в этом регионе (см. страницы 10-23).

Почти три четверти (72%) всех смертей в связи со СПИДом среди взрослых и детей в 2006 году произошли в странах **Африки к югу от Сахары**: 2,1 [1,8–2,4] миллиона из общего количества в 2,9 [2,5–3,5] миллиона. В целом страны Африки к югу от Сахары, по оценкам, являются местом постоянного проживания 24,7 [21,8–27,7] миллиона взрослых и детей, инфицированных ВИЧ – на 1,1 миллиона больше, чем в 2004 году.

За последние два года число людей, живущих с ВИЧ, увеличилось во всех регионах мира. Наиболее заметный рост произошел в **Восточной Азии** и в **Восточной Европе** и **Центральной Азии**, где в 2006 году число людей, живущих с ВИЧ, более чем на одну пятую (21%) превысило показатель за 2004 год.

Начиная с 2000/2001 гг. распространенность ВИЧ среди молодежи снизилась в восьми из 11 стран, имеющих достаточный объем данных для анализа последних тенденций.

В 2006 году в **Восточной Европе** и **Центральной Азии** было зарегистрировано 270 000 [170 000-820 000] новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых и детей, почти на 70% больше по сравнению с 160 000 [110 000-470 000] человек, заразившихся ВИЧ в 2004 году. В **Южной** и **Юго-Восточной Азии** число новых случаев ВИЧ-инфекции в 2004-2006 гг. выросло на 15%, тогда как на **Ближнем Востоке** и в **Северной Африке** оно возросло на 12%. В **Латинской Америке**, **Карибском регионе** и **Северной Америке** число новых случаев инфекции осталось приблизительно таким же, как в 2004 году.

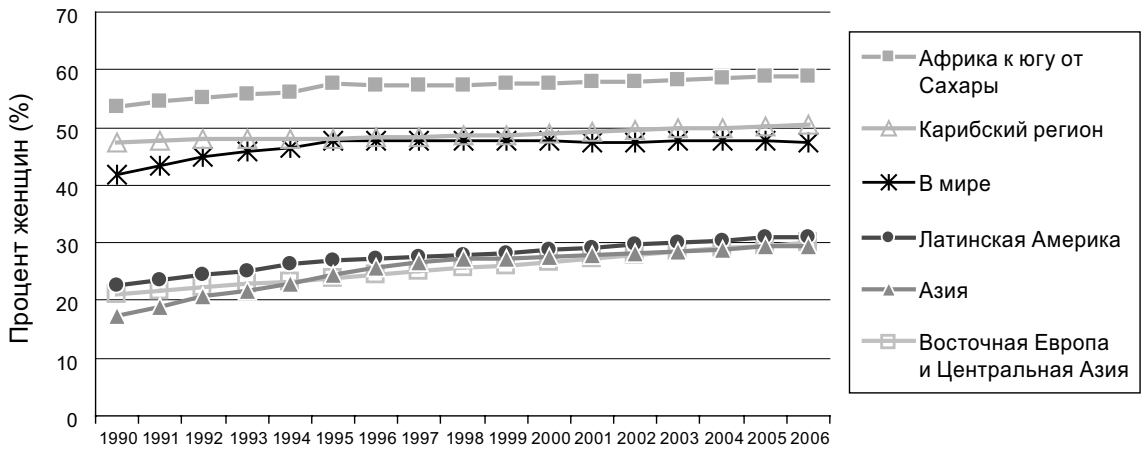
Во всем мире и в каждом регионе в настоящее время проживает больше, чем когда-либо ранее, взрослых женщин (в возрасте 15 лет и старше), инфицированных ВИЧ. В 2006 году насчитывалось 17,7 [15,1-20,9] миллиона женщин, живущих с ВИЧ, – это более чем на один миллион человек больше, чем в 2004 году. В

Региональная статистика и характеристики ВИЧ среди женщин, 2004 и 2006 годы

		Число женщин (15+ лет), живущих с ВИЧ	Процент женщин (15+ лет) среди взрослых (15+ лет), живущих с ВИЧ (%)
Африка к югу от Сахары	2006	13,3 млн. [11,5–15,2 млн.]	59
	2004	12,7 млн. [11,0–14,5 млн.]	59
Ближний Восток и Северная Африка	2006	200 000 [100 000–370 000]	48
	2004	180 000 [89 000–330 000]	49
Южная и Юго-Восточная Азия	2006	2,2 млн. [1,3–3,6 млн.]	29
	2004	2,0 млн. [1,2–3,3 млн.]	29
Восточная Азия	2006	210 000 [110 000–370 000]	29
	2004	160 000 [90 000–280 000]	27
Океания	2006	36 000 [17 000–90 000]	47
	2004	32 000 [16 000–81 000]	47
Латинская Америка	2006	510 000 [350 000–800 000]	31
	2004	450 000 [310 000–670 000]	30
Карибский регион	2006	120 000 [85 000–160 000]	50
	2004	110 000 [80 000–150 000]	50
Восточная Европа и Центральная Азия	2006	510 000 [330 000–810 000]	30
	2004	410 000 [260 000–650 000]	30
Западная и Центральная Европа	2006	210 000 [160 000–300 000]	28
	2004	190 000 [140 000–260 000]	28
Северная Америка	2006	350 000 [190 000–570 000]	26
	2004	300 000 [160 000–510 000]	26
ИТОГО	2006	17,7 млн. [15,1–20,9 млн.]	48
	2004	16,5 млн. [14,2–19,5 млн.]	48

Таблица 2

Процент взрослых (15+ лет) женского пола, живущих с ВИЧ, 1990−2006 гг.



Источник: ЮНЭЙДС/ВОЗ, 22 сент 2006 г.

Рисунок 1

странах **Африки к югу от Сахары** на каждые десять взрослых мужчин, живущих с ВИЧ, приходится около 14 взрослых инфицированных женщин. В 2006 году во всех возрастных группах людей, живущих с ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары, 59% составляли женщины. В **Карибском регионе**, на **Ближнем Востоке** и в **Северной Африке** и в **Океании** почти каждый второй человек, живущий с ВИЧ, – это женщина. Тем временем во многих странах **Азии**, **Восточной Европы** и **Латинской Америки** количественное соотношение женщин, живущих с ВИЧ, продолжает расти.

наркотиков, незащищенный коммерческий секс и незащищенный секс между мужчинами) особенно заметна в эпидемиях ВИЧ в Азии, Восточной Европе и Латинской Америке (см. Рисунок 2). Например, в **Восточной Европе** и **Центральной Азии** два из трех (67%) распространенных случаев ВИЧ инфекции в 2005 году происходили в результате использования нестерильного инъекционного инструментария во время введения наркотиков. На долю работников секс-бизнеса и их клиентов приходится около 12% случаев ВИЧ-инфекции.

Процентное соотношение уровней ВИЧ-инфекции в разных группах населения по регионам, 2005 г.

ПИН: Потребители инъекционных наркотиков
МСМ: Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами
КСР: Коммерческие секс-работники

* Индия не была включена в данный анализ, поскольку масштабы эпидемии ВИЧ (в основном, гетеросексуальной) в стране не позволяют увидеть, в какой степени другие группы населения, подвергающиеся риску, воздействуют на развитие эпидемии в регионе.

Рисунок 2

В последние годы значительно увеличился доступ к лечению и уходу, хотя во многих странах начальный уровень был очень низким. Тем не менее, эффект впечатляет. Благодаря расширенному предоставлению антиретровирусного лечения с 2002 года люди, живущие с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, по оценкам, получили дополнительно два миллиона лет жизни. В одних только странах Африки к югу от Сахары – приблизительно 790 000 лет, причем, главным образом, это произошло за последние два года, когда были расширены масштабы антиретровирусного лечения. В Латинской Америке, где широкомасштабное предоставление лечения началось раньше, с 2002 года люди, живущие с ВИЧ, получили примерно 834 000 дополнительных лет жизни.

Особое внимание рискованному поведению

Центральная роль поведения с высокой степенью риска (например, потребление инъекционных

Коммерческий секс и потребление инъекционных наркотиков являются причиной примерно такого же общего процентного соотношения в распространении ВИЧ инфекции в **Южной** и **Юго-Восточной Азии** (См. страницы 24-36). За исключением Индии, почти каждый второй случай (49%) ВИЧ-инфекции в 2005 году был зарегистрирован среди работников секс-бизнеса и их клиентов, а более одного из пяти (22%) случаев инфекции отмечалось среди потребителей инъекционных наркотиков. Небольшая, но существенная часть инфекций (5%) была зарегистрирована среди мужчин, практикующих секс с мужчинами. В **Латинской Америке**, напротив, один из четырех (26%) случаев ВИЧ-инфекции в 2005 году отмечался среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, а 19% – среди потребителей инъекционных наркотиков. Хотя распространенность ВИЧ среди работников секс-бизнеса в этом регионе относительно низкая (см. страницы 48-52), на них и их клиентов приходится примерно один из шести (17%) случаев ВИЧ-инфекции.

Хотя эпидемии также проникают и в основной массив населения стран этих регионов, они все-таки в большой степени сконцентрированы в отдельных группах населения. Это подчеркивает необходимость целенаправленного осуществления эффективных стратегий профилактики, лечения и ухода в группах населения, подвергающихся наиболее высокому риску ВИЧ инфекции.

Последние данные о развитии событий в регионах

Почти 25 миллионов человек живут с ВИЧ в **Африке к югу от Сахары** – это 63% от общего числа людей, живущих с ВИЧ во всем мире. В последние годы была проведена значительная работа по улучшению доступа к антиретровирусному лечению. И, тем не менее, в 2006 году от СПИДа умерли 2,1 [1,8–2,4] миллиона африканцев – это почти три четверти (72%) всех смертей от СПИДа в мире.

Сильнее всего страдает юг Африки (см. страницы 10-23), где только в одной стране – в **Зимбабве –** снизилась национальная распространенность ВИЧ среди взрослого населения. Эта тенденция к снижению отчасти может быть связана с изменениями в поведении, которые начали происходить в середине – конце 1990-х годов.

Тем временем продолжают шириться эпидемии ВИЧ в **Мозамбике, Южной Африке** и **Свазиленде**. По оценкам, в 2005 году каждый третий (33%) взрослый в **Свазиленде** жил с ВИЧ– здесь развивается самая тяжелая эпидемия в мире. В **Южной Африке**, где, если оценивать в абсолютных цифрах, отмечается одна из самых значительных эпидемий ВИЧ в мире, распространенность ВИЧ среди женщин, посещающих государственные женские консультации, в 2005 году была более чем на треть (35%) выше, чем в 1999 году. Хотя уровни ВИЧ инфекции среди молодых беременных женщин, похоже, стабилизируются, они продолжают расти среди женщин старшего возраста. Эпидемия влечет за собой серьезные последствия. В период с 1997 по 2004 гг. уровень смертности от естественных причин среди женщин в возрасте 25-34 лет вырос в пять раз, а среди мужчин в возрасте 30-44 лет – более чем в два раза. Во многом этот рост обусловлен эпидемией СПИДа (См. страницы 10-23).

В Восточной Африке, где уровни ВИЧ инфекции были ниже, чем на юге континента, похоже, продолжается общая тенденция к стабилизации или снижению распространенности ВИЧ. Уровень национальной распространенности среди беременных женщин снизился в **Кении, Танзании** и, в меньшей степени, в **Руанде**. В то же время, во многих других странах на местном уровне зачастую отмечаются противоположные тенденции (См. страницы 18-19). Тем временем, данные новых исследований указывают на возможную потерю завоеваний в борьбе со СПИДом, которых **Уганда** добилась в 1990-х годах, и распространенность ВИЧ снова растет в некоторых сельских районах. Внезапный рост уровней инфекции среди беременных женщин в г. Бужумбура, столице **Бурунди**, может свести на нет общие тенденции к снижению распространенности ВИЧ, которые отмечались в этой стране после 2000 года.

Противоречивые тенденции отмечаются в развитии менее значительных эпидемий в Западной и Центральной Африке. Есть признаки снижения распространенности ВИЧ в городских районах **Буркина-Фасо, Кот-д'Ивуара** и **Ганы,** однако в **Мали** темпы эпидемии ВИЧ, похоже, растут. С недавнего времени в Африке к югу от Сахары ширится потребление инъекционных наркотиков, что может стать потенциальным фактором развития эпидемии ВИЧ в нескольких странах, в особенности в **Кении** и **Танзании** (а также в **Нигерии** и **Южной Африке**).

В Азии наиболее высокие национальные уровни ВИЧ инфекции отмечаются в Юго-Восточной Азии, где сочетания незащищенного коммерческого секса и незащищенного секса между мужчинами наряду с небезопасным потреблением инъекционных наркотиков представляют собой основные факторы риска ВИЧ инфекции. Вспышки ВИЧ инфекции среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, происходят в настоящее время во **Вьетнаме, Индии, Камбодже, Китае, Непале, Пакистане** и **Таиланде.** Лишь в некоторых из этих стран национальные программы по борьбе со СПИДом адекватно реагируют на ту роль, которую секс между мужчинами играет в развитии эпидемий. Вспышки ВИЧ отмечаются в **Афганистане** и **Пакистане**, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков. Высокие уровни использования нестерильного инъекционного инструментария и других рискованных моделей поведения создают благоприятные условия для роста эпидемии ВИЧ в этих двух странах.

Эпидемию ВИЧ в **Индии** лучше всего можно описать как ряд эпидемий, которые сильно различаются по уровням распространенности, факторам риска инфицирования и моделям передачи вируса. Некоторые из этих эпидемий стабильны или даже снижаются в некоторых южных частях страны, в то время как в других ее регионах они растут умеренными темпами (См. страницы 27-29). В **Китае**, где власти значительно расширили мероприятия по противодействию СПИДу, ВИЧ постепенно распространяется из групп наиболее высокого риска (особенно потребителей инъекционных наркотиков, коммерческих секс-работников и их клиентов) в общий массив населения, и число случаев ВИЧ инфекции среди женщин в настоящее время растет (См. страницы 24-27).

В большинстве стран, где проводились повторные обследования, наблюдаются некоторые положительные изменения в сексуальном поведении молодежи. Будущее развитие эпидемии ВИЧ в мире во многом зависит от моделей поведения, которые выбирают или поддерживают молодые люди, и от ситуативных факторов, влияющих на этот выбор.

В **Латинской Америке** эпидемии остаются в целом стабильными. В частности, пример **Бразилии** доказывает, что усиленное внимание как профилактике, так и лечению помогает удержать эпидемию ВИЧ под контролем (См. страницы 48-52). Вспышки инфекции все еще отмечаются среди потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, в большинстве стран Южной Америки. Хотя секс между мужчинами, как правило, является скрытой моделью поведения, на него, вероятно, приходится как минимум одна десятая официально зарегистрированных случаев ВИЧ в странах **Карибского бассейна.** В этом регионе распространенность ВИЧ остается стабильной в **Доминиканской Республике** и уже снизилась в городских районах **Гаити,** однако на местном уровне отмечаются некоторые признаки того, что эпидемии в обеих этих странах могут снова начать расти, если не усилить профилактические меры.

Эпидемия ВИЧ продолжает непропорционально сильно поражать расовые и этнические меньшинства в **Соединенных Штатах Америки**, а в структуре эпидемии в **Канаде** чрезвычайно высока доля представителей коренного населения (См. страницы 53-55). Здесь, как и в **Западной** и **Центральной Европе,** основным фактором риска ВИЧ инфекции остается незащищенный секс между мужчинами. Распространенность ВИЧ варьирует от 10% до 20% среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в нескольких странах Западной Европы на фоне свидетельств о растущем числе случайных и незащищенных половых связей в этой группе населения. В то же время, примерно три четверти инфекций, переданных гетеросексуальным путем в странах Западной и Центральной Европы, приходится на иммигрантов и мигрантов. Этот факт подчеркивает необходимость адаптации услуг по профилактике, лечению и уходу таким образом, чтобы охватить ими и эти группы населения.

Эпидемии ВИЧ в **Восточной Европе** и **Центральной Азии** до сих пор относительно "молоды", и они продолжают расти – особенно тревожными темпами в **Украине,** где отмечается самая высокая распространенность ВИЧ во всей Европе (См. страницы 37-43). Здесь, как и в условиях растущей эпидемии в **Российской Федерации** и меньших по масштабам, но также развивающихся эпидемий в **Таджикистане** и **Узбекистане,** основным путем передачи ВИЧ остается использование нестерильного инъекционного инструментария. Эпидемии ВИЧ в этих регионах сильнее всего поражают молодежь. Например, в Российской Федерации около 80% людей, живущих с ВИЧ, моложе 30 лет. В Российской Федерации и Украине женщины (многие из которых моложе 25 лет) несут растущее бремя ВИЧ – в 2005 году на них приходилось более 40% всех впервые поставленных диагнозов ВИЧ инфекции.

Неадекватные системы эпиднадзора за ВИЧ являются одним из препятствий во многих странах, включая **Европу, Карибский регион, Центральную Америку, Ближний Восток** и **Северную Африку.** Это не позволяет точно распознавать модели и тенденции некоторых эпидемий ВИЧ и тормозит разработку и осуществление потенциально эффективных мер противодействия. Однако в настоящее время есть и исключения, среди них – **Иран,** который на основе улучшенного сбора информации о ВИЧ расширил меры по противодействию СПИДу в группах риска.

ВИЧ и тенденции сексуального поведения среди молодежи

В 2001 году в *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, принятой ООН, дано описание задачи по снижению распространенности ВИЧ среди молодежи в наиболее пострадавших странах на 25% к 2005 году, с тем чтобы осуществлять мониторинг прогресса в профилактике новых инфекций. Определение реальных временных тенденций в заболеваемости ВИЧ, и, в частности, воздействия профилактических программ на уровень заболеваемости ВИЧ, в идеале требует проведения долгосрочных исследований среди большого числа респондентов. Учитывая практические трудности проведения таких исследований, было предложено использовать данные о распространенности ВИЧ среди молодых женщин в возрасте 15-24 лет, посещающих женские консультации, в качестве представительной единицы измерения уровней заболеваемости.

Для того чтобы оценить прогресс в достижении этой цели, Рабочая группа ВОЗ/ЮНЭЙДС по глобальному надзору за ВИЧ, СПИДом и ИППП обратилась к странам, в которых национальная распространенность превышала 3%, с просьбой принять участие в этой работе.

Начиная с 2000/2001 гг., распространенность ВИЧ снизилась в восьми из 11 стран, имеющих достаточный объем данных для анализа последних

тенденций среди молодежи (См. Таблицу 3).[1] В **Кении** распространенность ВИЧ среди молодых беременных женщин снизилась значительно – более чем на 25% – как в городских, так и в сельских районах. Подобное снижение наблюдалось в городских районах **Кот-д'Ивуара, Малави** и **Зимбабве,** и в сельских районах **Ботсваны.** Менее заметное (и незначительное) снижение было отмечено в городах **Ботсваны, Бурунди** и **Руанды** и в сельских районах **Танзании** и **Зимбабве.** Не получено данных о снижении уровней ВИЧ инфекции среди молодых людей в **Мозамбике, Южной Африке** или **Замбии.**

Поведенческие тенденции среди молодежи оценивались на основе результатов национальных обследований, проведенных как минимум дважды в одной и той же стране в период 1992-2005 гг. В **Кении** данные о поведенческих тенденциях указывают на то, что за определенный период произошло значительное снижение тех видов сексуального поведения, которые подвергают людей риску ВИЧ инфекции. Процент молодых людей, имевших половые отношения с непостоянным партнером, снизился на **Гаити** (только среди мужчин), в **Кении** и **Малави** (среди молодых мужчин и женщин) и в **Замбии** (только среди женщин), но при этом вырос в **Камеруне** и **Уганде** (только среди женщин). В то же время, уровни использования презервативов с непостоянным партнером, похоже, возросли в некоторых из исследуемых стран, включая **Камерун, Южную Африку, Танзанию** и **Уганду** (среди молодых мужчин и женщин), **Малави** (только среди молодых мужчин) и **Кению** и **Замбию** (только среди молодых женщин). В нескольких странах, в особенности в **Камеруне,** похоже, происходит одновременный переход как к более безопасным, так и к крайне рискованным моделям поведения – растет, например, процент молодых людей, практикующих сексуальные отношения, связанные с высоким риском, но в то же время растет уровень использования презервативов при случайных половых отношениях с непостоянным партнером.

К сожалению, относительно немногие страны смогли предоставить широкие данные о поведенческих тенденциях среди молодежи, а во многих странах данные о тенденциях распространенности ВИЧ среди молодежи незначительны или вовсе отсутствуют – включая некоторые страны юга Африки с исключительно высокой распространенностью ВИЧ. Это усиливает потребность в расширении деятельности эпиднадзора в срочном порядке.

Будущее развитие эпидемии ВИЧ в мире во многом зависит от моделей поведения, которые выбирают или поддерживают молодые люди, и от ситуативных факторов, влияющих на этот выбор. С недавнего времени наблюдаются некоторые положительные изменения в поведении молодежи в странах Карибского бассейна и Африки к югу от Сахары, в частности, в Восточной Африке.

[1] Были изучены данные из 30 наиболее сильно пострадавших стран. Все они, кроме двух (Багамские Острова и Гаити), расположены в Африке к югу от Сахары. Для анализа тенденций в связи с ВИЧ необходимо было иметь, как минимум, три набора данных, полученных на однородных участках эпиднадзора за ВИЧ в 2000-2005 гг. Лишь малая часть стран (11 из 30) имели или представили такие данные.

Тенденции в возрастной группе 15-24 лет в странах с высокой распространенностью: распространенность ВИЧ среди беременных женщин (2000–2005 гг.) в системах дозорного эпиднадзора и отдельные виды сексуального поведения женщин и мужчин (1994–2005 гг.) по данным национальных обследований

Страна	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	НД	НД						
Багамские Острова	ДН	ДН						
Ботсвана	↓ НД	↓ ≥ 25%						
Бурунди#	↓ НД	↔						
Камерун	НД	НД	↔	↓	↑	↑	↑	↑
Центральноафриканская Республика	ДН	ДН						
Чад	НД	НД	↓	↔				
Конго	ДН	ДН						
Кот-д'Ивуар	↓ ≥ 25%	НД	↓					
Демократическая Республика Конго	НД	НД						
Джибути	ДН	ДН						
Габон	ДН	ДН						
Гаити	ДН	ДН	↑	↑		↓		
Кения	↓ ≥ 25%	↓ ≥ 25%	↔	↔	↓	↓	↑	↔
Лесото	НД	НД						
Малави#	↓ ≥ 25%	↔	↓	↓	↓	↓	↔	↑
Мозамбик‡	↔		↔					
Намибия	НД	НД	↔					
Нигерия	НД	НД	↔	↔				
Руанда	↓ НД	ДН	↔					
Южная Африка§	↔		↔	↔	↔	↔	↑	↑
Свазиленд	ДН	ДН						
Того	НД	НД						
Уганда	ДН	ДН	↓		↑	↔	↑	↑
Объединенная Республика Танзания	↔	↓ НД	↔	↓	↔	↔	↑	↑
Замбия¶	↔		↔		↓	↔	↑	↔
Зимбабве	↓ ≥ 25%	↓ НД	↓	↔			↔	↔

Примечание: **Выделенные ячейки обозначают позитивные тенденции в распространенности или поведении.**

Условные обозначения:

* Однородные участки, использованные для анализа медианной распространенности по годам в течение как минимум трех лет. Критерий значимасти основан на формуле: H0 : 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), 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, или национальных опросов, проведенных в Южной Африке в период 1992 - 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 1992-2005 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 1992-2005 гг.

↑ Статистически значимый рост.
↓ Статистически значимый спад.
↓ ≥ 25% Статистически значимый спад - более чем на 25%.
↓ НД Статистически незначительное постепенное снижение.
↔ Нет данных о снижении.
НД Недостаточно данных, т.е., данные получены за период меньше трех лет.
ДН Данные не получены.

\# При анализе городских данных пригородные и городские районы были объединены .

§ Не получены данные в ответ на процесс РГ; анализ основан на данных отчета о проведении эпиднадзора в Южной Африке.

¶ Не получены данные в ответ на процесс РГ; анализ основан на данных отчета о проведении эпиднадзора в Замбии в 2005 г. Анализ основан на объединенных данных по городам и сельской местности.

‡ В Мозамбике анализ проводился в южном, северном и центральном регионах.

Таблица 3

АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ

Почти две трети (63%) всех людей, инфицированных ВИЧ, проживают в Африке к югу от Сахары – 24,7 [21,8–27,7] миллиона человек по состоянию на 2006 год. По оценкам, число взрослых и детей, заразившихся ВИЧ в 2006 году, составило 2,8 [2,4–3,2] миллиона человек – это больше чем во всех других регионах мира вместе взятых. Число смертей от СПИДа в Африке к югу от Сахары – 2,1 [1,8–2,4] миллиона – составляет 72% от общего числа смертей от СПИДа в мире. Во всех странах этого региона на женщин приходится диспропорциональная часть нагрузки, обусловленной СПИДом: они не только чаще мужчин заражаются ВИЧ, но в большинстве стран именно им приходится чаще других ухаживать за людьми, инфицированными ВИЧ.

В Африке к югу от Сахары вероятность заражения ВИЧ для женщин выше, чем для мужчин; причем именно на женщин чаще всего ложится бремя по уходу за людьми, инфицированными ВИЧ.

В то время как имеются данные об уменьшении масштабов некоторых эпидемий в этом регионе, тренды их развития в большинстве стран выглядят устойчивыми. По своей сути это отражает равновесие – число людей, вновь заразившихся ВИЧ, примерно равно числу людей, умерших от СПИДа.

Масштабы предоставления антиретровирусного лечения в Африке к югу от Сахары резко увеличились: в июне 2006 года более одного миллиона [930 000–1,15 миллиона] человек получали антиретровирусное лечение, что в десять раз больше чем в декабре 2003 года (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006). Усилия по расширению масштабов такого лечения были особенно заметными в последнее время в некоторых странах, включая Ботсвану, Замбию, Кению, Малави, Намибию, Руанду, Уганду и Южную Африку. Однако сами масштабы потребностей в этом регионе означают, что здесь антиретровирусное лечение получают чуть менее четверти (23%) от оценочного числа всех нуждающихся, составляющего 4,6 [4–5,4] миллиона человек (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006).

Юг Африки

Юг Африки остается эпицентром глобальной эпидемии ВИЧ: 32% людей, инфицированных ВИЧ во всем мире, живут в этом субрегионе; здесь также зарегистрировано 34% всех случаев смерти от СПИДа.

Данные о снижении национального показателя распространенности ВИЧ на юге Африки поступают только из **Зимбабве**, где снизились показатели как распространенности ВИЧ, так и заболеваемости (ЮНЭЙДС, 2005). Данные дородовых женских консультаций показывают, что уровни инфицирования ВИЧ среди беременных женщин достигали 30–32% в начале 2000-х годов с последующим снижением до 24% в 2004 году. В столице страны Хараре показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин достиг наивысшего значения – более 36% – в 1996 году; к середине 2004 года этот показатель снизился примерно до 21% (Mahomva et al., 2006; Hargrove et al., 2005; Mugurungi et al., 2005). Однако непоследовательность и системные ошибки, характерные для некоторых данных, означают, что степень снижения показателя распространенности ВИЧ может быть не такой существенной, как на это указывают данные о ВИЧ, получаемые в дородовых женских консультациях (ЮНЭЙДС, 2005). В то же время тренды, указывающие на снижение показателя распространенности ВИЧ, также были отмечены среди сельского населения в Маникаленде, включая некоторые данные об изменении сексуального поведения (Gregson et al., 2006).

Отмечаемое снижение показателя распространенности, вероятно, связано с рядом факторов, особенно с уменьшением числа "случайных" половых связей, а также с ростом практики использования презервативов и более поздним началом половой жизни (Mahomva et al., 2006; ЮНЭЙДС, 2005). Например, в 2001–2003 годах в Маникаленде процент мужчин, имевших половые контакты (49%) и указавших на то, что в последнее время у них был "случайный" партнер, оказался в два раза ниже, чем в 1998–2000 годах. Отмечается более частое использование презерватива во время контактов со "случайными" партнерами среди женщин (с 26% до 37% за тот же период времени), однако среди мужчин этого не наблюдается (Gregson et al., 2006). Такому изменению поведения, вероятно, способствовали повышение уровня информированности о СПИДе, относительное расширение инфраструктуры здравоохранения и нарастающее беспокойство в связи со смертностью от СПИДа. Кроме того, снижению показателя распространенности ВИЧ значительно способствовали высокие показатели смертности.

Тем не менее примерно каждый пятый взрослый (20,1% или от 13,3% до 27,6%; ЮНЭЙДС, 2006) в Зимбабве живет с ВИЧ – эта эпидемия ВИЧ является одной из самых тяжелых в мире. В настоящее время средняя ожидаемая (при рождении) продолжительность жизни для женщин в Зимбабве является одной из самых низких в мире – 34 года. Для мужчин она оценивается на уровне 37 лет (ВОЗ, 2006). Нехватка продуктов питания, нищета, насильственное переселение и засуха заставили многие сотни тысяч жителей Зимбабве мигрировать в поисках возможностей для получения средств к существованию. Возможные последствия таких потрясений для показателей передачи ВИЧ пока еще полностью не проявились, однако они могут оказаться глубокими, как и влияние экономического кризиса в Зимбабве на программы антиретровирусного лечения в стране.

Снижение показателя распространенности ВИЧ в Зимбабве, вероятно, частично связано с изменениями в поведении в середине – конце 1990-х годов.

В 2005 году в **Южной Африке** около 5,5 [4,9–6,1] миллиона человек (ЮНЭЙДС, 2006)[2] жили с ВИЧ, включая 240 000 [93 000–500 000] детей моложе 15 лет (ЮНЭЙДС, 2006). Данные о ВИЧ, собранные в этой стране в рамках широкой системы эпиднадзора в дородовых женских консультациях, указывают на то, что показатель распространенности ВИЧ пока еще не достиг уровня стабилизации.

Последние данные свидетельствуют о продолжающемся росте уровней инфицирования ВИЧ в национальном масштабе среди беременных женщин, посещающих государственные дородовые женские консультации: с 22,4% в 1999 году до 30,2% в 2005 году (увеличение на 35%) (см. рисунок 1) (Департамент здравоохранения Южной Африки, 2006). В то же время показатель распространенности ВИЧ среди молодых людей, возможно, стабилизируется. Эпиднадзор, проводимый в дородовых женских консультациях, указывает на то, что показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15–24 лет остается относительно стабильным с 2000 года – на уровне 14%–16% в возрастной группе 15–19 лет и 28%–31% в возрастной группе 20–24 лет (Департамент здравоохранения Южной Африки, 2006).

Как и в других районах Африки к югу от Сахары, эпидемия в Южной Африке диспропорционально влияет на женщин. Вероятность инфицирования ВИЧ для молодых женщин (15–24 лет) в четыре раза выше, чем для молодых мужчин: в 2005 году показатель распространенности среди молодых женщин составлял 17%, а среди молодых мужчин 4,4% (Shisana et al., 2005). Эти уровни инфицирования были аналогичными уровням инфицирования, установленным в 2003 году при проведении национального обследования молодых людей в возрасте 15–24 лет, который показал уровни инфицирования ВИЧ, составляющие 15,5% для молодых женщин и 4,8% для молодых мужчин (Pettifor et al., 2004). Согласно данным национального обследования домохозяйств на ВИЧ, проведенного в 2005 году, ВИЧ-инфицированной оказалась каждая третья женщина в возрастной группе 30–34 лет и каждый четвертый мужчина в возрастной группе 30–39 лет. Кроме того, высокие уровни инфицирования были обнаружены среди мужчин старше 50 лет – более 10% из них имели положительный результат теста на ВИЧ (Shisana et al., 2005).

Эпидемия в Южной Африке, которая возникла несколько позже по сравнению с другими эпидемиями ВИЧ в этом субрегионе, сейчас достигла стадии, когда растет число людей, умирающих от СПИДа. Последние официальные данные о смертности указывают на то, что общее число смертей (включая все причины) в Южной Африке с 1997 по 2004 годы увеличилось на 79% (с 316 505 до 567 488 случаев) (Статистическое управление Южной Африки, 2006). Показатели смертности от естественных причин для женщин в возрасте 25–34 лет выросли с 1997 по 2004 годы в пять раз, а для мужчин в возрасте 30–44 лет увеличились за этот же период более чем в два раза. В значительной степени тенденция роста смертности обусловлена эпидемией СПИДа (Anderson and Phillips, 2006; Общество страховой статистики Южной Африки, 2005; Совет по медицинским исследованиям, 2005; Bradshaw et al., 2004; Dorrington et al., 2001), в то время как рост числа смертей привел к снижению

[2] Все оценки об общем числе людей, живущих с ВИЧ, в данной стране приводятся за 2005 год.

ВСПЫШКИ ТУБЕРКУЛЕЗА С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Вспышка туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ТБШЛУ) (XDR-TB), обнаруженная в начале 2005 года в КваЗулу-Натал, подчеркнула смертоносное сочетание ВИЧ и ТБ в Южной Африке, где, по оценкам, 60% больных туберкулезом также инфицированы ВИЧ.

Из 53 человек, которым первоначально был поставлен диагноз ТБШЛУ в районной больнице в провинции КваЗулу-Натал, за период с января 2005 года по март 2006 года, 44 прошли тестирование на ВИЧ; при этом оказалось, что все они были инфицированы ВИЧ. Смертность оказалась очень высокой: 52 из этих пациентов умерли, в среднем, в течение месяца после первичного забора мокроты. К началу октября 2006 года случаи заболевания ТБШЛУ были зарегистрированы в 33 учреждениях здравоохранения по всей провинции КваЗулу-Натал (Центр медицинских научных исследований, ВОЗ, ЦКЗ, 2006).

Устойчивость к лекарственным препаратам, используемым для лечения ТБ, обусловлена главным образом неадекватным контролем за ТБ, плохим выполнением пациентом или клиницистом стандартных схем лечения при ТБ, плохим качеством препаратов или неадекватными поставками препаратов. Люди, живущие с ВИЧ, особенно уязвимы к развитию ТБ с лекарственной устойчивостью, поскольку им грозит высокий риск заражения и развития активной формы ТБ.

Эта вспышка подчеркивает потребность в быстром проведении диагноза и обеспечении эффективного лечения ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, с тем чтобы предупредить развитие устойчивости к лекарственным препаратам. Для того чтобы предупредить распространение ТБ, необходимо улучшить доступ к тестированию культур ТБ и чувствительности к лекарственным препаратам, а также внедрить эффективные методы борьбы с инфекцией в клиниках по уходу при ВИЧ.

В то же время эта проблема актуальна не только для Африки к югу от Сахары. В марте 2006 года ВОЗ и центры по контролю за заболеваниями и профилактике США сообщили, что 2% культур ТБ, исследованных в 25 наднациональных справочных лабораториях, соответствовали критериям для ТБ с широкой лекарственной устойчивостью, и сделали вывод о том, что ТБ с широкой лекарственной устойчивостью присутствует во всех регионах мира (ЦКЗ и ВОЗ, 2006). Поскольку тестирование культур ТБ и чувствительности к лекарственным препаратам не проводится на регулярной основе в большинстве стран, где отсутствуют необходимые ресурсы, фактический размах этой эпидемии пока что неизвестен.

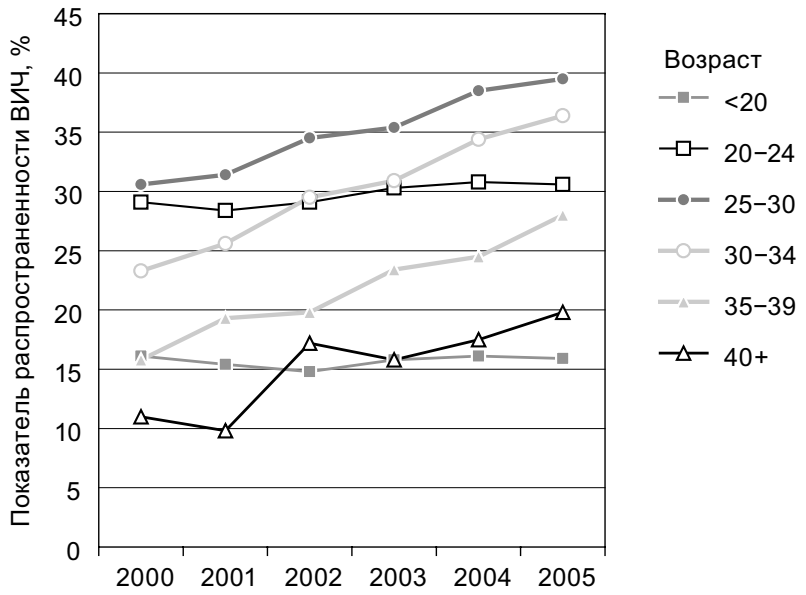
9-10 октября 2006 года ВОЗ провела совещание Глобальной целевой группы по ТБШЛУ с целью анализа имеющихся доказательных данных и разработки чрезвычайного плана глобальных действий для предупреждения и локализации ТБШЛУ, а также мер для ведения больных, имеющих это заболевание. Во время этого совещания было пересмотрено определение ТБШЛУ.[3]

Это совещание было проведено после экспертной консультации, проведенной 7–8 сентября 2006 года в Йоханнесбурге и организованной совместно Советом по медицинским исследованиям Южной Африки, ВОЗ и ЦКЗ, в ходе которой был разработан план действий, включающий семь пунктов:

- проведение оперативных исследований для изучения форм ТБ с широкой лекарственной устойчивостью;
- усиление потенциала лабораторий;
- усиление технических возможностей руководителей клиник и учреждений здравоохранения для осуществления эффективных мер в ответ на вспышки форм ТБШЛУ;
- применение мер по борьбе с инфекцией;
- усиление поддержки исследований для разработки препаратов для лечения больных ТБ;
- усиление поддержки исследований для разработки быстрых диагностических тестов;

[3] ТБШЛУ: устойчивость по крайней мере к двум самым сильным препаратам против ТБ первой линии – рифампицину и изониазиду, фторквинолону и одному или нескольким из следующих инъекционных препаратов – амикацину, канамицину и капреомицину.

Показатель распространенности ВИЧ по возрастным группам среди посетителей дородовых женских консультаций в Южной Африке, 2000−2005 гг.



Источник: Департамент здравоохранения (2006, Национальное обследование на ВИЧ и сифилис в Южной Африке; 2003, Национальное серологическое обследование на ВИЧ и сифилис в ДЖК в Южной Африке)

Рисунок 3

средней продолжительности жизни ниже 50 лет в трех провинциях (Восточная Капская, Фри-Стейт и КваЗулу-Натал) (Общество страховой статистики Южной Африки, 2005).

В Южной Африке в период с 1997 по 2004 годы показатель смертности в результате естественных причин среди женщин в возрасте 25–34 лет увеличился в пять раз, а среди мужчин в возрасте 30-44 лет этот показатель увеличился более чем в два раза.

Тем не менее большая доля жителей Южной Африки не верит, что им грозит риск заражения ВИЧ. Около 13% всех тех, кто прошел свой первый тест на ВИЧ в ходе национального обследования домохозяйств, проведенного в 2005 году, оказались ВИЧ-инфицированными. До того большинство из них отказывались пройти тест на ВИЧ, поскольку, по их мнению, им не грозил риск заражения. В целом, половина респондентов, *которые оказались инфицированными ВИЧ*, отметили, что, по их мнению, им не грозил риск заражения ВИЧ (Shisana, 2005). Это означает, что около двух миллионов жителей Южной Африки, живущих с ВИЧ, не знают о наличии у них инфекции и считают, что им не грозит риск инфицирования – по этой причине они не осознают, что они могут передать вирус другим людям. Если практика тестирования на ВИЧ не расширяется, ВИЧ-инфицированные обычно могут узнать о своем статусе только после появления у них симптомов, что также может ограничивать потенциальную пользу антиретровирусного лечения.

Свазиленд в настоящее время имеет самый высокий в мире показатель распространенности ВИЧ – 33,4% [21,2%–45,3%]. Как и в **Лесото** (см. Рис.4), многие молодые женщины, вероятно, воздерживаются от секса по крайней мере почти до 20 лет. В ходе одного исследования почти две трети (61%) учениц средних школ указали на то, что у них еще не было половых контактов (Buseh, 2004). Однако, как представляется, как только молодые женщины начинают вести половую жизнь, им грозит очень высокий риск заражения ВИЧ. Среди молодых женщин (15–24 лет), посещающих дородовые женские консультации, показатель распространенности ВИЧ составлял 39% на национальном уровне и 43% в Манзини (Министерство здравоохранения и социального обеспечения Свазиленда, 2005).

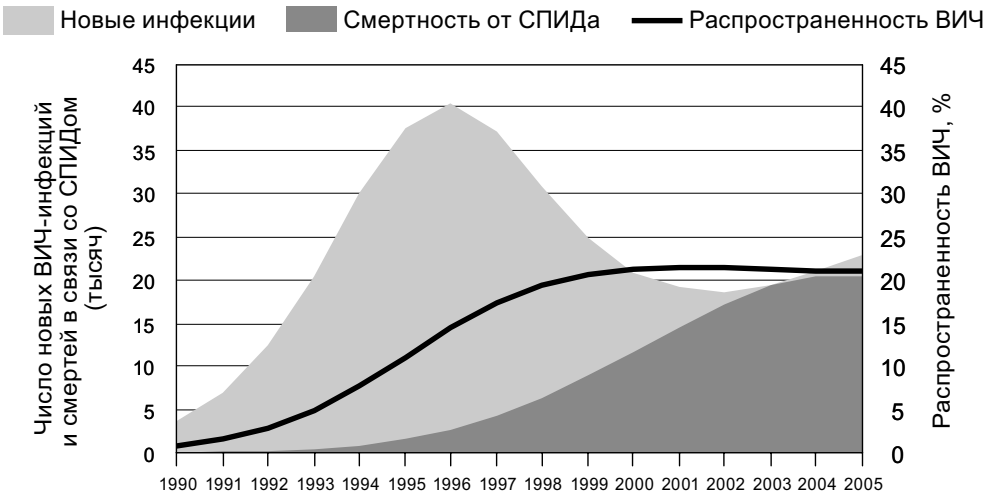
Национальный показатель распространенности ВИЧ также является высоким в **Ботсване**, **Лесото** и **Намибии** (20–24%). В 2005 году в **Намибии**, по оценкам, число людей, живущих с ВИЧ,

составляло 230 000 [110 000–360 000] человек. В 2005 году оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 19,6% [8,6%–31,7%] (ЮНЭЙДС, 2006), причем наиболее пострадавшими были признаны районы Каприви на северо-западе (где 43% беременных женщин оказались ВИЧ-инфицированными), Эронго в центре страны (показатель распространенности ВИЧ – 27%) и Ошана на севере (показатель распространенности ВИЧ – 25%) (Министерство здравоохранения и социального обслуживания Намибии, 2004). По имеющимся данным, программы, направленные на снижение уровня передачи ВИЧ от матери ребенку, обеспечили предоставление антиретровирусного лечения 16% ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Намибии; это значительно выше по сравнению с охватом, который отмечался двумя годами ранее – 0,1% (Министерство здравоохранения и социального обслуживания Намибии, 2005).

Результаты последних обследований на ВИЧ среди населения, а также другие данные о ВИЧ дают более точную картину эпидемии ВИЧ в **Ботсване**, где показатель распространенности ВИЧ остается одним из самых высоких в мире. После 2001 года отмечалось некоторое снижение показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин на национальном уровне (с 36% в 2001 году до 33% в 2005 году), особенно в возрастной группе 15–24 лет, что указывает на возможное ослабление эпидемии. Тем не менее в 2005 году по крайней мере 40% беременных женщин в возрасте 25–39 лет, а также каждая вторая беременная женщина в возрасте 30–34 лет жили с ВИЧ. В последней возрастной группе уровни инфицирования ВИЧ по-прежнему растут (Seipone, 2006).

В Ботсване уровни инфицирования беременных женщин значительно колеблются, от 21% в районе Гуд-Хоп, на юге, до 47% в Селеби-Пикве, густонаселенном горнорудном районе на востоке. Более 40% беременных женщин оказались ВИЧ-инфицированными в районах Франсистаун и Тутуме, на северо-востоке (Министерство здравоохранения Ботсваны, 2006). Удивительно, но уровень всесторонних знаний о ВИЧ остается низким: лишь около одной трети молодых людей в возрасте 15–24 лет правильно назвали способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и отметили основные неправильные представления о передаче ВИЧ, что, вероятно, соответствует общей тенденции в регионе (Национальный координационный совет по СПИДу, 2005). С другой стороны, по оценкам, каждый третий взрослый в Ботсване знает свой ВИЧ-статус, и, кроме того, существует широкая государственная поддержка системы добровольного консультирования и тестирования, внедренной в 2003 году (Weiser et al. 2006).

Оценочное число ежегодных новых инфекций и смертей, обусловленных СПИДом, среди взрослых (15 лет и старше) с учетом тенденции к стабилизации оценочного показателя распространенности ВИЧ среди взрослых (15−49 лет), Лесото, 1990−2005 гг.



Источник: Правительство Лесото/ЮНЭЙДС, 2006 г.

Рисунок 4

В последние годы показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в **Лесото** остается относительно стабильным, хотя и на высоком уровне: в 2005 году почти каждый четвертый взрослый жил с ВИЧ (23,2%, или от 21,9% до 24,7%) (ЮНЭЙДС, 2006). Как показано на рисунке 4, аналогично многим другим странам в

Африке к югу от Сахары кажущаяся стабильность эпидемии в Лесото скрывает высокие показатели появления новых ВИЧ-инфекций и смертности от СПИДа. Для того чтобы поставить эпидемию под контроль, Лесото потребуется преодолеть множество проблем. Например, случайные половые связи остаются обычным делом, а презервативы используются нечасто. Две трети мужчин и одна треть женщин отметили, что за последний год у них были половые контакты с другими людьми помимо постоянного партнера; менее половины из них пользовались презервативами во время таких контактов (Министерство здравоохранения и социального обеспечения Лесото и ORC Macro, 2004).

Усилия по расширению профилактики ВИЧ среди молодых людей также требуют улучшения. Около 15% молодых женщин и 27% молодых мужчин (в возрасте 15–24 лет) начинают половую жизнь до 15 лет, в то же время 40% опрошенных родителей не хотят, чтобы в школе их дети получали в раннем подростковом возрасте информацию о презервативах. При обследовании в 2004 году оказалось, что лишь 18% молодых мужчин и 26% молодых женщин знали, как предупредить передачу ВИЧ половым путем, и не имели широко распространенных неправильных представлений о ВИЧ (Министерство здравоохранения и социального обеспечения Лесото и ORC Macro, 2004). Воздействие эпидемии на молодых женщин является очень тяжелым. В возрасте 18–19 лет менее 10% женщин инфицированы ВИЧ, но уже к 22 годам 30% будут иметь ВИЧ, а к 24 годам почти 40% будут инфицированы. Для большой пропорции молодых женщин в Лесото более позднее начало половой жизни выглядит просто как оттягивание момента неизбежного заражения ВИЧ (НСС и ЮНЭЙДС, 2006).

Распространив в последние годы систему дозорного эпиднадзора за ВИЧ на все провинции страны, **Ангола** постепенно начинает лучше понимать свою эпидемию. Национальный показатель распространенности ВИЧ, составляющий менее 5%, ниже, чем в любой другой стране на юге Африки. В то же время эпидемия ВИЧ резко отличается между различными провинциями. Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин колеблется от менее 1% в центральной провинции Бие до 9% в провинции Кунене на границе с Намибией (Национальный институт борьбы со СПИДом, 2005). Такое колебание отчасти отражает относительную недоступность некоторых районов Анголы во время длительного конфликта, который завершился в середине 1990-х годов.

В то время как для точного определения тенденций в развитии эпидемии в Анголе прошло еще слишком мало времени, данные из **Мозамбика** указывают на значительное увеличение уровней инфицирования ВИЧ с начала этого столетия. Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин (в возрасте 15–24 лет) вырос с 11% в 2000 году до 16% в 2004 году (Совет по борьбе с ВИЧ/СПИДом, 2006) – это один из самых высоких показателей роста эпидемии в странах Африки к югу от Сахары в последние годы.

Уровни инфицирования ВИЧ среди беременных женщин самые высокие на юге и в центре страны. Особенно резкий рост был отмечен в столице страны Мапуту, провинциях Мапуту, Софала и Газа, где в 2004 году показатель распространенности ВИЧ колебался от 18% до 27%. На участках дозорного эпиднадзора в Квелимане (провинция Замбезия) и Бейре (провинция Софала) каждая третья женщина, обратившаяся в дородовую женскую консультацию в 2004 году, оказалась ВИЧ-инфицированной (Национальная программа по борьбе с ЗППП и ВИЧ/СПИДом, 2005). В некоторых районах севера, где первоначально эпидемия развивалась намного более медленными темпами по сравнению с другими районами страны, показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин увеличился с 2000 года почти в два раза, достигнув в 2004 году соответственно 9,2% и 11% в Нампуле и Ниассе. То, что показатель распространенности также нарастал среди молодых беременных женщин, указывает на продолжающийся рост числа новых ВИЧ-инфекций и может свидетельствовать о дальнейшем нарастании эпидемии в стране (Совет по борьбе с ВИЧ/СПИДом, 2006).

В **Малави** в 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло почти один миллион человек [940 000 при оценочном диапазоне 480 000–1,4 миллиона человек]. В 2005 году оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 14,1% [6,9%–21,4%] (ЮНЭЙДС, 2006), что было близко к показателю распространенности среди взрослых в 12,7%, полученному в 2004 году при проведении обследований в области демографии и здравоохранения (Национальное управление статистики и ORC Macro, 2005).

В целом, с начала столетия уровни инфицирования ВИЧ в Малави, вероятно, стабилизировались; в 2001–2005 годах медианный показатель распространенности ВИЧ, измеренный на участках дозорного эпиднадзора, колебался от 15% до 17% (НСС, 2005). В то же время уровни распространения инфекции на участках дозорного эпиднадзора за ВИЧ в пригородных и городских районах снизились с 26%–27% в 1999 году до 17%–20% в 2005 году (НСС, 2005). В столице страны Лилонгве показатель распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих дородовые женские консультации, достиг пикового уровня в 27% в 1996 году, а затем снизился до 17% в 2003 году. Однако такое снижение не сохранилось в 2005 году, когда показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин несколько увеличился до 19% (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; НСС, 2005).

При нынешних уровнях распространенности ВИЧ и в отсутствии лечения молодым людям в Замбии грозит 50%-ый риск смерти от СПИДа в течение их жизни.

Наблюдаемое снижение показателя, вероятно, связано с определенными изменениями в поведении. По сравнению с 1996 годом в 2000 году в ходе обследований меньший процент женщин и мужчин указали на наличие у них половых связей с несколькими партнерами. Пропорция молодых мужчин (в возрасте 15–24 лет), указавших на наличие у них двух или более "случайных" партнеров, уменьшилась более чем в два раза (с 28% до 12%), в то время как среди молодых женщин эта доля уменьшилась с 3% до менее 1%. В 2000 году по сравнению с 1996 годом больший процент молодых женщин указали на пользование презервативами со случайными партнерами (соответственно 31% и 22%), хотя показатель, характеризующий пользование презервативами среди молодых мужчин, оставался на том же уровне – 38%. Процент женщин и мужчин, указавших на то, что они воздерживались от секса в последние 12 месяцев, в период с 1996 по 2000 годы изменился незначительно (для женщин он вырос с 21% до 22%, а для мужчин с 17% до 20%) (Национальное управление статистики и ORC Macro, 2001 и 1997). Кроме того, вероятно, что наблюдаемое уменьшение показателя распространенности ВИЧ в значительной мере может быть обусловлено ростом показателей смертности (в два раза в период с 1992 по 2000 годы).

Несмотря на то что Малави небольшая страна, эпидемия здесь сильно варьируется от района к району. Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в южном районе, составлявший в 2004 году 17,6%, был примерно в три раза выше, чем в центральном районе, и в два раза выше, чем в северном районе (Национальное управление статистики и Macro, 2005). Эпидемия на севере нарастала – в сельских районах показатель распространенности ВИЧ увеличился в три раза примерно с 5% в 1998 году до более 15% в 2003 году (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; Министерство здравоохранения и народонаселения Малави, 2005). Эта тенденция на севере может быть связана с социально-экономическим ростом в городе Мзузу и вокруг него, а также вдоль основных транспортных артерий (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; Министерство здравоохранения и народонаселения Малави, 2005).

Как и в других странах региона, в Малави показатель распространенности ВИЧ среди молодых женщин (в возрасте 15–24 лет) намного выше, чем среди мужчин того же возраста: 9% по сравнению с 2% в целом по стране и 13% по сравнению с менее чем 1% в городских районах (Национальное статистическое управление и ORC Macro, 2005). При проведении обследования в 2004 году лишь одна четверть женщин показали всесторонние знания о ВИЧ – для сравнения такие знания имели более одной трети мужчин (Национальное статистическое управление и ORC Macro, 2005).

В **Замбии** общий показатель распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих дородовые женские консультации, также оставался относительно стабильным с середины 1990-х годов; в период с 1994 по 2004 годы этот показатель среди беременных женщин в возрасте 15–39 лет оставался на уровне 19%–20%. В то же время данные указывают на различные местные модели и тенденции: уровни инфицирования ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15–44 лет колеблются от менее 10% на некоторых участках до более 25% на других. Показатель распространенности ВИЧ оказался самым высоким в городских районах, расположенных вдоль основных транспортных путей страны, таких как Кабве, Ливингстон и Ндола (Министерство здравоохранения Замбии, 2005).

Незначительное снижение уровней инфицирования ВИЧ – с 28% в 1994 году до 25% в 2004 году – было отмечено в городских районах среди беременных женщин в возрасте 15–39 лет. Это снижение было заметнее всего среди беременных женщин в возрасте 20–24 лет (показатель распространенности ВИЧ упал с 30% в 1994 году до 24% в 2004 году), а также среди беременных женщин в возрасте 15–19 лет (показатель распространенности ВИЧ упал с 20% в 1994 году до 14% в 2004 году) (Министерство здравоохранения Замбии, 2005).

Однако в сельских районах в 1994–2004 годах показатель распространенности ВИЧ несколько увеличился – с 11% до 12% (Министерство здравоохранения Замбии, 2005). Среди беременных женщин более старшей возрастной группы (30–39 лет), проживающих в городских районах, в 1994–2004 годах показатель распространенности ВИЧ увеличился значительно (с 24% до 30%). Среди молодых беременных женщин в некоторых городских районах (таких как Монгу) показатель распространенности ВИЧ оставался высоким (28%–30% в 1994–2004 годах), в то же время в некоторых сельских районах уровни инфицированности за тот же период увеличились почти в два раза (например, с 7% до 14% в Калабао) (Sandoy et al., 2006; Министерство здравоохранения Замбии, 2005). При нынешних уровнях распространения инфекции и отсутствии лечения риск умереть от СПИДа в течение жизни для молодых людей Замбии составляет 50% (Министерство здравоохранения Замбии, 2005).

Островные государства южного побережья Африки имеют намного более слабые эпидемии. В 2005 году на **Мадагаскаре** национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых был намного ниже 1%; при этом оценочное число людей, живущих с ВИЧ, составляло 49 000 [16 000-110 000] человек.

В то же время знания о ВИЧ слабые, а практика пользования презервативами почти отсутствует. Лишь пятая часть жителей Мадагаскара, участвовавших в обследовании в 2003–2004 годах, могли назвать два метода профилактики передачи ВИЧ половым путем. Почти треть (31%) молодых женщин (в возрасте 15–24 лет) и почти три четверти (72%) молодых мужчин отметили, что у них были половые контакты со "случайным" партнером в последние 12 месяцев – при этом примерно лишь каждый десятый (12%) из этих молодых мужчин и каждая двадцатая (5%) из молодых женщин указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего контакта со "случайным" партнером (Национальный институт статистики и ORC Macro).

Маврикию необходимо уделить больше внимания мерам профилактики среди потребителей инъекционных наркотиков и особенно среди тех, которые также занимаются секс-бизнесом (Dewing et al., 2006). Среди потребителей инъекционных наркотиков основным фактором риска заражения ВИЧ-инфекцией в условиях ограниченной на данный момент эпидемии ВИЧ на Маврикии является пользование нестерильным инъекционным инструментарием. В этой стране примерно три четверти ВИЧ-инфекций, диагностированных в первые шесть месяцев 2004 года, приходятся на потребителей инъекционных наркотиков (Sulliman and Ameerberg, 2004). Пользование нестерильным инъекционным инструментарием носит широкий характер: при обследовании в 2004 году 80% потребителей инъекционных наркотиков отметили, что пользовались общими иглами в прошедшие три месяца. Среди тех, кто согласился пройти тестирование на ВИЧ, 4% оказались инфицированными. Большой процент работников секс-бизнеса (75%) отметили, что они употребляли инъекционные наркотики, в то же время практика пользования презервативами была распространена слабо (лишь 32% респондентов постоянно пользовались презервативами в последние три месяца). При тестировании на ВИЧ 13% обследованных работников секс-бизнеса оказались ВИЧ-инфицированными (Sulliman, Ameerberg and Dhannoo, 2004).

Восточная Африка

В Восточной Африке по-прежнему наблюдаются общие тенденции к стабилизации или снижению показателя распространенности ВИЧ.

Эпидемия в **Уганде**, масштабы которой сократились в 1990-х годах, в целом стабилизировалась. В 2005 году национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 6,7% [5,7–7,6%], однако он был значительно выше среди женщин (почти 8%), чем среди мужчин (5%) (ЮНЭЙДС, 2006; Министерство здравоохранения Уганды и ORC Macro, 2006). В 2005 году в Уганде с ВИЧ жили приблизительно один миллион [850 000–1,2 миллиона] человек

КОНФЛИКТЫ И РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

Результаты новых исследований в Уганде ставят под сомнение широко распространенное мнение о том, что вероятность заражения ВИЧ среди внутренне перемещенных лиц и беженцев выше, чем среди людей, которые живут в условиях, кажущихся более стабильными. Ачолиланд на севере Уганды – это район, где, по оценкам, проживает два миллиона внутренне перемещенных лиц. Показатель распространенности ВИЧ в регионе, чуть выше 8%, является высоким (Министерство здравоохранения Уганды и ORC Macro, 2006). В то же время исследование, проведенное среди беременных женщин в районах Гулу, Китгуме и Падере, показало, что женщинам, живущим вне защищенных лагерей, грозил более высокий риск заражения ВИЧ по сравнению с женщинами, проживающими в защищенных лагерях. Это может быть обусловлено менее мобильным образом жизни и большим доступом к услугам по профилактике и лечению для женщин, живущих в некоторых лагерях (Fabiani et al., 2006). Проведенный недавно обзорный анализ литературы на тему распространения ВИЧ среди перемещенных лиц в восьми странах (включая Уганду) также не дал результатов, подтверждающих, что конфликты увеличивают риск передачи ВИЧ (Spiegel and Harroff-Tavel, 2006).

ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАЛЯРИЕЙ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Среди лиц, обращающихся по поводу лечения при малярии в Уганде, уровень инфицирования ВИЧ оказался неожиданно высоким. Более 30% взрослых, посетивших районные медицинские центры и имевших неосложненную форму молниеносной трехдневной малярии, также были заражены ВИЧ. Вероятность наличия малярии была в три раза выше среди взрослых пациентов, инфицированных ВИЧ. Эти результаты также соответствуют новым данным, поступающим из других районов Африки к югу от Сахары, которые подтверждают, что малярия все чаще регистрируется среди взрослых, инфицированных ВИЧ, причем все более в тяжелой форме. Это подчеркивает потребность в разработке новых стратегий тестирования на ВИЧ и консультирования для взрослых, имеющих неосложненную форму молниеносной трехдневной малярии (Kamya et al., 2006).

(ЮНЭЙДС, 2006). В региональном плане показатель распространенности ВИЧ был самым низким в регионе Западного Нила, а самым высоким в Кампале, центральном и северо-центральном районах (более 8%) (Министерство здравоохранения и ORC Macro, 2006).

Тенденции в развитии эпидемии в Уганде различные. С начала 1990-х по начало 2000-х годов показатель распространенности ВИЧ резко снизился среди беременных женщин в Кампале и других городах в контексте значительного изменения поведения (включая воздержание от секса и пользование презервативами во время "рискованного" секса) и увеличения смертности от СПИДа (Kirungi et al., 2006). Однако в некоторых сельских районах в настоящее время наблюдается рост числа ВИЧ-инфекций. Согласно данным, собранным во время исследования, проведенного в 25 деревнях, показатель распространенности ВИЧ увеличился с низкого уровня в 5,6% среди мужчин и 6,9% среди женщин в 2000 году до 6,5% среди мужчин и 8,8% среди женщин в 2004. Аналогичный тренд был зафиксирован в 2002 году среди беременных женщин примерно на половине участков эпиднадзора в дородовых женских консультациях, включенных в указанное исследование (Shafer et al., 2006). Увеличение числа людей, живущих с ВИЧ, нельзя объяснять широкомасштабным развертыванием антиретровирусного лечения (и увеличением продолжительности жизни людей, получающих лечение). Развертывание лечения было начато только в 2004 году, в то время как увеличение процента людей, живущих с ВИЧ, было замечено несколькими годами ранее – примерно в 2000 году. Исследование, проведенное в сельских районах, показало, что показатель *инфицирования* ВИЧ среди более пожилых мужчин и женщин (40–49 лет) с 2000 года увеличился; среди мужчин этот показатель фактически достиг пиковых значений, которые оказались выше значений, отмечавшихся в 1990–1994 годах. Такие же результаты были получены в 2004–2005 годах в ходе национального обследования домохозяйств на ВИЧ, когда были отмечены высокие уровни распространения инфекции среди жителей Уганды среднего возраста (Министерство здравоохранения и ORC Macro, 2006). Возможно, это объясняется изменениями в поведении. Например, исследование, проведенное в сельских районах, показало, что в 2000–2004 годах процент мужчин в возрасте 40 лет и старше, указавших на то, что у них было не менее двух "случайных" партнеров в предыдущем месяце, увеличился (Shafer et al., 2006).

Для подтверждения этих проявившихся трендов требуются дополнительные исследования, но и имеющиеся данные указывают на возможное ослабление тех успехов в борьбе со СПИДом, которых Уганда добилась в 1990-х годах. Такая интерпретация подтверждается данными национального обследования поведения, которые указывают на нерегулярное пользование презервативами (примерно половина мужчин и женщин в возрасте 15–49 лет указали на то, что они пользовались презервативами во время последнего контакта со случайным партнером) и увеличение числа мужчин, у которых были половые контакты более чем с одним случайным партнером в предшествующем году, по данным национального обследования домохозяйств за 2004–2005 годы (Министерство здравоохранения и ORC Macro, 2006).

В то же время более обнадеживающими являются результаты последних исследований (проведенных в сельской местности в Тороро), указывающие на то, что риск передачи ВИЧ среди лиц, прошедших двухлетний курс антиретровирусного лечения, был намного ниже, отчасти благодаря сильному снижению вирусной нагрузки и уменьшению числа незащищенных половых контактов (Bunnell et al., 2006).

Кения, где в настоящее время число людей, живущих с ВИЧ, составляет 1,3 [1,1–1,5] миллиона человек, по-прежнему борется с серьезной эпидемией СПИДа, невзирая на данные о снижении показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин (Cheluget, Marum and Stover, 2006; ВОЗ, 2005; Baltazar, 2005). Национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых снизился с 10% в конце 1990-х годов до примерно 7% в 2003 году (Министерство здравоохранения Кении, 2005) и чуть более 6% [5,2–7,0%] в 2005 году (ЮНЭЙДС, 2006). Также наблюдалось резкое снижение уровня инфицирования среди беременных женщин на большинстве участков эпиднадзора, проводимого в дородовых женских консультациях, где были получены последовательные и сопоставимые данные о ВИЧ. На некоторых таких участках показатель распространенности ВИЧ снизился с 25% в 1998 году до 8% в 2004 году, в то время как на других участках он снизился с 15% в 2001 году до 4,3% в 2004 году (Cheluget, Marum and Stover, 2006).

В Восточной Африке, вероятно, продолжается общая тенденция к стабилизации или снижению показателя распространенности ВИЧ. В то же время последние исследования указывают на возможное ослабление успехов в борьбе со СПИДом, достигнутых Угандой в 1990-х годах.

Возможные причины таких трендов являются сложными. Начиная с 2000 года в Кении были предприняты большие усилия по профилактике ВИЧ; кроме того, имеются данные о том, что все большее число людей начинает половую жизнь в более позднем возрасте, что практика использования презервативов расширяется и что процент взрослых, у которых имеется несколько сексуальных партнеров, снижается. В то же время число новых ВИЧ-инфекций, вероятно, достигло своего пика в середине 1990-х годов, до

начала процесса расширения масштабов программ профилактики. Это позволяет предположить, что снижению показателя распространенности ВИЧ, наблюдаемому в последние несколько лет, в основном способствовали другие факторы, включая увеличение смертности от СПИДа и насыщение инфекцией групп населения, которым грозит самый высокий риск (Cheluget, Marum and Stover, 2006). Надо надеяться, что отмеченные в последнее время изменения в поведении обеспечат дальнейшее снижение этого показателя. В то же время начинает вызывать беспокойство то, что употребление инъекционных наркотиков становится одним из факторов развития эпидемии в Кении. Например, при проведении в 2004 году исследования среди потребителей инъекционных наркотиков в Момбасе было установлено, что 50% из них оказались ВИЧ-инфицированными (Ndetei, 2004); результаты аналогичного исследования в Найроби показали, что 53% потребителей инъекционных наркотиков были ВИЧ-позитивными (Odek-Ogunde, 2004).

В конце 2005 года оценочное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ в **Объединенной Республике Танзания**, составляло 1,4 [1,3–1,6] человек, что делает эту страну одной из наиболее пострадавших в мире. Здесь также отмечено некоторое снижение уровней распространения ВИЧ – с 8,1% до 6,5% в национальном масштабе за период с 1995 по 2004 годы (Somi et al, 2006) и с 14% до 11% среди беременных женщин в Дар-эс-Саламе с 1995 по 2003 годы (Urassa et al., 2006). В 2004 году в Мбее и Иринге, наиболее пострадавших районах страны, уровни распространения ВИЧ в ряде городских районов колебались от 15% до 19% (Swai et al., 2006; Национальное бюро статистики Танзании и ORC Macro, 2005).

С другой стороны, высокий показатель распространенности ВИЧ наблюдался в сельских дородовых женских консультациях: например, 8% и 11% в Илембо и Игамбе в области Мбейя в 2004 году (Swai et al., 2006). Согласно прогнозам, к 2010 году число новых ВИЧ-инфекций в сельских районах (где проживает около трех четвертых населения страны) может оказаться в два раза выше, чем в городских районах. Это подтверждает потребность в обеспечении достаточных ресурсов для профилактики, лечения и ухода также в сельских районах страны (Somi et al., 2006).

Имеются признаки того, что употребление инъекционных наркотиков, которое быстро распространилось в Восточной Африке (McCurdy et al., 2005a), также могло стать фактором, способствующим развитию эпидемии в **Танзании**. Показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в этой стране пока что неизвестен, однако здесь широко распространена практика с высоким уровнем вероятности передачи инфекции. Согласно результатам одного ограниченного исследования, до трети потребителей инъекционных наркотиков в Дар-эс-Саламе пользовались общим инъекционным инструментарием, а большинство женщин, употребляющих инъекционные наркотики, также продают сексуальные услуги. Особенно рискованной является практика под названием "флэшблад" (называемая "обратной загрузкой" в некоторых других странах), когда в шприц забирается кровь из вены после введения героина, после чего шприц передается компаньону. Эта практика, распространенная среди женщин, употребляющих инъекционные наркотики, в Дар-эс-Саламе, которая, как считается, позволяет "кайфовать" вместе с компаньонами, которые не могут сами купить наркотики, таит в себе очень высокий риск передачи ВИЧ (McCurdy et al, 2005b).

Употребление инъекционных наркотиков также играет роль в развитии более ограниченной эпидемии на **Занзибаре**. В 2005 году показатель распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих дородовые женские консультации, составлял 0,9%. В то же время результаты недавно проведенного исследования показали, что каждый третий потребитель инъекционных наркотиков оказался инфицированным ВИЧ. Почти половина (46%) потребителей инъекционных наркотиков указали на то, что они пользовались нестерильными иглами. Кроме того, почти каждый пятый потребитель инъекционных наркотиков был заражен сифилисом, что указывает на распространение рискованной инъекционной практики и рискованного сексуального поведения среди потребителей инъекционных наркотиков (Dahoma et al., 2006).

Эпидемия в **Руанде** стабилизировалась в 2000-х годах, в то же время показатель распространенности ВИЧ остается высоким в столице страны Кигали, где в 2003 году примерно 13% беременных женщин были ВИЧ-инфицированными. В последние годы в Руанде была расширена система эпиднадзора за ВИЧ, особенно в сельских районах (где показатель распространенности ВИЧ оказался значительно ниже: 3% и ниже среди беременных женщин, по сравнению с городскими районами), а также были внедрены более совершенные методики оценки ВИЧ (Kayirangwa et al., 2006). По этой причине сравнение данных во времени следует проводить только в отношении тех данных, которые были получены на участках постоянного эпиднадзора. Такое сравнение указывает на снижение показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин в городских районах, в частности в 1998–2003 годах. В Кигали показатель распространенности ВИЧ снизился за этот период с чуть более 16% до 13%, в то время как в двух других городских районах он снизился с 9,5% до 5,8%. В последние годы эта тенденция к снижению несколько ослабла. В то же время показатель распространенности ВИЧ оставался стабильным в сельских районах, хотя и на значительно

более низком уровне (от 2,1% до 2,8% в 1998–2000 годах) (Kayirangwa et al., 2006). Предварительные результаты последних исследований в области демографии и здравоохранения показывают, что уровни распространенности ВИЧ в городских районах более чем в три раза превышают показатели в сельских районах: соответственно 7,3% и 2,2%. Самый высокий показатель распространенности ВИЧ по-прежнему сохраняется в Кигали, где уровни распространенности ВИЧ в 2–3 раза выше, чем в других районах страны (Национальный институт статистики и др., 2005).

В соседней **Бурунди** в 2005 году показатель распространенности ВИЧ среди взрослых чуть превышал 3% [2,7%-3,8%], что составило около 150 000 человек; причем в различных частях страны наблюдаются различные тенденции. В 2000–2004 годах показатель распространенности ВИЧ среди молодых (15–24 лет) беременных женщин, посещающих дородовые женские консультации в Бужумбуре и других городских районах, снизился с 13% до 9% (Министерство общественного здравоохранения Бурунди, 2005). Однако последние данные дозорного эпиднадзора указывают на резкий рост числа ВИЧ-инфекций среди посетительниц дородовых женских консультаций в Бужумбуре (с 12,6% в 2004 году до 18% в 2005 году), причем уровни инфицирования среди молодых (15–24 лет) посетительниц дородовых женских консультаций выросли почти в два раза – с 8,6% в 2004 году до 15,5% в 2005 году. В 2004–2005 годах показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин также вырос в сельских районах (Министерство общественного здравоохранения Бурунди, 2005).

В 2005 году в **Эфиопии** национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, полученный на основе данных дородовых женских консультаций, оказался более чем в пять раз выше в городских районах (10,5%) по сравнению с сельскими районами (1,9%). В некоторых дородовых женских консультациях в Аддис-Абебе и других городских районах было отмечено постепенное снижение показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин, наиболее заметное в 1997–1998 годах (Федеральное министерство здравоохранения, 2006). В то же время показатель распространенности остается в целом высоким в Аддис-Абебе (где он находится на уровне 14-16% с середины 1990-х годов) и в других городских районах (где в тот же период он оставался на уровне от 11% до 13%) (Hladik et al., 2006). Около 80% населения страны живет в сельских районах, а показатель распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих дородовые женские консультации в этих районах, вырос с 1,9% в 2000 году до 2,6% в 2003 году и 2,2% в 2005 году (Hladik et al., 2006; Федеральное министерство здравоохранения Эфиопии, 2004; Федеральное министерство здравоохранения, 2006).

Поскольку в Эфиопии меньшая часть беременных женщин посещает такие клиники, данные о ВИЧ, полученные в дородовых женских консультациях, дают неполное представление об эпидемиологических трендах. По этой причине результаты проведенного в 2005 году обследования в области демографии и здравоохранения (в которое были включены более 13 000 мужчин и женщин во всех районах) дают более полную картину о развитии эпидемии в Эфиопии. Согласно этому обследованию, в 2005 году 1,4% взрослых (в возрасте 15–49 лет) жили с ВИЧ, причем показатель распространенности среди взрослых женщин оказался в два раза выше, чем среди взрослых мужчин. Уровни распространенности инфекции были намного выше в городских районах (5,5% среди взрослых) по сравнению с сельскими районами (0,7%) (Центральное статистическое агентство и ORC Macro, 2006).[4]

Самые последние данные, полученные в соседней **Эритрее**, также указывают на стабильность эпидемии; при этом 2,4% женщин, обращающихся в дородовые женские консультации, имели положительный результат теста на ВИЧ. Это соответствует показателям распространенности ВИЧ в 2,8% и 2,4%, обнаруженным соответственно в 2001 и 2004 годах. Показатель распространенности ВИЧ колебался от более 7% в Асэбе (на юге) и 6% в Ассие (в центре страны) до 0% в Шиебе (также в центре страны) (Министерство здравоохранения Эритреи, 2006).

Для **Сомали** новые данные отсутствуют. Обследование, проведенное в 2004 году в рамках дозорного эпиднадзора, показало сравнительно низкие уровни распространенности ВИЧ среди беременных женщин – 0,9% в национальном масштабе. В некоторых дородовых женских консультациях показатель распространенности ВИЧ был значительно выше, чем в 1999 году – в Харгейсе он увеличился с 0,7% до 1,6%, а в Бербере от 0% до 2,3% (ВОЗ, 2005a). Знания о передаче ВИЧ слабые, а практика пользования презервативами почти что отсутствует: согласно данным одного обследования более 85% молодых мужчин и женщин в возрасте 15–24 лет никогда не пользовались презервативом (ВОЗ, 2005b).

[4] Разница между оценками по ВИЧ на основе данных дородовых женских консультаций и оценками, полученными в рамках указанного обследования среди населения, вероятно, обусловлена ограниченностью охвата услугами через дородовые женские консультации в Эфиопии и различиями в уровне географического охвата между двумя системами эпиднадзора. Следует отметить, что показатель распространенности ВИЧ, полученный на основе демографических обследований, проведенных среди женщин, получающих помощь в дородовый период, оказался таким же – 3,5% – как и показатель, полученный на основе данных дородовых консультаций (Центральное статистическое агентство и ORC Macro, 2006)

Западная и Центральная Африка

В **Западной Африке** национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых по-прежнему остается намного ниже по сравнению с другими частями Африки к югу от Сахары. Национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых превышает 4% только в **Кот-д'Ивуаре** и составляет 2% или ниже в ряде других стран, особенно в странах сахеля. Как в большей части Восточной Африки, тенденции распространения ВИЧ в целом являются устойчивыми, хотя в ряде городов, включая Уагадугу (**Буркина-Фасо**), Абиджан (**Кот-д'Ивуар**) и Ломе (**Того**), среди беременных женщин отмечено снижение этого показателя (ВОЗ, 2005).

Только в Индии и Южной Африке число ВИЧ-инфицированных выше, чем в **Нигерии**, где, по оценкам, в 2005 году с этим вирусом жили 2,9 [1,7–4,2] миллиона человек (ЮНЭЙДС, 2006). В 2005 году примерно 300 000 взрослых заразились ВИЧ. Если для получения текущих оценок распространенности ВИЧ среди беременных женщин к ранее полученным данным дозорного эпиднадзора применить более точные допущения, то общий тренд, отражающий уровни распространения ВИЧ среди беременных женщин в Нигерии, выглядит стабильным. В 2005 году в национальном масштабе около 4,4% [4,2%–4,6%] женщин, посещающих дородовые женские консультации, оказались ВИЧ-инфицированными, в то же время почти в десяти штатах страны показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин превысил 5%. В эпидемии наблюдаются значительные вариации: показатель распространенности ВИЧ на уровне штата колеблется от 10% в Бенуэ (в центральном регионе) и 8% в Акуа-Имбоме (на юге) до менее 2% в Экити и Ойо (на юго-западе) и в Джигаве (на северо-западе). В некоторых штатах показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин выше в сельских районах по сравнению с городскими районами, в то время как в других штатах наблюдается обратная картина. Для повышения уровня понимания причин такого колебания требуется более детальное исследование (Федеральное министерство здравоохранения Нигерии, 2006).

В **Сенегале** национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составляет чуть ниже 1% [0,4%–1,5%] (ЮНЭЙДС, 2006), хотя в районах Сигиншор и Кольда на юге уровни распространения инфекции среди взрослых более чем в два раза выше (соответственно 2,2% и 2%) (Исследовательский центр для человеческого развития и MEASURE DHS+, 2005). Основным фактором в развитии эпидемии в Сенегале по-прежнему остается секс-бизнес – например, показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса в Сигиншоре достигает 30%. Сохраняется опасность передачи ВИЧ от работников секс-бизнеса и их клиентов населению в целом (Gomes do Espirito Santo and Etheredge, 2005).

Исследования показывают ранее скрытый аспект эпидемии в Сенегале – роль секса между мужчинами как фактора распространения ВИЧ-инфекции. Исследование, проведенное в пяти городских районах (Дакар, Каолак, Мбур, Сен-Луи и Тие), дало показатель распространенности ВИЧ в 22% среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, большинство из которых (94%) указали, что у них был секс и с женщинами (Wade et al., 2005). Эта группа – мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами – может служить потенциальным звеном для передачи ВИЧ женщинам, которым, как правило, грозит низкий уровень инфицирования. Лишь около половины мужчин, включенных в обследование, указали на то, что они пользовались презервативом во время секса с мужчинами или женщинами в предыдущем месяце (Wade et al., 2005).

Имеются признаки снижения показателя распространенности ВИЧ в городских районах в Буркина-Фасо, Кот-д'Ивуаре и Гане, в то же время, как представляется, нарастает эпидемия в Мали.

Эпидемия ВИЧ в **Мали**, возможно, растет после длительного периода стабилизации. В 2005 году медианный показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин составлял 3%, в то время как в 2002 году он составлял 3,4%. Сравнение данных, полученных на участках дозорного эпиднадзора, с сопоставимой информацией за 2002–2005 годы указывает на то, что показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин увеличился с 3,3% в 2002 году до 4,1% в 2003 и 2005 годах. Аналогичным образом увеличились уровни инфицирования ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15–19 лет (с 2,5% в 2002 году до 3,4% в 2005 году), а также среди беременных женщин старше 35 лет (с 1,5% в 2002 году до 4,5% в 2005 году). Обычно уровни инфицирования оказываются выше среди чуть более старших женщин, которые дольше ведут половую жизнь и, следовательно, имеют больше шансов заразиться. В целом, показатель распространенности ВИЧ оказался самым высоким в районе Сегу, где в 2005 году 5,1% беременных женщин были ВИЧ-инфицированными – это является напоминанием о том, что в этой крупной стране развиваются серьезные локальные эпидемии (Министерство здравоохранения Мали, 2005).

В **Гвинее** наблюдается одна из самых малых по масштабам эпидемий СПИДа в Африке к югу от Сахары. В 2005 году оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 1,5% [1,2%–1,8%], а число людей, живущих с ВИЧ, было около 85 000 [69 000–100 000] человек.

Проведенное недавно национальное обследование домохозяйств показало, что уровни распространенности ВИЧ выше всего в городских районах, они превышали 2% среди взрослых в столице Конакри (Национальное статистическое управление Гвинеи и ORC Macro, 2006).

Новые данные о ВИЧ в **Кот-д'Ивуаре** еще предстоит получить, поскольку гражданский конфликт препятствовал проведению эпиднадзора за ВИЧ, а также, вероятно, мероприятиям по профилактике ВИЧ. Имеющиеся данные о ВИЧ указывают на относительно стабильную, однако серьезную эпидемию – в 2005 году не менее 4% взрослых жили с ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2006). Данные о ВИЧ для **Того** также указывают на серьезную эпидемию, причем наиболее пострадавшими являются прибрежные районы и районы, расположенные на плато и в саванне, а также столица Ломе (ВОЗ 2005). В этих частях страны не менее 7% женщин, посещающих дородовые женские консультации, имеют положительную реакцию теста на ВИЧ (ВОЗ, 2005; Министерство здравоохранения Того, 2004). В 2005 году общий показатель распространенности ВИЧ среди взрослых оценивался на уровне 3,2% [1.9–4,7%], и около 110 000 [65 000–160 000] человек жили с ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2006).

В соседнем **Бенине** эпидемия является меньшей по масштабам – в 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло около 87 000 [57 000–120 000] человек, а показатель распространенности ВИЧ среди взрослых оценивался на уровне 1,8% [1,2%–2,5%] (ЮНЭЙДС, 2006). На ограниченном количестве участков дозорного эпиднадзора за ВИЧ в городах, которые получают данные начиная с середины 1990-х годов, с 2000 года наблюдалась очевидная тенденция к снижению числа ВИЧ-инфекций, при этом показатель распространенности ВИЧ снизился примерно с 4% (2001 год) до менее 2% (2005 год). В то же время высокие уровни распространенности ВИЧ (от 3% до более 5%) были обнаружены среди женщин, посещающих дородовые женские консультации в городских и сельских районах Атлантического департамента и департамента Моно. Однако в целом эпидемия в Бенине выглядит стабильной – с 2003 года показатель распространенности ВИЧ среди посетительниц дородовых женских консультаций колеблется от 1,8% до 2,2% (Министерство здравоохранения Бенина, 2006), (Alary et al., 2002).

В соседней **Гане**, где в 2005 году показатель распространенности ВИЧ среди взрослых оценивался на уровне 2,3% [1,9%–2,6%] (ЮНЭЙДС, 2006), имеются признаки возможного ослабления эпидемии. Уровни распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих дородовые женские консультации, которые постоянно повышались и достигли пикового значения в 3,6% в 2005 году, в последующем снизились до 3,1% в 2004 году и 2,7% в 2005 году (Национальная программа по борьбе со СПИДом/ИППП, 2006). Национальное обследование, проведенное в 2003 году, показало, что, в отличие от большинства стран Африки к югу от Сахары, показатель распространенности ВИЧ в Гане в целом отличается незначительно между городскими и сельскими районами (2,3% против 2,0%) (Статистическая служба Ганы, Институт медицинских исследований Ногучи и ORC Macro, 2004). В то же время распространенность ВИЧ отличается от региона к региону; при этом показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин колеблется от 1,2% в северном районе до 4,7% в восточном районе (Национальная программа по борьбе со СПИДом/ ИППП, 2006).

Особенно высокий показатель распространенности ВИЧ отмечен среди жителей Ганы старшего возраста, в частности среди женщин в возрасте 35–39 лет и мужчин в возрасте 40–44 лет (Akware et al., 2005). Однако среди беременных женщин большинство ВИЧ-инфекций регистрируются в возрастной группе 25–34 лет (Национальная программа по борьбе со СПИДом/ИППП, 2006). Как во многих других странах, замужество оказывается значительным фактором риска для женщин в Гане, а мобильность – сильным фактором риска для мужчин (Akwara et al., 2005). Вероятность инфицирования ВИЧ среди замужних женщин была почти в три раза выше, чем среди женщин, никогда не бывших замужем (Статистическая служба Ганы, Институт медицинских исследований Ногучи и ORC Macro, 2004).

Исследования, проведенные в трех тюрьмах в Нсаване и Аккре в Гане, дали высокие показатели распространенности ВИЧ среди заключенных (19%) и тюремных работников (8,5%), включенных в исследование. Малый размер выборки, включенной в исследование, возможно, привел к завышению показателя распространенности ВИЧ, в то же время полученные данные указывают на то, что в этих тюрьмах имели место вспышки ВИЧ. В целом, почти каждый третий мужчина-заключенный, участвовавший в исследовании, указал на наличие у него секса с другими мужчинами (в тюрьме или вне тюрьмы), в то же время небольшой процент заключенных указал на употребление инъекционных наркотиков. Другой причиной передачи ВИЧ в тюрьмах может быть нанесение татуировки на кожу. Многие ВИЧ-инфицированные заключенные, вероятно, заразились в тюрьме; несмотря на то что большинство из них находились в тюрьме около 10 лет, ни один из них не достиг симптоматической стадии СПИДа, что указывает на относительно недавнее заражение (Adjei et al., 2006).

Имеются признаки снижения показатель распространенности ВИЧ в **Буркина-Фасо**, расположенной к северу от Ганы, где оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых оставался на уровне 2% [1,5–2,5%] (ЮНЭЙДС, 2006). Среди молодых женщин (в возрасте 15–24 лет), посещающих дородовые женские консультации,

уровни распространенности ВИЧ снизились в два раза с 2001 по 2003 годы, составляя менее 2%; при этом данные национального обследования говорят о том, что все большее число жителей Буркина-Фасо используют меры защиты для себя и своих партнеров от возможного заражения ВИЧ (Présidence du Faso, 2005; Национальный институт статистики и демографии и ORC Macro, 2004). Юг и запад страны (включая провинцию Пони, где в 2003 году показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 3,7%) заметно сильнее пострадали от эпидемии по сравнению с восточными районами (Национальный институт статистики и демографии и ORC Macro, 2004).

В слабо населенном **Чаде** результаты недавно проведенного национального обследования на ВИЧ указали на то, что показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 3,3%. В пяти крупнейших городах страны более 6% взрослых жили с ВИЧ, а в столице Нджамене показатель распространенности ВИЧ составлял 8%. Есть хорошие возможности для улучшения профилактики ВИЧ. Менее одной десятой (8%) мужчин и женщин указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего полового контакта, и около 4% мужчин и 2% женщин отметили, что они обменивали сексуальные услуги на деньги в какой-то момент своей жизни (но лишь половина из них пользовались при этом презервативом). Базовые знания о ВИЧ слабые: лишь четвертая часть мужчин и женщин знали о том, как можно предупредить передачу ВИЧ половым путем, и отметили основные неверные представления о передаче вируса (République du Tchad, 2005).

Неполнота данных о ВИЧ не позволяет четко определить тенденции в большинстве стран Центральной Африки, в то же время наиболее пострадавшими, вероятно, являются **Камерун** и **Центрально-Африканская Республика**. В последней стране в 2005 году почти 11% [4,5–17,2%] взрослых (в возрасте 15–49 лет) жили с ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2006), в то же время в Камеруне показатель распространенности ВИЧ среди взрослых превышал 5% [4,9%–5,9%] (ЮНЭЙДС, 2006). Уровни распространенности инфекции самые высокие в северо-западных и восточных районах (почти 9%), а самые низкие на севере **Камеруна** (2% или ниже) (Национальный институт статистики и демографии и ORC Macro, 2005b). Согласно данным обследования в области демографии и здравоохранения за 2005 год, показатель распространенности был почти в два раза выше среди взрослых женщин, чем среди мужчин (15–49 лет) (соответственно 6,8% и 4,1%). Обследование показало хороший уровень понимания проблемы СПИДа, однако слабый уровень знаний о ВИЧ: более трети женщин не знали методов профилактики передачи ВИЧ половым путем (Национальный институт статистики и ORC Macro, 2004).

По оценкам, в 2005 году в **Демократической Республике Конго** число людей, живущих с ВИЧ, достигало одного миллиона [560 000–1,5 миллиона] человек, из них более 100 000 [40 000–270 000] были дети моложе 14 лет (ЮНЭЙДС, 2006). В то же время данных эпиднадзора за ВИЧ во многих частях этой крупной страны не существует. К западу расположена меньшая по размерам и численности населения **Республика Конго**, где в 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло около 120 000 [75 000–160 000] человек (ЮНЭЙДС, 2006). В 2005 году 4,9% женщин, посетивших дородовые женские консультации, были ВИЧ-инфицированными. При этом показатель распространенности ВИЧ среди женщин сильно варьировался – от 2% в Джамбале до 9% в Сибити и 10% в Гамбоме. В столице Браззавиле ВИЧ-инфицированными оказались около 4% посетительниц дородовых женских консультаций (Министерство здравоохранения и народонаселения Республики Конго, 2005).

Суммируя сказанное, можно отметить, что эпидемии ВИЧ в Африке к югу от Сахары имеют различные тенденции. Существуют данные, указывающие на снижение или стабилизацию распространения ВИЧ в большинстве стран на востоке и западе Африки, а также признаки нарастания эпидемий в ряде стран. На юге Африки только в Зимбабве имеются данные, указывающие на сильное снижение национального показателя распространенности ВИЧ. В ряде других стран – включая Южную Африку – эпидемии пока что не проявляют признаков ослабления.

АЗИЯ

В 2006 году, по оценкам, число людей, живущих с ВИЧ в Азии, составляло 8,6 [6,0–13,0] миллиона человек, включая 960 000 [640 000–2,5 миллиона] человек, заразившихся за прошедший год. Число людей, умерших в 2006 году от заболеваний, связанных со СПИДом, составило 630 000 [430 000–900 000] человек. В 2003 году число больных, получающих антиретровирусное лечение, увеличилось более чем в три раза и в июне 2006 года, по оценкам, достигло 235 000 [180 000–290 000] человек. Это составляет около 16% от общего числа людей, нуждающихся в антиретровирусном лечении в Азии. Только в **Таиланде** удалось обеспечить предоставление лечения по крайней мере для 50% всех нуждающихся (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006).

Китай

В **Китае**, по оценкам, на конец 2005 года число людей, живущих с ВИЧ, составляло 650 000 [540 000–760 000] человек (Министерство здравоохранения Китая, 2006). Несмотря на то что ВИЧ-инфекции были обнаружены во всех провинциях этой большой страны, большинство инфекций были отмечены в провинциях Хэнань, Юньнань, Гуанси и Гуандун, в то же время в провинциях Нинся, Цинхай и Тибет вспышек ВИЧ на данный момент не зарегистрировано (Министерство здравоохранения Китая, ЮНЭЙДС, ВОЗ, 2006).

Эпидемия ВИЧ в Китае, связанная с употреблением инъекционных наркотиков, которая началась в сельских районах и лишь затем перекинулась в города –необычная картина (Zhao et al. 2006), – достигла опасных пропорций. Считается, что почти половина (44%) людей, живущих с ВИЧ в Китае, заразились в результате употребления инъекционных наркотиков (Министерство здравоохранения Китая, ЮНЭЙДС, ВОЗ, 2006; Lu, Wang et al. 2006) и почти 90% всех случаев передачи ВИЧ-инфекций таким путем имели место в семи провинциях (Юньнань, Синьцзян, Гуанси, Гуандун, Гуйчжоу, Сычуань и Хунань) (Министерство здравоохранения Китая, ЮНЭЙДС, ВОЗ, 2006). По оценкам, половина (49%) потребителей инъекционных наркотиков когда-либо пользовались общим инъекционным инструментарием (Рабочий комитет по СПИДу Государственного совета Китая, 2004). Поэтому неудивительно, что показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в некоторых районах провинций Синьцзян, Юньнань и Сычуань превысил 50% (Mingjian et al. 2006; Министерство здравоохранения Китая, 2006; МПС, 2005a) и что показатель распространенности ВИЧ резко вырос среди потребителей инъекционных наркотиков (например, в юго-западной провинции Сычуань, где за период с 2002 по 2004 годы показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков вырос с 11% до 18% (Zhang, Ruan et al. 2006).

Половина новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в 2005 году в Китае, была обусловлена незащищенными половыми контактами. Учитывая, что ВИЧ постепенно распространяется из групп с высоким уровнем риска в широкие слои населения, растет количество ВИЧ-инфекций среди женщин.

После открытия первого проекта по обмену шприцев в 1999 году в Китае были организованы такие же проекты в 18 провинциях, причем 92 из них работали в 2006 году. Польза только начинает ощущаться. Данные, собранные на шести участках по обмену шприцев, указывают на то, что процент лиц, пользующихся общими шприцами, варьировался от 27% до 79% на момент начала таких проектов, однако снизился до 12–56% к концу 2005 года (Wu, Pang et al. 2006). На участке по обмену игл и шприцев в провинции Хунань, где используются методы информационно-просветительной работы, пропорция потребителей инъекционных наркотиков, которые пользовались общими шприцами, снизилась за период с 2003 по 2005 годы с 43% до 23%, в то время как уровень знаний и информированности в связи с ВИЧ повысился в четыре раза (с 21% до 80%) (Chen, Chen et al. 2006). К сожалению, в некоторых местах проекты снижения вреда по-прежнему сталкиваются с сопротивлением со стороны правительств на уровне провинций и ниже. В результате, в различных районах Китая наблюдается значительное варьирование ответных мер по типу и качеству (Qian et al. 2006). Наряду с увеличением числа клиник заместительного лечения метадоном и пунктов обмена игл и шприцев необходимо улучшить уровень знаний о ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и их партнеров: например, исследование, проведенное в провинции Юньнань среди потребителей инъекционных наркотиков, показало, что каждый пятый из них не знал о том, что использование общих шприцев таит риск передачи ВИЧ (Christian, Zhiyong et al. 2006).

Рискованное сексуальное поведение потребителей инъекционных наркотиков повышает вероятность распространения ВИЧ среди таких потребителей и других групп населения (Zhao et al. 2006). Данные национального эпиднадзора говорят о том, что до 11% потребителей инъекционных наркотиков также допускают рискованное сексуальное поведение (Министерство здравоохранения Китая, ЮНЭЙДС, ВОЗ, 2006). Более одной трети потребителей инъекционных наркотиков, ведущих половую жизнь, которые участвовали в одном обследовании, отметили, что они пользовались общими шприцами, в то же время лишь 4% из них постоянно пользовались презервативами во время контактов с постоянными сексуальными партнерами (Liu et al. 2006). В провинции Юньнань две трети потребителей инъекционных наркотиков (посещающих центры по детоксикации) отметили, что они не пользовались презервативами во время половых контактов за деньги в предыдущем месяце и более половины указали, что они никогда не покупали презервативов (Christian, Zhiyong et al. 2006).

Серьезные эпидемии среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, обнаружены во Вьетнаме, Камбодже, Китае, Индии, Непале, Пакистане и Таиланде.

Многие мужчины, употребляющие наркотики, покупают сексуальные услуги, и до половины женщин, употребляющих наркотики, также продают сексуальные услуги – время от времени или часто (Liuy et al. 2006; Yang et al., 2005). В некоторых провинциях (таких как Сычуань) небольшой, однако значительный процент работников секс-бизнеса также употребляет инъекционные наркотики, причем они, как правило, имеют больше клиентов, но реже пользуются презервативами, чем работники секс-бизнеса, не употребляющие инъекционных наркотиков (МПС, 2005a; МПС, 2005b).

Слабые знания о ВИЧ и высокая распространенность незащищенного секса означают, что работникам секс-бизнеса, не употребляющим инъекционных наркотиков, также грозит высокий риск заражения ВИЧ. Например, только одна треть работников секс-бизнеса, работающих через специальные заведения, которые были обследованы в округе Инцзянь провинции Юньнань, постоянно пользовались презервативами при контакте с клиентами, а пятая часть из них указали на то, что они *никогда* не пользовались презервативом (Hesketh et al. 2005). Другое исследование, проведенное в провинции Юньнань, показало, что пятая часть работников секс-бизнеса были ВИЧ-инфицированными (Wang, Yang et al. 2006). Другой проблемой является насилие: в ходе недавно проведенного исследования 49% работников секс-бизнеса указали, что они подвергались сексуальному насилию, причем была отмечена сильная корреляция между таким сильным уровнем распространения насилия и присутствием инфекций, передающихся половым путем (Choi SY, 2006). Согласно данным дозорного эпиднадзора, вследствие этого явления показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса в целом существенно вырос в последнее

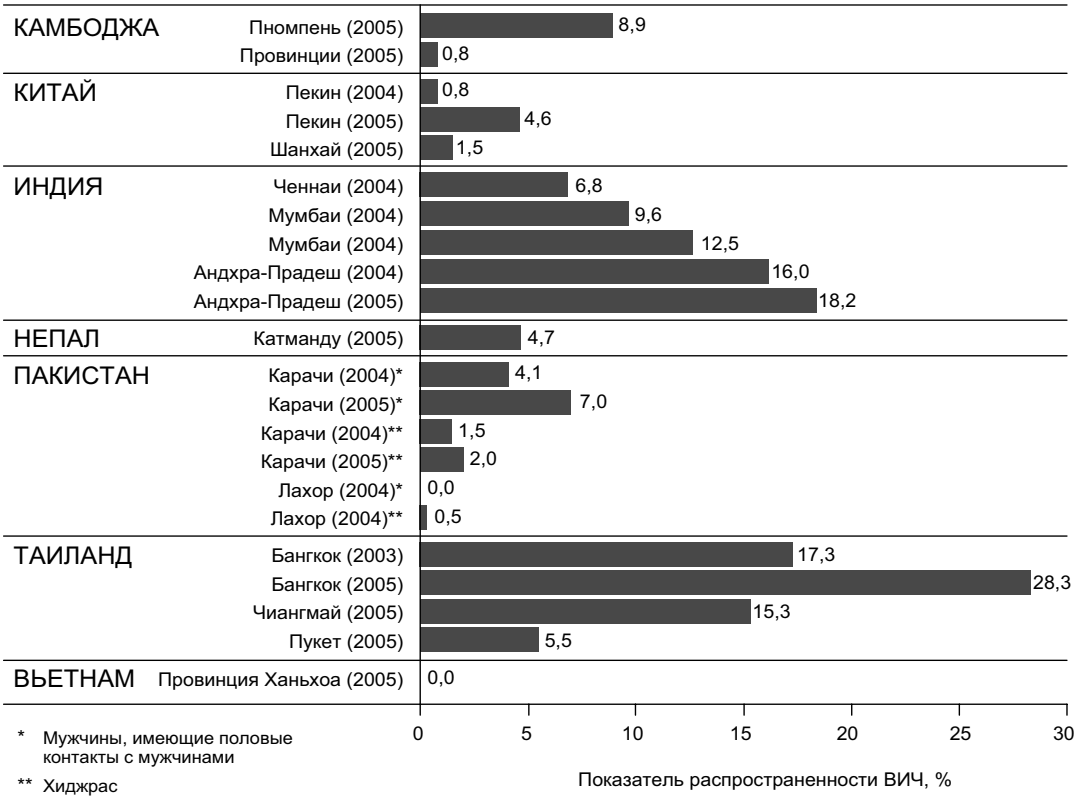
МИГРАЦИЯ И РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ В КИТАЕ

Часто говорят о возможном влиянии широкомасштабной миграции и перемещения населения на развитие эпидемии в Китае. Широко распространено мнение о том, что мужчины-мигранты чаще посещают работников секс-бизнеса, тем самым ставя самих себя и своих сексуальных партнеров в положение риска заражения ВИЧ и инфекциями, передающимися половым путем. Предположения о том, что мигранты будут играть важную роль в развитии эпидемии в Китае в будущем, основаны на том, что число мигрантов очень большое (по оценкам, 120-150 миллионов), а также на данных о наличии связи между миграцией и ВИЧ, полученных при исследовании мигрантов в других странах (особенно на юге Африки) (Lurie et al. 1997; Lurie et al. 2003), и данных эпиднадзора за ВИЧ среди мигрантов в некоторых города (Hesketh, Li et al. 2006).

В Китае некоторые данные подтверждают такие предположения. Например, в Суинине и Лучжоу (провинция Сычуань) большинство клиентов работников секс-бизнеса – это работники-мигранты, которые часто покупают сексуальные услуги (в среднем 11 раз за прошедшие шесть месяцев) и, как правило, нерегулярно пользуются презервативами (лишь 36% из них пользовались презервативом во время последнего платного сексуального контакта) (Wan and Zhang, 2006). В исследовании, проведенном ранее в 2002 году в Пекине, Нанкине и Шанхае, десятая часть мужчин-мигрантов отметили, что они ранее покупали сексуальные услуги (Wang et al., 2006).

Однако следует предостеречь от обобщений. Ситуация по стране варьируется, особенно в тех частях Китая, где значительное число мигрантов переезжают с места на место вместе со своими партнерами. Таким образом, первое демографическое исследование, проведенное среди китайских рабочих и мигрантов в Ханчжоу, столице провинции Чжэцзян, не показало наличия ВИЧ-инфекций. Этому есть несколько возможных причин. До половины работников-мигрантов в Китае составляют женщины, которые могут заниматься коммерческим сексом. В некоторых частях страны большая пропорция мигрантов переезжает с места на место вместе со своими партнерами, как это делали треть работников-мигрантов, включенных в исследование в Ханчжоу. Многие мигранты также сохраняют относительно консервативные, "традиционные" отношения к случайным половым контактам (Hesketh et al. 2006).

Показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в некоторых районах Азии, 2003–2005 гг.



Источники: [Рефераты, XVI Международная конференция по СПИДу, 2006 г.]: (Камбоджа) M.Phalkun, et al. HIV, sexually transmitted infections, related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men; (Китай) X.Ma, et al. Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men in Beijing; (Индия) S.Kumta et al. Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India; Sravankumar K, Prabhakar P, Mythri/STI/HIV Study Group. High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andrhra Pradesh, India; (Непал) L.B. Acharya, et al. HIV and STI prevalence among MSM in Kathmandu, Nepal; (Пакистан) A. Altaf, et al. Behavioral characteristics of male and eunuch (hijra) sex workers in Karachi, Pakistan; (Таиланд) F. van Griensven, et al. Surveillance of HIV prevalence among populations of men who have sex with men in Thailand, 2003–2005; (Вьетнам) M. Truong Tan, et al. HIV risk behavior and prevalence among MSM in Khanh Hoa province, Viet Nam. National Study of Reproductive Tract and Sexually Transmitted Infections. Survey of High Risk Groups in Lahore and Karachi, 2005. National AIDS Control Program, DFID and FHI. (Пакистан); NACO, 2004; Andhra Pradesh State AIDS Control Society (2004). 8th round of national annual sentinel surveillance for HIV, Andhra Pradesh. Hyderabad, APSACS. (Индия)

Рисунок 5

десятилетие: с 0,02% в 1994 году до чуть менее 1% (0,93%) в 2004 году (Министерство здравоохранения Китая, ЮНЭЙДС, ВОЗ, 2006).

Применение соответствующих мер, направленных на снижение риска передачи ВИЧ во время платного секса, дает свои результаты, особенно, если они дополняются партнерством с органами здравоохранения, полицией и руководителями учреждений секс-бизнеса. Три года спустя после внедрения программы за 100%-ное использование презервативов в округе Ли, провинция Хунань, частота пользования презервативами увеличилась почти в четыре раза (с 24% в 2002 году до 88% в 2005 году), а число инфекций, передающихся половым путем, снизилось почти на две трети (с 513 до 192) (Chen, Yi et al. 2006). Однако для того чтобы такие достижения стали обычной нормой, необходимо гармонизировать правовую, политическую и рабочую среду.

В то же время становится более понятным, какую роль играет секс между мужчинами в развитии эпидемии в Китае. По нынешним оценкам, около 7% случаев инфицирования ВИЧ в Китае произошли в результате небезопасного секса между мужчинами (Lu et al. 2006); причем новые исследования показывают высокие уровни распространения незащищенного секса между мужчинами, значительная пропорция которых также имеет половые контакты с женщинами (17%–41%) или продает сексуальные услуги (17%) (Jiang et al., 2006; Xu et al. 2006; Liu et al. 2006). Например, исследование, проведенное в провинции Цзянсу, показало, что почти половина мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, указали, что у них был незащищенный анальный секс в последние три месяца. Ни один из них не был ВИЧ-инфицированным, однако показатель распространенности других инфекций, передающихся половым путем, оказался высоким (у 7% из них был сифилис и у 8% ВПГ-2) (Jiang et al. 2006). При таком поведении ВИЧ может распространяться быстро, как только он внедрится в такую группу. Такая тенденция может, вероятно, иметь место в ряде городов. В Пекине при проведении двух исследований среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, было установлено, что показатель распространенности ВИЧ

составлял соответственно 3% и 4,6% (Choi et al. 2006; Ma et al., 2006). Пятая часть мужчин, участвовавших в последнем исследовании (в 2005 году), никогда не слышали о ВИЧ и более двух третьих указали на то, что у них были незащищенные половые контакты в последние шесть месяцев (Ma et al., 2006). В то же время в Шанхае при проведении в 2004–2005 годах исследования среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, был обнаружен показатель распространенности ВИЧ в 1,5% (Choi et al., 2006).

Серьезные эпидемии среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, обнаружены во Вьетнаме, Камбодже, Китае, Индии, Непале, Пакистане и Таиланде.

В целом, по оценкам, половина новых случаев ВИЧ-инфекций, зарегистрированных в 2005 году в Китае, была обусловлена незащищенными половыми контактами. Учитывая, что ВИЧ постепенно распространяется из групп с высоким уровнем риска в широкие слои населения, количество ВИЧ-инфекций среди женщин также растет (Министерство здравоохранения Китая, ЮНЭЙДС, ВОЗ, 2006). К 2004 году 39% зарегистрированных случаев ВИЧ уже приходилось на женщин (для сравнения всего лишь двумя годами ранее эта цифра составляла 25%). Анализ результатов тестирования на ВИЧ, проведенного недавно среди 138 000 беременных женщин почти в половине округов провинции Юньнань, показал, что 0,3% из них были ВИЧ-инфицированными, в то же время в определенных округах показатель распространенности ВИЧ колебался от 0% до 1,6% (Zhang, Hu, Hesketh, 2006). В некоторых частях провинций Хэнань и Синьцзян показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин и женщин, проходящих тестирование до брака или клиническое обследование, был зарегистрирован на отметке выше 1% (Министерство здравоохранения Китая, ЮНЭЙДС, ВОЗ, 2006) – это указывает на то, что в некоторых районах вирус распространяется относительно свободно.

В то же время продолжается развитие эпидемии среди бывших доноров крови и плазмы в таких провинциях, как Аньхой, Хэбэй, Хэнань, Хубэй и Шаньси (Cohen, 2004), хотя ВИЧ, вероятно, не распространяется среди населения в целом столь драматично, как этого опасались (Mastro and Yip, 2006). В 2004 году общий показатель распространенности ВИЧ среди сельских жителей в одном из округов провинции Шаньси (где большая часть ВИЧ-инфекций была обусловлена донорством крови и плазмы) составлял 1,3%. При этом оказалось, что инфекции концентрируются среди бывших доноров (4,1% из них оказались ВИЧ-инфицированными), в то время как лишь 0,1% сельских жителей, не являвшихся донорами, имели положительную реакцию на ВИЧ (Wang, Jia et al., 2006). Такие тенденции были обусловлены ограниченностью сексуальных контактов между некоторыми группами сельского населения (Mastro and Yip, 2006). В то же время в сельской провинции Аньхой была зафиксирована иная ситуация – 15% бывших доноров плазмы были ВИЧ-инфицированными, а показатель распространенности ВИЧ среди лиц, не сдававших плазму, составлял 5%. Большая часть случаев инфицирования в последней группе была обусловлена, вероятно, незащищенными контактами с ВИЧ-инфицированными супругами или случайными партнерами (Ji et al., 2006). В 2005 году около 69 000 лиц, которые ранее сдавали кровь и плазму за деньги или были получателями плазмы и крови, оказались инфицированными ВИЧ (Министерство здравоохранения Китая, 2006).

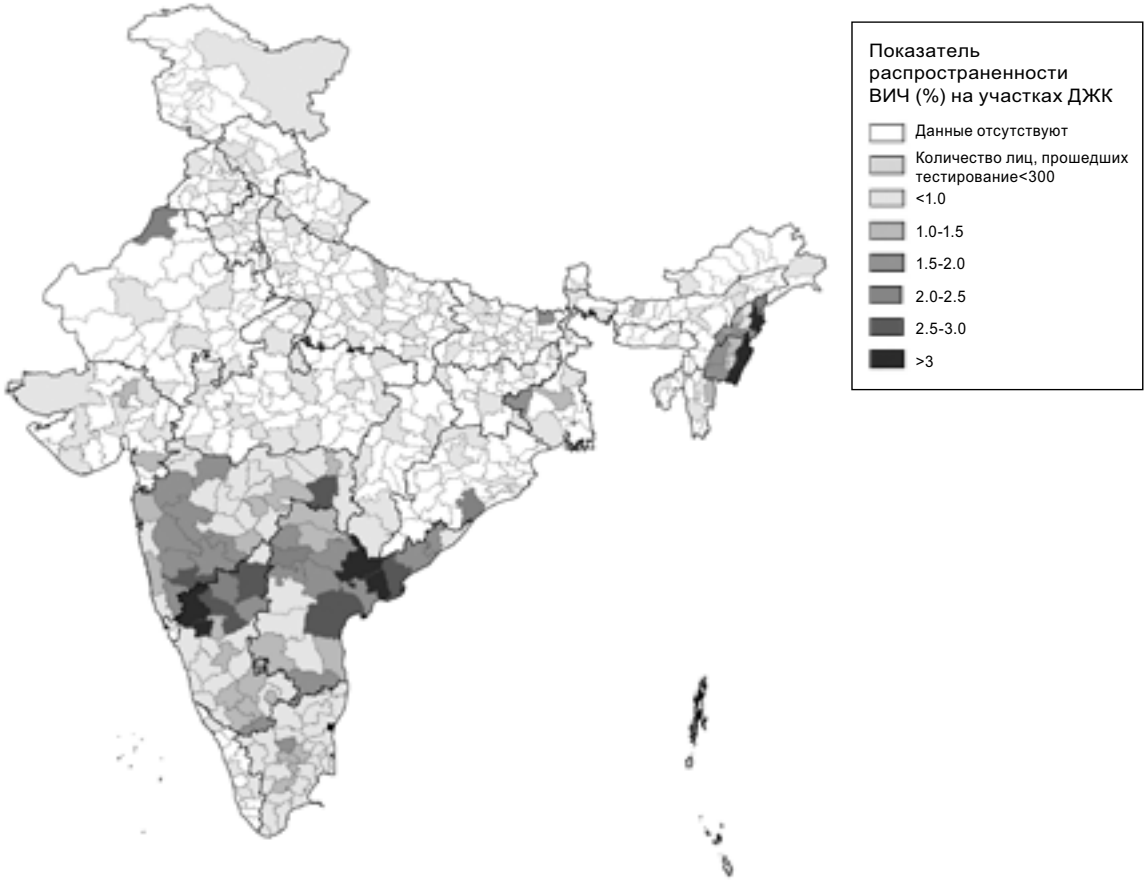
Несмотря на расширение основных элементов мер в ответ на ВИЧ в Китае в последние годы, эти меры нуждаются в улучшении. Уровень информированности о ВИЧ является очень низким (в том числе среди политических руководителей на некоторых уровнях), а стигма остается проблемой во многих районах (Министерство здравоохранения Китая, ЮНЭЙДС, ВОЗ, 2006). Например, почти третья часть (30%) медработников в провинции Юньнань отметила, что они не станут лечить ВИЧ-инфицированного человека (Hesketh et al., 2005). Сможет ли Китай сдержать свою нарастающую эпидемию будет в значительной мере зависеть от того, насколько успешно будет ограничиваться распространение ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и их клиентов.

Индия

В **Индии**, второй по численности населения стране в мире, отмечается в высшей степени разнообразная эпидемия ВИЧ, которая в некоторых частях выглядит стабильной или идущей на убыль, однако несколько нарастает в других районах. В 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло около 5,7 [3,4–9,4] миллиона человек, из них 5,2 миллиона составляли взрослые от 15 до 49 лет.

Как и в Китае, большинство ВИЧ-инфекций в Индии отмечается в ограниченном числе регионов. В Индии около двух третьих зарегистрированных ВИЧ-инфекций отмечено в шести из 28 штатов страны – главным образом на промышленно развитом юге и западе и в северо-восточном регионе. В среднем показатель распространенности ВИЧ в этих штатах в 4–5 раз выше, чем в других штатах Индии. Самые высокие показатели распространенности отмечены в коридоре Мумбаи-Карнатака, в районе Нагпур, штат Махараштра, районе Намаккал, штат Тамилнаду, в прибрежном штате Андхра-Прадеш, а также в некоторых районах штатов Манипур и Нагаленд (на северо-востоке Индии) (Национальная организация по контролю за СПИДом, 2005a; Всемирный банк, 2005). Следует отметить, что на юге страны уровни распространения инфекций среди городского и сельского населения, как правило, одинаковы (Всемирный банк, 2005).

Распространенность ВИЧ в Индии – по районам, 2005 г.



Источник: НАКО: данные, полученные на участках дозорного эпиднадзора (ДЖК) (2005 г.)

Рисунок 6

Недавний анализ данных о ВИЧ для 216 дородовых женских консультаций и 132 венерологических клиник за 2000–2004 годы указывает на то, что в южных штатах показатель распространенности ВИЧ среди женщин в возрасте 15–24 лет снизился с 1,7% в 2000 году до 1,1% в 2004 году (Kumar et al., 2006). Уровни распространенности ВИЧ также снизились среди мужчин в возрасте 20–29 лет, посещавших венерологические клиники на юге страны. (В северных штатах данных о снижении показателя распространенности получено не было.) Авторы объясняют эти тенденции предполагаемым расширением практики пользования презервативами среди мужчин и женщин, занятых в секс-бизнесе на юге Индии, что, вероятно, привело к снижению уровня передачи ВИЧ (Kumar et al., 2006). Однако дальнейший анализ полученных данных указывает на то, что явное снижение показателя распространенности ВИЧ на юге главным образом обусловлено снижением показателя распространенности ВИЧ в штате Тамилнаду (John, 2006). Другие аналитики указывают на отсутствие достаточных данных, которые подтверждали бы наличие связи между снижением показателя распространенности ВИЧ на юге и изменениями в поведении (Hallett and Garnett, 2006).

Основное число ВИЧ-инфекций в Индии обусловлено незащищенными гетеросексуальными контактами (Национальная организация по контролю за СПИДом, 2005b). По этой причине на женщин приходится все большая пропорция людей, живущих с ВИЧ (в 2005 году около 38%), особенно в сельских районах. Уровни инфицирования ВИЧ выше 1% были обнаружены среди беременных женщин в штатах Андхра-Прадеш, Махараштра и Карнатака (Национальная организация по контролю за СПИДом, 2004a). В 2004 году средний показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в штате Карнатака составлял 1,6%, причем СПИД оказался основной причиной смерти в некоторых северных районах; в ряде сельских районов показатель распространенности ВИЧ среди взрослых колебался от 1,1% до 6,4%, что подчеркивает высокую степень разнообразия в развитии эпидемии (Moses et al., 2006).

Большая пропорция женщин, живущих с ВИЧ, вероятно, заразилась этим вирусом от своих постоянных партнеров, которые в свою очередь заразились в результате платных половых контактов (Lancet, 2006). Например, в Мумбаи и Пуне (штат Махараштра), где ВИЧ-инфицированными оказались соответственно 54% и 49% работников секс-бизнеса (НАКО, 2005c), вероятность передачи ВИЧ клиентам и

партнерам может быть высокой. В действительности, в южных штатах с более высокими показателями распространенности ВИЧ в большинстве случаев ВИЧ, вероятно, передается через контакты между работниками секс-бизнеса и их клиентами и другими сексуальными партнерами (Kumar et al., 2005). Например, в штате Карнатака почти одна четвертая часть (23%) из 1100 работниц секс-бизнеса, участвовавших в недавно проведенном исследовании, были ВИЧ-инфицированными; среди работниц секс-бизнеса, работающих не через публичные дома, эта доля составляла почти половину (47%) (Ramesh et al., 2006).

В Индии прилагаются усилия по профилактике ВИЧ, нацеленные на работников секс-бизнеса. Однако правовой контекст секс-бизнеса является сложным и зачастую препятствует эффективным усилиям по профилактике ВИЧ и лечению (Dandona et al., 2006). Кроме того, меры вмешательства, как правило, нацелены на работников секс-бизнеса в публичных домах, которые составляют меньшую часть таких работников. Некоторые программы профилактики, осуществляемые самими работниками секс-бизнеса – например в Сонагачи, Колката, – были направлены на поощрение безопасного коммерческого секса и ассоциировались с более низкими показателями распространенности ВИЧ (Kumar, 1998; Jana et al., 1998). Используя этот опыт, организации работников секс-бизнеса расширили свои программы первичной профилактики по всему штату Западная Бенгалия, охватив ими около 28 000 работников секс-бизнеса почти в 50 районах (Roy et al., 2006). Тем не менее рискованный коммерческий секс по-прежнему широко распространен в других частях Индии. Например, в штате Андхра-Прадеш каждый четвертый работник секс-бизнеса, опрошенный в 13 районах, никогда не пользовался презервативом, а каждый второй пользовался им от случая к случаю. Более половины работников секс-бизнеса, работающих на улице, отметили, что они никогда не пользовались презервативами или же пользовались ими редко. Следует отметить, что женщины, которые знали, что ВИЧ-инфекцию можно предупредить, и имели доступ к бесплатным презервативам, были значительно более склонны к тому, чтобы пользоваться ими регулярно (Dandona et al., 2005).

Употребление инъекционных наркотиков является основным фактором риска заражения ВИЧ на северо-востоке страны (особенно в штатах Манипур, Мизорам и Нагаленд), а также играет важную роль в развитии эпидемий в крупных городах страны, включая Ченнаи, Мумбаи и Нью-Дели (МПС, 2005a; Национальная организация по контролю за СПИДом, 2005). Помимо героина, в качестве инъекционных наркотиков используются незапрещенные фармацевтические препараты (такие как бупренорфин, пентазоцин и диазепам). Недавно при проведении исследования в Ченнаи оказалось, что 31% потребителей инъекционных наркотиков были инфицированы ВИЧ (Srikrishnan et al., 2006).

Пользование нестерильным инструментарием для употребления инъекционных наркотиков является основным фактором риска заражения ВИЧ на северо-востоке Индии (особенно в штатах Манипур, Мизорам и Нагаленд), а также играет все более важную роль в развитии эпидемий в таких городах страны, как Ченнаи, Мумбаи и Нью-Дели.

В настоящее время меры вмешательства, применяемые среди потребителей инъекционных наркотиков, как правило, являются непоследовательными и слишком ограниченными и редкими, чтобы можно было ожидать заметных результатов (Basu and Koliwad, 2006). В тех частях Индии, где отмечаются серьезные эпидемии ВИЧ, обусловленные употреблением инъекционных наркотиков, необходимо срочно расширить программы снижения вреда. В противном случае можно ожидать, что употребление инъекционных наркотиков в сочетании с коммерческим сексом может привести к более масштабным эпидемиям ВИЧ. Результаты недавнего исследования среди мужчин, обращающихся по поводу лечения при инфекциях, передающихся половым путем, в клиниках в Мумбаи показало, что среди пациентов, употребляющих инъекционные наркотики, 12% имели положительную реакцию на ВИЧ, причем 80% из них (в последние три месяца) получали платные сексуальные услуги, а 27% сами продавали такие услуги (Yu et al., 2006). По состоянию на 2006 год, на северо-востоке страны, в Западной Бенгалии и Нью-Дели действовали несколько программ обмена шприцев; в то же время в стране был предпринят лишь один проект по заместительному лечению, в штате Манипур.

Исследования для анализа роли секса между мужчинами в развитии эпидемии ВИЧ в Индии почти не проводились. В двух штатах, где такие данные были получены, показатели распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, составили 6,8% и 9,6% – соответственно в Ченнаи и Мумбаи (НАКО, 2004b). В последующем, при обследовании мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые обращались по поводу добровольного консультирования и тестирования в Мумбаи, был получен показатель распространенности ВИЧ в 12%; этот же показатель по результатам анализа в 10 клиниках в штате Андхра-Прадеш составил 18% (Kumta et al., 2006; Sravankumar, Prabhakar, Mythri, 2006). Эти уровни инфицирования ВИЧ были сопоставимы с показателем распространенности в 16%, который был получен в этом штате в 2004 году в рамках дозорного эпиднадзора среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (Общество по борьбе со СПИДом штата Андхра-Прадеш, 2004). В некоторых районах существенная доля мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, также продает сексуальные услуги: например, в ходе масштабного исследования в штате Андхра-Прадеш было установлено, что каждый

четвертый мужчина продавал сексуальные услуги другим мужчинам (Dandona et al., 2006). Уровень знаний о ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, оказался низким. Например, в штате Бангалор три четвертых мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, не знали о том, как передается этот вирус, причем большая доля таких мужчин занималась незащищенным сексом с мужчинами (Anthony et al., 2006).

В Индии масштабы и эффективность усилий, направленных на расширение безопасной сексуальной практики среди работников секс-бизнеса и их клиентов, а также среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (и среди их других сексуальных партнеров), скорее всего, будут определять масштабы развития эпидемии ВИЧ в этой стране (Kang et al., 2005). Столь же важно осуществлять широкие программы снижения вреда в северо-восточных штатах, а также в крупных огородах страны. Среди всего этого необходимо делать намного больше для борьбы со стигмой – которая остается широко распространенной во всех слоях общества Индии, включая работников здравоохранения (Mahendra et al., 2006), – и для снижения уровня гендерного и другого неравенства, что делает профилактику ВИЧ и лечение такой огромной проблемой для этой страны (Lancet, 2006).

Самые высокие уровни распространенности ВИЧ в Азии по-прежнему отмечаются в Юго-Восточной Азии, где сочетание незащищенного коммерческого секса и секса между мужчинами с небезопасной практикой употребления инъекционных наркотиков способствует развитию эпидемий в большинстве стран.

Эпидемия во **Вьетнаме** по-прежнему растет: ВИЧ был обнаружен во всех 64 провинциях и всех городах. Число людей, живущих с ВИЧ, увеличилось в два раза с 2000 года и в 2005 году, по оценкам, достигло 260 000 [150 000–430 000] человек. Каждый год ВИЧ заражаются около 40 000 человек (Министерство здравоохранения Вьетнама, 2005), причем огромное большинство – это потребители инъекционных наркотиков или те, кто покупает или продает сексуальные услуги.

Во Вьетнаме широко распространена практика использования нестерильного инъекционного инструментария – согласно результатам недавно проведенного исследования, примерно пятая часть потребителей инъекционных наркотиков пользовалась таким инструментарием в последние три месяца (Longfield, Zhiyong et al., 2006). В результате уровни распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков увеличились с 9% в 1996 году до более 30% в 2003 году (Министерство здравоохранения Вьетнама, 2005; Hien et al., 2004), а в 2005 году достигли 63% (в Ханое) и 67% (в Хайфоне) (Pham, del Rio et al., 2006; Luu Thi Minh, Tran Nhu et al., 2006a).

Самые высокие национальные уровни распространенности ВИЧ в Азии по-прежнему отмечаются в ее юго-восточной части, где сочетание незащищенного коммерческого секса и секса между мужчинами с небезопасной практикой употребления инъекционных наркотиков способствует развитию эпидемий.

В ряде городов Вьетнама многие лица, допускающее рискованное сексуальное поведение, также употребляют инъекционные наркотики. Большая пропорция мужчин, употребляющих инъекционные наркотики, имеет незащищенные половые контакты, включая коммерческий секс (например, 40% в провинции Бакнинь на севере Вьетнама) (Schumacher, Go et al., 2006). Имеются другие данные об употреблении инъекционных наркотиков и участии в секс-бизнесе молодых мужчин-мигрантов (в возрасте 16–26 лет) в Ханое, которые подтверждают потребность в программах профилактики, нацеленных на устранение факторов риска, связанных с сексом и употреблением наркотиков среди мигрантов (Giang et al., 2006). Кроме того, значительный процент женщин-работниц секс-бизнеса также употребляет инъекционные наркотики. Например, в Ханое 21% женщин-работниц секс-бизнеса "среднего класса" и 39% "низшего класса", участвовавших в одном исследовании, употребляли инъекционные наркотики, причем у многих из них были "любовники" и клиенты, употребляющие инъекционные наркотики (Tran, Detels et al., 2005). Лишь 5% женщин указали на то, что они пользовались презервативами во время секса с "любовниками" (Tran, Detels et al., 2005). Результаты такого комбинированного рискованного поведения могут быть драматичными. В 2004 году в Хайфоне (крупнейшем портовом городе страны) уровни распространенности ВИЧ среди женщин, занятых в секс-бизнесе, более чем в два раза превышали аналогичные показатели в городе Хошимине (соответственно 30% и 12%). Это различие, вероятно, было обусловлено тем, что в Хайфоне процент работников секс-бизнеса, употребляющих инъекционные наркотики, оказался выше (29%), чем аналогичный показатель в Хошимине (12%) (Luu Thi Minh, Tran Nhu et al., 2006b).

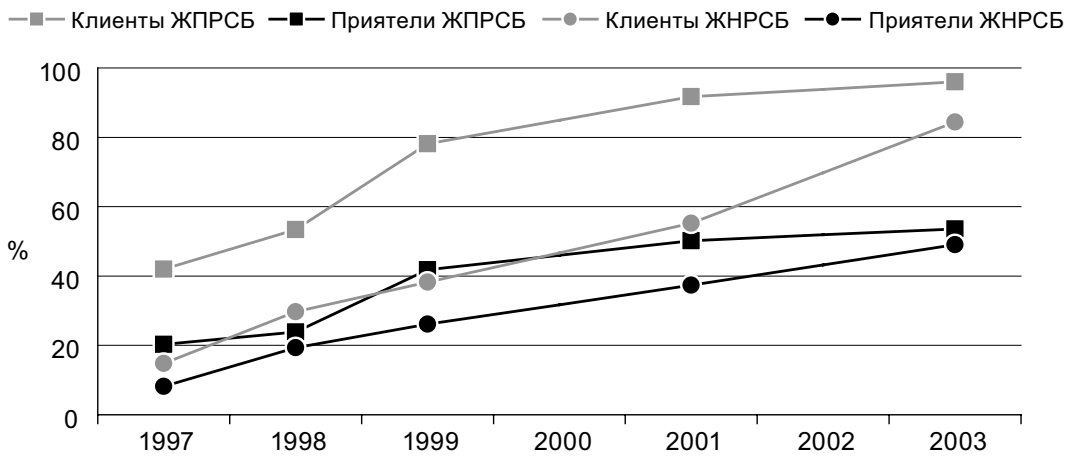
Быстрое развитие эпидемии во Вьетнаме особенно заметно в провинции Лангсон на границе с Китаем. После осуществления проекта по профилактике среди потребителей инъекционных наркотиков заболеваемость ВИЧ в этой группе населения снизилась на треть, а показатель распространенности ВИЧ оставался устойчивым или снизился в зависимости от района. Однако было установлено, что до 12% работников секс-бизнеса и 18% сексуальных партнеров потребителей инъекционных наркотиков были инфицированы ВИЧ, а показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих

дородовые клиники, в некоторых районах превысил отметку в 1% (Hammet, Des Jarlais et al., 2006).

Стратегии снижения распространенности ВИЧ среди женщин, занятых в секс-бизнесе, должны включать действия, направленные на снижение уровня их стигматизации, уменьшение практики пользования общим инъекционным инструментарием и пропаганду добровольного консультирования и тестирования, а также на улучшение системы продажи презервативов (Tran et al., 2005). Для достижения успеха необходимо обеспечить более благоприятную политику и институциональные рамки. В частности, необходимо обеспечить более четкое согласование между политикой в отношении ВИЧ, правовым контекстом и подходами в работе полиции. Также необходимо повысить уровень знаний и понимания проблемы ВИЧ. В настоящее время менее половины молодых людей демонстрируют всесторонние знания о ВИЧ (Национальный институт гигиены и эпидемиологии и ORC Macro, 2006).

Имеются обоснованные данные о том, что усилия, направленные на изменение поведения, со стороны государства и неправительственных организаций, оказались эффективными, особенно в секс-бизнесе. В 2003 году 96% работников секс-бизнеса, работающих в публичных домах (прямые работники секс-бизнеса) в пяти городах (Пномпень, Баттамбанг, Сианукville, Сьемреап и Кампонгчам), указали на то, что они постоянно пользовались презервативами во время контактов с клиентами – в 1997 году этот показатель составлял 53% (Gorbach et al., 2006). Высокий процент мужчин-клиентов работников секс-бизнеса также указывают на то, что они постоянно пользуются презервативами во время платного секса – 85% и выше, в зависимости от группы (Sopheab et al., 2006). Уровни распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса в публичных домах снизился с 43% в 1995 году до 21% в 2003 году (Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ИППП, 2004). Показатель

Пользование презервативами среди женщин прямых и непрямых работниц секс-бизнеса во время контактов за плату и с приятелями, Камбоджа, 1997−2003 гг.



ЖПРСБ - Женщины прямые работницы секс-бизнеса; ЖНРСБ - Женщины непрямые работницы секс-бизнеса

Источник: Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ЗППП, 2004 г.

Рисунок 7

Следовательно, существующие тенденции указывают на то, что эпидемия во Вьетнаме в основном развивается в результате комбинированного воздействия незащищенных коммерческих половых контактов и небезопасной практики употребления инъекционных наркотиков – то есть именно здесь требуются более целенаправленные усилия по профилактике. В то же время модели поведения со временем могут меняться, особенно в странах, где происходят глубокие социально-экономические изменения.

Эпидемия в **Камбодже**, вероятно, стабилизируется, а ее масштабы уменьшились с конца 1990-х годов.

пользования презервативами среди работников секс-бизнеса, работающих не в публичных домах (непрямые работники секс-бизнеса), также увеличился – с 30% в 1997 году до 84% в 2003 году (Gorbach et al., 2006), в то же время показатель распространенности ВИЧ снизился с 20% в 1998 году до 15% в 2002 году (Lengh et al., 2004).

Для того чтобы эти достижения стали устойчивыми, потребуются усилия на постоянной основе. Секс-бизнес в Камбодже претерпевает изменения – все большее число женщин продает сексуальные услуги вне публичных домов (где меры, стимулирующие более

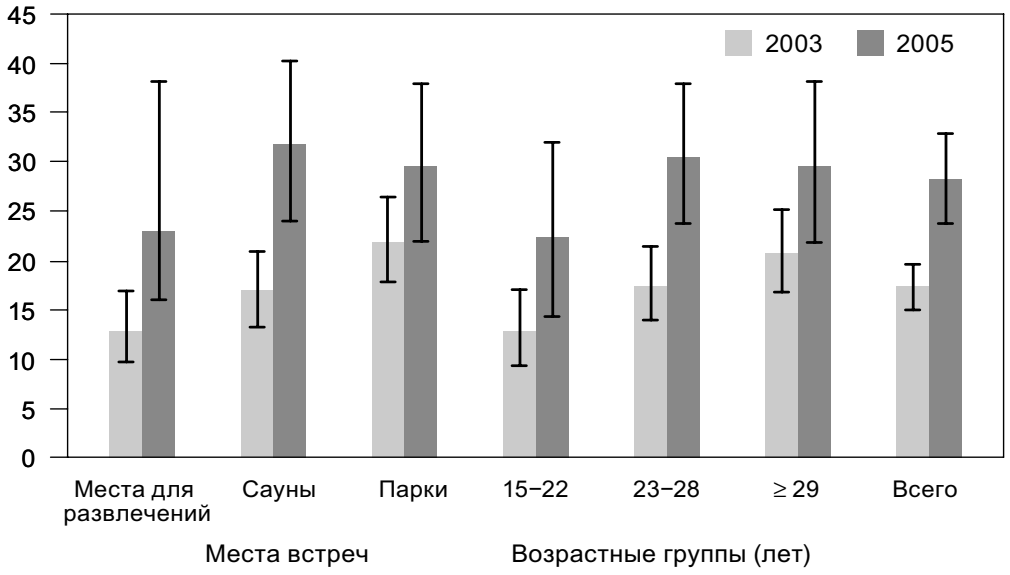
безопасный секс, как правило, наиболее эффективны) (Gorbach et al., 2006) и остается в этой сфере деятельности более длительное время. В результате некоторые работники секс-бизнеса более пожилого возраста могут чаще отказываться от практики пользования презервативами, стремясь конкурировать с молодыми работницами секс-бизнеса в условиях жесткого рынка.

В то же время за период с 1997 по 2003 годы показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые женские консультации, особенно не изменился (он незначительно снизился – с 2,3% до 2,1%) (Phal et al., 2006). Это говорит о том, что значительное число женщин по-прежнему заражается, скорее всего, от своих мужей и приятелей, которые сами могли заразиться ВИЧ во время платных контактов (Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ИППП, 2004; Gorbach et al., 2000). В 2003 году женщины составляли почти половину (47%) всех людей, живущих с ВИЧ в Камбодже, в то время как в 1998 году они составляли чуть более трети (37%). В действительности, большая часть замужних женщин (41%) признает, что обеспокоена возможностью заразиться от своих мужей (Sopheab et al., 2006).

Данные о тенденциях распространения ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, ограничены. Обследование, проведенное в 2000 году в Пномпене, показало, что 15% мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, были инфицированы ВИЧ, в то же время обследование, проведенное позднее в столице страны, дало показатель инфицирования ВИЧ на уровне 8,9% (Phalkun et al., 2006). В провинциальных городах Баттамбанг и Сиемреап показатель распространенности ВИЧ оказался очень низким – 0,8%. В то же время презервативы использовались редко: лишь 16% мужчин отметили, что они постоянно пользовались презервативами во время анального секса (этот показатель в столице составлял 54%). Среди мужчин, продающих сексуальные услуги, лишь 18% постоянно пользовались презервативами во время таких контактов (Phalkun et al., 2006). Учитывая такие тенденции в поведении, существует сильная вероятность того, что ВИЧ может быстро распространиться среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в таких городах как Баттамбанг и Сиемреап, как только этот вирус внедрится в их сети.

В соседнем **Таиланде**, по оценкам, число взрослых и детей, живших с ВИЧ в конце 2005 года, составляло 580 000 [330 000–920 000] человек (ЮНЭЙДС, 2006). Ежегодное число новых ВИЧ-инфекций продолжает снижаться: оценочное число новых инфекций в 2005 году – 18 000 инфекций – оказалось на 10% меньше чем в 2004 году. В то же время высокий процент новых ВИЧ-инфекций отмечается среди людей, которых

Распространенность вируса иммунодефицита человека среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами,* с разбивкой по месту встреч и возрастным группам — Бангкок, Таиланд, 2003 и 2005 гг.



*Касается мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые не посещали места, где собираются мужчины, занятые в секс-бизнесе, или трансгендерные лица.

Источник: van Griensven F., MMWR, 2006.

Рисунок 8

относят к группам с низким риском заражения (Gouws et al., 2006). По данным министерства общественного здравоохранения этой страны, в 2005 году около одной трети новых инфекций были зарегистрированы среди замужних женщин, которые могли заразится от своих мужей. В настоящее время правительство поощряет супружеские пары регулярно проходить тестирование на ВИЧ и чаще пользоваться презервативами. Риск заражения ВИЧ также может усиливаться вследствие некоторых социальных перемен: секс до брака более не является редкостью среди молодых тайцев, однако лишь меньшая часть (20%–30%) молодых людей, ведущих половую жизнь, постоянно пользуются презервативами (Punpanich et al., 2004).

В то же время в Таиланде мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, по-прежнему грозит высокий риск заражения ВИЧ. В Бангкоке показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, резко вырос – с 17% в 2003 году до 28% в 2005 году. За тот же период показатель распространенности ВИЧ среди лиц в возрасте 22 года и младше увеличился с 13% до 22%, что указывает на высокий показатель заражения ВИЧ. Уровни инфицирования составляли 15% в Чиангмае и 5,5% в Пукете. Показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, занятых в секс-бизнесе, варьировался от 11% в Чиангмае до 14% в Пукете и 19% в Бангкоке – это указывает на слабую практику пользования презервативами во время платных сексуальных контактов. Настораживает также отсутствие знаний о своем серологическом статусе среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Не менее 80% мужчин, у которых был обнаружен ВИЧ, либо никогда не проходили теста на ВИЧ, либо считали, что они не заражены этим вирусом (Van Griensven et al., 2006). В целом, по оценкам, пятая часть (21%) новых ВИЧ-инфекций в Таиланде регистрируется среди мужчин, имеющих незащищенные половые контакты с мужчинами (Gouws et al., 2006). Существует актуальная потребность в реализации программ, направленных на снижение уровня рискованного сексуального поведения и содействие развитию практики консультирования и тестирования на ВИЧ среди таких сетей.

Большая пропорция новых ВИЧ-инфекций в Таиланде отмечается среди людей, которые относятся к группам с низким риском заражения: в 2005 году около трети новых инфекций были зарегистрированы среди замужних женщин, которые, вероятно, заразились от своих мужей.

Уровни распространенности ВИЧ среди женщин, занятых в секс-бизнесе, установить трудно. Некоторые исследования указывают на сравнительно низкие уровни распространенности ВИЧ среди женщин, продающих сексуальные услуги. Например, национальный дозорный эпиднадзор за ВИЧ в 2005 году дал показатель распространенности ВИЧ на уровне 7,7% для женщин, работающих в публичных домах, и 4,2% для женщин, работающих вне публичных домов (Plipat and Teeraratkul, 2006). В других исследованиях обозначилась последняя тенденция нерегулярного пользования презервативами среди женщин, занятых в секс-бизнесе. Женщины, продающие сексуальные услуги в Бангкоке, Чиангмае и Маехонгсоне, указали на то, что они используют презервативы чуть более чем в 50% таких контактов. Точно так же менее трети молодых мужчин, опрошенных на севере страны, отметили, что они всегда пользовались презервативами при контактах с работниками секс-бизнеса (Buckingham et al., 2005).

Употребление инъекционных наркотиков по-прежнему является фактором риска заражения ВИЧ в условиях многообразной эпидемии в Таиланде. По оценкам, 45% потребителей инъекционных наркотиков, посещающих клиники, оказались инфицированными ВИЧ (Punpanich et al., 2004); кроме того, по оценкам, каждый год 3%–10% потребителей инъекционных наркотиков в Таиланде заражаются ВИЧ (Kawichai et al., 2006). Это главным образом объясняется тем, что большая пропорция потребителей инъекционных наркотиков пользуется нестерильным инъекционным инструментарием (по данным одного недавно проведенного обследования – 35%) (Longfield et al., 2006).

Таиланду необходимо усилить свои кампании за более безопасный секс и обеспечить более надежный охват мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков в рамках своей общей программы профилактики ВИЧ. Для начала необходимо расширить эпиднадзор за ВИЧ в этих группах населения; согласно имеющейся информации, за последние пять лет число провинций, где ВИЧ-инфекции регистрируются среди мужчин, обращающихся по поводу лечения при инфекциях, передающихся половым путем, и потребителей инъекционных наркотиков, получающих лечение метадоном, уменьшилось более чем на 50% (Iamsirithaworn and Detels, 2006). Кроме того, существует неотложная потребность в расширении программ просветительской работы на местах, которые могут предоставить всесторонние услуги для снижения вреда среди потребителей инъекционных наркотиков (Kawichai et al., 2006), а также в расширении и улучшении доступа к услугам по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ по всей стране.

В соседней **Мьянме** отмечены первые признаки возможного снижения масштабов эпидемии (Wiwat, Brown and Calleja-Garua, 2005). Уровни распространенности ВИЧ снизились среди беременных женщин (с 2,2% в 2000 году до 1,3% в 2005 году) (Национальная программа по СПИДу Мьянмы, 2005)

и среди мужчин, обращающихся по поводу лечения при других инфекциях, передающихся половым путем (с 8% в 2001 году до 4% в 2005 году) (Национальная программа по СПИДу Мьянмы, 2005).

Тем не менее страна переживает серьезную эпидемию: по оценкам, на конец 2005 года число людей, живущих с ВИЧ, составляло 360 000 [200 000–570 000] человек, а национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял около 1,3%. Серьезную озабоченность вызывает показатель распространенности ВИЧ, зарегистрированный в 2005 году среди молодых людей (в возрасте 15–24) – 2,2% (Национальная программа по СПИДу Мьянмы, 2005). То же самое касается высоких уровней распространенности ВИЧ среди групп, которым грозит самый высокий риск, таких как работники секс-бизнеса и потребители инъекционных наркотиков. В 2005 году около 43% потребителей инъекционных наркотиков и почти треть (32%) работников секс-бизнеса в стране жили с ВИЧ – причем эти пропорции мало изменились с 2000 года (Национальная программа по СПИДу Мьянмы, 2005). В ходе исследования, проведенного среди городского и сельского населения в семи городах, лишь 16% молодых людей (в возрасте 15–24 лет) отметили, что они вели половую жизнь, и лишь 3% молодых мужчин указали на наличие у них контактов с работниками секс-бизнеса за прошедший год. Пропорция мужчин, указавших на то, что они постоянно пользовались презервативами при контактах с работниками секс-бизнеса, составляла 60% среди молодых мужчин и 50% среди мужчин старшего возраста (Thwe M, 2005). В то же время неправительственные организации, получающие неформальную поддержку властей, организовали пилотные программы, для того чтобы обеспечить оказание услуг по профилактике ВИЧ потребителям инъекционных наркотиков. Считается, что более 11 000 потребителей инъекционных наркотиков получили такие услуги в 2005 году (Национальная программа по СПИДу, 2005).

В **Пакистане** высокие уровни распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков могут привести к распространению вируса среди населения в целом, в том числе среди мужчин и женщин, занятых в секс-бизнесе. В 2005 году в Ларкане 8% потребителей инъекционных наркотиков оказались ВИЧ-инфицированными (Abbasi, 2006); этот показатель составил не менее 6% в Фейсалабаде, Лахоре, Саргодхе и Сиалкоте, где большинство потребителей инъекционных наркотиков либо состояли в браке, либо вели половую жизнь (Nai Zindagi, 2006). В Карачи исследование, проведенное в 2005 году, показало, что 26% потребителей инъекционных наркотиков были ВИЧ-инфицированными (Emmanuel, Archibald and Altaf, 2006). Для большинства потребителей инъекционных наркотиков был отмечен один общий фактор риска – они пользовались нестерильным инъекционным инструментарием. Отсутствуют даже самые основные элементы стратегии эффективного снижения вреда. Например, лишь половина потребителей инъекционных наркотиков, принявших участие в исследовании в Карачи и Равалпинди, знали о том, что ВИЧ может передаваться через нестерильные иглы, и такой же процент из них указал на то, что они пользовались нестерильным инъекционным инструментарием в прошедшем месяце (Abbas, 2006).

Показатели пользования презервативами во время коммерческого секса по-прежнему остаются низкими. Менее одной пятой женщин, занятых в секс-бизнесе, – и лишь 5% мужчин, занятых в этой сфере, – опрошенных в Карачи и Равалпинди, указали на то, что они постоянно пользовались презервативами в предыдущем месяце (Abbas, 2006). В ходе исследования, проведенного ранее в Карачи, каждый четвертый работник секс-бизнеса не знал, как выглядит презерватив (Министерство здравоохранения Пакистана, ДМР, "Фэмили хелс интернэшнл", 2005). Кроме того, результаты исследования, проведенного в 2005 году, подтвердили, что ВИЧ распространяется в сетях, объединяющих мужчин и евнухов (*хиджра*), занятых в секс-бизнесе в Карачи. Исследование показало уровни инфицирования ВИЧ в 7% среди мужчин, занятых в секс-бизнесе, и 2% среди *хиджра* (Altaf et al., 2006). Результаты другого исследования в Карачи показали, что 4% мужчин, занятых в секс-бизнесе, и 2% *хиджра* имели положительную реакцию на ВИЧ. Очень высокие уровни других инфекций, передающихся половым путем, указывают на широкое распространение рискованного сексуального поведения. В ходе последнего исследования оказалось, что 23% мужчин, занятых в секс-бизнесе, были заражены сифилисом и 36% гонореей; среди *хиджра* 62% были заражены сифилисом и 29% гонореей. При этом, лишь 4% мужчин, занятых в секс-бизнесе, и менее 1% хиджра указали на, что они пользовались презервативами во время последнего полового контакта с мужчиной. Также следует отметить, что четвертая часть мужчин, занятых в секс-бизнесе, указали на то, что они также покупали сексуальные услуги у женщин или продавали их им (Министерство здравоохранения Пакистана, ДМР, "Фэмили хелс интернэшнл", 2005). Необходимо уделить внимание такому поведению с высоким уровнем риска, с тем чтобы ограничить дальнейшее распространение ВИЧ среди таких сексуальных сетей и вне их.

Имеются данные о том, что в настоящее время ВИЧ присутствует в соседнем **Афганистане**, где условия способствуют его быстрому распространению. Эпидемия, зарождающаяся в Афганистане, вероятно, стимулируется употреблением инъекционных наркотиков и небезопасным коммерческим сексом. В Кабуле, согласно данным одного нового исследования, 4% потребителей инъекционных наркотиков заражены ВИЧ. Почти одна треть (31%) потребителей

инъекционных наркотиков, участвовавших в этом исследовании, отметили, что они пользовались нестерильным инъекционным инструментарием. Более половины (54%) из них ранее находились в тюрьме, причем одна треть (32%) из последних употребляла инъекционные наркотики, находясь в тюрьме. Большая пропорция таких потребителей наркотиков (все из них мужчины) также допускала другие виды поведения с высоким уровнем риска: одна треть (32%) из них имели половые контакты с мужчинами или мальчиками, и более двух третьих (69%) покупали сексуальные услуги (Todd et al., 2006a). Как минимум, требуется быстрое увеличение уровня основных знаний о ВИЧ. Лишь около половины потребителей инъекционных наркотиков знали о том, что использование нестерильных шприцев чревато высоким риском передачи ВИЧ или что презервативы позволяют предупредить заражение (Todd et al., 2006b).

Высокие уровни распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в **Индонезии**, которых, по оценкам, насчитывается 145 000–170 000 человек (Pisani, 2006), свидетельствуют о возможности более широких вспышек ВИЧ в этой стране. В 2005 году число взрослых, живущих с ВИЧ, составляло около 170 000 [100 000–290 000] человек (ЮНЭЙДС, 2006). Еще в 1998 году ВИЧ-инфекции не регистрировались среди потребителей инъекционных наркотиков, получающих лечение в столице Джакарте (Pisani, 2006). Однако к началу 2002 года более 40% потребителей инъекционных наркотиков, обследованных в центрах реабилитации в Джакарте, имели положительную реакцию на ВИЧ; в дальнейшем еще более высокие уровни инфицирования ВИЧ были зарегистрированы в Понтианаке (Борнео) (Riono and Jazant, 2004; МПС, 2005a). Более новые данные указывают на то, что 13% потребителей инъекционных наркотиков в Западной Яве являются ВИЧ-инфицированными (Министерство здравоохранения Индонезии, 2006).

Согласно результатам исследований, большинство потребителей инъекционных наркотиков указывает на применение практики с высоким уровнем риска, включая использование нестерильного инъекционного инструментария и частые незащищенные половые контакты, часто с несколькими партнерами (Pisani, Dadun et al., 2003). От 21% до 32% потребителей инъекционных наркотиков в Денпасаре, Медане, Бандунге и Джакарте указали, что они всегда пользовались нестерильными иглами. Практика пользования презервативами не распространена: лишь 14%–27% потребителей инъекционных наркотиков в Медане, Джакарте и Денпасаре указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего полового контакта (Статистическое управление и Министерство здравоохранения Индонезии, 2006). Рискованное поведение также широко распространено в тюрьмах Индонезии, где в 2005 году показатель распространенности ВИЧ среди заключенных составлял 13% в Западной Яве, 18% в Джакарте и 36% в Бантене (Министерство здравоохранения Индонезии, 2006).

Как и в случае ряда других эпидемий ВИЧ в Азии, в Индонезии потребители инъекционных наркотиков могут также заниматься секс-бизнесом. От одной четверти (в Джакарте, Медане и Бандунге) до почти половины (в Сурабае) потребителей инъекционных наркотиков имели незащищенные коммерческие половые контакты в предшествующем году (Статистическое управление Индонезии и Министерство здравоохранения Индонезии, 2006). Если не будут приняты ответные профилактические меры, такая взаимосвязь может способствовать более широкому и быстрому распространению ВИЧ. В различных частях Индонезии значительный процент работников секс-бизнеса инфицирован ВИЧ: 6% в Йогиакарте и Риау, 7% в Джамби и 8% в Западной Яве (Статистическое управление Индонезии и Министерство здравоохранения Индонезии, 2006).

Вспышки ВИЧ регистрируются в некоторых группах населения, которым грозит самый высокий риск, в Афганистане и Пакистане, где широкое распространение рискованного поведения может привести к нарастанию эпидемии ВИЧ в будущем.

В то же время в некоторых местах практика пользования презервативами, возможно, улучшается. Около 60% работников секс-бизнеса, обследованных в 16 городах в 2005 году, отметили, что они пользовались презервативом во время последнего контакта с клиентом (Статистическое управление Индонезии и Министерство здравоохранения Индонезии, 2006). С другой стороны, в Джакарте три четверти работников секс-бизнеса, не занятых в массажных салонах и клубах, и 85% работников секс-бизнеса, работающих не в публичных домах, отметили, что они не пользовались презервативами при контактах со своими клиентами в течение предшествующей недели (МПС, 2005b).

В провинции Папуа, расположенной вдоль западной границы вытянутого архипелага Папуа – Новая Гвинея, ВИЧ широко внедрился среди широких слоев населения. Почти 1% взрослых в ряде деревень оказались инфицированными ВИЧ (МПС, 2004). Учитывая, что употребление инъекционных наркотиков в провинции Папуа не имеет широкого распространения, основными факторами развития этой локализованной эпидемии, вероятно, являются незащищенные коммерческие контакты, поскольку в этой культуре до 10%–15% молодых мужчин (в возрасте 15–24 лет) покупают сексуальные услуги. В конце 1990-х годов показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса в большинстве

крупных городов составлял около 1%–2%. Однако к 2004 году этот показатель увеличился до 9% в Тимике, 14% в Набире, 15% в Мерауке и 16% в Соронге (Национальная комиссия по СПИДу Индонезии, 2006).

В **Малайзии** в 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло 69 000 [33 000–220 000] человек, при этом самым распространенным фактором риска заражения ВИЧ являлось использование нестерильного инструментария для употребления инъекционных наркотиков (что обусловливало три четверти всех случаев ВИЧ в 2002 году, в основном среди мужчин в возрасте 20–40 лет) (ЮНЭЙДС, 2006). Показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих дородовые женские консультации, оставался очень низким (0,04% в 2002 году). Показатели распространенности ВИЧ, составляющие 41% и 31%, были обнаружены среди потребителей инъекционных наркотиков соответственно в провинциях Келантан и Теренгану (Министерство здравоохранения Малайзии и ВОЗ, 2004). Последующее исследование показало, что каждый пятый потребитель героина, получавший лечение от наркозависимости, в Муаре имел положительную реакцию на ВИЧ (Chawarski, Mazlan et al., 2006).

Новейшие данные в Малайзии ограничены, в то же время имеющаяся информация указывает на то, что небольшая, однако растущая пропорция новых ВИЧ-инфекций (17% в 2002 году по сравнению с 7% семью годами ранее) обусловлена небезопасными половыми контактами; причем большая часть из них обусловлена контактами между теми, кто употребляет или употреблял инъекционные наркотики, их сексуальными партнерами и работниками секс-бизнеса (Министерство здравоохранения Малайзии и ВОЗ, 2004; Huang and Hussein, 2004). Как это имеет место в других странах Юго-Восточной Азии, власти Малайзии пытались реагировать на это путем применения суровых мер в отношении потребителей наркотиков: только в 2004 году были арестованы почти 39 000 человек, в основном потребители героина (Национальное агентство по наркотикам, 2005). Остается неясным, какое воздействие эти меры и/или повышенная озабоченность в связи с ВИЧ оказывают – если вообще оказывают – на тенденции в плане употребления наркотиков. Однако следует отметить, что исследование в Муаре показало, что значительная доля потребителей наркотиков предпочитала курительные наркотические средства инъекционным наркотикам или перестала использовать нестерильные иглы (Chawarski et al., 2006). В то же время сейчас все шире применяется лечение бупренорфином и метадоном через частные учреждения; проводится оценка возможного применения такого лечения в государственных клиниках для ВИЧ-инфицированных (Chawarski et al., 2006). Улучшение координации профилактики ВИЧ (сфера Министерства здравоохранения) и усилий для лечения и реабилитации потребителей наркотиков (через Министерство внутренних дел) позволит улучшить ситуацию (Chawarski et al., 2006).

На **Филиппинах**, где ВИЧ преимущественно передается в результате незащищенных половых контактов (Национальный центр эпидемиологии, 2006), национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых остается намного ниже 0,1% (ЮНЭЙДС, 2006). Около одной трети ВИЧ-инфекций, диагностированных с 1984 года, были обнаружены среди филиппинских работников, возвратившихся из-за рубежа (в основном среди моряков и домашней прислуги) (Национальный центр эпидемиологии, 2006). Усилия, направленные на проведение скрининга и лечения среди работников секс-бизнеса в связи с инфекциями, передающимися половым путем, а также применение других мер профилактики с начала 1990-х годов, возможно, позволили сдержать распространение вируса через платные половые контакты (Mateo et al., 2003). Согласно данным дозорного эпиднадзора, последовательно проводимого с 2002 года, менее 1% работников секс-бизнеса инфицированы ВИЧ (Департамент здравоохранения Филиппин, 2005). До сих пор показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, также не превышал 1% (Департамент здравоохранения Филиппин, 2005). Однако нет никакой гарантии, что эта ситуация сохранится. Пользование презервативами во время платных половых контактов не является нормой (данные обследования, проведенного в 2002 году, показали, что лишь 6% работников секс-бизнеса отметили, что они постоянно пользовались презервативами во время контактов с клиентами в течение предшествующей недели) (МПС, 2005b), а использование нестерильного инъекционного инструментария является обычной практикой среди потребителей инъекционных наркотиков в некоторых районах (таких как город Себу) (Wi et al., 2002; Mateo et al., 2003; Департамент здравоохранения Филиппин, 2003). В этом свете очевидная самоуспокоенность молодых жителей Филиппин в отношении эпидемии (три пятых людей в возрасте 14–20 лет считают, что они не могут заразиться ВИЧ) вызывает озабоченность.

В **Японии** число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, в 2005 году составило примерно 17 000 [10 000–29 000] человек. Растет число ВИЧ-инфекций среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; на них приходится по крайней мере 60% всех ВИЧ-инфекций, регистрируемых ежегодно (Shimada et al., 2006). В 2004 году были зарегистрированы около 780 новых ВИЧ-инфекций; для сравнения в 2003 году были зарегистрированы 640 ВИЧ-инфекций, а в середине 1990-х годов число регистрируемых ВИЧ-инфекций было меньше более чем в два раза (Nemoto, 2004).

ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ

Число людей, живущих с ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии, в 2006 году, как и в 2005 году, росло. По оценкам, в 2006 году 270 000 [170 000–820 000] человек были впервые инфицированы ВИЧ, и общее число ВИЧ-инфицированных составило 1,7 [1,2 – 2,6] миллиона человек – то есть, меньше чем за десять лет выросло более чем в двадцать раз. Хотя уровень новых ВИЧ-инфекций, похоже, стабилизировался после резкого роста, наблюдавшегося в 2001 году, в 2005 году снова поступили сообщения о росте числа новых случаев заражения ВИЧ по сравнению с двумя предыдущими годами (ЕвроВИЧ, 2006а).[5]

Почти одна треть впервые диагностированных ВИЧ-инфекций в этом регионе приходится на людей в возрасте 15-24 лет. Большинство молодых людей с ВИЧ живут в двух странах: в **Российской Федерации** и **Украине**, где в совокупности проживает примерно 90% всех людей, живущих с ВИЧ в этом регионе (ЕвроВИЧ, 2006а).

По мере распространения эпидемии все больше людей заболевают и умирают от болезней, обусловленных ВИЧ. Темпы расширения доступа к антиретровирусной терапии пока невысоки. К середине 2006 года антиретровирусную терапию получали менее 24 000 человек – 13% от 190 000 человек, которые, по оценкам, нуждаются в этих препаратах (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006 г.). В рамках работы по развертыванию антиретровирусной терапии особенно низким остается уровень обслуживания лиц, использующих нестерильный инструментарий для употребления инъекционных наркотиков. Хотя на них приходится более двух третьих всех случаев заражения ВИЧ в регионе, эта группа составляет лишь четвертую часть всех лиц, получающих антиретровирусную терапию (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006 г.). В условиях такого неадекватного охвата услугами по лечению и уходу число умерших от СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии в 2006 году выросло до 84 000 [58 000–120 000] человек.

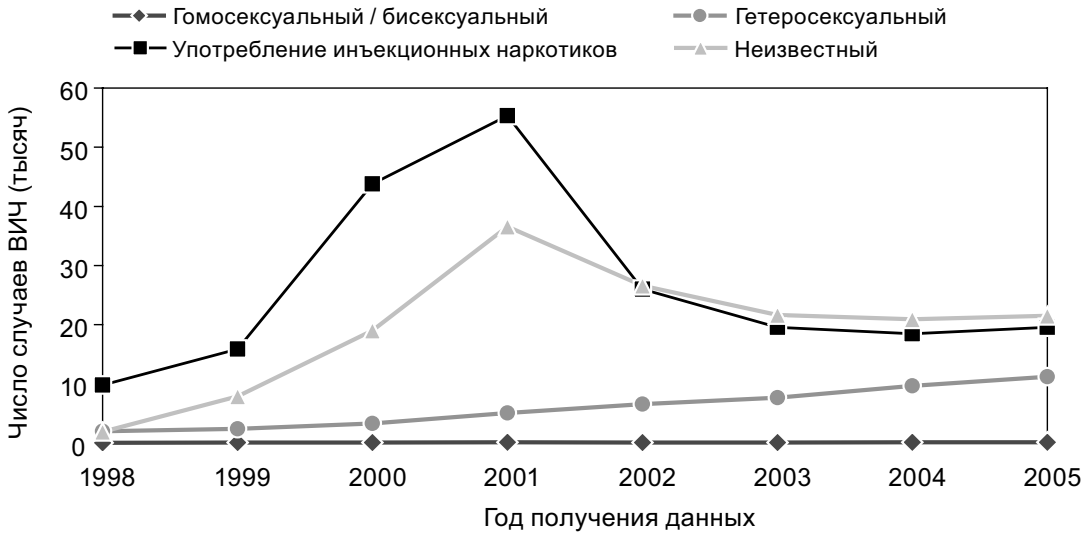
На Российскую Федерацию и Украину приходится около 90% всех ВИЧ-инфекций в Восточной Европе и Центральной Азии, где использование зараженного инъекционного инструментария для употребления наркотиков остается основным путем передачи ВИЧ.

В Восточной Европе в целом использование нестерильного инструментария для потребления инъекционных наркотиков является преобладающим путем передачи ВИЧ. В 2005 году вследствие использования нестерильного инструментария произошло почти две трети (63%) зарегистрированных случаев заражения ВИЧ, относительно которых имелась информация о пути передачи. Тем не менее, по оценкам специалистов, все больше случаев ВИЧ инфекции (37% случаев, зарегистрированных в 2005 году), происходит в результате незащищенного полового акта (ЕвроВИЧ, 2006а). Соответственно, на женщин (многим из которых меньше 25 лет) ложится все более тяжелое бремя ВИЧ; в 2005 году на них приходился 41% новых зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции (ЕвроВИЧ, 2006а).

Эпидемия ВИЧ в **Российской Федерации** продолжает развиваться. В 2005 году было зарегистрировано немногим более 35 500 новых случаев ВИЧ-инфекции, а только за первые 6 месяцев 2006 – чуть менее 13 500 случаев; таким образом, общее число инфекций, документально зарегистрированных с начала эпидемии, составило почти 350 000 (Фонд СПИДа "Восток-Запад", 2006 г.). Однако официальные данные учитывают только тех людей, которые имели непосредственный контакт с российской системой регистрации ВИЧ. Действительное число людей, которые, по оценкам, жили с ВИЧ в конце 2005 года, гораздо выше: 940 000 [560 000–1,6 млн.] (ЮНЭЙДС, 2006 г.). Большинство

[5] Этот анализ базируется в основном на официально зарегистрированных диагнозах ВИЧ-инфекции. Существенным недостатком использования данных о числе диагнозов ВИЧ, поставленных за год, для мониторинга эпидемии ВИЧ, является то, что этот метод измерения не дает представления об общей заболеваемости, поскольку может учитывать инфекции, произошедшие несколько лет назад, и охватывает только тех людей, которые прошли тестирование. В результате этого оценки тенденций распространения ВИЧ, основанные на зарегистрированных случаях, могут быть искажены в результате изменений в обращаемости за тестированием на ВИЧ или из-за смены моделей отчетности. При любой возможности в данном докладе читателей предупреждают о случаях, где такие изменения произошли.

Число новых случаев ВИЧ-инфекции с разбивкой по способу передачи с указанием года получения данных для 14 стран Восточной Европы*, 1998–2005 гг.



* Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина

Источник: ЕвроВИЧ.

Рисунок 9

из них – молодые люди: возраст около 80% людей, живущих с ВИЧ, в Российской Федерации составляет 15-30 лет (Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2006 г.).

Хотя данные об официально зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции, похоже, дают неполное представление о реальных *масштабах* эпидемии, они позволяют выявить наиболее заметные *тенденции*. Ежегодное число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Российской Федерации стремительно выросло в конце 1990-х годов, достигло пикового значения – 87 000 случаев – в 2001 году, после чего резко снижалось, пока не достигло стабильного уровня 33 000 – 36 000 случаев в 2003–2005 гг. (ЕвроВИЧ, 2006а). Частично такое снижение числа поставленных диагнозов ВИЧ объясняется тем, что меньше тестов проводилось в некоторых группах высокого риска ВИЧ-инфекции, например, среди потребителей инъекционных наркотиков и заключенных. В 2000-2004 гг. было проведено на 51% меньше тестов среди ПИН и на 30% – среди заключенных (Федеральный центр СПИДа, 2005 г.). Что касается потребителей инъекционных наркотиков, то снижение числа тестов отражает тот факт, что некоторые общины ПИН, к которым социальные и медицинские работники имели доступ, достигли точки насыщения ВИЧ, а число наркопотребителей, еще не прошедших тестирование на ВИЧ, сократилось. (После того, как потребители инъекционных наркотиков получают позитивный результат теста на ВИЧ, они больше не проходят тестирование). Кроме того, общее число потребителей наркотиков, похоже, снизилось; например, в 2003 году было зарегистрировано на 17% меньше новых потребителей наркотиков по сравнению с 2002 годом (Министерство здравоохранения и социального развития, 2004 г.). Соответственно, снизилось число новых диагнозов ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и заключенных, и, как следствие, сократилось общее число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции.

В то же время, результаты планового тестирования на ВИЧ потребителей инъекционных наркотиков, которые либо никогда раньше не тестировались, либо получили негативные результаты тестирования на ВИЧ, позволяют предположить, что после 2001 года произошло значительное снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (Покровский, 2006 г.). Это наводит на мысль о том, что уровень ВИЧ-инфекции среди людей, использующих нестерильный инъекционный инструментарий, к концу столетия достиг точки насыщения, как минимум, в тех частях страны, где ВИЧ быстро распространялся в сильно концентрированных группах потребителей инъекционных наркотиков. В результате число новых ВИЧ-инфекций, в целом, существенно снизилось. Таким образом, эпидемия в России постепенно меняется. Число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди лиц, использующих нестерильный инъекционный

инструментарий для потребления наркотиков, снизилось почти в пять раз в 2001–2005 гг. (с более чем 48 000 до чуть более 10 000 случаев) (ЕвроВИЧ, 2006а). Кроме того, *процентное соотношение* новых случаев ВИЧ-инфекции, которые можно было бы связать с использованием нестерильного инъекционного инструментария для потребления наркотиков, также сократилось (с более чем 90% в 2000 г. до 66% в 2005 г.) (Федеральный научно-методологический центр по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, 2005 г.).

Сильнее всего эпидемия в России поражает молодежь: возраст около 80% людей, живущих с ВИЧ, составляет 15-30 лет.

Тем временем выросло процентное соотношение новых ВИЧ-инфекций, произошедших вследствие незащищенного секса. Более 40% новых ВИЧ-инфекций, зарегистрированных в 2005 году, пришлось на женщин – это больше, чем когда бы то ни было раньше (Покровский, 2006 г.). Некоторые из этих женщин, вероятно, заразились, используя нестерильный инструментарий для инъекции наркотиков. Однако большинство из них, предположительно, были инфицированы во время незащищенного секса с партнером, являющимся потребителем инъекционных наркотиков. Такой тип распространения ВИЧ особенно заметен в тех регионах, где вспышки ВИЧ-инфекции произошли на самом раннем этапе (например, в Калининградской области, Краснодарском крае и Нижегородской области). Однако эта же тенденция наблюдается и в районах с менее зрелыми эпидемиями (включая такие города, как Москва, Санкт-Петербург, Новгород, Оренбург, Ростов и Волгоград). Например, распространенность ВИЧ среди беременных женщин в Санкт-Петербурге возросла с 0,02% в 1999 г. до 1,25% в 2002 г. (Халдеева и др., 2002 г.). Если не будут расширены эффективные профилактические мероприятия – особенно среди молодых потребителей инъекционных наркотиков и их половых партнеров, а также среди коммерческих секс-работников и их клиентов, – то эпидемия СПИДа в Российской Федерации будет продолжать расти.

Экспоненциальный рост числа ВИЧ-инфекций в 1990-х годах был вызван, в первую очередь, ростом числа ВИЧ-инфекций в многочисленных группах потребителей инъекционных наркотиков, многие из которых впоследствии заразили вирусом своих половых партнеров. В результате темпы роста эпидемии, похоже, замедлились. Однако существует возможность того, что уровни распространенности ВИЧ могут снова вырасти. Во-первых, во многих регионах уровень ВИЧ-инфекции в группах ПИН пока еще не достиг точки насыщения, и в этих районах до сих пор существует опасность роста заболеваемости ВИЧ. Во-вторых, по мере проникновения ВИЧ в широкие слои населения и заражения все большего числа людей в результате незащищенного секса, число новых инфекций может в будущем снова достигнуть пика (Покровский, 2006 г.). Однако обеих этих опасностей можно будет избежать, если эффективные программы смогут охватить наиболее уязвимые группы населения и дать им возможность защититься от ВИЧ-инфекции. В Российской Федерации пока еще есть возможности, чтобы достичь этого. После резкого роста в 1999 – 2002 гг. число новых диагнозов ВИЧ, поставленных беременным женщинам, стабилизировалось, и это может означать, что распространение ВИЧ за пределы групп потребителей инъекционных наркотиков идет не так интенсивно, как опасались ранее (Покровский, 2006 г.).

В то же время, использование нестерильного инъекционного инструментария остается преобладающим фактором риска в эпидемии в России. Социальные и экономические факторы (включая высокую безработицу среди молодежи, резкое развитие торговли наркотиками и расширение теневой экономики), связанные с распадом бывшего Советского Союза, дали толчок широкому распространению потребления инъекционных наркотиков в Российской Федерации (Rhodes et al., 2006). Так, например, исследование, проведенное в Санкт-Петербурге, показало, что почти две трети (62%) наркопотребителей были безработными или не имели постоянной работы (Козлов и др., 2006 г.).

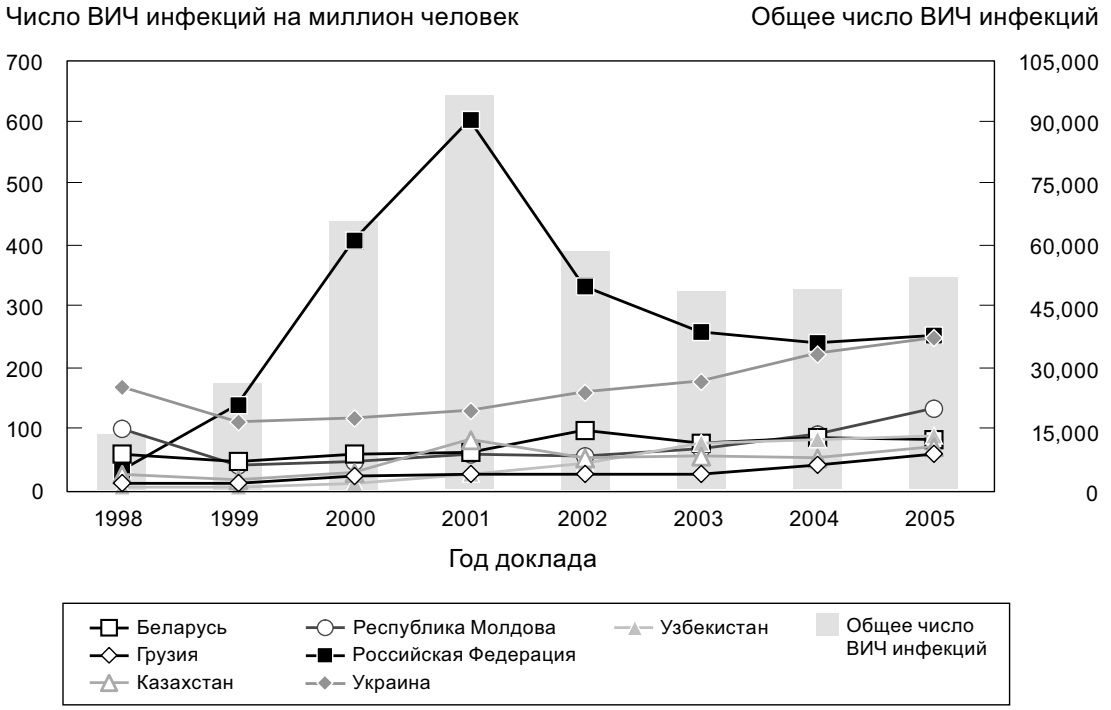
В разных регионах и местностях существует большое разнообразие уровней распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, что, вероятно, отражает разные виды рискованного поведения. По результатам различных исследований, распространенность ВИЧ варьировала от самого низкого показателя – 3% в Волгограде (Rhodes et al., 2006), до 3,5%-9% в Барнауле и до 12%-14% в Москве (Rhodes et al., 2006; Кошкина и др., 2005), 30% в Санкт-Петербурге (Шаболтас и др., 2006 г.), и более 70% в Бийске (НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, 2005а). До двух третьих потребителей инъекционных наркотиков, получивших позитивные анализы теста на ВИЧ в ходе этих исследований, не знали о том, что инфицированы (Rhodes et al., 2006). Совсем недавно в Санкт-Петербурге была выявлена *заболеваемость* ВИЧ на уровне 5% среди потребителей инъекционных наркотиков, большинство из которых (79%) указали, что пользовались нестерильным инъекционным инструментарием (Козлов и др., 2006 г.). В некоторых городах России сегодня появились дополнительные проекты снижения вреда, но их слишком немного, и масштабы их слишком малы, чтобы существенно повлиять на общие тенденции распространения ВИЧ.

Тот факт, что у 8% потребителей инъекционных наркотиков в Москве и 20% в Волгограде были обнаружен сифилис, указывает на то, что

незащищенный секс – обычное явление среди многих ПИН (Rhodes et al., 2006). В некоторых городах, особенно в Санкт-Петербурге, существует прочная связь между потреблением инъекционных наркотиков и секс-бизнесом: здесь каждая третья потребительница инъекционных наркотиков указала, что предоставляла сексуальные услуги в обмен на деньги или наркотики (Козлов и др., 2006 г.). В то же время, чрезвычайно высокая распространенность ВИЧ среди коммерческих секс-работников в этом городе (48%) во многом вызвана тем, что большинство КСР также потребляют инъекционные наркотики и, таким образом, могут также использовать нестерильный инъекционный инструментарий (Смольская и др., 2005 г.). Высокие уровни ВИЧ-инфекции (14%-16%) были также выявлены среди секс-работников в Волгоградской области, Алтайском крае (НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, 2005b) и Екатеринбурге (Смольская и др., 2004 г.). В отличие от Санкт-Петербурга, где коммерческие секс-работники обычно работают независимо, в Москве их работу контролируют высокоорганизованные структуры, которые активно не поощряют потребление инъекционных наркотиков. Менее 5% секс-работников в Москве указали, что потребляют инъекционные наркотики (Смольская и др., 2004 г.), и распространенность ВИЧ среди них невысока (3%) ("СПИД Инфосвязь", 2005 г.).

Учитывая высокую вероятность того, что потребителей инъекционных наркотиков и коммерческих секс-работников могут задержать или лишить свободы, неудивительно, что общее число случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в системе исправительных учреждений России, возросло с 7500 в 1999 г. до 32 000 в 2005 г. (Министерство здравоохранения, 2006 г.). В ходе исследования, недавно проведенного среди потребителей инъекционных наркотиков в Москве, было выявлено наличие высокого риска ВИЧ-инфекции среди заключенных (Rhodes et al., 2006). В некоторых странах мира обеспечение тюрем стерильными иглами и шприцами является частью более широких профилактических программ. К сожалению, в данном регионе такие подходы общественного здравоохранения к снижению вреда все еще уступают более традиционным правоохранительным подходам к решению проблем незаконного потребления наркотиков.

Ежегодное число впервые диагностированных случаев ВИЧ инфекции на миллион человек населения по странам и общее число случаев ВИЧ инфекции в Восточной Европе и Центральной Азии, 1998−2005 гг.



Источник: ЕвроВИЧ, 2006 г.

Рисунок 10

Как и в других странах этого региона, масштабы передачи ВИЧ среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, в России пока изучены слабо. По данным одного исследования, проведенного в Томске и Екатеринбурге в 2003 году, среди МСМ была выявлена распространенность на уровне 0% и 4,8% соответственно. При этом 60% мужчин указали, что не использовали презерватив при последнем половом контакте с другими мужчинами (Смольская Т.Т. и др., 2004 г.). В ходе недавно проведенного Интернет-опроса 12% мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, сообщили, что предоставляли сексуальные услуги в обмен на деньги или подарки, однако почти две третьих указали, что всегда использовали презервативы как с постоянными, так и со случайными партнерами ("Попюлэйшн сервисиз интернэшнл", 2006 г.). Такая распространенность рискованного поведения в более широком контексте распространенности потребления инъекционных наркотиков и роста передачи ВИЧ половым путем может привести к росту эпидемии в этой группе населения (ЕвроВИЧ, 2006b). И действительно, распространенность на уровне 0,5%, выявленная в ходе диагностического тестирования мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, в 2004 году в Российской Федерации, оказалась выше 0,2%, официально зарегистрированных в 2000 году (ЕвроВИЧ, 2006b).

Продолжает расти эпидемия ВИЧ в **Украине.** С 2000 года ежегодное число диагнозов ВИЧ возросло более чем в два раза и в 2005 году достигло цифры 13 786, а общее количество официально зарегистрированных ВИЧ-инфекций составило 97 000 (Министерство здравоохранения Украины, 2006a). Поскольку в это число включены только те инфицированные, которые прошли тестирование в государственных медицинских учреждениях, действительное число людей, живущих с ВИЧ, в Украине значительно выше – по оценкам, 377 000 [250 000–680 000] человек по состоянию на конец 2005 года. Национальная распространенность ВИЧ среди взрослого населения в 2005 году оценивалась на уровне 1,5% [0,8%–4,3%] (Министерство здравоохранения Украины и др., 2006b).

Эпидемия в Украине до сих пор сконцентрирована в группах наиболее высокого риска. Распространенность ВИЧ постоянно превышает 5% среди потребителей инъекционных наркотиков, коммерческих секс-работников и мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, однако остается ниже 1% среди беременных женщин в городах (Министерство здравоохранения Украины и др., 2006b). Хотя все больше новых случаев ВИЧ-инфекции передается половым путем среди людей, никогда не потреблявших инъекционных наркотиков (Grund J-P et al., 2005), использование зараженного инъекционного инструментария остается основным фактором риска ВИЧ-инфекции в условиях этой эпидемии. Более 45% новых ВИЧ-инфекций, зарегистрированных в первой половине 2006 года, пришлось на потребителей инъекционных наркотиков (Министерство здравоохранения Украины и др., 2006a). Хотя процентное соотношение потребителей инъекционных наркотиков в общем числе всех новых случаев ВИЧ-инфекции снизилось (для сравнения: в первые шесть месяцев 2001 года оно составляло примерно 60%), пока нет данных о том, что эпидемия среди потребителей инъекционных наркотиков идет на спад. В первой половине 2006 года число зарегистрированных ПИН, у которых был обнаружен ВИЧ, возросло на 34% по сравнению с 2003 годом (Министерство здравоохранения Украины и др., 2006a).

Распространенность ВИЧ среди ПИН очень высока и варьирует от 10% в г. Сумы до более 66% в г. Николаев (Министерство здравоохранения Украины, 2006b). В столице страны – Киеве – было обнаружено, что почти 49% потребителей инъекционных наркотиков инфицированы ВИЧ (Министерство здравоохранения Украины, 2006b). По данным одной из оценок, более половины (55%-60%) всех новых случаев ВИЧ-инфекции, переданной, предположительно, половым путем, в сильно пораженных эпидемией регионах Донецка и Одессы, произошли в результате незащищенного секса с инфицированным партнером, потребляющим инъекционные наркотики (Щербинская и др., 2006 г.).

Появляются новые данные о ранее скрытых эпидемиях среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, в России и Украине.

Секс-бизнес является серьезным фактором, способствующим развитию эпидемии ВИЧ в Украине. В ходе ежегодного дозорного эпиднадзора за ВИЧ, проведенного в 2005 году, было выявлено, что 8% работниц секс-бизнеса в Киеве были ВИЧ-инфицированы. В нескольких других городах распространенность ВИЧ была значительно выше: ВИЧ-инфицированной оказалась по крайней мере каждая четвертая (25%-29%) работница секс-бизнеса в Полтаве, Одессе, Луцке и Донецке и почти каждая третья (32%) – в Николаеве (Министерство здравоохранения Украины и др., 2006a).

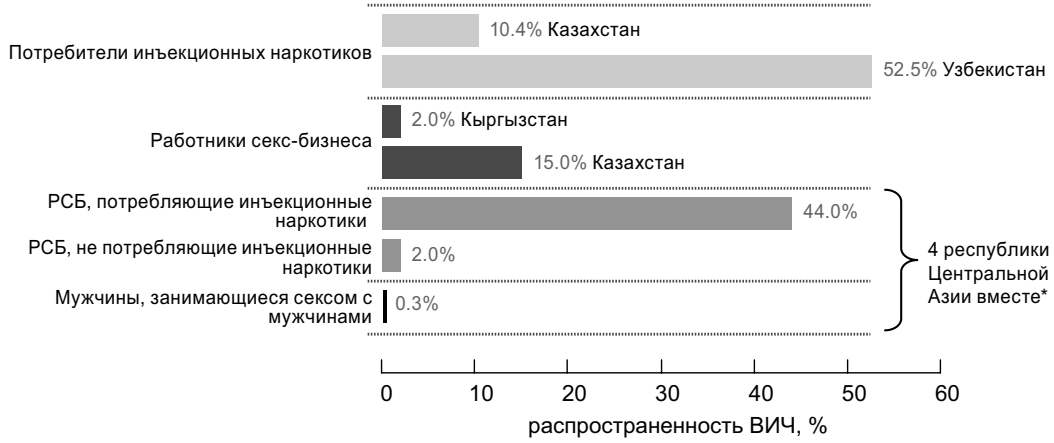
Украина демонстрирует наглядный пример того, насколько легко эпидемия ВИЧ может выйти за пределы групп высокого риска и проникнуть в широкие слои населения. Процентное соотношение людей, инфицированных ВИЧ в результате гетеросексуальной передачи, выросло с 14% новых случаев в период 1999-2003 гг. до более 35% новых случаев в первые шесть месяцев 2006 года (Министерство здравоохранения Украины и др., 2006a). Среди 8058 новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в первой половине 2006 года, 41% составили женщины, большинство из которых находились на пике репродуктивного

возраста (Украинский центр СПИДа, 2006 г.). Распространенность ВИЧ среди беременных женщин в Украине сегодня является одной из самых высоких в Европе: 0,31% в середине 2006 года по сравнению с 0,002% в 1995 году (Министерство здравоохранения Украины и др., 2006a). По состоянию на середину 2006 года распространенность ВИЧ среди беременных женщин в пяти сильно пораженных эпидемией регионах Украины (Черниговская, Донецкая, Одесская, Днепропетровская и Николаевская области) превышала 0,8% (Украинский центр СПИДа, 2006 г.). Число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, также продолжает расти и достигло рекордно высокого показателя – 1320 детей в первые шесть месяцев 2006 года (Министерство здравоохранения Украины и др., 2006a). Тем не менее, Украина добилась значительных успехов в снижении уровня передачи инфекции от матери ребенку. К концу 2005 года более 90% всех ВИЧ-инфицированных беременных женщин получали антиретровирусную профилактику с целью снижения передачи вируса их новорожденным детям. Благодаря этому в три раза (с 28% до 8%) снизился уровень передачи вируса от матери ребенку по сравнению с 2001 годом (Министерство здравоохранения Украины, 2006a; Министерство здравоохранения Украины, 2006b). Однако диагностика ВИЧ и профилактика передачи вируса от матери ребенку среди женщин, не проходящих дородовой скрининг, а также постановка своевременного и точного диагноза ВИЧ новорожденным до сих пор представляют собой серьезную проблему.

Также требуют внимания еще два аспекта развития эпидемии в стране. Как и в большинстве других стран с серьезными эпидемиями ВИЧ, обусловленными потреблением инъекционных наркотиков, высока распространенность ВИЧ в местах лишения свободы. В пенитенциарной системе Украины по состоянию на середину 2006 года было зарегистрировано немногим более 4300 ВИЧ-инфицированных заключенных (Государственный департамент исполнения наказаний, 2006 г.) и 1530 заключенных, у которых ВИЧ был впервые зарегистрирован в первые шесть месяцев 2006 года (Украинский центр СПИДа, 2006 г.). По оценкам, распространенность ВИЧ среди заключенных выросла с 9% в 2003 году до 14% в середине 2006 года (Украинский центр СПИДа, 2006 г.).

Исследования роли секса между мужчинами в эпидемии ВИЧ в Украине почти не проводились. В Украине уголовная ответственность за гомосексуальные отношения была отменена в 1991 году, однако мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, подвергаются стигматизации в украинском обществе. В ходе ограниченного дозорного эпиднадзора в этой группе населения была выявлена распространенность ВИЧ на уровнях 28% и 9%, соответственно, в городах Одесса и Николаев (Министерство здравоохранения

Распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, в Центральной Азии, по данным отдельных исследований, 2005 г.



* Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан

Источник: [Выдержки из XVI Международной конференции по СПИДу] – представительства ЦКЗ в Центральной Азии (Алматы и Ташкент), национальные и городские центры ВИЧ/СПИДа.

Рисунок 11

Украины, 2006а). Работу по расширению знаний о ВИЧ и профилактическом поведении среди заключенных и мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, следует совершенствовать и усиливать.

Эпидемии в других странах региона, хотя и значительно меньшие по масштабам, также продолжают расти. С 2001 года уровень новых зарегистрированных ВИЧ-инфекций вырос более чем в два раза в **Грузии** (с 20 до 54 на миллион человек в 2005 году) и в **Республике Молдова** (с 55 до 127), и почти в четыре раза в **Узбекистане** (с 22 до 83) (ЕвроВИЧ, 2006а).

Самая значительная эпидемия в Центральной Азии развивается в **Узбекистане,** через который проходят основные маршруты торговли наркотиками (Godinho et al., 2005) и где число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции с 2001 года выросло более чем в два раза, составив 2198 случаев в 2005 году (ЕвроВИЧ, 2006а). По оценкам, 31 000 [15 000–99 000] человек жили с ВИЧ в стране в 2005 году (ЮНЭЙДС, 2006 г.). Основной движущей силой эпидемии, сконцентрированной в основном в столице страны Ташкенте и прилегающих районах, является растущее число случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, которое выросло с 447 в 2001 году до 1140 в 2005 году (ЕвроВИЧ, 2006а; Todd et al., 2005; ВОЗ, 2005 г.). В ходе исследования, проведенного в Ташкенте, целых 30% потребителей инъекционных наркотиков (большинство из них – безработные) оказались ВИЧ-позитивными по результатам тестирования. Низкий уровень использования презервативов, на который указали потребители инъекционных наркотиков, подчеркивает опасность передачи ВИЧ их партнерам половым путем (Sanchez et al., 2006) и вероятность того, что эта эпидемия будет продолжать расширяться.

С 2001 года в Узбекистане, через который проходят основные маршруты торговли наркотиками, число случаев ВИЧ увеличилось более чем в два раза, а в Таджикистане – в четыре раза.

Более согласованные усилия необходимы, чтобы обуздать эпидемию ВИЧ среди многочисленной группы потребителей инъекционных наркотиков (предположительно, их численность превышает 100 000 человек) (Министерство здравоохранения Казахстана и др., 2004 г.) и за ее пределами в **Казахстане.** Семнадцать процентов из 200 потребителей инъекционных наркотиков, участвовавших в исследовании в Темиртау, оказались ВИЧ-позитивными (Министерство здравоохранения Казахстана и др., 2005 г.); на потребителей инъекционных наркотиков приходилось более двух третьих (68%) из 964 новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в Казахстане в 2005 году (это на треть больше 699 случаев, зарегистрированных в 2004 году) (ЕвроВИЧ, 2006а). По оценкам, более 1200 ВИЧ-инфицированных сегодня содержатся в местах лишения свободы (ВОЗ, 2005 г.).

Значительно менее масштабные эпидемии развиваются в **Кыргызстане** и **Таджикистане**. Здесь также большинство новых случаев ВИЧ-инфекции происходит среди потребителей инъекционных наркотиков. В **Таджикистане** число официально зарегистрированных диагнозов ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков выросло в четыре раза с 2001 года (с 31 до 142 в 2005 г.) (ЕвроВИЧ, 2006а). По данным дозорного эпиднадзора, проведенного в двух городах, почти 16% ПИН и более 6% заключенных инфицированы ВИЧ (Министерство здравоохранения Таджикистана, 2006 г.). В отличие от **Таджикистана**, эпидемия в **Кыргызстане** в настоящее время относительно стабильна – начиная с 2001 года, здесь ежегодно регистрируется 130-170 новых случаев ВИЧ-инфекции (ЕвроВИЧ, 2006а). Совсем немного случаев ВИЧ-инфекции регистрируется в **Туркменистане**, и очень мало известно о моделях и тенденциях передачи ВИЧ в этой стране (ЕвроВИЧ, 2006а).

В **Беларуси** число новых зарегистрированных случаев ВИЧ в последние годы остается относительно стабильным (710-780 случаев в год) (ЕвроВИЧ, 2006а). Большинство новых зарегистрированных ВИЧ-инфекций произошло в результате незащищенного секса, и зачастую носителями вируса были лица, инфицированные вследствие использования нестерильного инъекционного инструментария для потребления наркотиков (ВОЗ, 2005 г.). Среди потребителей инъекционных наркотиков были выявлены высокие уровни ВИЧ-инфекции – 34% (в г. Жлобин) и 30% (в столице страны Минске) (ВОЗ, 2005 г.). Большинство случаев ВИЧ инфекции сконцентрировано в Минске и Гомельской области (на юге страны).

В **Республике Молдова** в 2005 году было зарегистрировано более чем в два раза больше новых случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с 2002 годом (533 по сравнению с 209). Около половины новых инфекций произошло в результате незащищенных половых отношений (ЕвроВИЧ, 2006а). В **Грузии** также наблюдается тенденция к росту числа новых ВИЧ-инфекций: 242 случая были зарегистрированы в 2005 году, а это более чем в два раза больше, чем в 2002 году (ЕвроВИЧ, 2006а). Среди тех случаев инфицирования ВИЧ, для которых были выяснены пути передачи, большинство приходится на использование нестерильного инъекционного инструментария для потребления наркотиков (ВОЗ, 2005 г.). Подобные тенденции также наблюдаются в **Армении**, где большинство потребителей инъекционных наркотиков, предположительно, были инфицированы либо в Российской Федерации, либо в Украине. Около половины случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в 2005 году, произошли в столице страны Ереване (ВОЗ, 2005 г.)

КАРИБСКИЙ РЕГИОН

Приблизительно три четверти из 250 000 [190 000–320 000] людей, живущих с ВИЧ в Карибском регионе, проживают в двух странах, расположенных на острове Эспаньола: **Доминиканской Республике** и **Гаити**. Однако национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения является высоким во всем регионе: 1-2% в **Барбадосе**, **Доминиканской Республике** и на **Ямайке** и 2-4% на **Багамских Островах**, **Гаити** и **Тринидаде и Тобаго**. Исключением является **Куба** с уровнем распространенности менее 0,1%. В целом, в странах Карибского бассейна в 2006 году, по оценкам, 27 000 [20 000–41 000] человек было инфицировано ВИЧ. Несмотря на то, что уровни ВИЧ-инфекции остались стабильными в Доминиканской Республике и снизились в городских районах Гаити, тенденции более локального характера указывают на то, что обеим странам необходимо принять меры предосторожности против возможного возобновления эпидемии.

Некоторые страны принимают решительные меры против эпидемии, используя преимущества более широкого доступа к антиретровирусному лечению; это особенно заметно на **Багамских Островах**, **Барбадосе**, **Кубе** и **Ямайк**е (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006 г.). Несмотря на это, в 2006 году СПИД унес жизни 19 000 [14 000-25 000] человек в Карибском регионе, став одной из ведущих причин смертности среди взрослого населения (15-44 лет).

Эпидемии в странах Карибского бассейна, по большей части имеющие гетеросексуальный характер, протекают в условиях резкого гендерного неравенства и подпитываются бурно развивающимся секс-бизнесом, который обслуживает как местных, так и иностранных клиентов. Секс между мужчинами, скрытое явление в обычно гомофобной социальной среде, характерной для данного региона, является меньшим, хотя тоже важным фактором, а незащищенный секс между мужчинами, предположительно, является причиной примерно одной десятой всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в регионе (Карибская комиссия по здравоохранению и развитию, 2005 г.; Inciardi, Syvertsen and Surratt, 2005).

По последним данным о ВИЧ для **Гаити,** национальный показатель распространенности ВИЧ составляет 2,2%, при этом самые высокие показатели отмечаются в департаменте Нипп (3,8%), Южном (2,9%) и Северном (2,6%) департаментах (Institut Haitien de l'Enfance et ORC Macro, 2006). В столице Гаити, г. Порт-о-Пренс, и других городских районах уровень распространенности ВИЧ среди беременных женщин снизился на две трети в течение 1993-2004 гг., с 9,4% до 3,3%. Однако такая тенденция не наблюдается в сельских районах или среди молодых беременных женщин (в возрасте 24 лет и младше).

Некоторые страны добиваются успеха в установлении контроля над эпидемиями, используя преимущества более широкого доступа к антиретровирусному лечению; это особенно заметно на Багамских Островах, Барбадосе, Кубе и Ямайке.

Тенденции к снижению распространенности ВИЧ, скорее всего, связаны с некоторыми ставшими заметными позитивными изменениями поведения. Например, почти все работницы секс-бизнеса (98%), опрошенные в Порт-о-Пренсе, сообщили о том, что они пользовались презервативами во время последнего коммерческого сексуального контакта. В конце прошлого века по сравнению с серединой 90-х годов среди населения в целом увеличилось количество людей, использующих презервативы со случайными партнерами либо отдающих предпочтение воздержанию и сохранению верности. Однако заболеваемость ВИЧ начала снижаться уже к 1990 году, до того как стали заметны изменения поведения. Поэтому, вероятно, снижению показателей распространенности ВИЧ также

способствовали возросшая смертность и мероприятия по улучшению безопасности крови. Например, распространенность ВИЧ среди доноров крови в Порт-о-Пренсе достигла максимального значения 6-7% в конце 1980-х, а потом, в течение следующего десятилетия, значительно снизилась, упав до 1,8% в 2004 году. Кроме того, круговая миграция – люди переезжают в городские районы и затем возвращаются в сельскую местность, чтобы получать домашний уход, когда они серьезно заболеют – также могла способствовать тенденции к снижению, наблюдаемой в городских районах, например, в Порт-о-Пренсе (Gaillard et al., 2006).

Существуют признаки того, что эпидемия на **Гаити** может повернуть к худшему. Как отмечалось, отсутствуют данные о снижении показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин в сельских районах. Действительно, использование презервативов в сельских районах остается редким: только 16% женщин и 31% мужчин, проживающих в сельской местности, сообщили, что использовали презерватив во время последнего случайного сексуального контакта (Institut Haitien de l'Enfance et ORC Macro, 2006). Особенно уязвимыми являются неимущие женщины в сельских районах, где экономическая зависимость от мужей была признана одним из основных факторов риска ВИЧ инфекции (Louis et al., 2006). Кроме того, увеличивается число сексуально активных молодых гаитянцев, они начинают вести половую жизнь в более раннем возрасте, и только меньшая часть из них использует презервативы во время случайных сексуальных контактов (Gaillard et al., 2006). Во время последнего сексуального контакта со случайным партнером презерватив использовали только немногим более одной из четырех (около 28%) сексуально активных молодых женщин (15-24 лет); и четыре из десяти (42%) их сверстников-мужчин (Institut Haitien de l'Enfance et ORC Macro, 2006). В Серка-ла-Сорс, в центральной части Гаити, один из пяти не посещающих школу молодых людей (в возрасте 14-25 лет) не знал, что такое презервативы, в то время как каждый второй знал о презервативах, но не пользовался ими регулярно (Westerbs et al., 2006). По всей видимости, программам борьбы с ВИЧ не удается добиться повсеместного охвата молодежи. Согласно новым данным, в 2005 году в Западном, Северном департаментах и департаменте Нипп насчитывалось 4,2% ВИЧ-инфицированных молодых женщин (что в два раза превышает показатель распространенности ВИЧ в 2% среди молодых мужчин) (Министерство общественного здравоохранения и народонаселения Гаити, 2006 г.).

В то же время, несмотря на то, что Гаити является одной из самых бедных стран в мире, ей удается добиваться хоть и медленного, но устойчивого прогресса в предоставлении антиретровирусного лечения нуждающимся людям, главным образом, благодаря новаторской работе неправительственных организаций (Cohen, 2006a). Охват до сих пор остается сравнительно низким – в 2005 году лечение получали приблизительно 12% нуждающихся в нем людей (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006 г.). Несмотря на это, результаты оказались явно положительными. Среди пациентов со СПИДом, получающих антиретровирусное лечение в Порт-о-Пренсе, 87% взрослых и 98% детей оставались в живых по прошествии одного года. Без лечения 70% из них умерли бы в течение 12 месяцев (Severe et al., 2005).

В **Доминиканской Республике** показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин остался, в целом, относительно стабильным, а национальный показатель распространенности среди взрослых в 2005 году, по оценкам, составил 1,1% [0,9-1,3%] (ЮНЭЙДС, 2006 г.; Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominica, 2005a). Эпидемия в стране в значительной степени связана с передачей ВИЧ среди работников секс-бизнеса и их клиентов; при этом показатели распространенности ВИЧ среди работниц секс-бизнеса, которых в стране предположительно насчитывается 100 000, колеблются от 2,5% до более 12% в зависимости от местности (Cohen, 2006b). В Доминиканской Республике все больше развивается секс-туризм (как и в других странах этого региона), однако местные мужчины до сих пор являются основными потребителями услуг коммерческого секса (Cohen, 2006b). Начиная с середины 1990-х в женских консультациях в столице страны Санто-Доминго отмечается снижение показателей распространенности ВИЧ – тенденция, которая, вероятно, отражает усилия по пропаганде более безопасного коммерческого секса в этом городе (Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominica, 2005b). Так, например, за двенадцать месяцев с 75% до 94% возросло использование презервативов среди работников секс-бизнеса, которые принимали участие в общинном проекте всеобщей профилактики (Kerrigan et al., 2006).

Секс между мужчинами, скрытое явление в Карибском регионе, предположительно, является причиной примерно одной десятой всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в регионе.

Самые высокие уровни инфекции были обнаружены в *батейес* (бедных общинах рабочих, преимущественно выходцев с Гаити, работающих на фабриках по переработке сахарного тростника) (Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominica, 2005a). В некоторых *батейес* среди мужчин в возрасте 40-45 лет был выявлен уровень распространенности ВИЧ до 12% (Cohen,

2006b). По оценкам, примерно одна четверть *батейес* обслуживается государственными медицинскими учреждениями, однако из-за маргинализации этих общин, наряду с языковым барьером и настороженным отношением к бюрократии, эти услуги зачастую остаются недоступными (Cohen, 2006).

Сбалансированный подход, принятый в **Барбадосе** – основное внимание уделяется как профилактике ВИЧ, так и лечению – показывает обнадеживающие результаты. Уровни ВИЧ-инфекции среди молодых беременных женщин в начале 2000-х снизились на две трети (с 1,1% в 2000 году до 0,6% в 2003 году) (Kumar and Singh, 2004). В то же время, введение антиретровирусной терапии в 2001 году привело к резкому снижению показателей смертности от СПИДа с конца 1990-х – с 34,2 на 100 000 человек (в возрасте старше 16 лет) в 1997-1999 годах до 17,2 на 100 000 человек в 2003-2005 годах. Несмотря на это, СПИД по-прежнему является существенной причиной преждевременных смертей среди взрослого населения, главным образом, потому, что многие люди до сих пор принимаются за лечение только после того, как серьезно заболеют (Kilaru et al., 2006). В ходе исследования по оценке потребления медицинских услуг женщинами, которым диагноз ВИЧ был поставлен в период между 1994 и 2004 годами, было выявлено, что более одной трети из них (37%), узнав свой ВИЧ-статус, никогда не обращались в клиники по лечению ВИЧ за лечением и уходом. В результате среди этих женщин отмечались высокие показатели смертности (Kumar et al., 2006).

Распространенность ВИЧ среди молодых беременных женщин снизилась также на **Багамских Островах** – с 3,6% в 1996 году до 3% в 2002 году,- к тому же снизились уровни инфицирования среди лиц, нуждающихся в лечении других инфекций, передаваемых половым путем. На Багамских Островах удалось добиться успехов в снижении передачи ВИЧ от матери ребенку и сокращении ежегодного количества смертей в связи со СПИДом путем предоставления антиретровирусного лечения (Карибская комиссия по вопросам здравоохранения и развития, 2005 г., Департамент общественного здравоохранения Багамских Островов, 2004 г.).

Сбалансированный подход, принятый в Барбадосе – где основное внимание уделяется как профилактике ВИЧ, так и лечению, – показывает обнадеживающие результаты.

В **Гайане** программа антиретровирусной терапии, которой к середине 2006 года было охвачено более половины лиц, нуждающихся в лечении, все еще может повернуть вспять тенденцию роста смертности от СПИДа, наблюдаемую здесь в последние годы. В 2005 году СПИД по-прежнему являлся одной из ведущих причин смертности в возрастной группе 25-34 лет в этой, занимающей второе место по бедности стране Карибского региона (Президентская комиссия по ВИЧ/СПИДу Гайаны, 2006 г.). По всей видимости, ВИЧ проник в общий массив населения из групп наиболее высокого риска; при этом национальные показатели распространенности ВИЧ в 2005 году, по оценкам, составляли 2,4% [1,0-4,9%]. Однако передача ВИЧ во время платного секса остается наиболее важным фактором риска для инфицирования. До сих пор среди женщин-работниц секс-бизнеса отмечаются исключительно высокие уровни ВИЧ-инфекции: например, 31% в Джорджтауне (Allen et al., 2006). В 2005 году среди людей, обращавшихся в клиники по лечению инфекций, передающихся половым путем, был зарегистрирован уровень распространенности инфекции в 17%, что еще раз послужило доказательством тому, что незащищенный секс является обычным явлением. В ходе исследования, направленного на определение роли сексуальных отношений между мужчинами в развитии эпидемии в Гайане, было обнаружено, что в регионе Демерара-Махаика (на северо-востоке страны) 21% мужчин, практикующих секс с мужчинами, были ВИЧ-инфицированными (Президентская комиссия по ВИЧ/СПИДу Гайаны, 2006 г.). Существует небольшое количество новых данных по **Суринаму**, где национальный показатель распространенности ВИЧ, по оценкам, составил 1,9% [1,1%–3,1%] (ЮНЭЙДС, 2006 г.).

Национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых на **Ямайке**, судя по всему, стабилизировался и, по оценкам, в 2005 году составил 1,5% [0,8%–2,4%] (ЮНЭЙДС, 2006). Однако в 2005 году почти у 2% беременных женщин в округах Сент-Джеймс и Вестморленд результаты тестирования на ВИЧ были положительными, а среди лиц, обращавшихся в клиники по лечению инфекций, передающихся половым путем, отмечаются высокие уровни ВИЧ-инфекции – более 5% в округах Кингстон и Сент-Эндрюс и Сент-Джеймс (Министерство здравоохранения Ямайки, 2006 г.). Секс-бизнес в значительной степени способствует развитию эпидемии ВИЧ на Ямайке, имеющей, в основном, гетеросексуальный характер. По данным недавнего исследования, почти 9% работниц секс-бизнеса оказались ВИЧ-инфицированными; было выявлено, что женщины старшего возраста с более низкими доходами, употребляющие крэк-кокаин и работающие на улице, подвергались наибольшему риску заражения (Gebre et al., 2006). Потребление крэк-кокаина является основным фактором риска инфицирования ВИЧ для женщин в **Тринидаде и Тобаго**. По данным исследования, проведенного в реабилитационном

центре для женщин-потребителей наркотиков, каждая пятая потребительница крэка оказалась ВИЧ-инфицированной (Reid, 2006).

Самая незначительная в данном регионе эпидемия отмечается на **Кубе**, где национальные показатели ВИЧ среди взрослого населения и среди лиц, обращавшихся в клиники по лечению инфекций, передающихся половым путем, в 2005 году составляли менее 0,1% [<0,2%] (ЮНЭЙДС, 2006 г.; Министерство здравоохранения Кубы, 2006 г.). В целом, около 80% диагнозов ВИЧ было поставлено мужчинам, а основным фактором риска передачи ВИЧ являлся незащищенный секс между мужчинами (Министерство здравоохранения Кубы, 2006 г.). Несмотря на интенсивную и успешную работу по установлению контроля над эпидемией, число людей с диагнозом ВИЧ с 1996 года увеличилось. После начала применения антиретровирусных препаратов местного производства в 2001 году, ежегодные показатели смертности от СПИДа снизились на 72%, а заболеваемости оппортунистическими инфекциями – на 76%, среднее же время жизни после диагностирования СПИДа выросло с чуть более одного года до пяти лет (Perez et al., 2006).

В отличие от остальных стран региона, потребление наркотиков инъекционным путем является наиболее важным фактором риска передачи ВИЧ-инфекции в условиях относительно небольших эпидемий на **Бермудских Островах** и в **Пуэрто-Рико**. Очень высокие уровни ВИЧ-инфекции были выявлены среди потребителей инъекционных наркотиков в Пуэрто-Рико. Число новых случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков в Байамоне составило 3,4%; а общее число ВИЧ-инфицированных в этой группе – 20%-25% (Deren et al., 2004). Потребление наркотиков инъекционным путем широко распространено в местах лишения свободы: 53% ПИН, побывавших в заключении, сообщили, что потребляли инъекционные наркотики в тюрьме (Kang et al., 2005). В Пуэрто-Рико существует настоятельная необходимость в программах снижения вреда, в том числе, в местах лишения свободы.

ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА

Хотя в некоторых странах Латинской Америки модели эпидемии ВИЧ меняются, эпидемия в этом регионе остается, в целом, стабильной, и в 2006 году общее число новых ВИЧ-инфекций составило 140 000 [100 000–410 000] человек; 65 000 [51 000–84 000] человек умерли от СПИДа. Две третьих от оценочного числа 1,7 [1,3 – 2,5] миллиона человек, живущих с ВИЧ в Латинской Америке, проживают в четырех крупнейших странах: **Аргентине, Бразилии, Колумбии** и **Мексике**. Однако, по оценкам, наиболее высокие уровни распространенности наблюдаются в странах меньшего размера в Центральной Америке, где в 2005 году они составляли чуть менее 1% в **Гватемале**, **Панаме** и **Сальвадоре**, 1,5% в **Гондурасе** и 2,5% в **Белизе** (ЮНЭЙДС, 2006 г.).

В Южной Америке вспышки ВИЧ-инфекции происходят среди потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Передача ВИЧ обусловлена факторами, общими для большинства стран Латинской Америки: широко распространенной бедностью и миграцией, недостаточной информацией о тенденциях эпидемии за пределами крупных городов и ярой гомофобией. В частности, роль незащищенного секса между мужчинами во многих эпидемиях в Латинской Америке обычно публично отрицают и игнорируют при разработке стратегий борьбы с ВИЧ – особенно в Центральной Америке и Андском регионе Южной Америки (Cohen, 2006a). Вследствие незащищенного секса между мужчинами произошло, как минимум, 25%-35% зарегистрированных случаев СПИДа в таких странах, как Аргентина, Боливия, Бразилия, Гватемала и Перу (Montano et al., 2005). Кроме того, ВИЧ-инфицированные люди подвергаются стигме и дискриминации даже со стороны медицинских работников (Cohen, 2006). В то же время, уровни ВИЧ-инфекции среди работниц секс-бизнеса очень сильно различаются. Распространенность ВИЧ очень низка в некоторых странах Южной Америки, например, в **Чили** и **Венесуэле** (Bautista et al., 2006), между тем, в городах **Аргентины** были обнаружены показатели распространенности от 2,8% до 6,3% (Montano et al., 2005; Bautista et al., 2006; Pando et al., 2006), а в некоторых частях **Бразилии** среди коммерческих секс-работников был зарегистрирован уровень 6% (Okie, 2006; Trevisol and da Silva, 2005).

В самой густонаселенной стране Латинской Америки, **Бразилии**, 620 000 [370 000–1 миллион] человек живут с ВИЧ – это одна треть всех людей, живущих с вирусом в Латинской Америке (ЮНЭЙДС, 2006). Серьезное внимание, которое в этой стране было уделено вопросам профилактики и лечения, помогает удерживать эпидемию ВИЧ на стабильном уровне уже несколько последних лет (Okie, 2006). На фоне согласованной работы по проведению полового воспитания и профилактики СПИДа в школах, пропаганде использования презервативов, снижения вреда и тестирования на ВИЧ, национальный уровень распространенности ВИЧ среди взрослых остается устойчивым на уровне примерно 0,5% с 2000 года. Хотя процент сексуально активных молодых людей мало изменился с 1998 по 2005 гг., уровень использования презервативов вырос очень значительно – более чем на треть среди мужчин и женщин в возрасте 15-24 лет (Berquo, 2005). Среди бразильцев всех возрастов уровень использования презервативов вырос почти на 50% за тот же период (Berquo, 2005).

Показатели передачи ВИЧ при потреблении инъекционных наркотиков снизились в нескольких городах, особенно в тех, где эпидемия развивается уже давно, наряду с общей тенденцией к отказу от использования нестерильного инъекционного инструментария. В 2004 году, в ходе одного масштабного обследования было обнаружено, что три

четверти потребителей инъекционных наркотиков не пользуются нестерильным шприцами или другим инъекционным инструментарием (Okie, 2006). Снижение числа ВИЧ-инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков, видимо, связано с внедрением программ снижения вреда, с изменением привычек потребления наркотиков (в частности, с ростом потребления крэк-кокаина, который они вдыхают или курят) и смертностью среди ПИН (Fonseca et al., 2006).

Несмотря на эти достижения, уровни ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков все еще высоки. На юге страны пока не видно признаков ослабления эпидемии среди ПИН (Hacker et al., 2006). Между тем, в ходе перекрестного исследования, проведенного в штатах Баия, Рио-Гранде-до-Сул и Сан-Паулу, было обнаружено, что 37% потребителей инъекционных наркотиков были инфицированы ВИЧ, и этот уровень инфекции был во многом связан с нахождением в местах лишения свободы и незащищенным сексом между мужчинами (Caiaffa et al., 2006). В более позднем исследовании более одной четвертой (26%) потребителей инъекционных наркотиков указали на то, что занимались незащищенным сексом с другими мужчинами, по-видимому, чтобы заработать деньги на наркотики. Эти результаты подчеркивают необходимость проведения работы для преодоления рискованных практик, связанных как с сексом, так и с потреблением наркотиков среди ПИН (Ferreira et al., 2006). Кроме того, отмечается очевидная связь между потреблением крэк-кокаина и ВИЧ-инфекцией в некоторых городах, включая Порту-Аллегре (где было обнаружено, что 27% потребителей крэка инфицированы) (Pechansky et al., 2006).

Незащищенный секс между мужчинами остается серьезным фактором передачи ВИЧ – на него в Бразилии приходится до половины ВИЧ-инфекций, передающихся половым путем. По мере того, как ВИЧ проникает из групп наиболее высокого риска в другие группы, подвергающиеся меньшему риску, заражается все большее число женщин. В ходе исследования среди беременных женщин, проведенного в 27 муниципальных образованиях юга Бразилии, была зарегистрирована распространенность ВИЧ на уровне 0,5% (Cardoso et al., 2005), и в последние годы на женщин приходится все больше случаев СПИДа. Наиболее уязвимыми являются беднейшие слои населения; было обнаружено, что среди малообразованных людей, занимающих более низкое социально-экономическое положение, уровень ВИЧ-инфекции растет (Cardoso et al., 2005; Fonseca et al., 2003).

По оценкам, одна треть взрослого населения Бразилии прошла тестирование на ВИЧ (большинство из них – женщины в возрасте 25-39 лет) (Paiva, Pupo, Barboza, 2006), и примерно каждый третий ВИЧ-инфицированный бразилец знает свой ВИЧ-статус (Okie, 2006). Обеспечение антиретровирусными препаратами является одним из лучших в мире, и это приносит положительные результаты. На национальном уровне передача ВИЧ от матери ребенку существенно снизилась – с 16% в 1997 до менее 4% в 2002 году (Dourado et al., 2006). Уровень смертности от СПИДа снизился на 50% в период с 1996 по 2002 год, а число госпитализаций в связи со СПИДом сократилось за тот же период на 80% (Okie, 2006).

В 2005 году в **Аргентине** национальные показатели распространенности среди взрослого населения составляли, по оценкам, 0,6% [0,3–1,9%]. Большинство из оценочного числа 130 000 [80 000–220 000] людей, живущих с ВИЧ, проживают в провинциях Буэнос-Айрес, Кордоба и Санта-Фе. По данным различных исследований, до 44% потребителей инъекционных наркотиков (Vignoles et al., 2006), 7%-15% мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (Montano et al., 2005), и 6% женщин секс-бизнеса (Montano, et al., 2005; Bautista et al., 2006) инфицированы ВИЧ. Более четверти (28%) заключенных в некоторых городских тюрьмах получили положительные результаты тестирования на ВИЧ (Ministerio de Salud de Argentina, 2004).

Серьезное внимание, которое было уделено вопросам профилактики и лечения в Бразилии, помогло удержать эпидемию под контролем.

Вследствие сочетания разных факторов (включая дальнейшее развитие эпидемии и последствия экономического кризиса 2001 года), незащищенный секс стал в последние годы основным путем передачи ВИЧ (Cohen, 2006b). По оценкам, незащищенные половые отношения (в основном гетеросексуальные) стали причиной примерно четырех из пяти новых диагнозов ВИЧ в 2005 году. Пока в общем числе зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции число мужчин преобладает, однако соотношение между мужчинами и женщинами при постановке новых диагнозов ВИЧ сократилось до 1,3:1 (в 1988 оно составляло 15:1) (National AIDS Programme, 2005; Ministerio de Salud Argentina, 2004).

Потребление инъекционных наркотиков, в целом, похоже, снизилось, особенно после 2001 года, когда многие ПИН перешли на курение более дешевой и низкокачественной кокаиновой пасты. Например, в Буэнос-Айресе на потребителей инъекционных наркотиков приходилось всего 5% новых инфекций в период между 2003 и 2005 гг. (Cohen, 2006b). Однако появились признаки того, что потребители инъекционных наркотиков "ушли в подполье" из-за стигмы, которая связывает потребление инъекционных наркотиков со СПИДом и смертью. Многие ПИН, которые до сих пор потребляют

наркотики внутривенно, делают это в одиночку, а ранее существовавшие сообщества потребителей инъекционных наркотиков, похоже, распались. Кроме того, хотя уровень смертности от СПИДа в Аргентине, в целом, начал снижаться после 1996 года, эта тенденция не наблюдается среди потребителей инъекционных наркотиков, большое число которых умерло в последние годы. Это позволяет предположить, что ПИН не получили большой пользы от национальной программы антиретровирусного лечения (Rossi et al., 2006).

Примерно 9600 [4600–30 000] человек жили с ВИЧ к концу 2005 года (ЮНЭЙДС, 2006 г.) в **Уругвае,** где основным путем передачи ВИЧ являются незащищенные половые отношения (в основном гетеросексуальные) (National AIDS Programme Uruguay, 2006). Тем не менее, уровни инфекции очень высоки среди некоторых групп в столице страны Монтевидео, где сконцентрирована эпидемия: 22% среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (Montano et al., 2005), 19% среди потребителей инъекционных наркотиков и 10% среди потребителей неинъекционных наркотиков (Vignoles et al., 2006). Более низкий уровень распространенности наблюдается среди работниц секс-бизнеса, и результаты разных исследований показывают, что ВИЧ-инфицированными являются от 0,3% до 1,3% из них (Montano et al., 2005; Bautista et al., 2006). Как минимум, половина людей, нуждающихся в антиретровирусном лечении, получали его к середине 2006 года (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006 г.). Эпидемия в **Парагвае** находится на том же уровне – около 13 000 [6200–41 000] человек жили с ВИЧ в этой стране к концу 2005 года (ЮНЭЙДС, 2006 г.). Большинство случаев ВИЧ-инфекции приходится на мужчин (74%), а основными путями передачи являются использование нестерильного инъекционного инструментария для потребления наркотиков и незащищенный секс между мужчинами (National AIDS Programme Paraguay, 2006).

Незащищенный секс, особенно между мужчинами, является основным фактором риска ВИЧ-инфекции в условиях менее широкой эпидемии в **Чили,** где около 28 000 [17 000–56 000] человек жили с ВИЧ к концу 2005 года (ЮНЭЙДС, 2006 г.). Растет число женщин, которые заражаются ВИЧ, многие из них – от партнеров-мужчин, инфицированных вследствие незащищенного секса с другими мужчинами.

В **Перу** ВИЧ-инфекция, в основном, поражает мужчин, занимающихся сексом с мужчинами. Распространенность ВИЧ в этой группе населения высока – 10% в г. Иквитос и прилегающих районах (Cohen, 2006c), и в среднем 14% в шести других городах (Lama et al., 2006), включая столицу, Лиму, где положительные результаты тестирования на ВИЧ получили до 23% мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (Montano et al., 2005; Ministerio de salud de Peru, 2005). В этой группе распространено рискованное сексуальное поведение. В некоторых городах, расположенных на побережье, более двух третьих мужчин указали, что недавно занимались незащищенным сексом (Konda et al., 2006). При опросе почти половина (47%) МСМ сообщили, что также имеют половые отношения и с женщинами – при этом распространенность ВИЧ среди женщин остается очень низкой, на уровне примерно 0,2% (Cohen, 2006d).

Эпидемии в Центральной Америке представляют большие проблемы и продолжают расти, а распространенность в некоторых странах является самой высокой в Латинской Америке; коммерческий секс и секс между мужчинами являются основными факторами риска ВИЧ-инфекции.

Секс между мужчинами также является основным фактором риска в других странах Андского региона, включая **Боливию** (распространенность ВИЧ на уровне 24% среди МСМ была обнаружена в г. Санта-Крус), **Эквадор** (распространенность ВИЧ на уровне 28% в Гуаякиле и 15% в Кито) и **Колумбию** (распространенность ВИЧ на уровне 20% в Боготе) (Montano et al., 2005). Ни в одной из этих трех стран распространенность ВИЧ не превышает 4% среди женщин секс-бизнеса и составляет значительно менее 1% в нескольких городах (Montano et al., 2005; Khalsa et al., 2003; Mejía et al., 2002). Однако в ходе исследования, проведенного в 2005 году среди 120 коммерческих секс-работников в г. Барранкилья, Колумбия, была обнаружена распространенность ВИЧ на уровне 3,3% – это самый высокий показатель, выявленный в стране на сегодняшний день. Исследование, проведенное в Боготе в 2002 году, выявило распространенность ВИЧ среди секс-работников на уровне 0,7%. По данным исследования, проведенного в Боготе в 2003 году, распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составила 1%. В целом, распространенность ВИЧ в Колумбии по данным дозорного эпиднадзора среди беременных женщин составила 0,65% в 2005 году, по сравнению с 0,24% в 1999 году. Хотя большинство новых случаев ВИЧ до сих пор регистрируется среди мужчин, соотношение случаев ВИЧ среди мужчин и женщин сократилось с почти 10:1 в начале 1990-х годов до 2-3:1 в 2003-2005 гг. (ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006). Мужчины также составляют большинство из 110 000 [54 000–350 000] человек, живущих с ВИЧ в **Венесуэле,** где большая часть ВИЧ-инфекций, зарегистрированных на сегодня, произошла вследствие незащищенного секса между мужчинами (Ministerio de salud de Venezuela, 2005).

Имеющиеся, хотя и неполные, данные эпиднадзора показывают, что эпидемии в **Центральной Америке** представляют большие проблемы и продолжают расти, а распространенность в некоторых странах

является самой высокой в Латинской Америке. Секс между мужчинами и секс-бизнес являются основными факторами риска ВИЧ-инфекции. В то же время, появились данные о более широких путях передачи ВИЧ, особенно вдоль основных транспортных магистралей и в районах региона, расположенных на побережье Карибского моря. Во многих странах **Центральной Америки** отмечаются скрытые эпидемии ВИЧ среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, в том числе в **Белизе, Гватемале, Коста-Рике, Никарагуа, Панаме** и **Сальвадоре.** Например, в **Никарагуа** ВИЧ-инфицированы 7,6% МСМ (а 11% больны сифилисом), а в **Сальвадоре** положительные результаты тестирования на ВИЧ получили 15% МСМ. В обеих странах каждый пятый мужчина указал на то, что поддерживал половые отношения в течение последних шести месяцев и с женщинами (Soto et al., 2006). В **Гватемале** среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, была выявлена распространенность на уровне 12%, причем половина этих мужчин считала себя гетеросексуальными или бисексуальными (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2003; Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, 2003). Таким образом, женщины-партнеры многих этих мужчин подвергаются риску инфицирования ВИЧ.

Как и в нескольких других странах Центральной Америки, немного известно об эпидемии ВИЧ за пределами столицы **Гватемалы** или среди представителей ее коренного населения (в основном – индейцы майя), которые составляют почти половину населения страны. Имеющиеся данные указывают на широкое распространение ВИЧ среди коренного населения, однако его уровень необязательно выше, чем среди испано-индейских метисов ладино. Дозорный эпиднадзор, проведенный среди женщин в 2003 году, выявил несколько меньшие уровни ВИЧ среди женщин майя, чем среди женщин ладино (Hernandez and Aguilar, 2004). В общем числе случаев ВИЧ и СПИДа, зарегистрированных Министерством здравоохранения в 2004 году, на ладино пришлось 74% случаев, а на майя – 22%, хотя в 2005 году на ладино приходилось 69%, а на майя – 28% от общего числа случаев (Garcia, 2005). Тем не менее, на майя приходится большинство случаев ВИЧ и СПИДа в восьми из 22 департаментов Гватемалы, а случаи ВИЧ-инфекции обнаружены в этой группе населения во всех департаментах страны – это вызывает серьезную озабоченность, учитывая то, что эта группа и без того страдает от высокого уровня бедности и материнской смертности, а также от ограниченного доступа к медицинским услугам (Presidential Secretariat for Planning and Programming Guatemala, 2006). Эту обеспокоенность еще больше усиливают результаты исследований среди больных туберкулезом (три четверти из них – майя) в Кецальтенанго, которые указывают на трехкратный рост числа ВИЧ-инфекций (с 4,2% до 12%) с 1995 по 2002 год (Cohen, 2006d).

Эпидемия в **Гондурасе,** похоже, наиболее сильно поражает этнические меньшинства – в данном случае, этническую группу гарифуна (возникшую в результате смешанных браков западноафриканских рабов и местных индейцев). Исследования, проведенные в общинах гарифуна, выявили распространенность ВИЧ на уровне 8%–14% (Secretaria de Salud de Honduras, 1998). Однако ВИЧ-инфекция широко распространилась по всему Гондурасу. Самые высокие уровни ВИЧ-инфекции отмечаются среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (13% из которых получили положительные результаты тестирования на ВИЧ по данным исследования, проведенного в 2005 году), работниц секс-бизнеса (до 11% которых ВИЧ-инфицированы) (Secretaria de Salud de Honduras, 2003a; Secretaria de Salud de Honduras, 2003b; Ghee et al., 2006), и заключенных (распространенность ВИЧ на уровне 8%) (Cohen, 2006e). При этом эпидемия все сильнее поражает женщин, на которых в 2004 году приходилось чуть меньше половины (47%) зарегистрированных случаев ВИЧ. Распространенность ВИЧ на национальном уровне среди посетительниц женских консультаций составила 1,4% в 2004 году, однако в Вале-де-Сула ее уровень составлял 3%–4% (Ministry of Health Honduras, 2006). В конце 2005 года примерно 63 000 [35 000–99 000] человек в Гондурасе жили с ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2006 г.).

Незащищенный секс между мужчинами занимает центральное место в эпидемиях в большинстве стран Латинской Америки.

Наличие большого населения в **Мексике** означает, что, несмотря на низкую национальную распространенность ВИЧ среди взрослого населения – по оценкам, составляющую 0,3% [0,2%–0,7%], в стране в 2005 году 180 000 [99 000–440 000] человек жило с ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2006 г.; Bravo-Garcia, Magis-Rodriquez, Saavedra, 2006). Эпидемия в Мексике, в основном, сконцентрирована среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, работников секс-бизнеса и их клиентов, и потребителей инъекционных наркотиков. Предположительно, секс между мужчинами стал причиной более половины (57%) ВИЧ-инфекций, зарегистрированных на сегодняшний день (Bravo-Garcia, Magis-Rodriquez, Saavedra, 2006), хотя есть признаки усиления риска ВИЧ-инфекции среди женщин (Magis-Rodriguez et al., 2004).

Например, распространенность ВИЧ на уровне 4% была выявлена среди потребителей инъекционных наркотиков в Тихуане (Magis-Rodriguez et al., 2005), и некоторые признаки указывают на то, что число ВИЧ-инфекций может вырасти в ряде городов, расположенных на границе с США, где широко распространены секс-бизнес и потребление инъекционных наркотиков. По данным исследования,

проведенного в 2003 году, в Тихуане и Веракрусе 6% работниц секс-бизнеса были ВИЧ-инфицированными (Magis et al., 2006a); в ходе исследования, проведенного в 2004-2006 гг. в Тихуане и г. Сиудад-Хуарес была выявлена распространенность ВИЧ на уровне 6% среди работниц секс-бизнеса и 16% – среди потребителей инъекционных наркотиков (Patterson et al., 2006). Высокая распространенность была обнаружена и среди мужчин-работников секс-бизнеса: например, в ходе исследования, проведенного в 2005 году, она составила 25% в г. Монтеррей, (Gayet et al., 2006a) и 20% в Гвадалахаре и Мехико-Сити (Magis et al., 2006b). Исследование среди водителей-"дальнобойщиков" в Монтеррее выявило, что 0,7% из них были ВИЧ-инфицированы (это в два раза выше оценочной национальной распространенности ВИЧ среди взрослого населения). Более четверти из них в предыдущем году пользовались услугами платного секса, а одна шестая часть никогда не пользовалась презервативами (Gayet et al., 2006b). Есть также данные о значительном распространении ВИЧ-инфекции в сельских регионах страны, причем большую роль в этом, по-видимому, играет миграция (в том числе, миграция между Мексикой и США) (Cohen, 2006f).

СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА

В этих двух регионах общее число людей, живущих с ВИЧ, продолжает расти, во многом, благодаря применению продлевающей жизнь антиретровирусной терапии, относительно стабильному числу новых ВИЧ-инфекций, ежегодно регистрируемых в Северной Америке, и росту числа новых диагнозов ВИЧ в Западной Европе, начиная с 2002 года.[6] В целом, примерно 2,1 [1,5 – 3,0] миллиона человек жили в этих регионах с ВИЧ в 2006 году, включая 65 000 [52 000–98 000] человек, заразившихся ВИЧ за прошедший год. В условиях широкого доступа к эффективному антиретровирусному лечению, сравнительно немного людей умерли от СПИДа — 30 000 [24 000–45 000] человек в 2006 году.

По оценкам, во всем мире только в семи других странах живет больше людей с ВИЧ, чем в **Соединенных Штатах Америки** (США): 1,2 миллиона [720 000–2,0 миллиона] человек в 2005 году (ЮНЭЙДС, 2006a). По данным из 35 штатов и территорий[7], в которых давно применяется конфиденциальная регистрация случаев ВИЧ-инфекции на основе имени пациента, основным фактором риска ВИЧ-инфекции остается небезопасный секс между мужчинами (на который приходится до 44% всех случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа, зарегистрированных в 2001-2004 гг.), затем идут незащищенные гетеросексуальные половые отношения (34% случаев) и использование нестерильного инъекционного инструментария для потребления наркотиков (17%) (United States Centers for Disease Control, 2006a). (Следует, однако, заметить, что в число этих 35 штатов и территорий не вошли некоторые штаты, в которых зарегистрировано наибольшее число случаев СПИДа, например, Калифорния, Иллинойс, Мэриленд и Пенсильвания).

Процент женщин в общем числе больных, которым впервые поставлены диагнозы ВИЧ или СПИДа, вырос значительно – с 15% до 1995 года до 27% в 2004 году. Примерно три четверти женщин, которым впервые поставлен диагноз ВИЧ, были инфицированы в результате незащищенного секса (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006b), зачастую партнерами-мужчинами, которые сами заразились при потреблении инъекционных наркотиков или вследствие потребления коммерческих сексуальных услуг, или секса с другими мужчинами (McMahon et al., 2004; Valleroy et al., 2004; Montgomery et al., 2003). Однако значительная часть женщин (20%), которым в 2004 году был поставлен диагноз ВИЧ, заразились при небезопасном потреблении инъекционных наркотиков.

Общее число людей, живущих с ВИЧ, продолжает расти, во многом, благодаря применению продлевающей жизнь антиретровирусной терапии, стабильному числу новых ВИЧ-инфекций в Северной Америке и росту числа новых диагнозов ВИЧ в Западной Европе.

[6] Этот анализ базируется в основном на официально зарегистрированных диагнозах ВИЧ-инфекции. Существенным недостатком использования данных о числе диагнозов ВИЧ, поставленных за год, для мониторинга эпидемии ВИЧ, является то, что этот метод измерения не дает представления об *общей заболеваемости*, поскольку может учитывать инфекции, произошедшие несколько лет назад, и охватывает только тех людей, которые прошли тестирование. В результате этого оценки тенденций распространения ВИЧ, основанные на зарегистрированных случаях, могут быть искажены в результате изменений в обращаемости за тестированием на ВИЧ или из-за смены моделей отчетности. При любой возможности в данном докладе читателей предупреждают о случаях, где такие изменения произошли.

[7] С 2000 года в следующих 35 штатах и территориях США были приняты законы и нормативные акты, требующие конфиденциальной регистрации случаев ВИЧ-инфекции на основе имени пациента: Алабама, Аляска, Аризона, Арканзас, Колорадо, Флорида, Айдахо, Индиана, Айова, Канзас, Луизиана, Мичиган, Миннесота, Миссисипи, Миссури, Небраска, Невада, Нью-Джерси, Нью-Мексико, Нью-Йорк, Северная Каролина, Северная Дакота, Огайо, Оклахома, Южная Каролина, Южная Дакота, Теннеси, Техас, Юта, Вирджиния, Западная Вирджиния, Висконсин, Вайоминг, о. Гуам и Американские Виргинские острова. С июля 1997 года во Флориде применялась конфиденциальная регистрация ВИЧ по имени пациента только для впервые поставленных диагнозов.

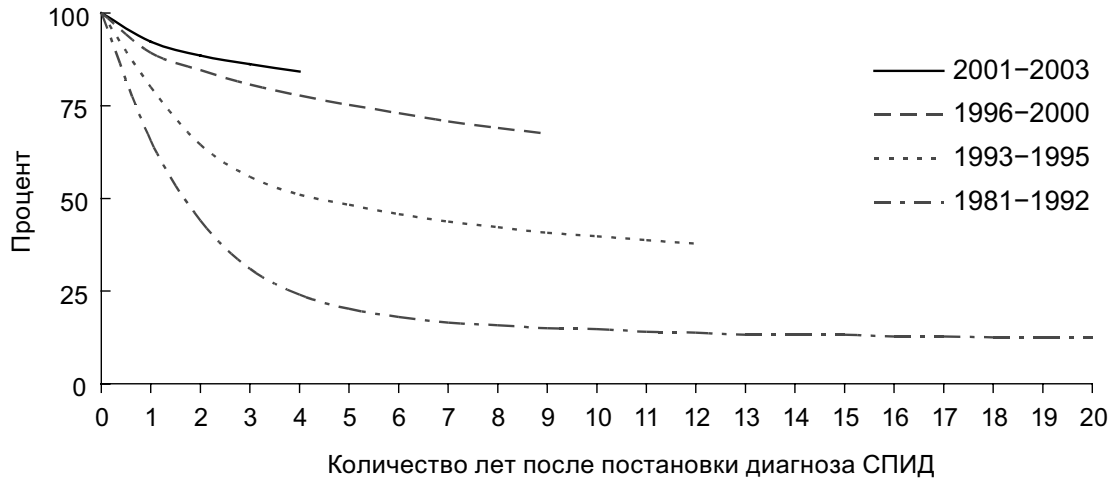
На мужчин в США до сих пор приходится большая часть диагнозов ВИЧ или СПИД – 73% в 2004 году. Почти две трети (65%) ВИЧ-инфекций, диагностированных среди мужчин в 2004 году, были обусловлены небезопасным сексом с другими мужчинами (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006b), и несколько исследований выявили данные о росте рискованного сексуального поведения в этой группе населения (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006c).

Эпидемия ВИЧ продолжает непропорционально сильно поражать расовые и этнические меньшинства. В 2001–2004 гг. 50% диагнозов СПИД было поставлено афроамериканцам (составляющим 12% населения США), а 20% – лицам латиноамериканского происхождения (14% населения США). В 2004 году уровень новых диагнозов ВИЧ или СПИД среди афроамериканцев был в семь раз выше, чем среди белых мужчин (131,6 против 18,7 на 100 000 человек) и в 21 раз выше среди афроамериканок, чем среди белых женщин (67 против 3,2 на 100 000 человек) (US Centers for Disease Control, 2006a). В одном из недавних исследований было сделано предположение, что высокое число случаев лишения свободы среди афроамериканских мужчин (примерно каждый двенадцатый из которых побывал в тюремном заключении) можно считать причиной непропорционально высокого уровня инфекции среди афроамериканцев мужского и женского пола (Johnson and Raphael, 2006).

Примерно половина афроамериканцев (49%), у которых в 2005 году был диагностирован ВИЧ или СПИД, заразились вирусом во время незащищенного секса с другими мужчинами, а большинство афроамериканок (78%) заразились в результате незащищенного гетеросексуального полового акта (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006d). Данные нескольких исследований показывают, что мужчины-афроамериканцы, занимающиеся сексом с другими мужчинами, подвергаются значительно более высокому риску ВИЧ-инфекции, но при этом сообщают, что практикуют такое же, или даже менее рискованное сексуальное поведение в сравнении с другими мужчинами (Harawa, Greenland et al., 2004; Koblin, Husnik et al., 2006). Это означает, что другие факторы (возможно, наличие других инфекций, передаваемых половым путем) могут усиливать риск ВИЧ-инфекции среди мужчин-афроамериканцев, занимающихся сексом с другими мужчинами. Между тем, использование нестерильного инъекционного инструментария для потребления наркотиков находится на втором месте среди причин ВИЧ-инфекции среди женщин-афроамериканок, и на третьем месте среди афроамериканцев-мужчин (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006c).

Предоставление антиретровирусной терапии привело к снижению уровня смертности от СПИДа, составлявшего 80% в период с 1990 по 2003 гг. (Crum et al., 2006). Лечение ВИЧ в Соединенных Штатах становится все более эффективным, благодаря чему растет процент людей, остающихся в живых в течение

Процент выживших до июня 2005 г., по количеству лет после постановки диагноза "синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)" в период 1981–2003 гг. и по годам постановки диагноза — Соединенные Штаты Америки



Источник: ЦКЗ. Двадцать пять лет ВИЧ/СПИДа – Соединенные Штаты, 1981–2006, MMWR 2006.

Рисунок 12

двух и более лет после постановки диагноза СПИД – с 64% в 1993-1995 гг. до 85% в 1996-2005 гг. (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006a). Как минимум, 3 миллиона лет жизни было спасено – таков непосредственный итог эффективного лечения и ухода за больными СПИДом (Walensky et al., 2006).

По оценкам, четверть людей, живущих с ВИЧ, не знают, что инфицированы вирусом (Glynn and Rhodes, 2005), а это усложняет противодействие СПИДу. Люди, не знающие о своей инфекции, вряд ли будут обращаться за необходимыми услугами по лечению и уходу до относительно поздних стадий развития заболеваний, обусловленных СПИДом, и это ограничивает эффективность лечения. Кроме того, невысока вероятность того, что они будут принимать меры предосторожности, чтобы не передать ВИЧ другим людям. Потенциально на людей, не знающих своего ВИЧ-статуса, может приходиться 54%-70% всех новых случаев передачи ВИЧ половым путем в США (Marks et al., 2006).

В США процент женщин в общем числе больных, которым впервые поставлены диагнозы ВИЧ или СПИДа, вырос значительно – с 15% до 1995 года до 27% в 2004 году.

Последние данные об эпидемии ВИЧ в **Канаде** подчеркивают необходимость наличия эффективных стратегий для профилактики новых ВИЧ-инфекций и оказания услуг уязвимым группам населения, таким как потребители инъекционных наркотиков, мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, и представители коренного населения.

В конце 2005 года в Канаде, по оценкам, насчитывалось 58 000 [48 000–68 000] человек, живущих с ВИЧ – это на 16% больше оценочного показателя 2002 года – 50 000 [41 000–59 000] человек (Boulos et al., 2006). Кроме того, предполагается, что в 2005 году произошло от 2300 до 4500 *новых* случаев инфекции. Почти половина (46%) этих новых инфекций приходится на мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, что делает их наиболее пострадавшей группой. Около 14% новых инфекций произошло из-за небезопасного потребления инъекционных наркотиков (это меньше 19%, по оценкам, произошедших в 2002 году), и 37% – вследствие незащищенных гетеросексуальных половых отношений. Чуть меньше половины инфекций, переданных в результате незащищенного полового акта, произошло среди лиц, родившихся в странах, где ВИЧ является эндемичной инфекцией (Boulos et al., 2006). Отмечается тенденция к незначительному росту новых ВИЧ-инфекций среди женщин: в 2005 году на них приходилось 27% новых инфекций, по сравнению с оценочными 24% в 2002 году (Boulos et al., 2006). Следует отметить, что каждый четвертый человек, живущий с ВИЧ в Канаде, не знает о своем ВИЧ-статусе (Boulos et al., 2006).

На коренное население Канады непропорционально сильно воздействует множество социальных, экономических и поведенческих факторов, включая высокий уровень бедности, злоупотребление алкоголем и наркотиками, и инфекции, передающиеся половым путем, а также ограниченный доступ к медицинским услугам и слабое их использование, что в совокупности повышает их уязвимость к ВИЧ-инфекции (Public Health Agency of Canada, 2006). Доля представителей коренного населения в структуре эпидемии в Канаде чрезвычайно высока: общий уровень ВИЧ-инфекции среди коренного населения, по оценкам, почти в три раза выше, чем среди некоренного населения. В 2005 году на представителей коренного населения приходилось 9% новых случаев инфекции (Boulos et al., 2006), хотя при этом они составляют всего 3,3% населения Канады (Statistics Canada, 2001).

Характеристики путей передачи ВИЧ среди коренного населения отличаются от путей передачи среди основного массива населения. По оценкам 2005 года, потребление инъекционных наркотиков было наиболее распространенным путем передачи ВИЧ среди представителей коренного населения – на него приходилось 53% новых случаев инфекции среди коренных жителей Канады по сравнению с 14% среди остального населения. В других случаях инфицирование среди представителей коренного населения происходит при гетеросексуальных половых отношениях (33%) и в результате секса между мужчинами (10%) (Boulos et al., 2006).

Доля представителей коренного населения в структуре эпидемии в Канаде все еще чрезвычайно высока: общий уровень ВИЧ-инфекции среди коренного населения почти в три раза выше, чем среди некоренного населения.

Существует особая потребность в проведении целевых мероприятий, разработанных специально для молодежи, особенно женщин, представляющих коренные народы. Процент представителей коренного населения, которым был поставлен диагноз ВИЧ в возрасте меньше 30 лет, больше (33%) по сравнению с основным массивом населения (20%). В ходе исследования, проведенного среди потребителей инъекционных наркотиков в Ванкувере, было обнаружено, что молодые представители коренных народов, потребляющие инъекционные наркотики, при вовлечении в программы по борьбе с наркотиками оказывались, как правило, в четыре раза чаще ВИЧ-инфицированными, чем их сверстники, не являющиеся представителями коренного населения (Miller et al., 2006). Необычным в ходе этого исследования среди

представителей коренных народов, потребляющих инъекционные наркотики, было то, что две трети из них были женщины – эта модель помогает объяснить, почему две третьих (65%) диагнозов ВИЧ среди женщин коренных народов, поставленных до декабря 2005 года, было обусловлено передачей вируса при потреблении инъекционных наркотиков (Public Health Agency of Canada, 2006).

Как и во многих других странах, потребление инъекционных наркотиков в местах лишения свободы в Канаде широко распространено. По данным недавнего исследования среди лиц, содержащихся в следственных изоляторах в провинции Онтарио, использование нестерильного инъекционного инструментария за решеткой является обычным явлением, особенно среди молодых потребителей инъекционных наркотиков, содержащихся в федеральных тюрьмах. Среди последних 6% оказались ВИЧ-позитивными по результатам тестирования, проведенного в рамках этого исследования; почти половина (47%) указали, что пользовались общим инъекционным инструментарием во время заключения. Такие результаты еще раз подчеркивают необходимость расширять программы снижения вреда в тюрьмах, включая программы по обмену игл и шприцев (Calzavara et al., 2006).

На другой стороне Атлантического океана, в Западной и Центральной Европе, около 740 000 [580 000–970 000] человек жили с ВИЧ в 2006 году. Основная информация о моделях и тенденциях развития эпидемий в Западной Европе получена из отчетов о регистрации случаев ВИЧ и СПИДа. Однако система регистрации случаев ВИЧ не охватывает все страны или все регионы внутри стран. В частности, в 2005 году не были представлены национальные данные о ВИЧ из Испании, Италии и Норвегии, (ЕвроВИЧ, 2006a).

Почти три четверти ВИЧ-инфекций, переданных гетеросексуальным путем, в Западной и Центральной Европе приходится на иммигрантов и мигрантов. Услуги по профилактике, лечению и уходу необходимо адаптировать, чтобы охватить ими эти группы населения.

В Западной Европе немногим более одной трети (35%) ВИЧ-инфекций, диагностированных в 2005 году, произошло вследствие секса между мужчинами, в то время как более половины (56%) – в результате гетеросексуальных половых отношений. Почти три четверти ВИЧ-инфекций, переданных гетеросексуальным путем, приходится на иммигрантов и мигрантов (ЕвроВИЧ, 2006a), что подчеркивает необходимость адаптации услуг по профилактике, лечению и уходу, чтобы охватить ими и эти группы населения.

В Западной Европе в период 1998-2005 гг. уровень новых диагнозов ВИЧ возрос более чем в два раза – с 42 случаев на один миллион человек в 1998 году до 74 на миллион человек в 2006 году. Самый большой рост был зарегистрирован в **Соединенном Королевстве,** где ВИЧ остается одним из основных инфекционных заболеваний, представляющих угрозу обществу (British Medical Association, 2006). Ежегодное число новых диагнозов ВИЧ в Соединенном Королевстве с 2000 года удвоилось, превысив 7200 случаев в 2004 году и достигнув 7700 случаев в 2005 году (Health Protection Agency United Kingdom, 2005). Эпидемия в значительной степени сосредоточена в Лондоне, где в 2005 году была поставлена почти половина (43%) новых диагнозов. Однако, начиная с 1999 года, постепенно растет число новых диагнозов и в других регионах, включая те, где ВИЧ-инфекция раньше встречалась редко (например, на востоке и северо-востоке страны, в Уэльсе и Йоркшире) (Health Protection Agency United Kingdom, 2006).

Три четверти новых диагнозов ВИЧ среди гетеросексуальных мужчин и женщин были поставлены людям, прибывшим в Соединенное Королевство из других стран, в основном, из Африки к югу от Сахары (Health Protection Agency United Kingdom, 2006). И действительно, лица, инфицированные в Африке к югу от Сахары, сегодня представляют наиболее пораженную ВИЧ-инфекцией группу в Соединенном Королевстве – эта группа немного более многочисленна, чем мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами. Исследование, проведенное в Мидлендсе и на юге Англии показывает, что из-за стигмы и боязни дискриминации многие африканцы, проживающие в Соединенном Королевстве, неохотно идут на тестирование на ВИЧ (Elam et al., 2006).

Между тем, уровни ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем, остаются высокими среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, на которых приходится около трети всех новых диагнозов ВИЧ (2252 в 2005 г.). С 2000 года число новых диагнозов ВИЧ среди МСМ возросло почти на 50% (Health Protection Agency et al., 2006), что подчеркивает необходимость пересмотра профилактических мероприятий, направленных на эту группу населения (Elford et al., 2005).

Следует отметить еще две тенденции. Около трети людей, живущих с ВИЧ, не знают, что они инфицированы (British Medical Association, 2006). Таким образом, они не получают лечения и ухода, которые им могут быть необходимы, и рискуют передать вирус другим людям. Кроме того, общий уровень знаний о ВИЧ, похоже, снижается. По данным опроса, проведенного в 2005 году, 79% респондентов по всей стране (и только 70% в Лондоне, где отмечается самая высокая распространенность ВИЧ в стране) знали, что ВИЧ может передаваться при незащищенном сексе – по сравнению с 91% таких респондентов в 2000

году. В 2000-2005 гг. процент людей, которые не смогли назвать хотя бы один путь передачи ВИЧ, вырос с 6% до 8% (National AIDS Trust, 2006).

Исследования в конкретных группах мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, показывают распространенность на уровне 10%-20% в Западной Европе, а несколько исследований, проведенных во Франции, Испании, Швейцарии и Соединенном Королевстве, сообщают о росте процента МСМ, указавших, что недавно занимались сексом повышенного риска (Balthasar, Jeannin, Dubois-Arber, 2005; Moreau-Gruet, Dubois-Arber, Jeannin, 2006; Dodds et al., 2004). Это подчеркивает необходимость усиления программ по профилактике и лечению ВИЧ в этой группе населения (ЕвроВИЧ, 2006b). В некоторых других странах наблюдается рост числа новых диагнозов ВИЧ среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами. По сравнению с 2001 годом, число диагнозов ВИЧ в этой группе в 2005 году было на три четверти выше в **Нидерландах** (75%), более чем на две трети выше в **Португалии** (68%) и **Швейцарии** (71%), и на 40% выше в **Бельгии** (ЕвроВИЧ, 2006a). Вспышки других инфекций, передаваемых половым путем, сопровождают эту тенденцию в нескольких странах, что указывает на высоко рискованное сексуальное поведение среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами. Например, в **Нидерландах** в 2000–2004 гг. число случаев сифилиса среди МСМ выросло более чем в три раза (Van de Laar et al., 2005). В **Германии** в 2001-2005 гг. число новых диагнозов ВИЧ среди МСМ увеличилось более чем в два раза (ЕвроВИЧ, 2006a), и на эту группу населения в 2005 году приходилось, по оценкам, 70% впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции (Robert Koch Institut, 2005). В целом, в Германии в 2005 году, по оценкам, жило 49 000 [29 000–81 000] человек с ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2006a). Эпидемии в странах Скандинавии остаются незначительными и, в целом, стабильными, хотя с 2002 года отмечается рост числа диагнозов ВИЧ среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, в **Швеции** (с 68 до 97 случаев в 2005 г.) (ЕвроВИЧ, 2006a).

Эффективность программ снижения вреда в сокращении числа ВИЧ-инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков доказана в нескольких странах. Например, в **Португалии** число диагнозов ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков было почти на треть (31%) меньше в 2005 году, чем в 2001 году (857 против 1247) (ЕвроВИЧ, 2006a). Программы снижения вреда связывают с уменьшением потребления инъекционных наркотиков, использования зараженных игл и шприцев и числа ВИЧ-инфекций среди ПИН в **Испании.** Распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков снизилась наполовину в Барселоне (с 44% до 21% в период между 1995 и 2001–2003 гг.) и Севилье (с 44% до 22%); в обоих городах давно действовали программы снижения вреда. В отличие от этих городов, в Мадриде, где такие программы появились только в конце 1990-х годов, распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков оставалась стабильной (37% в 1995 и 35% в 2001–2003 гг.) (de la Fuente et al., 2006). Снижение числа ВИЧ-инфекций среди ПИН также наблюдается в **Нидерландах** — со 174 новых диагнозов в 2002 до 29 в 2005 году. Среди потребителей инъекционных наркотиков в Амстердаме, который является эпицентром обусловленной потреблением инъекционных наркотиков эпидемии ВИЧ в стране, наблюдается устойчивое снижение использования нестерильных игл и сокращение заболеваемости ВИЧ. Большинство новых ВИЧ-инфекций среди наркопотребителей в Амстердаме происходит вследствие незащищенных гетеросексуальных половых отношений – это еще раз напоминает о том, что программы снижения вреда должны также уделять особое внимание пропаганде безопасного секса (Lindenburg et al., 2006).

Исследования показывают распространенность ВИЧ на уровне 10%-20% среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами в Западной Европе, и уже есть данные из нескольких стран о росте высоко рискованного сексуального поведения в этой группе.

Эпидемии в Центральной Европе остаются незначительными по сравнению с другими странами Европы. Лишь четыре страны сообщили о постановке более 100 новых диагнозов ВИЧ в 2005 году: **Польша** (где диагноз ВИЧ был впервые поставлен 652 человекам), **Турция** (332), **Румыния** (205), **Сербия и Черногория**[8] (112) и **Венгрия** (110) (ЕвроВИЧ, 2006a). Модели эпидемии серьезно различаются. Незащищенные гетеросексуальные половые отношения являются основным путем передачи инфекции в большинстве стран, включая **Албанию**, **Боснию и Герцеговину**, **Болгарию**, **Румынию** и **Турцию**, в то время как небезопасный секс между мужчинами преобладает в **Хорватии**, **Республике Чехия**, **Венгрии** и **Словении**, а использование нестерильного инъекционного инструментария является основным фактором ВИЧ-инфекции в условиях эпидемии в **Польше** (ЕвроВИЧ, 2006a; Rosinska, 2006).

В странах Балтии внезапный рост числа ВИЧ-инфекций, диагностированных в начале нового столетия, похоже, сократился и сегодня эпидемия ВИЧ здесь развивается более медленными темпами. Наблюдается устойчивое снижение числа новых ВИЧ-

[8] На момент составления данного доклада эта статистика была получена по стране, ранее известной под названием "Сербия и Черногория". К моменту публикации доклада часть этого региона стала называться "Республика Сербия".

инфекций в **Латвии** (с 542 до 299 за тот же период) (Health Protection Inspectorate Estonia, 2006; ЕвроВИЧ, 2006a). В **Литве** 110-135 новых случаев ВИЧ-инфекций диагностируется ежегодно в течение последних трех лет (ЕвроВИЧ, 2006a). Примерно 10 000 [6100–17 000] человек жили с ВИЧ в **Латвии** в 2005 году; по оценкам, в **Литве** их было 3300 [1600–10 000] человек (ЮНЭЙДС, 2006 г.). Число новых случаев ВИЧ, регистрируемых в **Эстонии,** также снизилось (с 899 в 2002 до 621 в 2005 году). Тем не менее, оценочный показатель национальной распространенности ВИЧ среди взрослого населения в Эстонии, составлявший в 2005 году 1,3% [0,6–4,3%], находился на втором месте во всей Европе (после Украины). В целом, с начала эпидемии в Эстонии было зарегистрировано 5000 ВИЧ-инфекций, и предположительно, реальное число людей, живших с ВИЧ в 2005 году, было в два раза выше (10 000 [4800–32 000] человек) (Health Protection Inspectorate Estonia, 2006; ЮНЭЙДС, 2006).

БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА

Эпидемии СПИДа в этом регионе отличаются разнообразием. По оценкам, в 2006 году 68 000 [41 000–220 000] человек заразились ВИЧ, а общее число людей, живущих с вирусом в данном регионе, достигло 460 000 [270 000–760 000] человек. В прошлом году СПИД унес жизни приблизительно 36 000 [20 000–60 000] человек. Наибольшее количество ВИЧ-инфекций было зарегистрировано среди мужчин, однако растет число и ВИЧ-инфицированных женщин (ЮНЭЙДС, 2006 г.).

Нестабильные (а во многих местах и неадекватные) системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией затрудняют проведение точной оценки моделей и тенденций развития эпидемий во многих странах этого региона – особенно, среди групп с самой высокой степенью риска, например, потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и мужчин, практикующих секс с мужчинами. Тем не менее, благодаря усовершенствованным методам сбора данных в некоторых странах (таких как **Алжир**, **Иран**, **Ливия** и **Марокко**) было выявлено, что по всему региону существуют локализованные эпидемии, в то время как в **Судане** сохраняется генерализованная эпидемия.

Неадекватные системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией во многих странах этого региона затрудняют проведение точной оценки моделей и тенденций развития различных типов эпидемий – особенно среди групп с самой высокой степенью риска, например, потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и мужчин, практикующих секс с мужчинами.

Самая значительная эпидемия в данном регионе отмечается в **Судане**. В 2005 году показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения составил 1,6% [0,8%–2,7%], и насчитывалось приблизительно 350 000 [170 000–580 000] людей, живущих с ВИЧ. Так, например, показатель распространенности ВИЧ более 2% был обнаружен среди женщин, обратившихся в женские консультации в штате Белый Нил (Министерство здравоохранения Судана, 2006 г.). Существуют опасения, что передача ВИЧ может набрать темпы и расшириться после окончания более двух десятилетий военных действий, по мере того как бывшие беженцы и перемещенные лица постепенно будут возвращаться к нормальной жизни. Например, распространенность ВИЧ на уровне 4,4% была выявлена среди некоторых взрослых – бывших перемещенных лиц – в г. Йей на юге страны вдоль границы с Угандой (Kaiser et al., 2006). На юге была усилена профилактическая работа, в том числе мероприятия по добровольному консультированию и тестированию (например, в Джубе), и в настоящее время там работает несколько пунктов, предоставляющих антиретровирусное лечение.

Однако эпидемия не ограничивается югом страны (Министерство здравоохранения Судана, 2005 г.). Например, в ходе исследования, проведенного в 2005 году среди полицейских в штате Хартум, было выявлено, что 1% из них были ВИЧ-инфицированными. Знания о ВИЧ были крайне скудными: только 2% мужчин знали о том, что использование презерватива может предотвратить передачу ВИЧ (Abdelwahab, 2006). Кроме того, согласно результатам другого исследования, в ходе которого среди мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами, была обнаружена распространенность ВИЧ на уровне 9,3%, одним из факторов, содействующих росту эпидемии в штате Хартум, по-видимому, является незащищенный секс между мужчинами. Почти все мужчины, принимавшие участие в данном исследовании, заявили о том, что у них было более одного партнера, а две трети из них сообщили, что оказывали сексуальные услуги за плату. Более половины мужчин не знали о риске инфицирования ВИЧ во время незащищенного секса, и только 3% из них сообщили, что постоянно использовали презервативы (Elrashied, 2006).

Высокие показатели распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков зарегистрированы в нескольких странах, в особенности в **Иране** и **Ливии**. Однако потребление инъекционных наркотиков отмечается и во многих других странах данного региона, а использование нестерильного

инъекционного инструментария, по-видимому, имеет широкое распространение. В ходе различных исследований было выявлено, что четыре из десяти потребителей инъекционных наркотиков в **Алжире**, пять из десяти в **Египте** и **Марокко** и шесть из десяти в **Ливане** использовали нестерильные шприцы.

Учитывая большое число потребителей инъекционных наркотиков в **Иране** – 137 000 человек, согласно данным Министерства здравоохранения и медицинского образования (Gheiratmand et al., 2006), – большую обеспокоенность вызывают высокие уровни ВИЧ-инфекции, обнаруженные среди потребителей инъекционных наркотиков в этой стране. Приблизительно один из четырех (23%) потребителей инъекционных наркотиков, принимавших участие в недавнем исследовании, которое проводилось в столице Ирана Тегеране, оказался ВИЧ-инфицированным (Zamani et al., 2006); по данным более раннего исследования, ВИЧ-инфицированными были 15% из тех, кто проходил лечение в медицинских центрах столицы (Zamani et al., 2005). В обоих случаях главным фактором, связанным с инфицированием, было использование нестерильного инъекционного инструментария в тюрьмах, что говорит о насущной необходимости проведения программ снижения вреда в тюрьмах и других местах лишения свободы. В Марвдаште 85% потребителей инъекционных наркотиков сообщили, что они употребляли наркотики в тюрьме, и 19% указали, что там они использовали нестерильный инструментарий (Day et al., 2006). Иранские власти признали, что тюрьмы являются средой повышенного риска, и в некоторых местах заключения выдаются презервативы и предоставляется заместительная терапия. Между тем, еще одно исследование раскрывает различные виды поведения, связанного с употреблением наркотиков в различных социальных группах (где от 30% до 100% потребителей инъекционных наркотиков, в зависимости от своего социально-экономического положения, используют нестерильные шприцы), – это еще раз напоминает нам о необходимости соответствующим образом разрабатывать программы снижения вреда и другие программы по ВИЧ (Razzaghi et al., 2006).

В **Иране** – и в других странах данного региона – значительная часть молодых людей, включая потребителей инъекционных наркотиков, являются сексуально активными. Большинство потребителей инъекционных наркотиков, обращающихся за лечением в Тегеране, сексуально активны, однако только половина потребителей инъекционных наркотиков, принимавших участие в исследовании, которое проводилось в 2005 году, сообщили, что когда-либо использовали презервативы во время секса (Zamani , 2005). В более широком плане, примерно 28% молодых мужчин в возрасте 15-18 лет, принимавших участие в другом исследовании, были сексуально активны. Однако половина из них никогда не видела презервативов, и меньше половины знало, что презервативы могут предотвратить инфекции, передаваемые половым путем (Mohammadi et al., 2006). В ходе исследования, которое проводилось среди учащихся средней школы Тегерана, одна треть респондентов считала, что ВИЧ могут переносить комары, а одна пятая думала, что можно заразиться вирусом в общественных плавательных бассейнах (Tavoosi et al., 2004). Такое распространенное невежество и неиспользование профилактических мер в поведении подвергают молодых людей значительному риску инфицирования ВИЧ.

В последние годы Иран заметно расширил меры по противодействию эпидемии ВИЧ. Работают проекты по раздаче чистых шприцев и метадоновой терапии, в государственных клиниках теперь проводится бесплатное консультирование, тестирование и лечение в связи с ВИЧ. **Ливии**, где среди заключенных была выявлена распространенность ВИЧ на уровне 18% (Sammud, 2005), необходимо будет последовать примеру соседей и расширить ответные меры, чтобы взять эпидемию ВИЧ под контроль.

Незащищенный секс (в том числе коммерческий или секс между мужчинами) является другим основным фактором риска в эпидемиях в этом регионе. Уровни ВИЧ-инфекции, составляющие 9%–10%, 2,2% и 4,4% были выявлены среди женщин секс-бизнеса в городах Саида и Таманрассет в **Алжире** (Fares et al., 2004), в **Марокко** (Ministère de la santé Maroc, 2005) и **Судане** (Federal Ministry of Health Sudan, 2002), соответственно. И действительно, в **Алжире** и **Марокко** вследствие незащищенного секса происходит большинство зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, и растет процентное соотношение женщин среди людей, живущих с ВИЧ (Ministère de la santé Maroc, 2005). В некоторых женских консультациях на юге Алжира более 1% беременных женщин получили положительные результаты тестирования на ВИЧ (Institut de Formation Paramédicale de Parnet, 2004). В Саудовской Аравии почти половина (46%) зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции была обусловлена незащищенным сексом. Здесь две трети (67%) всех случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано в трех городах: Джедда, Рияд и Дамман (Al-Mazrou et al., 2005).

Эффективные программы профилактики ВИЧ, направленные на группы, подвергающиеся наиболее высокому риску, все еще могут предотвратить более широкие и более серьезные эпидемии ВИЧ в нескольких странах Ближнего Востока и Северной Африки. Масштабы предоставления антиретровирусной терапии в этом регионе пока невелики – в конце 2005 года лечение получали, по оценкам, всего 4000 человек (по сравнению с 1000 в конце 2003 года). Специалисты считают, что в регионе около 75 000 человек нуждаются в антиретровирусной терапии (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006 г.).

ОКЕАНИЯ

По оценкам, 7100 [3 400–54 000] человек заразились ВИЧ в Океании в 2006 году, таким образом, общее число людей, живущих с вирусом, составило 81 000 [50 000–170 000] человек. Три четверти из них живут в Папуа-Новой Гвинее, где эпидемия приобрела серьезные масштабы и продолжает развиваться (ЮНЭЙДС, 2006 г.).

Распространенность ВИЧ среди взрослого населения в **Папуа-Новой Гвинее** на уровне 1,8% [0,9%–4,4%] означает, что в 2005 году в этой стране около 57 000 [31 000–140 000] человек старше 15 лет жили с ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2006 г.). Распространенность в городах, по оценкам, может достигать 3,5% (National AIDS Council Secretariat, 2006). Эпидемия бурно развивалась в конце 1990-х годов, и пока нет признаков ее ослабления. Как минимум, 2000 новых случаев ВИЧ-инфекции ежегодно регистрируется в стране с 2002 года.

Эпидемия ВИЧ в Папуа-Новой Гвинее продолжает расширяться на фоне множества факторов риска, которые могут способствовать дальнейшему ее росту, если не будут срочно расширены профилактические меры.

Высокие показатели инфекций, передаваемых половым путем (как в городах, так и в сельской местности), раннее начало половой жизни, распространенная практика одновременного наличия нескольких половых партнеров, высокий уровень предоставления коммерческих сексуальных услуг, крайне низкий уровень использования презервативов и широко распространенное сексуальное насилие в отношении женщин обеспечивают значительный потенциал для дальнейшего развития эпидемии. В ходе одного исследования, проведенного в сельских и пригородных районах, было обнаружено, что 55% опрошенных женщин предоставляли сексуальные услуги в обмен на деньги или товары, а 36% мужчин пользовались услугами платного секса. Кроме того, как минимум каждый десятый (12%) мужчина, проживающий в сельских и пригородных районах, указал на то, что периодически занимался сексом с другими мужчинами (Asian Development Bank, 2006). Между тем, в г. Порт-Морсби только около одной четвертой (24%) молодых мужчин и одной восьмой (13%) молодых женщин сообщили, что пользовались презервативами (National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006). Молодые женщины особенно уязвимы: уровень ВИЧ-инфекции среди женщин в возрасте 15-29 лет в два раза выше, чем среди мужчин того же возраста (National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006).

Хотя имеющиеся данные о ВИЧ вызывают обеспокоенность, они также позволяют предположить, что Папуа-Новая Гвинея все еще в состоянии сдержать растущую эпидемию при условии быстрого расширения и обеспечения устойчивости эффективных и целенаправленных программ профилактики ВИЧ-инфекции. Одной из приоритетных задач является профилактика ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса и их клиентов, а также других партнеров. Было выявлено, что около 14% работниц секс-бизнеса в столице страны, Порт-Морсби, ВИЧ-инфицированы (National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006). Три четверти (74%) коммерческих секс-работников в городах Горока и Каинанту (в провинции Восточное нагорье) болели как минимум одной из инфекций, передаваемых половым путем, в то время как одна пятая из них (21%) болели гонореей, а одна четверть (24%) – сифилисом. Ни одна из 200 секс-работниц, протестированных в этих двух городах, не была ВИЧ-позитивной, но как только ВИЧ проникает в сеть сексуальных услуг, инфекция обычно распространяется быстро. Быстрое осуществление эффективных и надлежащих профилактических программ может защитить этих работников секс-бизнеса и их клиентов от ВИЧ (Gare et al., 2005).

Расширение мероприятий по борьбе со СПИДом оказывается проблемой и сталкивается с трудностями в виде большого числа культурных и языковых групп (их около 800), географических проблем,

высокого уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, низкого уровня грамотности и занятости и перегруженности систем охраны здоровья. Например, проекты, направленные на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку, осуществлялись в шести больницах страны, однако лишь менее 3% ВИЧ-позитивных беременных женщин получали антиретровирусную профилактику в 2005 году (National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006). И хотя сегодня опасность, которую представляет собой ВИЧ, признается более широко, необходимо еще более усилить системы эпиднадзора, а программы профилактики должны быть более целенаправленными и расширить свою деятельность на сельские регионы.

Основной движущей силой эпидемии ВИЧ в **Австралии** до сих пор остается небезопасный секс между мужчинами, на который в этом десятилетии пришлось более двух третьих новых диагнозов ВИЧ. Число новых диагнозов ВИЧ достигло пика в конце 1980-х и начале 1990-х годов, составляя более 1000 случаев в год, после чего снизилось до 500-600 случаев в конце прошлого столетия. Однако в последние годы число новых диагнозов снова начало расти и составило 899 случаев в 2004 и 954 в 2005 году (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2006). Возрождение практики небезопасного секса между мужчинами, по-видимому, является основным фактором риска для этих новых случаев инфекции. В ходе одного недавнего исследования, проведенного в Сиднее и Мельбурне, большинство недавно инфицированных мужчин, занимавшихся сексом с другими мужчинами, указали на высокий уровень незащищенных половых отношений с многочисленными партнерами. Потребление рекреационных наркотиков во время секса также широко распространено в этой группе (Volk et al., 2006). Десятикратный рост числа случаев сифилиса между 1999 и 2003 гг. (Fairley, Hocking and Medland, 2005) и резкий рост числа случаев незащищенного секса между мужчинами, начиная с 2000 года, в Сиднее (Prestage et al., 2005) позволяют предположить, что профилактическая практика, которая формировалась в 1980-х и 1990-х, отчасти утратила свое воздействие.

Эпидемия среди коренного населения Австралии развивается по другой модели; в этой группе основным фактором риска является использование нестерильного инъекционного инструментария для потребления наркотиков, что стало причиной каждого пятого диагноза ВИЧ среди представителей коренного населения в 2000-2004 гг. (для сравнения: среди основного массива населения это было причиной менее одного из двадцати диагнозов) (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2005). Женщины-представительницы коренного населения подвергаются особенно высокому риску ВИЧ-инфекции: вероятность ВИЧ-инфекции среди них в 18 раз выше, чем среди женщин, не принадлежащих к коренному населению, и в три раза, чем среди мужчин, не являющихся представителями коренного населения (Wright et al., 2005).

Между тем, увеличение уровня выживаемости людей, которым был поставлен диагноз СПИД, наглядно свидетельствует о преимуществах расширения антиретровирусной терапии. Медианный показатель выживаемости людей, у которых был диагностирован СПИД, вырос с 17 месяцев до 1995 года до 45 месяцев в 2001 году. По оценкам, более половины (53%) людей, живших с ВИЧ в 2004 году, получали антиретровирусную терапию (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2005).

В **Новой Зеландии** в 2005 году число новых диагнозов ВИЧ достигло 218 – это самое высокое число с начала проведения тестирования в 1985 году (Министерство здравоохранения Новой Зеландии, 2006a). Эта тенденция отчасти связана с ростом числа диагнозов ВИЧ среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, который, в основном (более 90% случаев), отмечается в районе Окленд на Северном острове (Министерство здравоохранения Новой Зеландии, 2006b). Небезопасный секс между мужчинами стал причиной чуть более половины (51%), а гетеросексуальные отношения – более одной трети (37%) новых диагнозов ВИЧ в 2005 году. В последнем случае подавляющее большинство (вероятно, до 90%) случаев ВИЧ-инфекции произошло за пределами Новой Зеландии (Министерство здравоохранения Новой Зеландии, 2006b). В то же время, благодаря расширению антиретровирусного лечения, уровень смертности от СПИДа снизился с более 30 случаев в год в 1996–1997 гг. до менее 10 случаев в год в 2005 году (Министерство здравоохранения Новой Зеландии, 2006a).

Ни в одной другой стране и территории данного региона не было зарегистрировано более 300 случаев ВИЧ с начала проведения тестирования (Secretariat of the Pacific Community, 2005). Однако факторы риска, приводящие к вспышкам ВИЧ-инфекции, присутствуют во многих этих странах и территориях. Так, например, только одна четвертая часть людей, предположительно подвергающихся риску в **Фиджи, Кирибати** и **Вануату**, знают, как предотвратить заражение ВИЧ и не разделяют основных неверных представлений о путях передачи ВИЧ. В **Самоа**, на **Соломоновых Островах** и в **Вануату** 9% молодых мужчин указали, что пользовались услугами платного секса в последние 12 месяцев, при этом только один из десяти из них сообщил, что постоянно пользуется презервативами во время коммерческого секса. Около 12% молодых мужчин указали, что постоянно пользуются презервативами со случайными партнерами. В то же время, каждый пятый (22%) молодой мужчина сообщил, что занимался сексом с другими мужчинами (Cliffe, Wang and Sullivan, 2006).

Карты

Глобальные оценки, 2006 г. Дети и взрослые
Расчетное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, 2006 г.
Расчетное число новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых и детей в 2006 г.
Расчетное число случаев смерти от СПИДа среди взрослых и детей в 2006 г.

Глобальные оценки для взрослых и детей, 2006 г.

Число людей, живущих с ВИЧ ..... 39,5 миллиона (34,1–47,1 миллиона)

Число новых ВИЧ-инфекций в 2006 г. ..... 4,3 миллиона (3,6–6,6 миллиона)

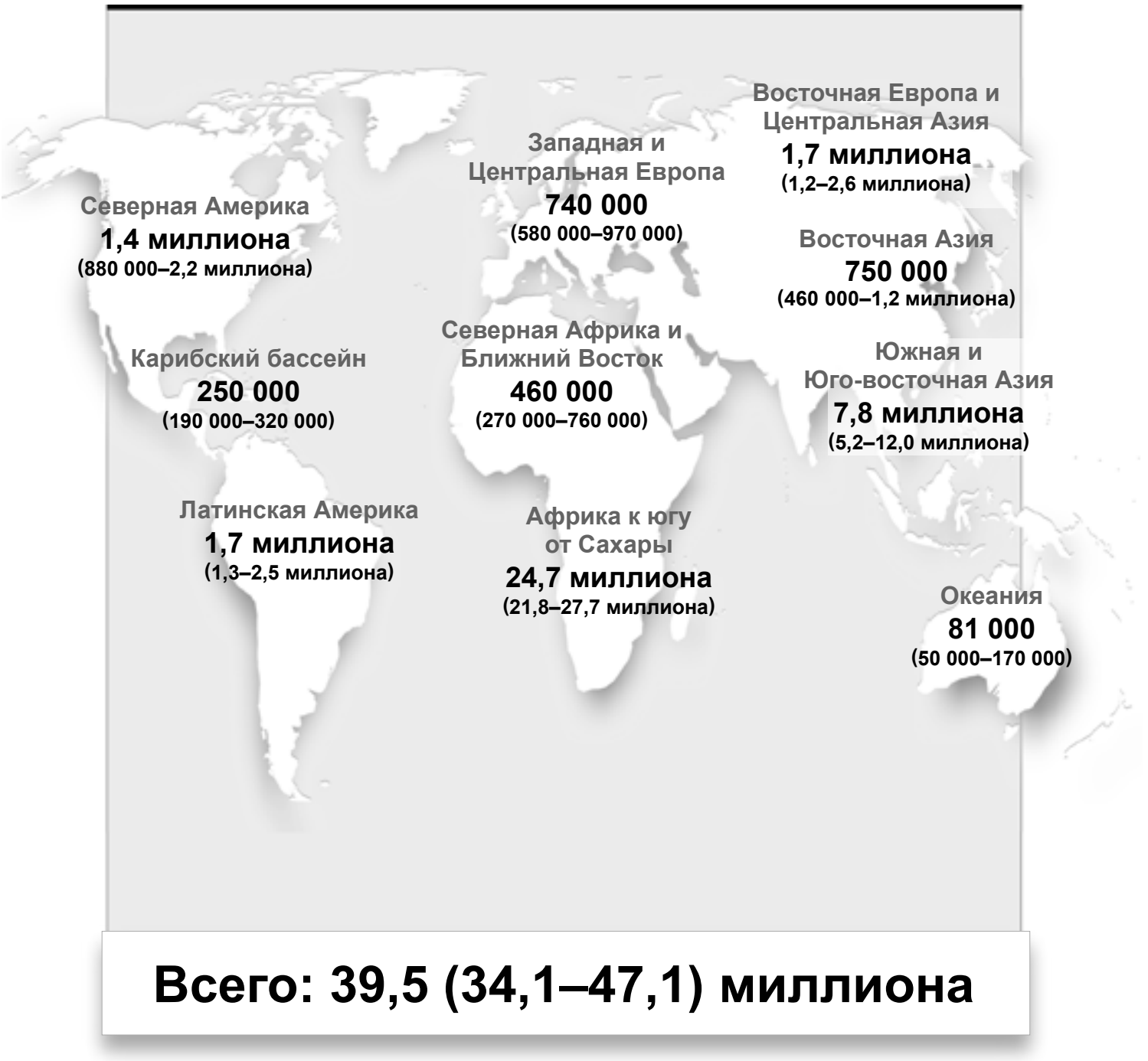
Число смертей от СПИДа в 2006 г. ..... 2,9 миллиона (2,5–3,5 миллиона)

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

ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ
УВКБ ООН ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
МПП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНФПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Всемирная организация здравоохранения

Оценочное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, 2006 г.



Всего: 39,5 (34,1–47,1) миллиона

ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ
УВКБ ООН ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
МПП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНФПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Всемирная организация здравоохранения

Оценочное число взрослых и детей, заразившихся ВИЧ в 2006 г.

Всего: 4,3 (3,6–6,6) миллиона

ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ
УВКБ ООН ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
МПП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНФПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Всемирная организация здравоохранения

Оценочное число взрослых и детей, умерших от СПИДа в 2006 г.

Всего: 2,9 (2,5–3,5) миллиона

ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ
УВКБ ООН ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
МПП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНФПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Всемирная организация здравоохранения

БИБЛИОГРАФИЯ

АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ

Actuarial Society of South Africa (2005). *ASSA 2003 AIDS and demographic model*. Cape Town, Actuarial Society of South Africa.

Adjei AA et al. (2006). Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology*, 55:593–597.

Akwara PA et al. (2005). *An in-depth analysis of HIV prevalence in Ghana: further analysis of demographic and health survey data*. April. Calverton, ORC Macro.

Alary M et al. (2002). Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS*, 16(3):463–70.

Anderson BA, Phillips HE (2006). *Adult mortality (age 15–64) based on death notification data in South Africa: 1997–2004*. Report No. 03–09–05. Pretoria, Statistics South Africa.

Baltazar G (2005). *HIV sentinel surveillance 2004*. Slide presentation. June. Ministry of Health Kenya.

Bello GA, Chipeta J, Aberle-Grasse J (2006). Assessment of trends in biological and behavioural surveillance data: is there any evidence of declining HIV prevalence or incidence in Malawi? *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i9–i13.

Bradshaw D et al. (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*; 94(4): 278–279.

Bunnell R et al. (2006). Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after two years of antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. Abstract MOAC0204. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Central Statistical Agency and ORC Macro (2006). *Ethiopia demographic and health survey 2005: final report*. Addis Ababa and Calverton, Central Statistical Agency and ORC Macro.

Central Statistical Office et al. (2004). *Zambia Sexual Behaviour Survey 2003*. Lusaka and North Carolina, Central Statistical Office and MEASURE Evaluation.

Central Statistical Office et al. (1999). *Zambia Sexual Behaviour Survey 1998*. Lusaka and North Carolina, Central Statistical Office and MEASURE Evaluation.

Centre de recherche pour le développement humain et MEASURE DHS+ (2005). *Enquête démographique et de santé 2005: rapport préliminaire*. Dakar and Calverton, CRDH, MEASURE DHS+.

Cheluget B, Marum L, Stover J (2006). Evidence for population-level declines in adult HIV prevalence in Kenya. S*exually Transmitted Infections*, 82(2). April.

Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2006). *Relatorio de actividades por 2005*. Maputo, Ministerio da Saude do Mocambique.

Dahoma M et al. (2006). Prevalence of HIV, hepatitis B and C and syphilis infection in substance users in Zanzibar. Abstract WEAX0104. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Department of Health South Africa (2006). *National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2005*. Pretoria, Department of Health South Africa.

Dewing S et al. (2006). Review of injection drug use in six African countries: Egypt, Kenya, Mauritius, Nigeria, South Africa and Tanzania. *Drugs: education, prevention and policy*, 13(2)121–137.

Direction Nationale de la Statistique Guinée and ORC Macro (2006). *Enquête démographique et de santé, Guinée 2005*. Calverton, Direction Nationale de la Statistique Guinée and ORC Macro.

Dorrington R et al. (2001). *The impact of HIV/AIDS on adult mortality in South Africa*. September. Medical Research Council. Available at http://www.mrc.ac.za/bod/

Fabiani M et al. (2006). HIV-1 prevalence in the conflict-affected region of northern Uganda. Abstract C15. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Federal Ministry of Health Ethiopia (2006). *AIDS in Ethiopia, 6th edition*. September. Addis Ababa, Federal Ministry of Health.

Federal Ministry of Health Ethiopia (2004). *AIDS in Ethiopia, 5th edition*. June. Addis Ababa, Federal Ministry of Health, Disease Prevention and Control Department.

Federal Ministry of Health Nigeria (2006). 2*005 National HIV/syphilis seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics: technical report*. April. Abuja, Federal Ministry of Health.

Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC

Macro (2004). *Ghana demographic and health survey 2003*. Calverton, Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, and ORC Macro.

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*, 81:342–344.

Gouws et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl iii):iii51–iii55.

Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behaviour change in eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664–666.

Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Submitted for publication).

Hladik W et al. (2006). HIV/AIDS in Ethiopia—where is the epidemic heading? *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.

Institut National de la Statistique et al. (2005). *Rwanda demographic and health survey 2005, preliminary report*. Octobre. Kigali et Calverton, Ministère des Finances et de la Planification and MEASURE DHS.

Institut National de la Statistique and ORC Macro (2005a). *Enquête démographique et de santé, Madagascar 2003–2004: rapport de synthèse*. Calverton, Institut National de la Statistique and ORC Macro.

Institut National de la Statistique and ORC Macro (2005b). *Enquête démographique et de santé Cameroun 2004*. Juin. Yaoundé and Calverton, Institut National de la Statistique and ORC Macro.

Institut National de la Statistique et de la démographie and ORC Macro (2004). *Enquête démographique et de santé Burkina Faso 2003*. Calverton, Institut National de la Statistique et ORC Macro.

Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (2005). *Relatorio de UNGASS 2006*. Luanda, Republica de Angola.

Kamya MR et al. (2006). Effect of HIV-1 infection on antimalarial treatment outcomes in Uganda: a population-based study. *Journal of Infectious Diseases*, 193:9–15.

Kayirangwa E et al. (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. I): i27–i31.

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. I):136–141.

Mahomva A et al. (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997–2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.

McCurdy SA et al. (2005a). The emerging heroin epidemic in Dar es Salaam, Tanzania: youth hangouts, maghetto and injecting practices. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S65–76.

McCurdy SA et al. (2005b). New injecting practice increases HIV risk among drug users in Tanzania. *British Medical Journal*, 331:778.

Medical Research Council, WHO, CDC (2006). *Report of an expert consultation on drug-resistant tuberculosis, Johannesburg, 7–8 September*. Available at http://www.who.int/tb/kg1/en/index.html

Medical Research Council (2005). *South African national burden of disease study 2000.* Medical Research Council. Cape Town. Available at: http://www.mrc.ac.za/bod/reports.htm

Ministère de la santé et de la population République du Congo (2005). *Prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles au Congo: une enquête anonyme non corrélée (2005)*. Brazzaville, Ministère de la santé et de la population.

Ministère de la santé Bénin (2006). *Rapport de la surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin année 2005*. Avril.

Ministère de la santé et de la prévention médicale Sénégal (2005). *Sénégal enquête démographique et de santé 2005 rapport préliminaire*. Juillet. Dakar et Calverton, Ministère de la santé et de la prévention médicale et MEASURE DHS+ ORC Macro.

Ministère de la santé Mali (2005). *Rapport: surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes*. Novembre. Bamako, Ministère de la Santé.

Ministère de la santé publique Burundi (2005). *Bulletin épidemiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2004*. Août. Bujumbura, Ministère de la santé publique.

Ministère de la santé publique Burundi (2005). *Bulletin épidemiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2004*. Sept. Bujumbura, Ministère de la santé publique.

Ministère de la santé Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. Février. Lomé, Ministère de la santé.

Ministry of Health and Population Malawi (2005). *HIV and syphilis sero survey and national HIV prevalence estimates report*. Lilongwe, Ministry of Health and Population Malawi.

Ministry of Health and Social Services Namibia (2005). *Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Namibia Country Report 2005*. December. Windhoek, Ministry of Health and Social Services Namibia.

Ministry of Health and Social Services Namibia (2004). *Report of the 2004 national HIV sentinel survey*. Windhoek, Ministry of Health and Social Services Namibia.

Ministry of Health and Social Welfare Lesotho and ORC Macro (2004). *2004 Lesotho Demographic and Health Survey*. Maseru and Calverton, Ministry of Health and Social Welfare and ORC Macro.

Ministry of Health and Social Welfare Swaziland (2005). *9th round of national HIV serosurveillance in women attending antenatal care services at health facilities in Swaziland: survey report*. March. Mbabane, Ministry of Health and Social Welfare Swaziland.

Ministry of Health Botswana (2006). *2005 Botswana second generation HIV/AIDS surveillance: technical report*. Gaborone, Ministry of Health Botswana.

Ministry of Health Eritrea (2006). *Results from the 2005 round of HIV sentinel surveillance in pregnant women*. Asmara, Ministry of Health Eritrea.

Ministry of Health Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. National AIDS and STI Control Programme (NASCOP). Nairobi, Ministry of Health Kenya.

Ministry of Health Uganda and ORC Macro, 2006. *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. March. Kampala and Calverton, Ministry of Health and ORC Macro.

Ministry of Health Zambia (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994–2004*. November. Lusaka, Ministry of Health Zambia.

Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, resurgent infections and population change in Africa*. Springer.

Mundandi C et al. (2006). No difference in HIV incidence and sexual behaviour between out-migrants and residents in rural Manicaland, Zimbabwe. *Tropical Medicine and International Health,* 11(5):705–711.

NAC and UNAIDS (2006). *Lesotho 2005 UNGASS country report: status of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV/AIDS, January 2003–December 2005*. Maseru, Government of Lesotho.

National AIDS Commission Malawi (2005). *HIV and syphilis sero-survey and national HIV prevalence estimates report 2005*.

National AIDS Coordinating Agency Botswana (2005). *Botswana AIDS impact survey II: popular report*. March. Gaborone, Republic of Botswana.

National AIDS/STI Control Programme (2006). *HIV sentinel survey report 2005*. Accra, Ghana Health Service.

National Bureau of Statistics Tanzania and ORC Macro (2005). *Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003–04*. Calverton.

National Statistical Office and ORC Macro (2005). *Malawi demographic and health survey 2004*. Calverton, National Statistical Office and ORC Macro.

National Statistical Office and ORC Macro (2001). *Malawi demographic and health survey 2000, Malawi final report*. Calverton, National Statistical Office and ORC Macro.

National Statistical Office and ORC Macro (1997). *Malawi demographic and health survey 1996, Malawi final report*. Calverton, National Statistical Office and ORC Macro.

National STD and HIV/AIDS Control Programme (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data—2004 round*. Maputo, Ministry of Health.

Ndetei D (2004). *Study on the assessment of the linkages between drug abuse, injecting drug abuse and HIV/AIDS in Kenya: a rapid situation assessment 2004*. Nairobi, United Nations Office on Drugs and Crime.

Njogu P et al. (2006). HIV infection in Dadaab refugee camps. Abstract THPE0506. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Odek-Ogunde M (2004). *World Health Organization phase II drug injecting study: behavioural and seroprevalence (HIV, HBV, HCV) survey among injecting drug users in Nairobi*. Nairobi, WHO.

Pettifor AE et al. (2004). *HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 15–24-year-olds*. April. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.

Présidence du Faso (2005). Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDAA (UNGASS): cadre pour la présentation des reports pays—période concernée janvier–décembre 2004. Ouagadoudou.

République du Tchad (2005). *Enquête Démographique et de Santé au Tchad, 2004*. N'Djamena et Calverton, INSEED et Macro International.

Sandoy IF et al. (2006). Antenatal clinic-based HIV prevalence in Zambia: declining trends but sharp local contrasts in young women. *Tropical Medicine and International Health*, 11(6):917–28.

Seipone KMD (2006). *Trends of HIV Prevalence in Botswana*. Gaborone, Department of HIV/AIDS Prevention and Care, Ministry of Health.

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.

Shisana O et al. (2005). *South African national HIV prevalence, HIV incidence, behaviour and communication survey*. Pretoria, Human Sciences Research Council. Available at http://www.hsrc.ac.za/media/2005/11/20051130_1.html

Somi GR et al. (2006). Estimating and projecting HIV prevalence and AIDS deaths in Tanzania using antenatal surveillance data. *BMC Public Health*, 3(6).

Spiegel P, Harroff-Tavel H (2006). HIV and internally displaced persons: a review of the evidence. Abstract CDE0390. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Statistics South Africa (2006). *Mortality and causes of death in South Africa, 2003 and 2004: Findings from death notification*. Pretoria, Statistics South Africa.

Sulliman F, Ameerberg SAG (2004). *Mauritius epidemiology network on drug use report: January-June 2004*. Port Louis.

Sulliman F, Ameerberg SAG, Dhannoo MI (2004). *Rapid situation assessment*. Port Louis.

Swai R et al. (2006). Surveillance of HIV and syphilis infections among antenatal clinic attendees in Tanzania–2003/2004. *BMC Public Health*, 6(91).

ЮНЭЙДС (2006). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева, ЮНЭЙДС.

UNAIDS (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. November. Geneva, UNAIDS.

Urassa W et al. (2006). Evidence of a substantial decline in prevalence of HIV-1 infection among pregnant women: data from 1995 to 2003 in Dar es Salaam, Tanzania. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(3):272–8.

Wade AS et al. (2005). HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19:2133–2140.

Weiser SD et al. (2006). Routine HIV testing in Botswana: A population-based study on attitudes, practices and human rights concerns. *PLoS Medicine*, 3(7):e261.

WHO/UNAIDS (2006). Progress in scaling up access to HIV treatment in low and middle-income countries, June 2006. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

ВОЗ (2006). Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Женева, ВОЗ.

WHO (2005a). 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 Somaliland: a technical report. July. *Geneva*, WHO.

WHO (2005b). 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. July. *Geneva*, WHO.

АЗИЯ

Abbas SS (2006). Knowledge of HIV/AIDS and perception of self risk among high risk groups and its correlation with their risky behaviours: A study in two major cities of Pakistan. Abstract CDC1836. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

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.

Altaf A et al. (2006). Behavioral characteristics of male and eunuch (hijra) sex workers in Karachi, Pakistan. Abstract CDC0439. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Andhra Pradesh State AIDS Control Society (2004). *8^{th} round of national annual sentinel surveillance for HIV, Andhra Pradesh*. Hyderabad, Andhra Pradesh State AIDS Control Society.

Anthony J et al. (2006). Men who have sex with men in southern India: typologies, behaviour and implications for preventive interventions. Abstract CDD0331. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Basu JK, Koliwad V (2006). High risk behaviour among injecting drug users in Mumbai, India—time to scale up interventions. Abstract CDD0615. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Buckingham R et al. (2005). Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand. *AIDS Care,* 17(5):640–7.

Chawarski MC et al. (2006). Heroin dependence and HIV infection in Malaysia. *Drug Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1): S39–42.

Chen X, Yi Z et al. (2006). Effectiveness of a 100% condom use programme in China's Hunan province. Abstract MOPE0599. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Chen Y, Chen X et al. (2006). Outreach-based needle and syringe exchange among injection drug users in China's Hunan province. Abstract TUPE0564. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

China State Council AIDS Working Committee Office and UN Theme Group on HIV/AIDS in China (2004). A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China. December.

Choi K et al. (2006). Social and sexual network characteristics are associated with HIV risk among men who have sex with men (MSM) in Shanghai, China. Abstract TUPE0470. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Choi KH et al. (2006). Lack of HIV testing and awareness of HIV infection among men who have sex with men, Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 18(1): 33–43.

Choi SY (2006a). Violence against sex workers in China and its association with STD infection. Abstract CDD0173. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Christian J, Zhiyong Z et al. (2006). Risk behaviour among intravenous drug users and improved programming in Yunnan province, China. Abstract MOPE0479. XVI International AIDS conference. 13–18 August. Toronto.

Cohen J (2004). HIV/AIDS in China: an unsafe practice turned blood donors into victims. Science, 304:1438–1439.

Dandona R et al. (2006a). How much attention is needed towards men who sell sex to men for HIV prevention in India? *BMC Public Health*, 6:31.

Dandona R et al. (2006b). Demography and sex work characteristics of female sex workers in India. *BMC International Health and Human Rights*, 6(1):5.

Dandona R et al. (2005). High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. *BMC Public Health*, 5:87.

Deb A, Detels R (2006). Prevalence of HIV/STIs and related risk behaviours among migrant and local male factory workers in Kolkata, India. Abstract CDC0121. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Department of Health Myanmar (2004). Sentinel surveillance data for March–April 2004. Yangon, Department of Health Myanmar.

Department of Health Philippines (2005). *Consensus report on HIV and AIDS epidemiology 2005*. Manila, Department of Health Philippines.

Department of Health Philippines (2003). *Status and trends of HIV/AIDS in the Philippines: the 2002 technical report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System*. Manila, Department of Health Philippines.

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.

Giang LM et al. (2006). HIV risks among young male migrants using heroin in Hanoi, Viet Nam. Abstract WEAD0204. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Gorbach PM et al. (2006). Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997–2003. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.

Gorbach PM et al. (2000) Sexual bridging by Cambodian men. *Sexually Transmitted Diseases*, 27:320–326.

Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):iii51–55.

Hallett TB, Garnett GP (2006). Has global HIV peaked? (correspondence). *Lancet*, 368:116–117. Available at http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606689976/fulltext

Hammett TM, Des Jarlais DC et al. (2006). Addressing a generalized HIV epidemic on the Viet Nam-China border. Abstract CDC0819. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Huang M, Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):1001–09.

Hesketh T, Duo L et al. (2005). Attitudes to HIV and HIV testing in high prevalence areas of China: informing the introduction of voluntary counselling and testing programmes. *Sexually Transmitted Infections*, 81:108–112.

Hesketh T et al. (2006). HIV and syphilis in migrant workers in eastern China. *Sexually Transmitted Infections*, 82(1):11–4.

Hesketh T et al. (2005). HIV knowledge and risk behaviour of female sex workers in Yunnan Province, China: potential as bridging groups to the general population. *AIDS Care*, 17(8): 958–66.

Hien NT et al. (2004). *Risk factors for HIV seropositivity among young heroin injecting drug users in Quang Ninh province, Viet Nam*. Submitted for publication, cited in Hien NT et al. (2004a). HIV/AIDS epidemics in Viet Nam: evolution and responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):137–154.

Iamsirithaworn S, Detels R (2006). Evaluation of HIV sentinel sero-surveillance system in Thailand, 2005. Abstract TUPE0326. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Jana S et al. (1998). STD/HIV intervention with sex workers in West Bengal, India. *AIDS*, 12(Suppl. B):S101–S108.

Ji G et al. (2006). Correlates of HIV infection among former blood/plasma donors in rural China. *AIDS*, 20(4): 585–91.

Jiang J et al. (2006). High prevalence of sexually transmitted diseases among men who have sex with men in Jiangsu Province, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2): 118–23.

John TJ (2006). HIV prevalence in young adults in south India (correspondence). *Lancet*, 386:113–114. Available at http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606689927/fulltext

Kang H et al. (2005). *HIV/AIDS in south Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. Washington and Winnipeg, World Bank and University of Manitoba.

Kawichai S et al. (2006). HIV voluntary counseling and testing and HIV incidence in male injecting drug users in northern Thailand: evidence of an urgent need for HIV prevention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(2): 186–93.

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.

Kumar 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 and Family Welfare.

Kumar S (1998). Model for sexual health found in India's West Bengal. *Lancet*, 351:46.

Kumta S et al. (2006). Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India. Abstract WEPE0736. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Lancet (2006). India in the spotlight (editorial). *Lancet*, 367:1876. June 10.

Lengh HB (2004). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia: 2002*. National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STD, Phnom Penh.

Li X, Li D et al. (2006). HIV and syphilis infection among men who have sex with men in Beijing, China: potential for rapid HIV transmission. Abstract CDC0093. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Liu H et al. (2006). Drug users: potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111–117.

Liu H, Wang N et al. (2006). HIV prevalence and the risk behaviours among MSM in Beijing, China. Abstract CDC1698. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Longfield K, Zhiyong Z et al. (2006). Trends in needle-sharing among intravenous drug users in China, Thailand and Viet Nam. Abstract THPE0730. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Lu F, Wang N et al. (2006). HIV/AIDS epidemic in China: increasing or decreasing? Abstract MOPE0462. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Lurie M et al. (1997). Migrancy and HIV/STDs in South Africa—a rural perspective. *South African Medical Journal*, 87(7): 908–9.

Lurie M et al. (2003). The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa: a study of migrant and nonmigrant men and their partners. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(2):149–56.

Luu Thi Minh C, Tran Nhu N et al. (2006a). HIV prevalence and risk behaviours among injecting drug users in Ho Chi Minh City, Hai Phong and Hanoi, Viet Nam. Abstract TUPE0521. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Luu Thi Minh C, Tran Nhu N et al. (2006b). HIV prevalence and risk behaviours among female sex workers in Hai Phong and Ho Chi Minh City, Viet Nam. Abstract CDC0320. 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.

Mahendra VS et al. (2006). How prevalent is AIDS-related stigma among health-care workers? Developing and testing a stigma index in Indian hospitals. Abstract TUPE0729. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Mastro TD, Yip R (2006). The legacy of unhygienic plasma collection in China. *AIDS*, 20:1451–1452.

Mateo RJ et al. (2003). HIV/AIDS in the Philipppines. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):43–52.

Mills E et al. (2005). The HIV/AIDS epidemic in Cambodia. *Lancet Infectious Diseases*, 5(10):596–7.

Mingjian N et al. (2006). HIV/AIDS prevalence and behaviour in drug users and pregnant women in Kashgar Prefecture: case report. *Harm Reduction Journal*, 3:7.

Ministry of Health China, UNAIDS, WHO (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.

Ministry of Health Malaysia and WHO (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—epidemiology in 2004: Malaysia*. Kuala Lumpur, Ministry of Health and WHO.

Ministry of Health Pakistan, DfID, Family Health International (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high-risk groups in Lahore and Karachi, 2005*. Karachi, Ministry of Health, Department for International Development, Family Health International.

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.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva, Monitoring the AIDS Pandemic Network.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005b). *Sex work and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva, Monitoring the AIDS Pandemic Network.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). *AIDS in Asia: face the facts—a comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Geneva, Monitoring the AIDS Pandemic Network.

Moses S et al. (2006). Prevalence and determinants of HIV infection in rural India: an expanding, heterogeneous rural epidemic. Abstract MOPE0730. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Nai Zindagi (2006). *The lethal overdose: injecting drug use and HIV/AIDS*. May. Islamabad, Nai Zindag. Available at www.naizindagi.com

National AIDS Commission Indonesia (2006). Country report on the follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) 2004–2005.

National AIDS Control Organization (2005a). *An overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India*. New Delhi, National AIDS Control Organization. Available at http://www.cacoonline.org/facts_overview.htm

National AIDS Control Organization (2005b). *Facts and figures: an overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India*. New Delhi, National AIDS Control Organization. Available at http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm

National AIDS Control Organization (2005c). *Statewise HIV prevalence. Facts and figures (1998–2004)*. Available at http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm

National AIDS Control Organization (2004a). *Annual report 2002–2003, 2003–2004*. Delhi, Ministry of Health and Family Welfare.

National AIDS Control Organization (2004b). Observed HIV prevalence levels state-wise: 1998–2004. Available at http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm

National AIDS Programme Myanmar (2005). *HIV sentinel surveillance 2005*. Yangon, National AIDS Programme.

National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2004). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2003: results, trends and estimates*. December. Phnom Penh, National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD.

National Drug Agency (2005). *Annual Report*. Kuala Lumpur, National Drug Agency.

National Epidemiology Center (2006). *HIV and AIDS registry: monthly update*. June. Manila, Department of Health. Available at http://www.doh.gov.ph/NEC/HIV.htm

National Institute of Hygiene and Epidemiology and ORC Macro (2006). *Vietnam population and AIDS indicator survey 2005*. Hanoi and Calverton, General Statistical Office and ORC Macro.

Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):27–42.

Nhurod P, Bollen L et al. (2006). High HIV prevalence among street-based sex workers in Bangkok, Thailand. Abstract MOPE0355. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Ono-Kihara M et al. (2001). Sexual practices and the risk for HIV/STDs infection of youth in Japan. *Journal of the Japan Medical Association*, 126(9)1157–1160, cited in Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):27–42.

Phal S et al. (2006). Low rate of known HIV status among pregnant women in Cambodia. Abstract CDD1376. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Phalkun M et al. (2006). HIV, sexually transmitted infections and related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men. CDC0618. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Pham P, Pham H et al. (2006). Sexually transmitted infection surveillance linked with HIV sentinel surveillance in Hai Phong City, Viet Nam. Abstract CDC0182. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Pisani E (2006). Estimating the number of drug injectors in Indonesia. *International Journal of Drug Policy*, 17:35–40.

Pisani E et al. (2003). Sexual behavior among injection drug users in three Indonesian cities carries a high potential for HIV spread to noninjectors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(4):403–6.

Plipat T, Teeraratkul A (2006). National HIV incidence surveillance using BED capture immunoassay among pregnant women. Abstract CDC0356. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Punpanich W et al. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: yesterday, today and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):119–136.

Qian HZ et al. (2006). Injection drug use and HIV/AIDS in China: review of current situation, prevention and policy implications. *Harm Reduction Journal*, 3:4.

Ramesh B et al. (2006). Sex work typology and risk for HIV in female sex workers: findings from an integrated biological and behavioural assessment in the southern Indian state of Karnataka. Abstract WEAC0305. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Riono P, Jazant S (2004). The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):78–90.

Roy G et al. (2006) The importance of sex worker's organization in increasing coverage in the state of West Bengal, India. Abstract CDC1065. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Schumacher CM, Go VF et al. (2006). High-risk sexual behaviour among injection drug users in northern Viet Nam. Abstract CDD0588. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Shimada K et al. (2006). How to respond to gay/MSM infection in Japan: local governments need help. Abstract CFF0715. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Sopheab H et al. (2006). HIV-related risk behaviours in Cambodia and effects of mobility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(1):81–86.

Sravankumar K, Prabhakar P, Mythri STI/HIV Study Group (2006). High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India. Abstract MOPE0582. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Srikrishnan AK et al. (2006). Incidence and prevalence of HIV and co-infections among injecting drug users in Chennai, India—cause for concern. Abstract MOPE0441. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Statistics Indonesia and Ministry of Health Indonesia (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Statistics Indonesia and Ministry of Health.

Thwe M et al. (2005). *Behavioural Surveillance Survey 2003, General Population and Youth*. Ministry of Health, Department of Health, National AIDS Control Programme, February.

Todd S et al. (2006a). Prevalence of HIV, viral hepatitis, syphilis and risk behaviours among injection drug users in Kabul, Afghanistan. Abstract TUAC0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Todd S et al. (2006b). HIV knowledge and risk-reduction behaviours among injection drug users in Kabul, Afghanistan. Abstract TUAC0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Tran TN et al. (2005a). Drug use among female sex workers in Hanoi, Viet Nam. *Addiction*, 100(5):619–25.

Tran TN et al. (2005b). HIV infection and risk characteristics among female sex workers in Hanoi, Viet Nam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):581–6.

ЮНЭЙДС (2006). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева, ЮНЭЙДС.

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):844–848. August 11.

Wan S, Zhang J (2006). Research on HIV/AID-related behaviours of 986 clients of sex workers in Sichuan province, China. Abstract WEAX0401. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Wang B et al. (2006). HIV-related risk and history of sexually transmitted disease among male migrants who patronize commercial sex in China. Abstract MOAC0305. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Wang, Li et al. (2006). HIV-related risk behaviors and history of sexually transmitted diseases among male migrants who patronize commercial sex in China. Abstract MOAC0305. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Wang N, Jia W et al. (2006). HIV infection was not evidently extended to the general population in communities with former plasma and blood donors in Shanxi province, China. Abstract CDC0011. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Wang N, Yang Z et al. (2006). HIV infection and other sexually transmitted infections among female sex workers in a mining township in Yunnan. Abstract TUPE0297. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

WHO/UNAIDS (2006b). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low- and middle-income countries, June 2005*. Fact sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

Wi T et al. (2002). *RTI/STD prevalence in selected sites in the Philippines*. Manila, Department of Health and Family Health International.

Wiwat P, Brown T, Calleja-Garcia JM (2005). Report from the Technical Working Group on HIV/AIDS Projection and Demographic Impact Analysis in Myanmar. September. Yangon.

World Bank (2005). *AIDS in South Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. August. Washington, World Bank.

Wu Z, Pang L et al. (2006). Needle-exchange programmes in China. Abstract CDC0905. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Xu H, Zhang B et al. (2006). HIV epidemic status and behavioural surveillance among MSM in China. Abstract WEAC0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Yang H et al. (2005). Heterosexual transmission of HIV in China: a systematic review of behavioral studies in the past two decades. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(5):270–280. May.

Yu M et al. (2006). Sexual risk behaviour of injection drug users attending STI clinics in Mumbai, India. Abstract CDD0594. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Zhang, Hu, Hesketh T (2006). HIV prevalence in China not as high as predicted: evidence from antenatal testing in Yunnan province. Abstract CDC0389. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Zhang L, Ruan Y et al. (2006). Continued spread of HIV among injecting drug users in southern Sichuan province, China. Abstract MOPE0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Zhao M et al. (2006). HIV sexual risk behaviors among injection drug users in Shanghai. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S43–7.

ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ

AIDS Foundation East West (2006). *Officially registered HIV cases in the Russian Federation: 1 January 1987 through 30 June 2006*. AIDS Foundation East West.

"СПИД Инфосвязь" (2005 г.). Исследование "Риски заражения ВИЧ, гепатитом В и ИППП среди женщин секс-работниц". Москва, "СПИД Инфосвязь" de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6):537–42.

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. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.

Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Информационный бюллетень № 27, ВИЧ-инфекция. Министерство здравоохранения и социального развития, Москва, 2005 г.

Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Доклад на совещании по вопросу обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции для населения Российской Федерации. Москва, 15–16 декабря 2005 г.

Федеральная служба в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (2006 г.). *Страновой отчет Российской Федерации по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Отчетный период: январь-декабрь 2005 г. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития*.

Godinho J et al. (2005). *Reversing the tide: priorities for HIV/AIDS prevention in Central Asia*. Washington, World Bank.

Ж.-П. Грунд и др. “Quo vadis? (Что происходит?) Роль потребителей инъекционных наркотиков в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине”. – Украинский центр СПИДа, Киев, 2005 г.

Harawa NT et al. (2004). Associations of race/ethnicity with HIV prevalence and HIV-related behaviors among young men who have sex with men in seven urban centers in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(5):526–36.

Khaldeeva N et al. (2002). HIV-1 seroprevalence rates in women and relinquishment of infants to the state of St Petersburg, Russian, 2002. *Lancet*, 362:1981–1982.

Koblin BA et al. (2006). Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS*, 20(5):731–9.

Кошкина и др. (2003 г.) Население и кризисы. В сб.: "Демография ВИЧ", Выпуск 1, Москва , “Макс-Пресс”

Kozlov AP et al. (2006). HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia. *AIDS*, 20:901–906. (Козлов А.П. и др. Заболеваемость ВИЧ и факторы, связанные с заражением ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в Санкт-Петербурге, Россия)

Министерство здравоохранения и социального развития России (2004 г.). *Социально-обусловленные заболевания в 2003 году: статистический отчет*. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития.

Министерство здравоохранения Казахстана и др. (2005 г.). *Результаты изучения реальной ситуации с наркоманией в Казахстане*. Алматы (на русском языке).

Министерство здравоохранения Таджикистана (2006). Конференция “Применение данных дозорного эпиднадзора в двух пилотных городах (Душанбе и Ходжент). Июнь, Душанбе, Министерство здравоохранения *Conference launch of sentinel surveillance data in two pilot cities (Dushanbe, Khodjent)*. June. Dushanbe, Ministry of Health.

Ministry of Health Ukraine (2006a). Ukraine: National report on the follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS—Reporting period January 2003–December 2005. Kyiv, Ministry of Health.

Министерство здравоохранения Украины (2006b). Неопубликованные данные. Октябрь. Киев.

Министерство здравоохранения Украины и др. (2006a). *ВИЧ-инфекция в Украине. Информационный бюллетень № 26*. Август. Киев, Министерство здравоохранения в Украине, Украинский центр СПИДа, Институт эпидемиологии им. Л.В. Громашевского, Центральная санитарно-эпидемическая станция Министерства здравоохранения Украины.

Ministry of Health of Ukraine et al. (2006b). *Report on the national consensus estimates on HIV and AIDS in Ukraine as of end of 2005*. June. Kyiv, Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian AIDS Centre, WHO, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, UNAIDS.

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, (2005a). Дозорный надзор за ВИЧ-инфекцией в группах лиц с рискованным поведением на территориях Северо-Западного округа РФ. Санкт-Петербург.

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера,(2005b). Дозорный надзор за ВИЧ-инфекцией в группах лиц с рискованным поведением в Волгоградской области, Санкт-Петербург.

Покровский В. (2006 г.). "Эпидемия ВИЧ/СПИДа в России: тенденции, уроки, основные проблемы и возможности для расширения ответных действий". Доклад на XVI Международной конференции по СПИДу. 13–18 августа 2006 г., Торонто.

Population Services International (2006). *Understanding risk profiles: results of an internet-based survey on sexual health among men who have sex with men in the Russian Federation*. March. Geneva, Population Services International Research Division.

Rhodes T et al. (2006). Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia: a multi-city study. *Addiction*, 101(2):252–66.

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.

Scherbinska A et al. (2006). HIV infection in Ukraine: a review of epidemiological data. Abstract CDC0398. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Shaboltas AV et al. (2006). HIV prevalence, sociodemographic, and behavioral correlates and recruitment methods among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(5):657–63.

Смольская Т. и др. (2005 г.). Дозорный сероэпидемический и поведенческий надзор среди женщин-работниц секс-бизнеса в Санкт-Петербурге, Российская Федерация, в 2003 году. Санкт-Петербург, НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера.

Smolskaya TT et al. (2004). HIV sentinel surveillance in high-risk groups in Azerbaijan, Republic of Moldova and the Russian Federation. WHO EUR:03/5057956, cited in EuroHIV (2005). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2004, No. 71. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

Государственный департамент исполнения наказаний (2006 г.). Неопубликованные данные. Октябрь, Киев.

Todd CS et al. (2005). Human immunodeficiency virus (HIV) infection in female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. Abstract MP-025. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10–13 July. Amsterdam.

Украинский центр СПИДа (2006 г.). Неопубликованные данные. Октябрь, Киев.

ЮНЭЙДС (2006). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева, ЮНЭЙДС.

Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 194(1):11–9.

WHO (2005). HIV/AIDS country profiles for the WHO European region. Available at http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20051114_1

WHO/UNAIDS (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low- and middle-income countries, June 2006*. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

КАРИБСКИЙ РЕГИОН

Allen CF et al. (2006). STI service use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):1–6.

Caribbean Commission on Health and Development (2005). *Report of the Caribbean Commission on Health and Development for the 26th Meeting of the CARICOM Heads of Government: overview*. July 3–6. Saint Lucia. Available at http://www.cpc-paho.org/publications/publication.aspx?id=59

Cohen J (2006a). The overlooked epidemic. *Science*, 313:468–469.

Cohen J (2006b). A sour taste on the sugar plantations. *Science*, 313: 473–475.

Department of Public Health The Bahamas (2004). HIV Surveillance 1992–2003. Nassau, Department of Public Health The Bahamas.

Deren S et al. (2004). HIV incidence among high-risk Puerto Rican drug users: a comparison of East Harlem, New York, and Bayamon, Puerto Rico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36(5):1067–1074.

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 HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: survey of female sex workers. Abstract CDC0313. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Guyana Presidential Commission on HIV/AIDS (2006). *Status of the national response to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS: for the reporting period of January 2003 to December 2005*. Georgetown, Guyana Presidential Commission on HIV/AIDS.

Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9–S25.

Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005–2006*. Juillet. Pétion ville et Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro

Kang SY et al. (2005). HIV transmission behaviours in jail/prison among Puerto Rican drug injectors in New York and Puerto Rico. *AIDS Behaviour*, 9(3):377–386.

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.

Kilaru K et al. (2006). Changing HIV mortality rate and causes of death among persons with HIV infection before and after the introduction of HAART in Barbados. Abstract TUPE0170. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Kumar A et al. (2006). Uptake of the health-care services and the health status of the HIV-infected women diagnosed from the antenatal HIV screening in Barbados, 1994–2004. Abstract WEPE0245. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Kumar A, Singh AB (2004). Impact of the AIDS prevention program on trends in prevalence and incidence of HIV infection among pregnant women in Barbados. Abstract ThPeC7282. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok.

Louis C et al. (2006). Poverty and risk of HIV infection in central Haiti. Abstract CDD0011. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Ministerio de salud de Cuba (2006). *Informe de Cuba en virtud e lo establecido en la resolución 60/224 titulada 'preparativos y organización de la reunión de 2006 dedicada al seguimiento de los resultados del vigésimo sexto periodo extraordinario de sesiones: aplicación de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA'*. Marzo. Havana, Ministerio de salud de Cuba.

Ministry of Health Jamaica (2006). *Facts and figures: HIV/AIDS Epidemic Update 2005*. Ministry of Health Jamaica.

Ministry of Public Health and Population Haiti (2006). *UNGASS report: Haiti 2005*. January.

Perez J et al. (2006). HIV infection and access to antiretrovirals in Cuba. Abstract CDB1132. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Reid SD (2006). Poor educational attainment and sexually transmitted infections associated with positive HIV serostatus among female in-patient substance abusers in Trinidad and Tobago. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S81–84.

Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005a). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Enero. Santo Domingo, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica.

Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005b). *De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004*. Marzo. Santo Domingo, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID-FHI/CONECTA.

Severe P et al. (2005). Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *The New England Journal of Medicine*, 353(22):2325–2334.

ЮНЭЙДС (2006). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева, ЮНЭЙДС.

Westerbs MJ et al. (2006). Barriers to the systematic use of condoms by sexually active youth in Central Haiti. Abstract CDC0692. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

WHO/UNAIDS (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low and middle-income countries, June 2006*. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА

Bautista CT et al. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sexually Transmitted Infections*, 82(4): 311–6.

Berquo E (2005). *Comportamento sexual e percepcoes da populacao Brasileira sobre o HIV/AIDS* [apresentacao]. Brasilia, Programa Nacional de DST e AIDS.

Bravo-Garcia E, Magis-Rodriquez C, Saavedra J (2006). New estimates in Mexico: more than 180 000 people living with HIV. Abstract CDC0411. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Caiaffa WT et al. (2006). The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AjUDE-Brasil I and II Projects. *Cadernos de Saude Publica*, 22(4): 771–82.

Cardoso AJC et al. (2005). Sexual behaviour and HIV infection among pregnant women receiving prenatal care: an information system for HIV epidemiological surveillance in Brazil in 2005. (In press).

Cohen J (2006a). The overlooked epidemic. *Science*, 313:468–469.

Cohen J (2006b). Up in smoke: epidemic changes course. *Science*, 313:487–488.

Cohen J (2006c). A new nexus for HIV/AIDS research. *Science*, 313:488–490.

Cohen J (2006d). Struggling to deliver on promises and assess HIV's spread. *Science*, 313: 480–481.

Cohen J (2006e). Why so high? A knotty story. *Science*, 313:481–482.

Cohen J (2006f). Land of extremes: Prevention and care range from bold to bleak. *Science*, 313:477–478.

Dourado I et al. (2006). AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 40(Suppl).

Ferreira AD et al. (2006). Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. *Caderna de Saude Publica*, 22(4): 849–60.

Fonseca ME et al. (2006). Os programas de reducao de danos ao uso de drogas no Brasil: caacterizacao preliminar de 45 programas. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):761–770.

Fonseca MGP et al. (2003). Distribucao social da AIDS no Brasil, Segundo participacao no mercado de trabalho, ocupacao e status socio-economico dos casos de 1987–1998. *Cadernos de Saude Publica*, 19(5): 1351–1363.

Garcia J (2005). Casos notificados de SIDA y VIH según etnia y departamento de residenciaAños 2004–2005. Guatemala City, Ministry of Public Health.

Gayet C et al. (2006a). Men who sell sex—a bridge population between men and women in Mexico: HIV prevalence, sexual practices and condom use; results from a biological and behavioral surveillance. Abstract CDC0324. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Gayet C et al. (2006b). HIV prevalence and sexual behaviour among male long distance truck drivers: results from a biological and behavioural surveillance in Monterrey, Nuevo Leon, Mexico. Abstract CDC0321. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Ghee AE et al. (2006). Socio-behavioural patterns among Central American female sex workers and relationships to HIV and other sexually transmitted infections. Abstract MOPE0362. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Hacker MA et al. (2006). Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Caderna de Saude Publica,* 22(4): 751–60.

Hernandez B and Aguilar S (2004). *Informe Final: Proyecto Para El Fortalecimiento Del Sistema Nacional De Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA En Guatemala*. Guatemala City, Ministry of Public Health Guatemala.

Khalsa JH et al. (2003). Bloodborne and sexually transmitted infections in drug abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl. 5):S331–7.

Konda KA et al. (2006). Condom use by partner type among men who have sex with men in low-income, urban, coastal Peru. Abstract CDD0355. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Lama JR et al. (2006). Sexual behaviour and sexually transmitted infections among HIV-1 infected MSM in Peru. Abstract WEPE0298. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Leukefeld CG et al. (2005). Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S77–87.

Magis C et al. (2006a). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among female sex workers in two cities: Veracruz and Tijuana, Mexico. Abstract CDC0412. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Magis C et al. (2006b). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among male sex workers in two cities: Guadalajara and Mexico City, Mexico. Abstract CDC0336. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Magis-Rodriguez C et al. (2005). HIV prevalence and correlates of receptive needle sharing among injection drug users in the Mexican-U.S. border city of Tijuana. *Psychoactive Drugs*, 37(3):333–339.

Magis-Rodriguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Suppl. 4):S215–S226.

Mejia A et al. (2002). HIV-1, syphilis and hepatitis B virus prevalence and risk factors among commercial sex workers, Bogotá, Colombia, 2002. Abstract WePeC6251. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok 2004.

Ministerio de salud de Argentina (2004). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Octubre. Buenos Aires, Ministerio de Salud de Argentina.

Ministerio de salud de Peru (2005). *Sentinel surveillance report*. Lima, Ministerio de salud de Peru, Directorate of Epidemiology.

Ministerio de salud de Venezuela (2005). *Declaracion de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA UNGASS 2001: Informe del gobierno de la Republica Bolivariana de Venezuela, Periodo 2003–2005*. Caracas.

Ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala* (EMC). Ciudad de Guatemala, Ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala.

Ministry of Health Honduras (2006). *Honduras: Follow-up report to the Commitment on HIV/AIDS*. Tegucigalpa, Ministry of Health Honduras.

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 Programme Paraguay (2006). *Epidemiological surveillance report*. March. Asunción.

National AIDS Programme Uruguay (2006). *Epidemiological surveillance report*. June. Montevideo.

National AIDS Programme (2005). *Epidemiological surveillance report*. December. Buenos Aires.

Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*, 354(19):1977–1981.

ONUSIDA y Ministerio de la Proteccion Social de Colombia (2006). *Infeccion por VIH y SIDA en Colombia, Estado del arte. 2000–2005*. Mayo. Bogota, ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia.

Paiva V, Pupo LR, Barboza R (2006). The right to prevention and challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 40(Suppl.).

Pando MA et al. (2006). Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections among female commercial sex workers in Argentina. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 74(2): 233–238.

Patterson TL et al. (2006). High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among female sex workers associated with injection drug use in two Mexico–U.S. border cities. Abstract TUPE0283. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Pechansky F et al. (2006). HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1): S109–13.

Presidential Secretariat for Planning and Programming Guatemala (2006). *Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala II Informe de Avances*. Guatemala City, Presidential Secretariat for Planning and Programming Guatemala. Available at http://www.segeplan.gob.gt/docs/MetasMilenio/index.htm

Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA) (2003). *Central American multi-site HIV/STI prevalence and behaviour study*. Guatemala, Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA).
Available at http://www.pasca.org/english/estudio_eng.htm

Rossi D et al. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Caderna de Saude Publica,* 22(4):741–750.

Secretaria de Salud de Honduras et al. (2003a). *Estudio Multicentrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en Hombres que tienen sexo con Hombres en Honduras*. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.

Secretaria de Salud de Honduras et al. (2003b). *Estudio Multicentrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en Trabajadoras Comerciales del Sexo en Honduras*. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.

Secretaria de Salud de Honduras (1998). Departamento de ITS/VIH/SIDA, USAID, PASCA, CDC, OPS. Honduras, Estudio Seroepidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en Población Garifuna. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.

Soto RJ et al. (2006). Sentinel surveillance of STI/HIV and risk behaviour in vulnerable populations in five Central American countries: final results from the Estudio Multicentrico (EMC). Abstract MOPE0334. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Trevisol FS, da Silva MV (2005). HIV frequency among female sex workers in Imbituba, Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 9(6):500–505.

ЮНЭЙДС (2006). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева, ЮНЭЙДС.

Vignoles M et al. (2006). HIV seroincidence estimates among at-risk populations in Buenos Aires and Montevideo: use of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(4).

WHO/UNAIDS (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low- and middle-income countries, June 2006*. Fact sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА

Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. (2005). *VIH/SIDA: augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de Gay Survey 04*. Bull BAG, Nr.48: 891–895.

Boulos D et al. (2006). Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005. Canada Communicable Disease Report 2006, 32(15). Available at http://www.phac-aspc.gc.ac/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/dr3215e.html. A summary is available at http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2006/20060731-hiv-vih_e.html

British Medical Association (2006). Sexually transmitted infections (STI) update. March. British Medical Association. Available at http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/stiup06

Calzavara L et al. (2006). Prison needle exchange programs needed in Canada: Results of the Ontario HIV and hepatitis C (HCV) remand study. Abstract MOPE0969. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Crum NF et al. (2006). Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected patients. Analysis of the pre-, early, and late HAART (highly active antiretroviral therapy) eras. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41:194–200.

de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6): 537–42

Dodds JP et al. (2004). Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:236–240.

Elam G et al. (2006). Barriers to voluntary confidential HIV testing among African men and women in England: results from the Mayisha II community-based survey of sexual attitudes and lifestyles among Africans in England. HIV Medicines, 7(Suppl. 1):7 (Abstract O28). 12th Annual Conference of the British HIV Association. 29 March – 1 April. Brighton.

Elford J et al. (2005). *Unsafe sex among MSM living in London: still increasing?* Abstract MP–096. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10–13 July. Amsterdam.

EuroHIV (2006a). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005, No 73. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice. Available at http://www.eurohiv.org/

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

Glynn M, Rhodes P (2005). Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. In: Programs and abstracts of the 2005 National HIV Prevention Conference (Atlanta). Abstract 545. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2005:85.

Harawa NT et al. (2004). Associations of race/ethnicity with HIV prevalence and HIV-related behaviors among young men who have sex with men in seven urban centers in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(5):526–36.

Health Protection Agency United Kingdom (2006). HIV/Sexually transmitted infections (STIs). *Communicable Disease Report Weekly*, 16(30). July 27.

Health Protection Agency United Kingdom (2005). *Mapping the issues: HIV and other sexually transmitted infections in the UK—2005*. London, The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance.
Available at http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/contents.htm

Health Protection Inspectorate Estonia (2006). HIV infections in Estonia. 1988–2005. Available at http://www.tervisekaitse.ee/tkuus.php?msgid=3466

Holtgrave DR (2006). Causes of the decline in AIDS deaths, United States, 1995–2002: prevention, treatment or both? *International Journal of STD and AIDS*, 16(12)777–781.

Johnson RC, Raphael S (2006). *The effects of male incarceration dynamics on AIDS infection rates among African-American women and men*. National Poverty Center Working Paper Series 06–22. June. National Poverty Center. Available at http://www.npc.umich.edu/publications/working_papers

Koblin BA et al. (2006). Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS*, 20(5):731–9.

Lindenburg CEA et al. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20:1771–1775.

Marks G et al. (2006). Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*, 20(10):1447–1450.

McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. Abstract TuOrD1220. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok.

Miller CL et al. (2006). Elevated rates of HIV infection among young Aboriginal injection drug users in a Canadian setting. *Harm Reduction Journal*, 3(9).

Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829–837.

Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A (2006). Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992–2000. *AIDS Care*, 18:35–43.

National AIDS Trust (2006). Public attitudes towards HIV: research study conducted for the National AIDS Trust. March. London, National AIDS Trust. Available at http://www.nat.org.uk/document/119

Public Health Agency of Canada (2006). *HIV/AIDS among Aboriginal peoples in Canada: a continuing concern—HIV/AIDS epi update August 2006*. Ottawa, Public Health Agency of Canada. Available at http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi-06/index.html

Robert Koch Institut (2005). Stand und Entwicklung der HIV-epidemie in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 47. 25 November. Available at http://www.rki.de/

Rosinska M (2006). Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999–2004. Eurosurveillance, 11(4):94–97. Available at http://www.eurosurveillance.org/em/v11n04/1104-226.asp

Statistics Canada (2001). *Population by Aboriginal group, 2001 Census, Canada, provinces and territories*. Ottawa, Statistics Canada.

ЮНЭЙДС (2006). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева, ЮНЭЙДС.

US Centers for Disease Control and Prevention (2006a). Twenty-five years of HIV/AIDS—United States, 1981–2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(21):588–605. 2 June.

US Centers for Disease Control and Prevention (2006b). *A Glance at the HIV/AIDS epidemic*. April. Atlanta, Centres for Disease Control and Prevention. Available at http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/At-A-Glance.htm

US Centers for Disease Control and Prevention (2006c). *A glance at HIV/AIDS among men who have sex with me*n. January. Atlanta, Centres for Disease Control and Prevention. Available at http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/msm_glance.htm

US Centers for Disease Control and Prevention (2006d). *HIV/AIDS among African Americans*. Fact Sheet. February. Atlanta, US Centers for Disease Control and Prevention.

Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15– to 29–year-old men who have sex with men in seven US cities. Abstract ThOrC1367. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok.

Van de Laar MJW et al. (2005). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2004*. November. Centre for Infectious Diseases Epidemiology.

Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 194(1):11–9.

БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА

Abdelwahab O (2006). Prevalence, knowledge of AIDS and HIV risk-related sexual behaviour among police personnel in Khartoum State, Sudan 2005. Abstract CDC0792. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Afshar P (2005). *From the assessment to the implementation of services available for drug abuse and HIV/AIDS prevention and care in the prison setting: the experience of Iran*. Paper presented at the Regional Workshop on HIV in the Prison Setting in the Middle East and North Africa. November. Cairo.

Al-Mazrou YY et al. (2005). HIV/AIDS epidemic features and trends in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 25(2)100:104.

Asouab F (2005). *Evaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injecte et injectable et à problème au Maroc.* Presented in: 3ème Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona.

Day C et al. (2006). Patterns of drug use among a sample of drug users and injecting drug users attending a general practice in Iran. *Harm Reduction Journal*, 3:2.

Elrashied S (2006). Prevalence, knowledge and related risky sexual behaviours of HIV/AIDS among receptive men who have sex with men (MSM) in Khartoum State, Sudan, 2005. Abstract TUPE0509. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Fares G et al. (2004). *Rapport sur l'enquête nationale de sero-surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis en Algérie en 2004*. Décembre. Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière. Alger.

Federal Ministry of Health Sudan (2002). *Situation analysis: behavioral and epidemiological surveys and response analysis*. November. Khartoum, Sudan National AIDS Control Program.

Gheiratmand R et al. (2006). Uncertainty on the number of HIV/AIDS patients: our experience in Iran. *Sexually Transmitted Infections*, 81:279–282. Available at http://sextrans.bmjjournals.com/cgi/content/full/81/3/279-a

Institut de Formation Paramédicale de Parnet (2004). *Rapport de la réunion d'évaluation a mis-parcours de l'enquête de sero-surveillance du VIH*. Juin.

Kaiser R et al. (2006). HIV, syphilis, herpes simplex virus 2, and behavioral surveillance among conflict-affected populations in Yei and Rumbeck, southern Sudan. *AIDS*, (20):937–947.

Khoury J, Aaraj E (2005). *VIH/SIDA—usage de drogues injectables et actions de réduction de risques innovantes au Liban*. Presented in: 3ème Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona.

Mimouni B, Remaoun N (2005). Etude du Lien Potentiel entre l'Usage Problématique de Drogues et le VIH/SIDA en Algérie 2004–2005. Presented in : 3ème Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona. Ministry of Higher Education Algeria.

Ministère de la santé Maroc (2005). *Bulletin épidemiologique de surveillance du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles*. Rabat, Ministère de la santé Maroc.

Ministry of Health Sudan (2006). *2005 ANC sentinel sites results*. Khartoum.

Ministry of Health Sudan (2005). *Annual report.* Sudan National HIV/AIDS Surveillance Unit. Khartoum.

Mohammadi MR et al. (2006). Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Iran. *International Family Planning Perspectives*, 32(1):35–44.

Razzaghi EM et al. (2006). Profiles of risk: a qualitative study of injecting drug users in Tehran, Iran. *Harm Reduction Journal*, 3:12.

Sammud A (2005). *HIV in Libya*. August. Tripoli, Ministry of Health.

Tavoosi A et al. (2004). Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health*, 4:17.

UNAIDS (2006). *Notes on the HIV and AIDS epidemic in the Middle East and North Africa*. Working document. July. Cairo, UNAIDS Regional Support Team.

WHO/UNAIDS (2006). Progress in scaling up access to HIV treatment in low and middle-income countries, June 2006. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

Zamani S et al. (2006). High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based injecting drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(3):342–346.

Zamani S et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709–716.

ОКЕАНИЯ

Asian Development Bank (2006). *Proposed Asian Development Fund Grant in Papua New Guinea: HIV/AIDS Prevention and Control in Rural Development Enclaves Project*. Available at www.adb.org/Documents/RRPs/PNG/39033-PNG-RRP.pdf

Cliffe S, Wang YA, Sullivan E (2006). *Second generation surveillance surveys of HIV, other STIs and risk behaviours in six Pacific island countries: Fiji, Kiribati, Samoa, Solomon Islands, Tonga, Vanuatu*. Manila, WHO Regional Office for the Pacific.

Fairley CK, Hocking JS, Medland N (2005). Epidemic syphilis among homosexually active men in Sydney. *Medical Journal of Australia*, 183(4):179–183.

Gare JT et al. (2005). High prevalence of sexually transmitted infections among female sex workers in the eastern highlands province of Papua New Guinea: correlates and recommendations. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(8):466–73.

Ministry of Health New Zealand (2006a). *Sexually transmitted infections in New Zealand: annual surveillance report 2005.* April. Auckland, Ministry of Health.

Ministry of Health New Zealand (2006b). *AIDS-New Zealand*. February (Issue 57). Auckland, Ministry of Health.

National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea (2006). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: January 2004–December 2005*. Port Moresby, National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2006). *Australian HIV Surveillance Report*. Vol 22 No 2. April. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Available at http://web.med.unsw.edu.au/ncher/

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2005). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: annual surveillance report 2005*. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research.

Prestage G et al. (2005). How has the sexual behaviour of gay men changed since the onset of AIDS: 1986–2003. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29(6):530–535.

Secretariat of the Pacific Community, AIDS Section (2005). *Spread of HIV in the Pacific region—1984 to 2004*. Briefing paper. June.

ЮНЭЙДС (2006). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева, ЮНЭЙДС.

Volk JE et al. (2006). Risk factors for HIV seroconversion in homosexual men in Australia. *Sexual Health*, 3(1):45–51.

Wright M et al. (2005). Fulfilling prophecy? Sexually transmitted infections and HIV in Indigenous people in Western Australia. *Medical Journal of Australia*, 183(3):124–128.

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, МПП, ПРООН, ЮНФПА, ЮНОДК, МОТ, ЮНЕСКО, ВОЗ и Всемирный банк. Секретариат ЮНЭЙДС, находящийся в Женеве, работает более чем в 75 странах по всему миру.

Ежегодный *Доклад о развитии эпидемии СПИДа* содержит последние данные о глобальной эпидемии СПИДа. Доклад за 2006 год, включающий карты и краткую информацию по регионам, представляет самые последние оценчные данные, отражающие масштабы эпидемии и человеческие жертвы, а также анализирует новые тенденции в развитии эпидемии.

ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

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

UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 41 87

www.unaids.org