

Доклад о глобальной эпидемии СПИДА



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

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

UNAIDS/08.25R / JC1510R (перевод на русский язык, август 2008 г.)

Оригинал: на английском языке, UNAIDS/08.25E / JC1510E, август 2008 г.:

Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008.

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 2008.

Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Группу управления информационным содержанием (ГУИС) ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в ГУИС по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 48 35, 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.

Автор фото на обложке: ЮНЭЙДС/Н.Либер

Библиотека ВОЗ: каталогизация публикаций

Доклад о глобальной эпидемии СПИДА 2008.

“ЮНЭЙДС/08.25R / JC1510R”.

- 1.ВИЧ-инфекции – эпидемиология. 2. ВИЧ-инфекции – терапия. 3.Синдром приобретенного иммунодефицита – эпидемиология.
- 4.Синдром приобретенного иммунодефицита – профилактика и контроль. I.ЮНЭЙДС

ISBN 978 92 9 173714 7

(NLM classification: WC 503.4)

ДОКЛАД О ГЛОБАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ СПИДА 2008



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ООН
ЮНИСЕФ
ВПП
ПРООН
ЮНЭЙТА
ЮНДЮК
МОТ
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Содержание

	Рисунки	
	Выражение признательности	
	Предисловие	
	Глава 1: Глобальная проблема ВИЧ: оценка прогресса, определение препятствий, подтверждение приверженности	11
	Глава 2: Состояние глобальной эпидемии ВИЧ	29
	Глава 3: Устранение социальных причин риска заражения и уязвимости к ВИЧ	63
	Глава 4: Предотвратить новые ВИЧ-инфекции: ключ к обращению эпидемии вспять	95
	Глава 5: Лечение и уход: беспрецедентный прогресс, нерешенные проблемы	129
	Глава 6: Ослабление воздействия эпидемии на домохозяйства, общины и общество	159
	Глава 7: Куда мы движемся дальше? Обеспечение долгосрочной устойчивости эффективной, мощной деятельности в ответ на ВИЧ	187
	Приложение I: Оценки и данные по ВИЧ и СПИДу за 2007 и 2001 гг.	211
	Приложение II: Показатели прогресса, достигнутого странами	235

Рисунки

ГЛАВА 1

- 1.1 Основные вехи в глобальных действиях в ответ на эпидемию
- Таблица 1 Национальные показатели для оценки выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом
- 1.2 Процент стран, представивших отчеты, с разбивкой по регионам, 2004–2008 гг.
- 1.3 Процент стран, имеющих компоненты для мониторинга и оценки, 2005 и 2007 гг.
- 1.4 Глобальные тенденции в усилении систем мониторинга и оценки, 2005 и 2007 гг.

ГЛАВА 2

- 2.1 Ключевые события в рамках процесса отслеживания эпидемии
- 2.2 Глобальная картина распространения ВИЧ-инфекций, 2007 г.
- Таблица 2 Анализ трендов среди людей в возрасте 15–24 лет в странах с высоким уровнем распространенности (все страны с национальным показателем распространенности выше 3% и еще 4 страны Африки, имеющие значительный уровень распространенности): Распространенность ВИЧ среди беременных женщин (2000–2007 гг.) по данным систем дозорного эпиднадзора некоторых национальных обследований сексуального поведения среди женщин и мужчин (1994–2007 гг.)
- 2.3 Оценочное число людей, живущих с ВИЧ, и показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения во всем мире и в Африке к югу от Сахары, 1990–2007 гг.
- 2.4 Процент взрослого женского населения (15+), живущего с ВИЧ, 1990–2007 гг.
- 2.5 Глобальное число детей, живущих с ВИЧ, 1990–2007 гг.
- 2.6 Число новых инфекций среди детей, 1990–2007 гг.
- 2.7 Число детей, умерших от СПИДа, 1990–2007 гг.
- 2.8 Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых в Африке, 2007 г.
- 2.9 Показатель распространенности ВИЧ (%) среди беременных женщин, посещающих родовые клиники, в Африке к югу от Сахары, 1997–2007 гг.
- 2.10 Показатель распространенности ВИЧ (%) среди людей в возрасте 15–24 лет с разбивкой по полу в ряде стран, 2005–2007 гг.
- 2.11 Ожидаемая продолжительность жизни по некоторым регионам, с 1950–55 по 2005–10 гг.
- 2.12 Изменения в структуре населения: Гана и Лесото
- 2.13 Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых в Азии, 2007 г.
- 2.14 Показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и работников секс-бизнеса в Пакистане, 2004–2007 гг.
- 2.15 Прогнозное общее число ВИЧ-инфекций в различных группах населения в Джакарте, Индонезия, 2000–2020 гг.
- 2.16 Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых в Восточной Европе и Центральной Азии, 2007 г.
- 2.17 Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых в Карибском бассейне, 2007 г.
- 2.18 Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых в Латинской Америке и в Карибском бассейне, 2007 г.
- 2.19 Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых в Северной Америке, Западной и Центральной Европе, 2007 г.
- 2.20 Число ВИЧ-инфекций, диагностированных среди потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, с разбивкой по странам и годам, 2002–2006 гг.
- 2.21 Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых на Ближнем Востоке и в Северной Африке, 2007 г.
- 2.22 Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых в Океании, 2007 г.
- 2.23 Ежегодное число диагнозов ВИЧ и СПИДа в Австралии, 1981–2006 гг.

ГЛАВА 3

- 3.1 Отдельные события в связи с социальными детерминантами эпидемии ВИЧ
- 3.2 Процент стран в регионах, сообщивших, что решение проблем женщин является отдельным компонентом их многосекторальных стратегий по противодействию ВИЧ, с указанием бюджета, выделенного на эту деятельность
- 3.3 Процент стран (по регионам), сообщивших о наличии политики, обеспечивающей равный доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для женщин и мужчин
- 3.4 Показатель стратегий для преодоления уязвимости женщин к ВИЧ
- 3.5 Процент стран (по регионам), сообщивших о разработке программ для изменения стигматизирующего отношения общества в связи с ВИЧ и/или использующих показатели снижения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ
- 3.6 Процент стран (по регионам), сообщивших о применении правовой защиты от дискриминации и наличии соответствующих механизмов
- 3.7 Медианный процент населения, охваченного услугами по профилактике ВИЧ в условиях действия соответствующего законодательства
- 3.8 Распространенность ВИЧ в зависимости от благосостояния: Мужчины

ГЛАВА 4

- 4.1 Некоторые события, связанные с профилактикой ВИЧ
- 4.2 Намибия: знания о ВИЧ и поведение в связи с ВИЧ среди населения в целом, 2000–2006 гг.
- 4.3 Восторонние знания о ВИЧ среди молодых людей (в возрасте 15–24 лет), 1999–2007 гг.
- 4.4 Восторонние знания о ВИЧ среди молодых людей, с разбивкой по типам вопросов
- 4.5 Процент стран, где просвещение по вопросам СПИДа включено в школьные программы
- 4.6 Процент молодых людей, имевших половые контакты в возрасте до 15 лет, с разбивкой по полу
- 4.7 Ежегодные инвестиции в исследование и разработку вакцин для профилактики ВИЧ, с разбивкой по источникам финансирования, с 2000 по 2006 гг.
- 4.8 Страны, представившие данные об услугах по профилактике ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, 2005 и 2007 гг.
- 4.9 Процент стран, указавших на то, что у них имеются законы, положения или политика, которые препятствуют предоставлению эффективных услуг по профилактике ВИЧ для групп населения, которым грозит самый высокий риск

- 4.10 Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами по профилактике ВИЧ, 2005–2007 гг.
- 4.11 Процентное изменение в практике пользования презервативами во время последнего полового контакта среди лиц, у которых было более одного партнера в последние 12 месяцев, с разбивкой по полу
- 4.12 Пользование презервативом во время последнего полового контакта среди лиц, у которых было более одного партнера в последние 12 месяцев, в трех странах с высокой нагрузкой
- 4.13 Число и процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих антиретровирусное лечение, 2004–2007 гг.
- 4.14 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих антиретровирусное лечение, 2007 г.

ГЛАВА 5

- 5.1 Отдельные события в связи с лечением СПИДа
- 5.2 Число людей, получавших антиретровирусные препараты в странах с низким и средним уровнем доходов, в 2002–2007 гг.
- 5.3 Оценочное число смертей среди взрослых и детей в мире, 1990–2007 гг.
- 5.4 Расширение охвата антиретровирусной терапией во времени в избранной группе стран с генерализованными и концентрированными эпидемиями с 2004 по 2007 гг.
- 5.5 Сравнение охвата антиретровирусной терапией мужчин и женщин в 2007 году (по странам, сообщившим данные о числе людей на лечении отдельно для обоих полов)
- 5.6 Взаимосвязь между числом зарегистрированных случаев туберкулеза и распространенностью ВИЧ в Зимбабве, 1990/2005 гг.
- 5.7 Процент заболеваемости туберкулезом среди людей, живущих с ВИЧ, получающих одновременно антиретровирусные и противотуберкулезные препараты, 2007
- 5.8 Неудовлетворенные потребности в одновременном лечении туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ, по регионам, 2007 г.
- 5.9 Результаты лечения ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных больных туберкулезом, когортное исследование 2005 г.
- 5.10 Тестирование больных туберкулезом на ВИЧ, все страны, 2006 г.
- 5.11 Процент стран, сообщивших о наличии законов, норм или правил, создающих препятствия в доступе к услугам для групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску
- 5.12 Процент стран по уровням дохода, сообщивших о наличии политики предоставления бесплатных услуг антиретровирусного лечения

ГЛАВА 6

- 6.1 Отдельные события, касающиеся смягчения воздействия СПИДа
- 6.2 Оценочное число детей моложе 18 лет, осиротевших вследствие ВИЧ в Африке к югу от Сахары (1990–2007 гг.)
- 6.3 Отношение показателя посещаемости школы среди детей-сирот к показателю посещаемости среди детей, имеющих родителей, в странах с показателем распространенности $\geq 5\%$
- Таблица 6.1 Поддержка сирот и уязвимых детей по данным, представленным странами с показателем распространенности ВИЧ среди взрослых $\geq 5\%$ (оценки за 2005 г.)
- 6.4 Число сирот вследствие СПИДа в Африке к югу от Сахары, 2006–2015 гг.
- Таблица 6.2 Затраты на рабочую силу в связи с ВИЧ
- 6.5 Процент стран, включивших сектора в национальную стратегию по СПИДу и имеющих специальный бюджет

МОБИЛИЗАЦИЯ РЕСУРСОВ

- A Оценочные общие годовые объемы ресурсов в связи с ВИЧ в 2000–2007 годах, и прогнозные финансовые ресурсы, необходимые к 2010 году, если сохранятся нынешние темпы расширения услуг (в миллиардах долларов США)
- B Расходы в рамках программ, нацеленных на группы населения, которым грозит самый высокий риск, в виде процента от всех расходов; с разбивкой по типу эпидемии – государственные и международные средства, 2006 г.
- C Расходы в связи с ВИЧ на душу населения, покрываемые за счет внутренних государственных средств в странах с низким и средним уровнем доходов, 2004–2007 гг.
- D Внутренние государственные расходы, Малави (миллионов долларов США)
- E Годовой объем внутренних расходов: ведущие 20 стран (2,73 миллиарда долларов США). Отчеты по показателям ССГАООН, последние имеющиеся данные (миллионов долларов США)
- F Расходы в связи с ВИЧ с разбивкой по финансовым источникам и уровням доходов (последние данные имеются за 2005/2007 гг.)
- G Средства, выделенные программам по ВИЧ в 2006 году двусторонними и многосторонними организациями
- H Объем выделяемых средств в расчете на 1 миллион долларов США ВВП, 2006 г.
- I Ежегодные ресурсы, выделяемые в 2000–2007 годах, и разрыв между прогнозируемыми финансовыми ресурсами при сохранении нынешних темпов расширения услуг и сценарием поэтапного расширения услуг для обеспечения всеобщего доступа с 2010 по 2015 годы (миллиардов долларов США)

ГЛАВА 7

- 7.1 Общая годовая сумма средств на противодействие СПИДу, 1986–2007 гг.
- 7.2 Сравнение процента охвата антиретровирусной терапией людей на продвинутой стадии ВИЧ и процента охвата антиретровирусными препаратами ВИЧ-положительных беременных женщин по регионам в 2005 и 2007 гг.
- Таблица 7.1 Процент охвата лечением антиретровирусными препаратами для профилактики передачи от матери ребенку. Разбивка по квартилям (N=113)
- Таблица 7.2 Процент охвата лечением антиретровирусными препаратами взрослых и детей на продвинутой стадии ВИЧ-инфекции. Разбивка по квартилям (N=136)
- 7.3 Ежегодное число смертей от СПИДа при сопоставлении прогнозируемых нынешних темпов расширения масштабов деятельности и стратегий поэтапного расширения масштабов для обеспечения всеобщего доступа в период с 2010 по 2015 гг.
- 7.4 Расходы на профилактику, лечение и уход в связи с ВИЧ в Мексике, 1995–2005 гг. (млн. долларов США)
- 7.5 Средства, необходимые в 2010 году для поэтапного расширения стратегии обеспечения всеобщего доступа.
- 7.6 Расходы на финансирование профилактики, ухода и лечения, а также обеспечение антиретровирусной терапией за счет государственных и международных источников – Мозамбик, 2004–2006 гг., млн. долларов США
- 7.7 Страны, сообщившие о качественном осуществлении национальных стратегий по СПИДу
- 7.8 Прогресс стран в повышении качества реализации “трех принципов”: единый национальный орган по СПИДу, единые национальные стратегические рамки действий и единая система мониторинга и оценки

Выражение признательности

Доклад о глобальной эпидемии СПИД за 2008 год представляет собой доклад, подготовленный Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Вклад в его подготовку внесли Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Всемирная продовольственная программа (ВПП), Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Международная организация труда (МОТ), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Всемирный банк, Глобальный фонд и Руководящий комитет организаций гражданского общества ССГАООН.

ЮНЭЙДС объединяет усилия и ресурсы десяти учреждений системы ООН в борьбе с эпидемией СПИДа.



Мандат **УПРАВЛЕНИЯ ВЕРХОВНОГО КОМИССАРА ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО ДЕЛАМ БЕЖЕНЦЕВ (УВКБ ООН)** включает руководство и координацию международных действий для защиты беженцев и других лиц, которыми занимается эта организация. УВКБ ООН стремится обеспечить право каждого на поиск и получение безопасного убежища в другом государстве. УВКБ ООН находится на переднем крае осуществления мер в ответ на ВИЧ среди групп населения, затрагиваемых конфликтами и перемещением. Беженцам, лицам, ищущим убежища, и внутренне перемещенным лицам грозит риск заражения ВИЧ, поскольку конфликты и перемещение ведут к обнищанию, распаду семьи, социальным потрясениям и росту сексуального насилия. Профилактика, уход и лечение в связи с ВИЧ, включая доступ к антиретровирусному лечению, лежат в основе обеспечения общей защиты беженцев и других лиц, которыми занимается УВКБ ООН.



Более 60 лет **ДЕТСКИЙ ФОНД ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ (ЮНИСЕФ)** сотрудничает с партнерами во всем мире в целях содействия признанию и реализации прав человека в отношении детей. Этот мандат был определен в Конвенции о правах ребенка и реализуется через партнерства с правительствами, неправительственными организациями и отдельными гражданами в 162 странах, районах и территориях. ЮНИСЕФ предоставляет ЮНЭЙДС свою широкую сеть и свои возможности для эффективной коммуникации и пропаганды. ВИЧ является одним из основных приоритетов ЮНИСЕФ в рамках Среднесрочного стратегического плана на 2006–2009 годы. В соответствии с этим планом, в рамках кампании “Объединиться ради детей, объединиться против СПИДа” и в соответствии с принципом разделения технических функций в ЮНЭЙДС ЮНИСЕФ оказывает свою поддержку странам в четырех приоритетных областях: профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМПР плюс); педиатрическое лечение; защита, уход и поддержка для детей, затрагиваемых ВИЧ; и профилактика среди подростков.



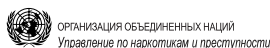
ВСЕМИРНАЯ ПРОДОВОЛЬСТВЕННАЯ ПРОГРАММА (ВПП) представляет собой самую крупную в мире гуманитарную организацию. Она помогает бедным домохозяйствам, пострадавшим от голода и СПИДа, используя для этого продовольственную помощь и другие ресурсы для решения проблем профилактики, ухода и поддержки. Продовольственная помощь ВПП помогает продлить жизнь родителей, дает возможность сиротам и уязвимым детям оставаться в школе, позволяет молодым людям, не посещающим школу, получить жизненно важные средства к существованию и дает возможность больным туберкулезом пройти полный курс лечения. ВПП работает в партнерстве с правительствами, другими учреждениями Организации Объединенных Наций, неправительственными организациями и общинами и помогает людям, – независимо от их ВИЧ-статуса – не имеющим адекватного питания, получить пропитание и обеспечить продовольственную безопасность.



ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ (ПРООН) является глобальной сетью ООН в сфере развития, выступающей за проведение изменений и предоставление странам доступа к знаниям, опыту и ресурсам, которые помогают людям улучшать свою жизнь. Работая в 166 странах, ПРООН помогает национальным партнерам находить свои собственные решения проблем в сфере развития и достичь целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Осуществление мер в ответ на СПИД является одним из ключевых приоритетов ПРООН. Являясь коспонсором ЮНЭЙДС, ПРООН уделяет особое внимание параметрам развития и управления в рамках эпидемии СПИДа, защите прав человека в отношении людей, живущих с ВИЧ, и уязвимых групп и пропаганде гендерного равенства.



Через усиление взаимосвязи между ВИЧ и половым и репродуктивным здоровьем **ФОНД ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ (ЮНФПА)** уделяет особое внимание при осуществлении мер в ответ на СПИД более чем в 140 странах профилактике ВИЧ среди молодежи и женщин (включая наиболее маргинализированные группы) и реализации комплексных программ распространения мужских и женских презервативов, в том числе в условиях гуманитарных кризисов и после завершения конфликтов. ЮНФПА также вносит свой вклад через оказание помощи странам и общинам для обеспечения прав на репродуктивное здоровье и потребностей женщин и подростков, живущих с ВИЧ, развитие добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ, поддержку обучения и услуг, направленных на предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку, и расширение доступа к информации и просвещению. ЮНФПА также проводит демографические и социально-культурные исследования для руководства процессом разработки программ и политики.



Мандат **УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО НАРКОТИКАМ И ПРЕСТУПНОСТИ (ЮНОДК)** включает оказание помощи странам в их борьбе против запрещенных наркотиков, преступности и терроризма. Учитывая эту специализацию в системе ООН, ЮНОДК поручено руководить мерами, осуществляемыми ЮНЭЙДС в ответ на ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, а также в условиях тюрем. ЮНОДК также отвечает за оказание помощи с целью разработки мер в ответ на ВИЧ для людей, которые могут стать жертвами торговли людьми. Эти маргинализированные группы населения зачастую подвергаются дискриминации, а их права часто нарушаются. Лишь немногие из них имеют доступ к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. ЮНОДК оказывает помощь странам для предоставления потребителям инъекционных наркотиков, заключенным и потенциальным и фактическим жертвам торговли людьми комплексных услуг по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ на основе доказательной информации через оказание поддержки при разработке эффективного законодательства и политики и усилении потенциала национальных заинтересованных сторон, включая гражданское общество и общественные организации, для обеспечения оптимального охвата этих групп населения услугами в связи с ВИЧ.



МЕЖДУНАРОДНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА (МОТ) стремится обеспечить устремления людей в сфере труда в отношении возможностей и доходов; прав, голоса и признания; устойчивости семьи и индивидуального развития; справедливости и гендерного равенства. Концепция достойных условий труда отражает приоритеты правительств, работников и работодателей, которые вместе представляют уникальное трехстороннее членство в МОТ. Вклад МОТ в ответные меры, осуществляемые ЮНЭЙДС, обеспечивает непосредственный доступ к сфере труда, где политика и программы по СПИДу помогают обеспечить всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке. Включая СПИД в структуры в сфере труда, МОТ помогает обеспечить защиту от дискриминации в трудовом законодательстве, способствует применению комплексных подходов к профилактике через механизмы обеспечения безопасности и охраны здоровья на производстве и помогает получить средства к существованию для лиц, затрагиваемых СПИДом, через проведение обучения, предоставление возможностей для трудоустройства и меры социальной защиты.



Четко очерченная компетенция в области образования, естественных, социальных и гуманитарных наук, культуры, коммуникации и информации предоставляет **ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО ВОПРОСАМ ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И КУЛЬТУРЫ (ЮНЕСКО)** междисциплинарный, организационный и технический потенциал, необходимый для того, чтобы внести свой вклад в обеспечение всеобщего доступа к комплексным программам профилактики ВИЧ, лечения, ухода и поддержки. Являясь ведущим учреждением в системе разделения функций в ЮНЭЙДС, отвечающим за профилактику передачи ВИЧ среди молодых людей в учреждениях образования, ЮНЕСКО постоянно выступает за осуществление комплексных и расширенных мер в ответ на СПИД в секторе образования и расширение участия сектора образования в национальных мерах в ответ на СПИД. Руководство со стороны ЮНЕСКО инициативой ЭДУКЭЙДС (Глобальной инициативой ЮНЭЙДС в области образования и ВИЧ и СПИДа) и координация действий Межучрежденческой целевой группы ЮНЭЙДС по образованию (МУЦГ) представляют собой два механизма для поддержки усиленного стратегического партнерства и сотрудничества между министерствами образования, коспонсорами ЮНЭЙДС, двусторонними учреждениями и группами гражданского общества на глобальном региональном и страновом уровне для обеспечения максимальной синергии и воздействия.



**Всемирная
организация здравоохранения**

Целью **ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ)** является обеспечение для всех людей наивысшего достижимого уровня здоровья. Работая по проблеме ВИЧ, ВОЗ уделяет особое внимание быстрому расширению масштабов лечения и ухода, а также ускорению профилактики и укреплению систем здравоохранения, с тем чтобы меры, осуществляемые сектором здравоохранения в ответ на эпидемию, были эффективными и всеобъемлющими. ВОЗ определяет и разрабатывает эффективные технические нормы и руководящие принципы, способствует развитию партнерства и оказывает стратегическую и техническую поддержку государствам-членам. Организация также вносит свой вклад в развитие глобальной базы знаний о СПИДе, поддерживая эпиднадзор, мониторинг и оценку, проводя обзорный анализ доказательных данных для осуществления мер вмешательства и выступая за включение научных исследований в систему оказания медицинской помощи.



Миссия **ВСЕМИРНОГО БАНКА** заключается в том, чтобы бороться против бедности. Этот банк является одним из крупнейших в мире источников финансирования и знаний для развивающихся стран. Работа Всемирного банка по СПИДу способствует расширению действий для обеспечения всеобщего доступа в профилактике, уходе и лечении через поддержку усилий, направленных на укрепление национальных стратегий по СПИДу и мониторинга и оценки, финансирование комплексных программ по СПИДу и оказание помощи с тем, чтобы обеспечить включение СПИДа в более широкую повестку дня в области развития. К декабрю 2007 года Всемирный банк обязался выделить более 3,6 миллиарда долларов США для программ по СПИДу во всем мире. Большая часть ресурсов была предоставлена на очень льготных условиях, включая выделение грантов для беднейших стран. Всемирный банк работает в партнерстве с правительствами, организациями-донорами, коспонсорами и Секретариатом ЮНЭЙДС, гражданским обществом и частным сектором для осуществления всесторонних мер в ответ на СПИД, включая профилактику, уход, лечение и смягчение воздействия.

Предисловие

Доклад об глобальной эпидемии СПИДа за 2008 год подтверждает, что мир наконец-то добивается определенного реального прогресса в осуществлении мер в ответ на СПИД.

Правительства выполняют свои обещания, взятые в ходе заседания высокого уровня Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу в 2006 году, по расширению действий в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ к 2010 году. По состоянию на 2008 год небольшое число стран уже обеспечивает всеобщий доступ к антиретровирусному лечению и услугам для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Другие страны далеко продвинулись в этом направлении. Растет число стран, где уровни распространения ВИЧ-инфекции снижаются.

Но это только начало. Двадцать пять лет спустя после начала эпидемии СПИД по-прежнему противостоит всем нашим усилиям. Сегодня на каждые два человека, начинающих принимать антиретровирусные препараты, приходится пять новых инфицированных. Если мы не предпримем неотложных шагов для усиления профилактики ВИЧ, мы не сможем обеспечить устойчивость результатов, завоеванных в последние несколько лет, а всеобщий доступ останется просто прекрасным устремлением.

Настоящий глобальный доклад за 2008 год является наиболее всеобъемлющим за всю историю; он основывается на беспрецедентных по своему масштабу детальных данных, представленных странами. Он содержит ценную информацию о том, что работает и почему, а также высвечивает основные проблемы, с которыми мы сталкиваемся в своем поиске эффективных мер в ответ на СПИД – сейчас и на последующие десятилетия.

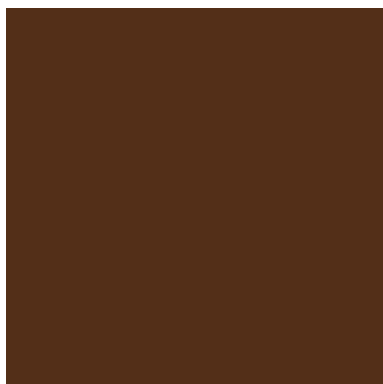
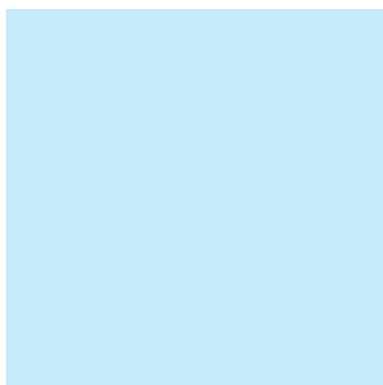
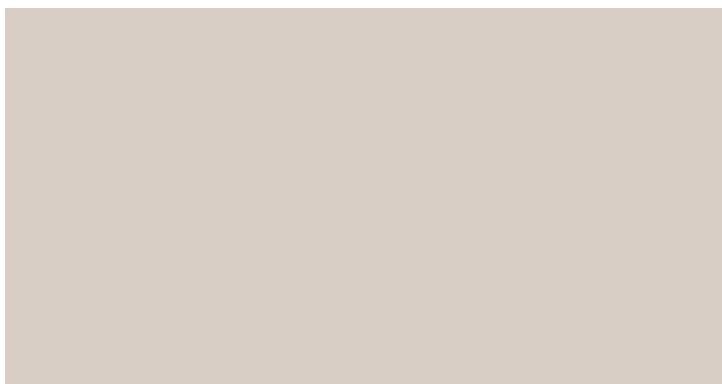
СПИД представляет собой в высшей степени сложную проблему, которая требует принятия беспрецедентных ответных мер во всех секторах общества по всему миру. Однако как показывает настоящий доклад, у нас появляются все новые доказательства тому, что – при наличии воли и учитывая ресурсы – мы можем это сделать.



Д-р Питер Пиот

Исполнительный директор ЮНЭЙДС и
Заместитель генерального секретаря ООН

Глобальная проблема ВИЧ:
оценка прогресса, определение препятствий,
подтверждение приверженности



Глава 1



РИСУНОК 1.1

Основные вехи в глобальных действиях в ответ на эпидемию



Основные положения

- Настоящий доклад содержит самую широкую за всю историю глобальную оценку мер в ответ на ВИЧ, основанную на представленных 147 странами данных о национальном прогрессе в осуществлении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года.
- Вместе со своими правительственными партнерами в настоящем процессе отчетности приняло участие беспрецедентно большое число групп гражданского общества, используя это участие как средство информирования всего мира о ситуации в своей стране.
- Меры в ответ на ВИЧ имеют критическое значение для прогресса по всем направлениям глобальной повестки дня в области развития.
- Шестикратное увеличение финансирования мероприятий в ответ на ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов начинает приносить плоды; многие страны достигли значительного прогресса в плане уменьшения смертности от СПИДа и предупреждения новых ВИЧ-инфекций.
- Тем не менее прогресс остается неравномерным, а будущее эпидемии неопределенным, что подчеркивает потребность в усилении действий в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.
- Для выполнения множества политических обязательств, принятых в связи с ВИЧ, потребуется более сильное руководство на основе последних достижений с учетом полученных уроков, увеличение финансовых ресурсов, повышение уровня координации усилий, а также более эффективные действия для устранения социальных факторов, обуславливающих риск заражения и уязвимость к ВИЧ.
- Усиливаются системы мониторинга и оценки, в значительной мере за счет внешних средств, поскольку страны только начинают применять стандартные правила, согласно которым до 10% программных средств можно использовать для усиления таких систем.

Эпидемия ВИЧ изменила наш мир.

В наиболее сильно затронутых странах ВИЧ уменьшил продолжительность жизни более чем на двадцать лет, замедлил экономический рост и усугубил бедственное положение домохозяйств. Только в Африке к югу от Сахары более 12 миллионов детей в возрасте до 18 лет осиротели в результате эпидемии.¹ ВИЧ резко исказил естественное возрастное распределение населения во многих странах Африки к югу от Сахары, что может иметь пагубные последствия с точки зрения передачи знаний и ценностей от одного поколения к другому. В Азии, где уровни распространения инфекции намного ниже, чем в Африке, ВИЧ обусловил самое сильное снижение производительности по сравнению с любым другим заболеванием; если не будут усилены национальные ответные меры, то к 2015 году в категорию бедных домохозяйств перейдут еще 6 миллионов домохозяйств (Комиссия по СПИДу в Азии, 2008). По мнению Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), ВИЧ стал причиной “наиболее масштабного регресса в развитии человека” в современной истории (ПРООН, 2005).

В то же время эпидемия усилила осознание в мире неравенства в области здоровья и дала толчок к осуществлению беспрецедентных действий с целью противостоять некоторым наиболее серьезным глобальным проблемам в области развития. Ни одно заболевание в истории не требовало такой мобилизации политических, финансовых и кадровых ресурсов и ни одна проблема в области развития не приводила к такому сильному уровню руководства со стороны наиболее затронутых общин и стран и их непосредственного участия в процессе исполнения. В значительной мере вследствие воздействия ВИЧ люди по всему миру стали менее терпимыми к проблемам несправедливости в области глобального здоровья и экономики, которые давно требуют решения.

В 2000 году руководители всего мира приняли ряд целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, которые отразили новую решимость сделать мир более безопасным,

здоровым и справедливым. Цель 6, указанная в этой Декларации, предусматривает, что к 2015 году мир должен остановить глобальную эпидемию ВИЧ и положить начало тенденции к сокращению ее масштабов. Определив меры в ответ на ВИЧ как один из важнейших международных приоритетов на 21-й век, мировые руководители подтвердили первостепенное значение мер в ответ на ВИЧ для будущего здоровья и благополучия нашей все более взаимосвязанной планеты.

В 2001 году в ходе первой в истории специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ССГАООН) государства-члены ООН усилили свои обязательства в отношении достижения цели 6 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, единодушно приняв *Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*. Эта Декларация включила обязательства, предусматривающие измеримые действия и конкретный прогресс в осуществлении мер в ответ на СПИД с указанием сроков исполнения. В 2006 году, во время обзорного анализа выполнения *Декларации о приверженности* за пятилетний период, государства-члены ООН подтвердили обязательства, взятые в ходе специальной сессии 2001 года. Позднее в *Политической декларации по ВИЧ/СПИДу* они также обязались осуществить чрезвычайные меры для обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ к 2010 году.

Настоящий *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа* выходит, когда пройдена середина пути от Декларации 2001 года о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом ССГАООН до 2015 года, намеченного для реализации цели 6 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, и осталось всего лишь два года до согласованной даты обеспечения всеобщего доступа. Сейчас самое время оценить меры в ответ на ВИЧ и понять, что необходимо сделать для того, чтобы государства продвигались по пути выполнения своих обязательств в связи с ВИЧ.

¹ В отличие от традиционного употребления, ЮНЭЙДС использует термин “сирота” для описания ребенка, потерявшего одного или обоих родителей; ЮНЭЙДС использует термины “сирота по матери”, “сирота по отцу” и “полная сирота” для описания ребенка, потерявшего соответственно свою мать, отца или обоих родителей.

Эффективные меры в ответ на ВИЧ и их важнейшее значение для реализации целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия

Несмотря на то что эпидемии ВИЧ конкретно касается одна из целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (цель 6), эффективные меры в ответ на ВИЧ будут также способствовать достижению других целей в области развития, сформулированных в этой Декларации и принятых мировым сообществом, как это показано ниже.

Цель в области развития 1: *Искоренить крайнюю нищету и голод.* ВИЧ, особенно в условиях высокого распространения, усиливает бедственное положение домохозяйств, замедляет экономический рост и подрывает важнейшие сектора, от которых зависит экономическое развитие. В сельских районах с высокой распространенностью ВИЧ эпидемия разрушает сельскохозяйственные сектора и ослабляет продовольственную безопасность (см. главу 6). Ослабление бремени эпидемии помогает странам усиливать рост экономики, уменьшать неравенство в доходах и предупреждать острый голод.

Цель в области развития 2: *Обеспечить всеобщее начальное образование.* Меры в ответ на ВИЧ способствуют реализации инициатив для обеспечения всеобщего образования; эти инициативы являются важнейшим средством просвещения для профилактики ВИЧ среди молодежи и уменьшают уязвимость девочек к ВИЧ (см. главу 4). В центре внимания инициатив, направленных на удовлетворение потребностей детей, осиротевших или ставших уязвимыми в результате ВИЧ, находится вопрос посещения школы (см. главу 6). Расширение доступа к лечению помогает минимизировать влияние эпидемии на хрупкие системы образования; это также снижает вероятность того, что молодые люди будут вынуждены оставлять школу вследствие воздействия ВИЧ на их домохозяйства.

Цель в области развития 3: *Способствовать гендерному равенству и расширению возможностей женщин.* Меры в ответ на ВИЧ способствуют усилиям, направленным на снижение уровня неравенства между полами (см. главу 3). В настоящее время в странах осуществляется мониторинг для определения того, в какой степени гендерное равенство учитывается при осуществлении национальных мер в ответ на ВИЧ. Таким образом, эпидемия усилила потребность в инициативах, направленных на создание новых гендерных норм; в настоящее время предпринимаются широкие глобальные действия для разработки новых методов профилактики ВИЧ по инициативе женщин (см. главу 4). Проблема ВИЧ побудила родителей, общины и правительства к тому, чтобы с еще большей приверженностью подходить к удовлетворению потребностей женщин, девочек и сексуальных меньшинств в половом и репродуктивном здоровье.

Цель в области развития 4: *Снизить детскую смертность.* В начале этого десятилетия на СПИД приходилось 3% всех смертей среди детей в возрасте до 5 лет — сегодня это бремя скорее всего намного сильнее в свете высокого уровня передачи ВИЧ от матери ребенку за годы, прошедшие с начала десятилетия (ВОЗ, 2008). Ключевым компонентом комплексных мер в ответ на ВИЧ является расширение масштаба стратегий профилактики, которые могут почти полностью устранить риск передачи ВИЧ от матери ребенку (см. главу 4).

Цель в области развития 5: *Улучшить материнское здоровье.* В настоящее время женщины составляют около половины всех людей, живущих с ВИЧ, и на их долю приходится более 60% инфекций в Африке (см. главу 2). Расширение доступа к антиретровирусным препаратам позволяет улучшить здоровье и благополучие женщин благодаря участию в программах, которые увязывают профилактику передачи от матери ребенку с непрерывным лечением, чтобы помочь матерям оставаться в живых и иметь хорошее здоровье для ухода за своими детьми. Интеграция инициатив по ВИЧ с программами по половому и репродуктивному здоровью помогает обеспечить доступ женщин к информации и услугам, необходимым для принятия информированного решения о рождении ребенка.



Цель в области развития 6: Бороться с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями.

Сильные меры в ответ на ВИЧ приносят пользу для здоровья не только в связи с ВИЧ. Например, ВИЧ является важным фактором, способствующим продолжающемуся распространению туберкулеза. Расширение доступа к лечению при ВИЧ в условиях ограниченных ресурсов помогает укреплять хрупкие инфраструктуры здравоохранения, а также усиливать кадровые возможности в странах с низким и средним уровнем доходов (см. главу 5).

Цель в области развития 8: Развивать всестороннее партнерство во имя развития. ВИЧ, возможно, как никакая другая проблема нашего времени, подчеркнул глобальное и экономическое неравенство и ускорил действия в области международного развития. ВИЧ позволил поставить человека в центр процесса развития; он также позволил обеспечить, чтобы стратегии в области развития были открытыми для широкого участия, осуществлялись с уважением прав человека и самими странами.

Прогресс многообещающий, но проблемы остаются

Шестикратное увеличение финансирования мероприятий в ответ на ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов в течение текущего десятилетия начинает давать результаты. Впервые с того момента, как заболевание, известное в настоящее время под названием СПИД, было подтверждено 27 лет назад, появились признаки существенного прогресса в реализации мер в ответ на ВИЧ. В последние два года ежегодное число смертей от СПИДа уменьшилось с 2,2 [1,9–2,6] миллиона в 2005 году до 2,0 [1,8–2,3] миллиона в 2007 году, отчасти в результате существенного расширения доступа к лечению в связи с ВИЧ в последние годы. В ряде сильно затронутых стран – таких как Зимбабве, Кения, Руанда и Уганда – резкое изменение сексуального поведения сопровождалось уменьшением числа новых ВИЧ-инфекций, что способствовало глобальной стабилизации, с конца 1990-х годов, процента людей в возрасте 15–49 лет, зараженных ВИЧ.

Однако эти достижения оказались не везде одинаковыми внутри регионов и между регионами, а в некоторых странах благоприятные эпидемиологические и поведенческие тенденции оказались неустойчивыми (см. главу 4). Растет число инфекций в ряде стран, включая Великобританию, Вьетнам, Германию, Индонезию, Китай, Мозамбик, Папуа – Новую Гвинею, Российскую Федерацию и Украину. В других странах – таких как Лесото, Намибия, Свазиленд и Южная Африка – распространенность ВИЧ, вероятно, стабилизировалась на

очень высоком уровне. Несмотря на то что число людей, получающих антиретровирусные препараты в странах с низким и средним уровнем доходов, увеличилось, большинство тех, кто нуждается в таком лечении, в настоящее время не охвачено (см. главу 5). Кроме того, темпы развития эпидемии превышают темпы назначения таких препаратов. В 2007 году оценочное число новых ВИЧ-инфекций в 2,5 раза превышало рост числа людей, получавших антиретровирусные препараты в том же году, что подчеркивает потребность в существенном усилении мероприятий для предупреждения новых ВИЧ-инфекций.

Достигнутая в последнее время стабилизация глобальной эпидемии не может скрыть ее самый важный аспект – огромные человеческие потери. С момента начала этой эпидемии от заболеваний, связанных с ВИЧ, умерли 25 миллионов человек. Коллективно эти смерти представляют собой неисчислимую утрату человеческого потенциала. Индивидуально каждая из них ассоциируется с тяжелой травмой для домохозяйств и общин.

Кроме того, существует риск, что важный прогресс, достигнутый в последние годы, может привести к некоторому самоуспокоению. Указания на то, что ежегодное общее число новых ВИЧ-инфекций, возможно, достигло своего пика примерно в начале этого столетия, вызвали спекуляции в популярных средствах информации о том, что эпидемия, вероятно, вступила в длительную фазу снижения (McNeil, 2007). Тем не менее история инфекционных заболеваний говорит о том, что эпидемии носят циклический и волнообразный характер, что затрудняет прогнозирование буду-



щего хода развития эпидемии (Комиссия по СПИДу в Азии, 2008; May & Anderson, 1979). Действительно, эпидемия ВИЧ неоднократно опровергала прогнозы, полученные на основе эпидемиологического моделирования. Десять лет назад немногие прогнозировали, что только в Российской Федерации число людей, живущих с ВИЧ, достигнет или превысит 1 миллион человек. Если историю развития эпидемии считать в какой-то мере показательной, ВИЧ может принести в будущем дополнительные сюрпризы, к которым мир должен быть готов уже сейчас.

В первую очередь, размеры эпидемии по-прежнему огромны. Только в 2007 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло 33 [30,3–36,1] миллиона человек, 2,7 [2,2–3,2] миллиона человек заразились этим вирусом и 2 [1,8–2,3] миллиона человек умерли от заболеваний, связанных с ВИЧ.

Цель и содержание доклада

Настоящий доклад анализирует нынешнее состояние глобальных мер в ответ на ВИЧ и включает ряд глав, посвященных основным тематическим областям. По каждой такой теме в докладе приво-

дится оценка ответных мер путем поиска ответа на ряд сопутствующих вопросов:

- Осуществляются ли правильные действия?
- Осуществляются ли правильные действия должным образом?
- Были ли расширены такие действия в достаточной мере, чтобы изменить ситуацию?

Для ответа на эти вопросы в докладе преимущественно используются данные, представленные в ЮНЭЙДС 147 государствами-членами ООН в начале 2008 года; эти данные касаются 25 ключевых показателей ССГАООН, разработанных для измерения прогресса в ходе выполнения *Декларации о приверженности*. (Таблица 1)² С момента начала представления такой отчетности в 2003 году число стран, представляющих данные по этим показателям, увеличивается, а полнота национальных отчетов постоянно улучшается (Рисунок 1.2). Это улучшение подчеркивает усиление национальной приверженности мониторингу и оценке в связи с ВИЧ; оно также показывает рост глобального участия в отслеживании хода выполнения обязательств в связи с ВИЧ, принятых странами ранее в этом десятилетии. В 2008 году по ключевым пока-

² Отчеты, представленные странами, можно найти на веб-сайте ЮНЭЙДС (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2007CountryProgressAllCountries.asp>).

Таблица 1

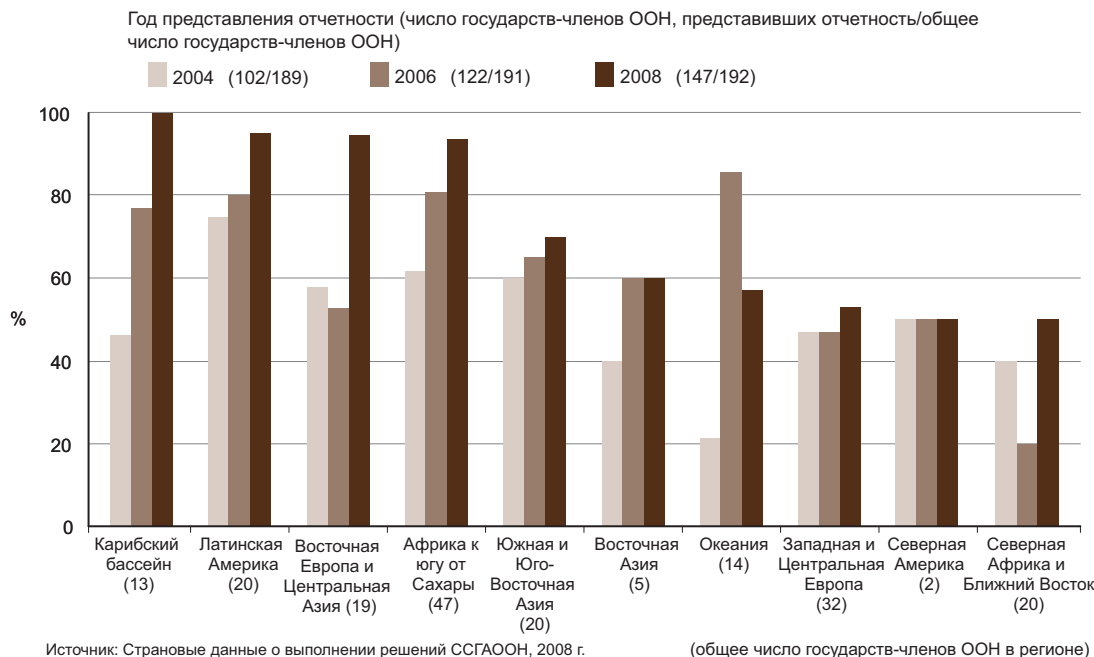
Ключевые показатели для оценки выполнения *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*

Приверженность и действия на национальном уровне
1. Внутренние и международные расходы в связи с ВИЧ с разбивкой по категориям и источникам финансирования
2. Национальный комбинированный индекс политики (области охвата: гендер, программы на рабочем месте, стигма и дискриминация, профилактика, уход и поддержка, права человека, участие гражданского общества, мониторинг и оценка)
Национальные программы (безопасность крови, охват антиретровирусным лечением, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку, ведение больных, имеющих туберкулез и ВИЧ, тестирование на ВИЧ, программы профилактики, услуги для сирот и уязвимых детей, образование)
3. Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества
4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусное лечение
5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которые получили антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку
6. Процент ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом, которые, по оценкам, получили лечение от туберкулеза и ВИЧ
7. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
8. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
9. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики ВИЧ
10. Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет, чьи домохозяйства получили бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком
11. Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе выработки жизненных навыков в течение последнего учебного года
Знания и поведение
12. Посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет*
13. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указали пути профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время правильно назвали основные неверные представления о передаче ВИЧ*
14. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указали пути профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время правильно назвали основные неверные представления о передаче ВИЧ
15. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет
16. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты с несколькими партнерами за последние 12 месяцев
17. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых было несколько половых партнеров за последние 12 месяцев и которые указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего полового контакта*
18. Процент женщин и мужчин, занятых в секс-бизнесе, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время контакта с последним клиентом
19. Процент мужчин, указавших на то, что они пользовались презервативом во время последнего анального секса с мужчиной
20. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на то, что они пользовались презервативом во время последнего полового контакта
21. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на то, что они пользовались стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков
Воздействие
22. Процент ВИЧ-инфицированных молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет
23. Процент ВИЧ-инфицированных в группах населения, которым грозит самый высокий риск
24. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые продолжают лечение спустя 12 месяцев после начала антиретровирусного лечения
25. Процент ВИЧ-инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями

* Показатель целей в области развития тысячелетия

РИСУНОК 1.2

Процент стран, представивших отчеты, с разбивкой по регионам, 2004–2008 гг.



зателям представили свои данные все карибские страны; данные были также получены почти из всех стран Латинской Америки, Восточной Европы, Центральной Азии и Африки к югу от Сахары. В других регионах уровни отчетности были намного ниже.

Основанные на конкретных обязательствах, взятых на себя странами во время специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу 2001 года, ключевые показатели ССГАООН включают широкое множество переменных, таких как распространенность ВИЧ среди молодых людей в возрасте 15–24 лет, охват антиретровирусной терапией и ключевыми инициативами по профилактике ВИЧ, услуги для поддержки детей, осиротевших или ставших уязвимыми вследствие ВИЧ, и принятие странами рекомендуемой политики по ВИЧ. Информацию, содержащуюся в национальных отчетах о ходе выполнения, дополняют другие источники данных, такие как

обследования домохозяйств, отчеты гражданского общества, бюджетные данные и данные мониторинга программ, представленные правительствами стран-доноров, коспонсорами ЮНЭЙДС, филантропическими фондами, а также данные, полученные из организаций, выполняющих биомедицинские исследования.

Участие гражданского общества в мониторинге прогресса в осуществлении мер в ответ на ВИЧ

Участие гражданского общества является очень важной частью процесса отчетности. Для поддержки участия организаций гражданского общества в представлении национальной отчетности ЮНЭЙДС привлекла консорциум организаций гражданского общества, возглавляемый Международным советом СПИД-сервисных организаций и Международной коалицией по вопросам здоровья женщин.³

³ Полное описание методов, используемых для национальной отчетности о ходе выполнения *Декларации о приверженности*, включая участие гражданского общества в национальной отчетности, см. в Приложении 2.

Со времени последнего раунда отчетности с точки зрения вовлечения гражданского общества в процесс представления национальной отчетности был достигнут важный прогресс. Национальные органы по ВИЧ, отвечавшие за представление данных по ключевым показателям для *Декларации о приверженности*, указали, что гражданское общество внесло вклад в 82% стран, в то время как люди, живущие с ВИЧ, внесли свой вклад в 75% стран. Например, в Индонезии гражданское общество согласилось включить “общественный отчет” с изложением точек зрения гражданского общества в официальный отчет, направленный в ЮНЭЙДС.

Гражданское общество играет важную формальную роль в составлении национального комбинированного индекса политики (НКИП). Этот индекс используется для оценки прогресса в разработке и реализации обоснованной национальной политики и стратегий в связи с ВИЧ. Он представляет собой широкую анкету, заполняемую после анализа соответствующих документов и проведения опроса среди людей, которые лучше всего знают конкретные темы. Часть А НКИП заполняется должностными лицами правительства, а часть В заполняется представителями гражданского общества и двусторонних и многосторонних организаций.

Во всех странах гражданское общество участвовало в заполнении компонента НКИП для неправительственных организаций.⁴ Всего для заполнения НКИП ключевую информацию представили более 700 местных неправительственных организаций (а число их представителей было намного больше), что значительно превышает число международных неправительственных, а также двусторонних и многосторонних организаций, вовлеченных в этот процесс. Учреждения ООН участвовали в заполнении НКИП для неправительственных организаций в 65% стран, а двусторонние организации-доноры оказывали содействие в 29% стран.

В 19 странах группы гражданского общества представили дополнительные отчеты о национальных

мерах в ответ на ВИЧ. В 16 странах эти отчеты включали дополнительные или качественные данные, дополняющие национальные отчеты, например, данные обследований по вопросам полового и репродуктивного здоровья и прав. В некоторых странах, где гражданское общество не было включено в процесс национальной отчетности или где страны не представили национальный отчет, группы гражданского общества представили “теневые” отчеты.

Использование данных для оценки прогресса

В целом, данные, собранные в 2008 году для оценки национальных действий, позволяют выполнить самую широкую за всю историю оценку глобального, регионального и национального прогресса в борьбе с эпидемией. Информация, представленная в настоящем докладе, дает читателю возможность оценить прогресс, достигнутый с 2001 года, определить сильные и слабые стороны ответных мер на данный момент и лучше понять масштаб проблем, с которыми сталкивается мир в своей попытке начать к 2015 году процесс обращения эпидемии вспять. Заключительная глава, касающаяся расширения масштабов действий (см. главу 7), включает анализ основных препятствий на пути ускорения мер в ответ на ВИЧ, а также описание наиболее перспективных стратегий для преодоления таких препятствий.

Доклад также включает характеристику людей, живущих с ВИЧ, затронутых ВИЧ или осуществляющих меры в ответ на ВИЧ в различных регионах. Эти примеры напоминают о человеческих параметрах глобальных мер в ответ на ВИЧ, т.е. что за каждой цифрой, приведенной в этом докладе, скрывается человек, имеющий неотъемлемое право на достоинство, уважение и эффективную медицинскую помощь. Они также подчеркивают один из наиболее тяжелых уроков ВИЧ – международные усилия в области здоровья и развития в конечном итоге должны осуществляться людьми, которые пострадали больше всего, и под их руководством.

⁴ Не все государства-члены представили данные для НКИП (130/192), а четыре страны не указали, кто дал ответы для заполнения НКИП.

Улучшение мониторинга и оценки на страновом уровне: содействие осуществлению мер в ответ на эпидемию на основе подтвержденных данных

С момента признания первого случая ВИЧ шел процесс непрерывного усовершенствования подходов и методик, предназначенных для мониторинга эпидемии и ответных мер. В результате в настоящее время мир имеет наиболее оптимальные возможности для оценки распространенности ВИЧ или числа новых ВИЧ-инфекций, определения степени охвата программ, характеристики и оценки национальных ответных мер и определения уровня финансирования, имеющегося для программ по ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов.

Страновые отчеты о прогрессе

На момент направления этого доклада в печать, 147 государств-членов ООН представили национальные данные по 25 ключевым показателям ССГАООН, разработанным ЮНЭЙДС и ее партнерами для отслеживания хода выполнения *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*. Поскольку страновые отчеты о прогрессе были представлены в начале 2008 года, ЮНЭЙДС поместила их в Интернете без редакции.

Впервые настоящий доклад позволяет понять основные тенденции в осуществлении мер в ответ на ВИЧ по ключевым показателям, которые существенно не изменились. Например, доклад анализирует тенденции в изменении распространенности ВИЧ и знаний среди молодых людей, доступа к антиретровирусной терапии и принятии странами соответствующих мер для защиты прав человека. В нем также подчеркиваются региональные и субрегиональные различия в эпидемиологических трендах, поведении и национальных ответных мерах, что подтверждает ограниченную полезность глобальных цифровых значений показателей по ВИЧ для лиц, принимающих решения на национальном уровне.

Настоящий доклад дает первоначальную оценку последних данных об эпидемии и национальных ответных мерах. ЮНЭЙДС и ее партнеры, занимающиеся исследованиями, планируют продолжить работу с этими данными по показателям, собранным в настоящем глобальном докладе, в рамках более глубоких аналитических документов в конкретных тематических областях, а также исследований, включающих более полный анализ данных для различных регионов.

Усиление национального потенциала для мониторинга и оценки

Настоящий доклад отражает некоторые из улучшений, которые имели место в национальных и глобальных информационных системах в последние годы. Начиная с 2004 года ЮНЭЙДС осуществляет долгосрочные действия для усиления национальных систем мониторинга и оценки мер в ответ на ВИЧ. К 2008 году в национальных и региональных офисах ЮНЭЙДС работало почти 60 консультантов по вопросам мониторинга и оценки. Эти консультанты:

- оказывают постоянную техническую поддержку для усиления национального потенциала по мониторингу и оценке,
- работают с национальными программами по СПИДу для разработки и мониторинга измеримых показателей, используемых для оценки реализации национальных стратегий,
- помогают странам распространять мероприятия по мониторингу и оценке с национального на районный уровень.



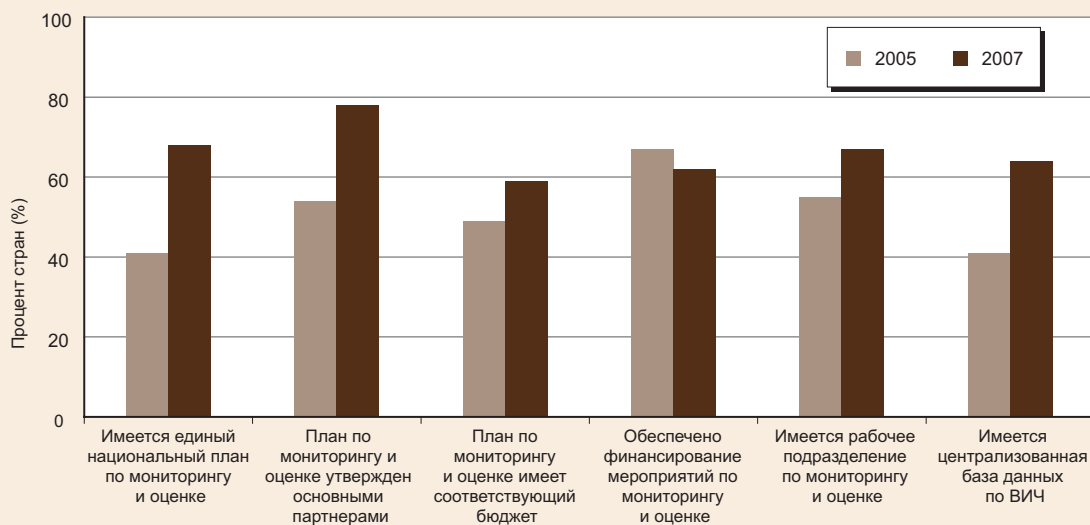
Страны получают постоянную помощь для разработки и ведения комплексной национальной системы мониторинга и оценки в связи с ВИЧ. Они также могут использовать другие появляющиеся источники технической помощи, включая Глобальную группу по мониторингу и оценке эпидемии СПИДа при Всемирном банке и Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР). Отдельные коспонсоры ЮНЭЙДС, такие как Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) (ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2008) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), также усилили техническую помощь для мониторинга и оценки.

Усиление помощи странам направлено на улучшение координации действий национальных заинтересованных сторон в рамках единой системы мониторинга и оценки. Это отвечает «трем принципам» осуществления эффективных действий на страновом уровне: единые национальные стратегические рамки, единый национальный координационный орган и единая система мониторинга и оценки (см. главу 7).

Как показано на рисунке 1.3, процент стран, имеющих централизованную базу данных по ВИЧ, увеличился с 41% в 2005 году до 68% в 2007 году, в то же время процент основных партнеров, принявших план по мониторингу и оценке, также увеличился с 54% в 2005 году до 78% в 2007 году (Страновые данные о выполнении решений ССГАООН, 2008 г.).

РИСУНОК 1.3

Процент стран, имеющих компоненты для мониторинга и оценки, 2005 и 2007 гг.



Источник: Страновые данные о выполнении решений ССГАООН, 2008 г.



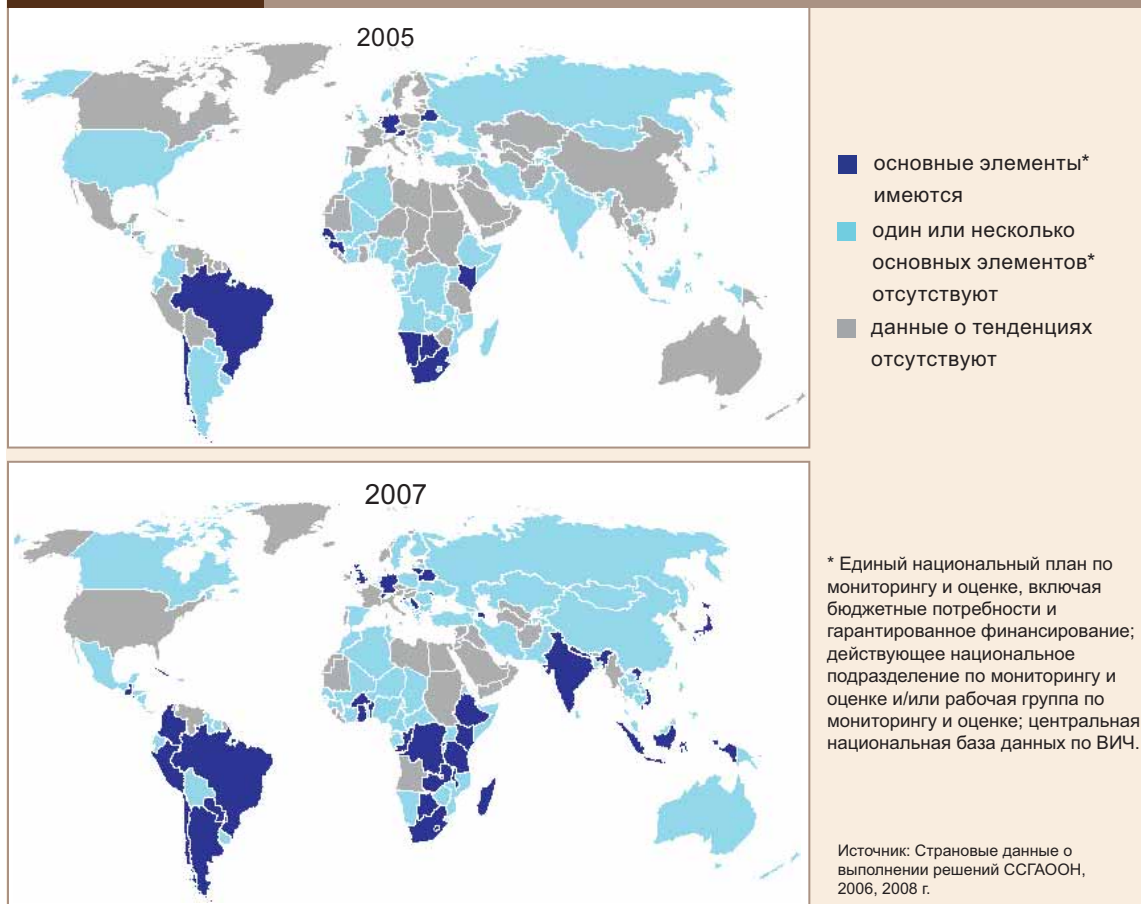
С 2005 по 2007 годы число стран, имеющих единый национальный план по мониторингу и оценке с указанием расходов и гарантированным финансированием, а также действующее национальное подразделение по мониторингу и оценке или национальную техническую рабочую группу и централизованную базу данных по ВИЧ, увеличилось с 14 до 44 (Страновые данные о выполнении решений ССГАООН, 2008 г.).

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией сыграл ключевую роль в усовершенствовании национальных систем мониторинга и оценки. Предложения для получения помощи Глобального фонда должны опираться на надежную информацию странового уровня. Кроме того, для обеспечения постоянного финансирования в рамках подхода Глобального фонда, основанного на результатах исполнения, большое значение имеет своевременная и точная национальная отчетность о прогрессе.

Не только системы мониторинга и оценки стали сильнее, но и улучшились существующие методы отслеживания ключевых аспектов эпидемии. В странах с генерализованными эпидемиями более широкое использование данных национальных обследований домохозяйств позволило улучшить точность и надежность национальных оценок распространенности ВИЧ, инфицированности и смертности (см. главу 2). На рисунке 1.4 показаны глобальные тенденции, касающиеся усиления систем мониторинга и оценки.

РИСУНОК 1.4

Глобальные тенденции в усилении систем мониторинга и оценки, 2005 и 2007 гг.



Продвижение в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ

Для ускорения прогресса в направлении достижения целей в области развития, намеченных в Декларации тысячелетия на 2015 год, глобальное сообщество установило цель, предусматривающую продвижение в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ к 2010 году. Этот шаг имеет историческое значение для глобального здоровья и развития. Превращение надежд в достижения

потребуется беспрецедентной приверженности и ресурсов, а также инновационных подходов к устранению проблем и узких мест, которые в течение длительного времени сдерживали прогресс в области человеческого развития в условиях ограниченных ресурсов.

В 2005-2006 годах 123 страны и 7 регионов при поддержке ЮНЭЙДС организовали консультативные процессы для определения проблем на пути продвижения в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Результаты таких консультаций были использованы во время дискуссий в ходе заседания высокого уровня по ВИЧ/СПИДу в

Основные слабые стороны и пробелы в мониторинге и оценке

Несмотря на то что улучшение национального потенциала для мониторинга и оценки очевидно, здесь по-прежнему существуют критические пробелы и слабые стороны. Каждая четвертая страна, имеющая национальный план по мониторингу и оценке, не подсчитывала бюджетные затраты, а каждая третья страна не имеет гарантированного финансирования для реализации этого плана. Более трети стран, имеющих план по мониторингу и оценке, не имеют централизованной базы данных по ВИЧ. Для усиления национального потенциала, необходимого для получения надежной базы данных для принятия решений по вопросам политики и программ, странам требуется открытый доступ к финансовым и техническим ресурсам для мониторинга и оценки, включая эпиднадзор за ВИЧ. Несмотря на то что Глобальный фонд, Всемирный банк и ПЕПФАР разрешают выделять до 10% любого гранта на мониторинг и оценку, страны только начинают пользоваться этой возможностью.

Указанные расходы⁵ на мониторинг и оценку колеблются от 0,1% национальных расходов в связи с ВИЧ до 15,6% (медианное значение 0,9%, показатель 1 ССГАООН, данные за 2006-2007 годы). Более чем в половине стран (54%) мероприятия по мониторингу и оценке финансируются исключительно из внешних источников. Лишь одна из 10 стран указала, что мероприятия по мониторингу и оценке в связи с ВИЧ финансируются исключительно за счет внутренних средств. Этот дисбаланс в финансировании мероприятий по мониторингу и оценке вызывает вопросы по поводу устойчивости этой важнейшей функции в будущем. Кроме того, внешнее финансирование мероприятий по мониторингу и оценке необязательно обеспечивает поддержку национальной системы мониторинга и оценки. Например, Гайана указала на значительный прогресс в области мониторинга и оценки, в то же время ряд проектов, финансируемых донорами, которые включают компоненты мониторинга и оценки, не связаны с национальным планом по мониторингу и оценке (отчет Гайаны для ССГАООН, 2008 г.).

По мере усиления национального потенциала для мониторинга и оценки страны и национальные партнеры должны обеспечить фактическое использование получаемой информации для улучшения процесса принятия решений. Оценка потоков средств показала, что национальное распределение средств для профилактики иногда резко контрастирует с картиной развития эпидемии, получаемой с помощью национальных систем эпиднадзора (ЮНЭЙДС, 2004). Точно так же инертность и бюрократическое давление иногда не позволяют прекратить исполнение программ или стратегий или пересмотреть конкретные программы или стратегии, даже когда данные оценок свидетельствуют о том, что такие подходы неэффективны.

⁵ Всего 48 стран указали свои расходы по мониторингу и оценке за 2006 или 2007 годы.

Что такое всеобщий доступ?

Всеобщий доступ означает конкретную приверженность и новую решимость людей во всем мире обратить ход эпидемии вспять. Это процесс, который опирается на предыдущие инициативы и наполняет еще большей энергией уже осуществляемые действия.

Всеобщий доступ не подразумевает обязательного охвата услугами по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ на 100 процентов – даже в странах с высоким уровнем доходов, где медицинская помощь доступна для всех, некоторые пациенты, имеющие право на получение антиретровирусных препаратов по медицинским показаниям, не получают их по различным причинам (напр., намеренное решение не проходить тестирование или решение начать лечение позднее). Скорее мир, продвигаясь в направлении реализации национальных целевых показателей по обеспечению всеобщего доступа, обязуется делать конкретные и устойчивые шаги в направлении обеспечения высокого уровня охвата наиболее эффективными программами, необходимыми для управления разнородными эпидемиями во всех регионах. Основные принципы расширения действий в направлении обеспечения всеобщего доступа подчеркивают, что услуги должны быть равноценными, доступными, недорогими, всесторонними и устойчивыми в течение длительного времени.

Поскольку различные условия зачастую определяют совершенно различные потребности, всеобщий доступ нельзя подогнать под какие-либо стандартные временные рамки или подход, следовательно, странам придется устанавливать различные временные рамки и стратегии обеспечения расширения доступа. Например, странам с генерализованными эпидемиями (см. главу 4) требуется очень высокий охват инициативами, направленными на население в целом (напр., кампании в средствах массовой информации, просвещение в школах и программы профилактики на рабочем месте). В отличие от этого, странам с низким и средним уровнем доходов может потребоваться менее интенсивный процесс охвата инициативами, направленными на широкие слои населения, но высокий уровень охвата программами, нацеленными на группы населения, которым грозит самый высокий риск контакта с ВИЧ. Устанавливая национальные целевые показатели, страны обязуются достичь всеобщего охвата в течение временных рамок, которые должны быть короткими – для усиления поддержки и действий в направлении этой цели – и в то же время реальными, что позволит им стать на путь реализации к 2015 году целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.

рамках Генеральной Ассамблеи ООН в июне 2006 года. По итогам заседания государства-члены ООН единодушно утвердили цель, предусматривающую продвижение в направлении обеспечения всеобщего доступа к 2010 году (Генеральная Ассамблея ООН, 2006).

Получая руководящую поддержку со стороны ЮНЭЙДС (ЮНЭЙДС, 2006), страны во всех регионах инициировали на основе имеющейся информации процессы, направленные на достижение национального межведомственного консенсуса в отношении целевых показателей для

всеобщего доступа. По состоянию на март 2008 года 105 стран определили целевые показатели для обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, включая 76 стран, которые включили эти целевые показатели в свои национальные планы по СПИДу или более широкие документы в области развития (напр., документы с изложением стратегий по сокращению масштабов нищеты, структуры среднесрочных расходов). Всего действия и расходы, необходимые для обеспечения всеобщего доступа, определила 41 страна, что является важнейшим

шагом в мобилизации ресурсов, необходимых для достижения указанных целей. Некоторые страны определили особо далеко идущие целевые показатели, которые иногда превышают реальные возможности для реализации планов лечения ВИЧ или других инициатив.

В развитие процессов установления целевых показателей страны в настоящее время поддерживают инициативы по обеспечению всеобщего доступа на субнациональном уровне. Например, в Нигерии стратегические планы обеспечения всеобщего доступа разрабатываются в шести штатах.

Действия гражданского общества по обеспечению всеобщего доступа

Движение в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ служит эффективным средством мобилизации гражданского общества.

На страновом уровне гражданское общество участвовало в определении национальных целевых показателей обеспечения всеобщего доступа и осуществляет мониторинг процесса реализации национальных планов для повышения уровня отчетности при осуществлении национальных ответных мер. Например, в Малави и Камбодже согласованные действия по адвокации со стороны организаций гражданского общества позволили ускорить процесс определения далеко идущих целевых показателей в отношении всеобщего доступа лицами, принимающими решения. Точно так же в Нигерии восемь сетей гражданского общества объединили свои усилия для разработки плана действий гражданского общества по обеспечению всеобщего доступа – “Народная программа в области СПИДа”, – представленного во Всемирный день борьбы со СПИДом в 2007 году.

В глобальном масштабе Всемирная кампания против СПИДа использует движение за обеспечение всеобщего доступа для мобилизации различных заинтересованных групп и активистов гражданского общества. В июле 2007 года активисты гражданского общества из 35 регионов собрались под эгидой Всемирной кампании против СПИДа в Найроби, для того чтобы обменяться своими точками зрения и скоординировать усилия по обеспечению всеобщего доступа. В настоящее время активные национальные кампании против СПИДа проводятся в пяти из восьми стран, входящих в “большую восьмерку”, группу ведущих промышленно развитых стран; эти национальные кампании координируют свои действия по адвокации с тем, чтобы ВИЧ оставался одним из приоритетов для этой группы.

Коалиция региональных сетей Азии и Тихоокеанского бассейна разработала пакет “Минимальные стандарты для участия гражданского общества в инициативах по обеспечению всеобщего доступа”, используя результаты региональных и национальных консультаций организаций гражданского общества. Этот пакет предназначен для представителей гражданского общества и других заинтересованных участников для оценки и усиления участия гражданского общества в национальных инициативах за обеспечение всеобщего доступа. В соответствии с принципами, изложенными в этом пакете, ЮНЭЙДС спонсировала консультацию гражданского общества для получения информации, необходимой при разработке технических рекомендаций для расширения тестирования на ВИЧ и консультирования в азиатско-тихоокеанском регионе. Кроме того, были проведены региональные форумы для групп населения, которым грозит самый высокий риск, с тем чтобы обеспечить активное участие гражданского общества в действиях, направленных на планирование и реализацию расширенных программ профилактики.

Активизм для достижения результатов

Алессандра Нило является одним из учредителей и координаторов ГЕСТОС, неправительственной организации в Бразилии.



Для Алессандры Нило, активистки, работающей в Бразилии, ее работа по ВИЧ является частью широкой борьбы за социальную справедливость и права человека. “С течением времени стало понятно, что вопросы нищеты, гендерного неравенства и, прежде всего, культурных различий и проблем являются вопросами, которые нам необходимо рассматривать и решать раз и навсегда”, – сказала она.

Алессандра и другие участники объединили свои усилия в 1993 году для создания ГЕСТОС с целью оказания психологической поддержки и руководства при обучении людей, живущих с ВИЧ, в бразильском городе Ресифи. В последующие годы ГЕСТОС все шире участвовала в анализе государственной политики и адвокации, включая мониторинг выполнения правительством Бразилии своих обязательств в связи с ВИЧ. Во второй половине 1990-х годов ГЕСТОС начала устанавливать связи с другими группами в Латинской Америке. В сотрудничестве с другими группами гражданского общества ГЕСТОС принимала активное участие в специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу 2001 года. Сегодня ГЕСТОС работает в 16 странах и в 2008 году представила отчет о состоянии полового и репродуктивного здоровья в этих странах, дополняющий национальные отчетные данные по ключевым показателям выполнения *Декларации о приверженности*.

Несмотря на сложный характер эпидемии, по словам Алессандры, одним из наиболее удовлетворительных аспектов активизма в области ВИЧ является фактическое наличие решений для решения большинства важнейших проблем. “Делать свою работу в качестве активиста меня побуждает возможность находить решения и более наглядно бороться с неравенством, скрытым в макроструктуре общества. Здесь, в моей общине, я веду работу для того, чтобы люди, которые ранее были очень бедными и никогда не имели доступа к адекватному лечению в связи с ВИЧ/СПИДом, сейчас могли получить от этого пользу, а также доступ к продовольственной помощи и нормальным условиям жизни, и, прежде всего, для того чтобы члены общины могли научиться жить в условиях этой эпидемии”.

Алессандра считает, что сейчас пришло время, чтобы показать результаты осуществления мер в ответ на ВИЧ. “После 2001 года были сделаны значительные вложения в связи с ВИЧ/СПИДом, – говорит она. – Сейчас нам необходимо показать, как были вложены эти деньги, показать результаты всех этих инвестиций, а также четко показать, что нам нужны новые инвестиции ... По моему мнению, мы не сможем этого сделать без приверженности и вовлечения гражданского общества”.

Для Алессандры активизм в области борьбы с ВИЧ не просто дело, это образ жизни. “Это ведь не такая работа, когда можно просто положить свою ручку и пойти домой... Мы боремся за дело, за дело обеспечения социального благополучия, которое требует нашей отдачи 24 часа в сутки и семь дней в неделю!”

Начать процесс обращения эпидемии вспять к 2015 году

Одним из основных результатов, представленных в настоящем докладе, является то, что, хотя ряд стран идет по пути достижения целевых показателей 2010 года, намеченных в *Декларации о приверженности*, другие этого не сделали. Без существенного усиления и ускорения мер в ответ на ВИЧ многим странам не удастся обеспечить всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ к 2010 году или начать процесс обращения эпидемии вспять к 2015 году. Глобальное сообщество должно возобновить и усилить свою приверженность работе со странами, с тем чтобы ускорить прогресс на пути обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

В последующих главах настоящего доклада подчеркивается ряд ключевых факторов, которые будут влиять на способность мира справляться с будущими проблемами.

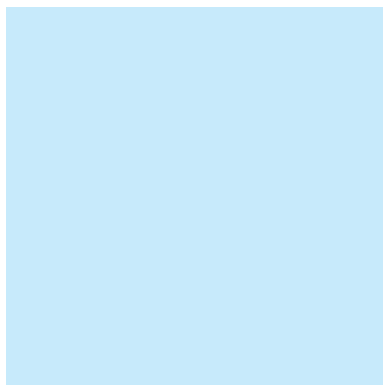
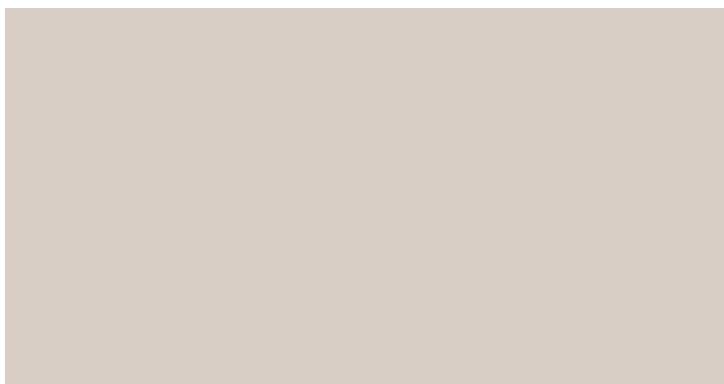
- *Опирайтесь на успех.* В последнее время в ряде регионов был достигнут прогресс в плане расширения важнейших услуг в связи с ВИЧ – снижение инфицирования ВИЧ, стабилизация уровней смертности и обеспечение ухода за детьми, ставшими уязвимыми вследствие эпидемии; этот прогресс демонстрирует, что впечатляющих результатов можно достичь, даже в условиях сильно ограниченных ресурсов.
- *Заставить деньги работать.* Несмотря на конкретный прогресс, достигнутый в последние годы в плане значительного расширения ресурсов для осуществления мер в ответ на ВИЧ, странам часто приходится вести борьбу, чтобы использовать новые финансовые средства для реализации широкомасштабных национальных программ по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Действия различных национальных заинтересованных участников часто плохо координированы, а слабость инфраструктуры снижает возможности стран для освоения новых финансовых средств. В последние годы были предприняты важные шаги для устранения факторов, которые ослабляют воздействие растущего финансирования; в то же время срочно требуются существенно более активные

действия, чтобы ликвидировать проблемы в плане обеспечения доступа к важнейшим программам по ВИЧ.

- *Разрабатывать ответные меры в соответствии с национальными и местными потребностями.* То, что получило название “глобальная эпидемия”, фактически представляет собой смесь почти бесконечного числа отдельных эпидемий, развивающихся в общинах, районах, странах, субрегионах и регионах. Нет отдельно взятой схемы, которая была бы достаточной для осуществления эффективных ответных мер. Различные страны могут учиться друг у друга тому, как разрабатывать, реализовывать и пересматривать свои национальные стратегии. В то же время национальные действия должны осуществляться с учетом имеющихся данных и тщательно разрабатываться в соответствии с национальными потребностями и обстоятельствами, если ставится задача обеспечить их оптимальную эффективность. Лица, принимающие решения на национальном уровне, и партнеры должны “знать свою эпидемию и свои ответные меры”, с тем чтобы разрабатывать национальные планы, обеспечивающие максимальное воздействие.
- *Устранять социальные факторы, усиливающие риск и уязвимость в связи с ВИЧ и воздействие эпидемии.* Расширение программ должно дополняться интенсивными действиями, направленными на решение универсальных проблем, сдерживающих осуществление эффективных ответных мер. Это особенно важно в условиях гиперэндемии, где минимальные изменения рискованных моделей поведения могут оказать лишь ограниченное воздействие на ход развития эпидемии. Все заинтересованные стороны должны стремиться к тому, чтобы обеспечить гендерное равенство и расширить возможности женщин, снизить стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ и ослабить социальную маргинализацию групп, которым грозит самый высокий риск заражения ВИЧ. В различных частях настоящего доклада вопросы гендерного неравенства, социальной маргинализации и неравенства в получении доходов будут рассматриваться как универсальные вопросы, играющие критическую роль при осуществлении всех мер в ответ на ВИЧ.

- *Планировать на длительный период.* Даже если бы мир начал процесс обращения вспять эпидемии к 2015 году, как предусмотрено целями в области развития, сформулированными в Декларации тысячелетия, эпидемия по-прежнему оставалась бы одной из главных глобальных проблем в предстоящие десятилетия. При осуществлении чрезвычайных мер, направленных на расширение важнейших услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, необходимо обеспечить устойчивость эффективных ответных мер в течение длительного периода времени. Это потребует новых механизмов и создания потенциала, который в настоящее время не существует; это также потребует тщательного планирования, поскольку некоторые проблемы, которые будет таить в себе эпидемия через 10 или 20 лет, могут быть совершенно отличными от того, что мы имеем сегодня.
- *Ставить людей в центр процесса охраны здоровья и развития.* Одним из основных уроков эпидемии ВИЧ является то, что гражданское общество – в частности люди, живущие с ВИЧ, и те, кому грозит самый высокий риск контакта с ВИЧ, – играет центральную роль в осуществлении эффективных ответных мер на национальном и местном уровне. В то же время те, кто больше всего пострадал от эпидемии, по-прежнему остаются на периферии процесса принятия решений во многих странах. Для того чтобы преодолеть серьезные препятствия, сдерживающие усилия в направлении обеспечения всеобщего доступа, странам неотложно требуются знания, энтузиазм и приверженность со стороны тех, кто лучше других понимает, как можно охватить людей, которые больше всего нуждаются в услугах в связи с ВИЧ.

Состояние глобальной эпидемии ВИЧ

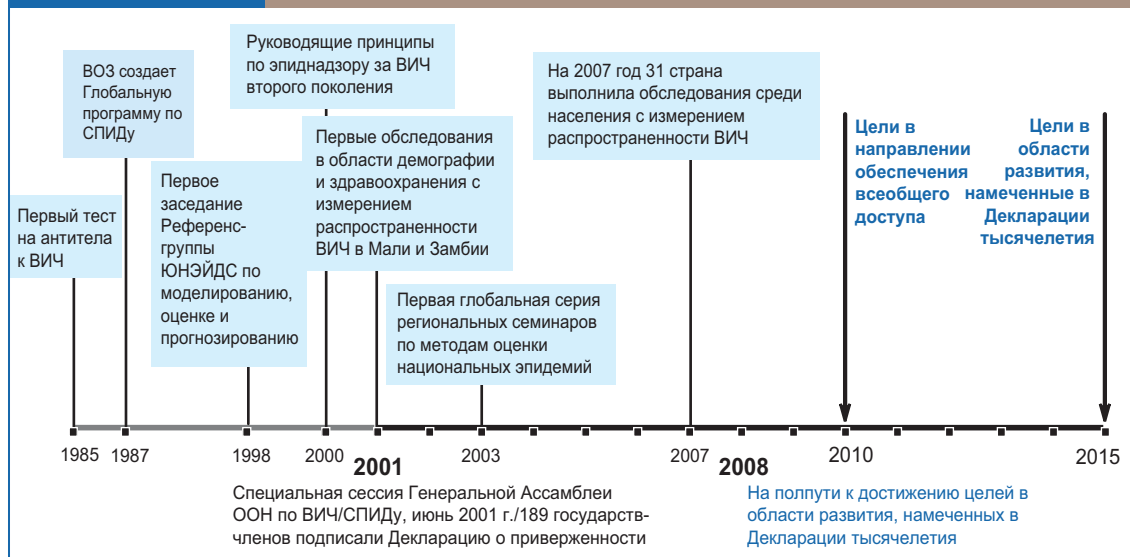


Глава 2



РИСУНОК 2.1

Ключевые события в рамках процесса отслеживания эпидемии



Основные положения

- В глобальном масштабе процент людей, живущих с ВИЧ, после 2000 года выравнился.
- Только в 2007 году произошло 2,7 млн. новых случаев ВИЧ-инфекции, и 2 млн. случаев смерти от СПИДа.
- Уровень распространения новых ВИЧ-инфекций в ряде стран снизился, однако в мировом масштабе эти положительные тенденции, по крайней мере частично, нивелируются за счет увеличения числа новых инфекций в других странах.
- В 14 из 17 стран Африки, где имеются адекватные данные обследований, процент молодых беременных женщин (в возрасте 15–24 лет), живущих с ВИЧ, после 2000–2001 годов уменьшился. В 7 странах снижение числа инфекций составляет или превышает целевой показатель в 25%, установленный на 2010 год в Декларации о приверженности.
- Расширение доступа к лечению в последние десять лет привело к уменьшению ежегодного числа смертей от СПИДа.
- Африка к югу от Сахары остается регионом, наиболее сильно затронутым ВИЧ: в 2007 году здесь проживало 67% всех людей, живущих с ВИЧ, и зарегистрировано 72% всех случаев смерти от СПИДа. Тем не менее в настоящее время некоторые наиболее опасные тенденции роста числа новых инфекций регистрируются в странах с большой численностью населения в других регионах, таких как Индонезия, Российская Федерация и ряд стран с высоким уровнем доходов.
- Во всем мире процент женщин среди людей, живущих с ВИЧ, в течение нескольких лет оставался стабильным (на уровне 50%), хотя в ряде стран доля инфекций, приходящихся на женщин, растет.
- Фактически во всех регионах помимо Африки к югу от Сахары ВИЧ диспропорционально сильно воздействует на потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и работников секс-бизнеса.

ВИЧ остается беспрецедентной по своим размерам глобальной проблемой в области здравоохранения. Никому не известный 27 лет назад, ВИЧ, по оценкам, уже унес жизни 25 миллионов человек во всем мире и вызвал глубокие демографические изменения в наиболее затронутых странах.

Самые последние международные эпидемиологические данные включают и хорошие новости. В некоторых странах Азии, Латинской Америки и Африки к югу от Сахары ежегодное число новых ВИЧ-инфекций уменьшается. Также уменьшилось оценочное число смертей вследствие СПИДа, отчасти благодаря успешному расширению доступа к антиретровирусному лечению в условиях ограниченных ресурсов. Тем не менее эти благоприятные

тенденции видны не везде, как внутри отдельных регионов, так и при сравнении между регионами, что подчеркивает потребность в обеспечении более всестороннего прогресса в реализации эффективной политики и программ.

В настоящей главе приводится обобщенная оценка нынешнего состояния эпидемии, включая анализ широких глобальных тенденций и описание характера развития эпидемии в регионах. В ней использованы последние эпидемиологические данные, полученные в странах; во многих случаях эти данные были значительно уточнены (см. вставку “Уточнение оценочных данных о ВИЧ”). В Приложении I приводится конкретная эпидемиологическая информация для 168 стран.

Улучшение оценочных данных о ВИЧ

Системы эпиднадзора на ряде участков (участках “дозорного эпиднадзора”) были значительно расширены и усовершенствованы (особенно в Африке к югу от Сахары и Азии), что позволило получить более надежные оценочные данные об эпидемии ВИЧ и ее воздействии. Кроме того, растет число стран, которые выполнили национальные обследования среди населения, включая тестирование на ВИЧ. Все эти источники данных обеспечивают дополнительную информацию о распространенности ВИЧ среди взрослого населения и изменении моделей развития эпидемии во времени.

ЮНЭЙДС и ВОЗ в основном используют три инструмента для получения оценочных данных о ВИЧ в странах и регионах: Программный пакет для оценки и прогнозирования (ПОП), “Рабочий журнал” и программу *Spectrum*.¹ Эти модели позволяют получить оценки, касающиеся изменения показателя распространенности ВИЧ² во времени, числа людей, живущих с ВИЧ, новых инфекций и смертей вследствие СПИДа, детей, осиротевших в результате СПИДа, и потребностей в лечении. Эти оценки основаны на данных, полученных при проведении дозорного эпиднадзора, обследований и специальных исследований; модели и допущения, используемые в таких инструментах, постоянно обновляются с учетом результатов последних исследований.

В частности данные о распространенности ВИЧ, полученные при проведении национальных обследований среди населения, позволили повысить надежность национальных оценок в отношении ВИЧ. Такие обследования более репрезентативны по сравнению с дозорным эпиднадзором в географическом плане и проводятся среди мужчин и среди женщин. После 2001 года 30 стран Карибского бассейна, Африки к югу от Сахары и Азии провели национальные обследования среди населения, включая оценку распространенности ВИЧ. Почти во всех этих странах новые оценки относительно распространенности ВИЧ оказались ниже оценок, которые были опубликованы до получения данных новых обследований.

Такие обследования также позволили уточнить и пересмотреть допущения, используемые в инструментах ПОП и программе *Spectrum*. Например, по данным национальных обследований

¹ Дополнительную информацию об этом можно найти на сайте: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Methodology/>

² Показатель распространенности ВИЧ означает общее число инфекций на определенный момент времени. Инфицированность или новые инфекции означают процент или число людей, которые заразились за некий период времени, обычно за данный год.

населения на ВИЧ, показатель распространенности ВИЧ оказался примерно на 20% ниже по сравнению с показателем распространенности, полученным среди посетительниц родоразрешающих клиник, причем как в сельских, так и в городских районах (Gouws et al., в печати). Некоторые страны Африки к югу от Сахары эти обследования не проводили, в частности Ангола, Гамбия, Гвинея-Бисау, Мозамбик, Намибия, Нигерия, Сомали, Судан и Эритрея. Для разработки оценок, включенных в настоящий доклад, данные о показателе распространенности ВИЧ, полученные для посетительниц родоразрешающих клиник в этих странах, были уточнены в сторону уменьшения, после чего этот показатель составил примерно 0,8 показателя, полученного при обследованиях в родоразрешающих клиниках. Этот поправочный коэффициент колеблется в зависимости от соотношения между городским и сельским населением в стране.

Новые исследования также привели к серьезному пересмотру допущений, используемых в моделях, разработанных ЮНЭЙДС и ВОЗ. Одним из примеров этого является пересмотр оценок относительно инфицирования ВИЧ и смертности от СПИДа. В их основе лежит допущение относительно средней продолжительности жизни после заражения ВИЧ в отсутствие антиретровирусного лечения (Stover et al., в печати). Продольные исследования (Marston et al., 2007; Todd et al., 2007) указывают на то, что в отсутствие такого лечения оценочная чистая медианная продолжительность жизни после заражения ВИЧ составляет 11 лет (Референс-группа ЮНЭЙДС по моделированию, оценке и прогнозированию, 2006), а не 9 лет, как считалось ранее (Референс-группа ЮНЭЙДС по моделированию, оценке и прогнозированию, 2002).³

Улучшение системы эпиднадзора и уточнение получаемых данных, включая изменения, вносимые в допущения, позволили получить более надежные эпидемиологические оценочные данные. Поскольку этот пересмотр также влияет на оценку исторических трендов, последние оценки не следует сравнивать непосредственно с оценками, опубликованными в предыдущих докладах. Там, где в настоящем докладе приводятся эпидемиологические тренды, в нем также указываются пересмотренные исторические оценки.

Секретариат ЮНЭЙДС и ВОЗ продолжают работу по уточнению методов оценки данных о ВИЧ и СПИДе по мере появления новых научных данных и исследований.

В глобальном масштабе эпидемия ВИЧ стабилизировалась, хотя уровни новых ВИЧ-инфекций и смертности от СПИДа остаются неприемлемо высокими.

- В 2007 году оценочное число людей, живущих с ВИЧ во всем мире, составило 33 [30,3–36,1] миллиона человек (рисунок 2.2).
- Ежегодное число новых ВИЧ-инфекций уменьшилось с 3,0 [2,6–3,5] миллиона в 2001 году до 2,7 [2,2–3,2] миллиона в 2007 году.
- В целом, в 2007 году от СПИДа умерли 2,0 [1,8–2,3] миллиона человек – для сравнения в 2001

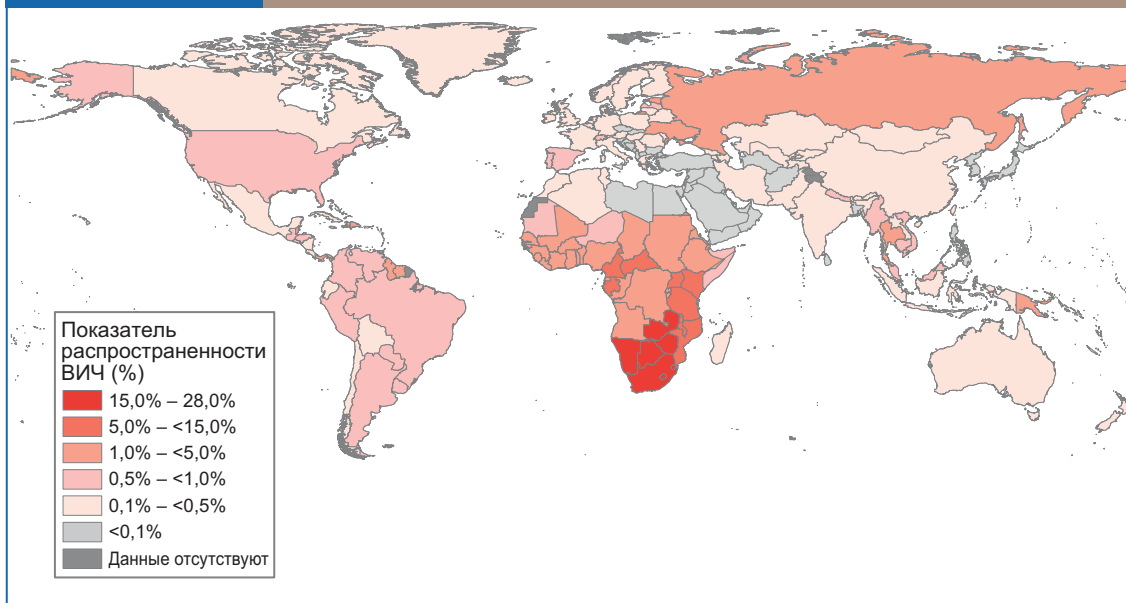
году от СПИДа умерли 1,7 [1,5–2,3] миллиона человек.

- В то время как процент людей, живущих с ВИЧ, с 2000 года стабилизировался, общее число людей, живущих с ВИЧ, постоянно росло, поскольку каждый год появляются все новые инфекции, лечение в связи с ВИЧ продляет жизнь, а число новых инфекций по-прежнему превышает число смертей от СПИДа (рисунок 2.3).
- Южный регион Африки по-прежнему несет на себе диспропорционально высокую нагрузку ВИЧ: в 2007 году 35% ВИЧ-инфекций и 36% смертей от СПИДа зарегистрированы в этом

³ Это касается всех стран за исключением стран, где большую часть инфекций составляет ВИЧ подтипа Е. В последнем случае, по оценкам, медианная чистая продолжительность жизни составляет 9 лет (Референс-группа ЮНЭЙДС по моделированию, оценке и прогнозированию, 2006).

РИСУНОК 2.2

Глобальная картина распространения ВИЧ-инфекций, 2007 г.
33 [30–36] миллиона человек, живущих с ВИЧ, 2007 г



субрегионе. Всего в Африке к югу от Сахары проживает 67% всех людей, живущих с ВИЧ.

- На женщин приходится половина всех людей, живущих с ВИЧ, во всем мире, и более 60% ВИЧ-инфекций в Африке к югу от Сахары. В последние 10 лет во всем мире доля женщин среди людей, живущих с ВИЧ, оставалась стабильной, однако во многих регионах она увеличилась (рисунок 2.4).
- Во всем мире, по оценкам, на молодых людей в возрасте 15–24 лет приходится 45% новых ВИЧ-инфекций.
- В 2007 году, по оценкам, ВИЧ заразились 370 000 [330 000–410 000] детей моложе 15 лет. В глобальном масштабе число детей моложе 15 лет, живущих с ВИЧ, увеличилось с 1,6 [1,4–2,1] миллиона в 2001 году до 2,0 [1,9–2,3] миллиона в 2007 году. Почти 90% живут в Африке к югу от Сахары (см. вставку “ВИЧ среди детей”).

Молодые люди: последние тенденции в распространении ВИЧ-инфекции и сексуальном поведении

В Декларации о приверженности установлена цель – к 2005 году уменьшить показатель распространённости ВИЧ среди молодых людей (в возрасте 15–24 лет) в наиболее затронутых странах на 25%. Для того чтобы оценить прогресс в достижении этой цели, 35 странам с высоким показателем распространённости (с национальным показателем выше 3%) и еще четырем странам Африки со значительным показателем распространённости (таблица 2) предложили заполнить данные, характеризующие последние тенденции в отношении ВИЧ и сексуального поведения среди молодежи.

Учитывая практические трудности проведения исследований с целью определения инфицирования ВИЧ,⁴ для определения этого показателя используются последовательные данные о распространённости ВИЧ, получаемые в различное время

⁴ Поскольку многие люди не знают о том, что они инфицированы в момент инфицирования, и узнают о своем диагнозе только через месяцы или годы, отслеживание инфицирования ВИЧ обычно требует специальных эпидемиологических исследований, которые сложны и дороги. В некоторых странах с высоким уровнем доходов используются новые эпитехнологии для измерения инфицирования ВИЧ в государственных учреждениях здравоохранения, но эти технологии не были опробованы в условиях высокой распространённости.

ТАБЛИЦА 2

Анализ трендов среди людей в возрасте 15-24 лет в странах с высоким уровнем распространенности (все страны с национальным показателем распространенности выше 3% и еще 4 страны Африки, имеющие значительный уровень распространенности): Распространенность ВИЧ среди беременных женщин (2000-2007 гг.) по данным систем дозорного эпиднадзора некоторых национальных обследований сексуального поведения среди женщин и мужчин (1994-2007 гг.)

СТРАНА	Период, за который были получены данные о распространенности	Тренды в изменении показателя распространенности ^a		Процент молодых людей (15-19 лет), имевших половые контакты в возрасте до 15 лет ^b		Пропорция тех, у кого были половые контакты более чем с одним партнером в последние 12 месяцев ^c		Пользование презервативами во время последнего полового контакта среди тех, у кого было более одного партнера в последние 12 месяцев ^d	
		Городские	Сельские	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Ангولا ^a		ID	ID						
Багамские Острова		↗							
Бенин ^b	2000–2006	↗*	↔	↔	↗*	↗*	↗	↗	↗
Ботсвана	2001–2006	↗*	↗*						
Буркина-Фасо	2000–2006	↗*	↗	↗*	↗*	↗*	↗*	↔	↗*
Бурунди	1999–2004	↗	↔	↗*					
Камерун ^a		ID	ID	↗*	↗*	↗*	↗*	↗*	↗*
Центральноафриканская Республика ^b				↗	↗				
Чад ^a		ID	ID	↗*	↗	↗	↗*	↗	↗
Конго ^a		ID	ID						
Кот-д'Ивуар	2000–2004	↗*	ID	↗*	↗	↗*	↗*	↗*	↔
Демократическая Республика Конго ^a		ID	ID						
Джибути ^b									
Эфиопия ^b				↗*	↗*	↗*	↗*		↗
Габон ^b									
Гамбия ^b									
Гана ^b				↗*	↗*	↔	↔	↗*	↗
Гаити ^b				↗*	↗*	↗	↗	↗	↗*
Кения	2000–2005	↗*	↗*	↔	↔	↗*	↗*	↗	↗*
Лесото ^a	2003–2007	↔	↗						
Либерия ^b									
Малави ^a	1999–2005	↗*	↔	↗*	↗*	↗	↗*	↔	↗
Мозамбик ^c	2000–2007	↔		↔	↗*				
Намибия	2002–2006	↗	↗	↔	↗*	↔	↗*	↗*	↗
Нигерия ^a									
Руанда	1998–2003	↗	ND	↗*	↗*	↗*	↗		
Сьерра-Леоне ^a		ID	ID						
Южная Африка ^a	2000–2006	↔				↗*	↔		
Судан ^a									
Свазиленд	2002–2006	↗	↗						
Того ^a									
Уганда ^b				↗*	↗	↔	↔	↗*	↗*
Объединенная Республика Танзания	2000–2006	↔	↗	↔	↗*	↗*	↗*	↗*	↗*
Замбия ^b	1998–2004	↔		↗*	↗*	↗*	↗*	↗	↗
Зимбабве	2000–2004	↗*	↗	↔	↗*	↗*	↗*	↔	↔

Примечания:

{1} Выделенные клетки обозначают позитивные тренды в изменении распространенности или поведении

{2} *Для анализа изменений распространенности во времени, за период не менее трех лет, были использованы данные, полученные с участков, где данные собираются регулярно. Критерий значимости по N0: наклон = 0

Условные обозначения:

^a Показатель распространенности получен для беременных женщин, посещающих дородовые клиники в отдельных странах

^b Среди лиц в возрасте 15-19 лет: доля тех, кто указал на наличие у них половых контактов до 15 лет. Анализ проведен на основе данных ОДЗ, КМИО или национальных обследований за период с 1990 по 2007 гг.

^c Среди лиц в возрасте 15-24 лет: доля тех, кто указал на наличие у них половых контактов более чем с одним партнером в последние 12 месяцев. Анализ проведен на основе данных повторных ОДЗ или национальных обследований за период с 1990 по 2007 гг.

^d Среди лиц в возрасте 15-24 лет: доля тех, кто указал на наличие у них половых контактов более чем с одним партнером и использование презерватива во время последнего полового контакта. Анализ проведен на основе данных повторных ОДЗ или национальных обследований за период с 1990 по 2007 гг.

↗ Отмечен рост распространенности ВИЧ или рискованного поведения

↘ Отмечено снижение распространенности ВИЧ или рискованного поведения

↗* Статистически значимое снижение распространенности ВИЧ более чем на 25% или значительное снижение измеряемого показателя поведения. Анализ распространенности на основе регрессии; анализ поведения на основе хивадрата или критерия хивадрат для определения тренда.

↗* Статистически значимое увеличение измеряемого показателя поведения. Анализ поведения на основе хивадрата или критерия хивадрат для определения тренда.

↔ Данные, указывающих на изменение, нет.

ID Недостаточные данные, т.е. получены за период менее трех лет.

**ND Данные не получены.

^e анализ данных для городских районов были включены пригородные и городские районы.

^f Анализ для Мозамбика включал комбинированные данные для юга, севера и центра страны.

^g Данные для рабочей группы не представлено; анализ на основе данных, включенных в отчет об эпиднадзоре в Южной Африке.

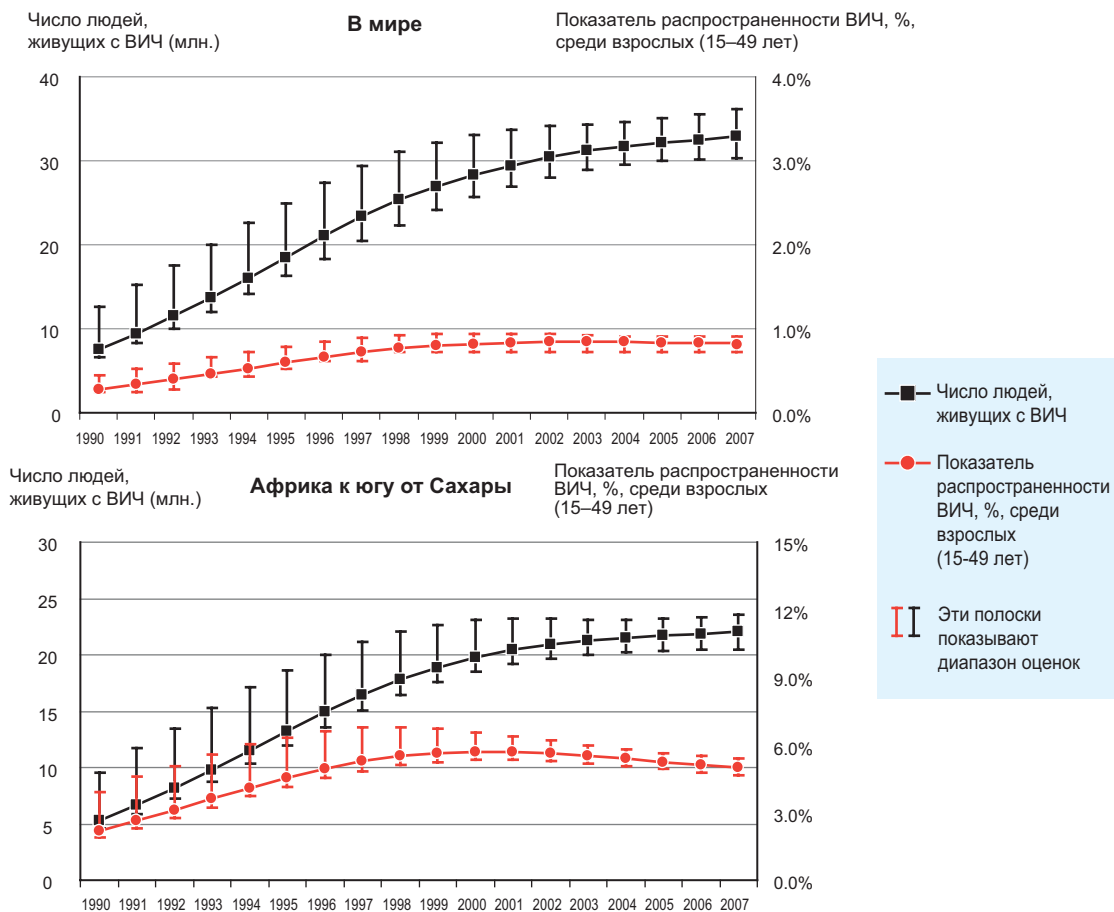
^h Данные для рабочей группы не представлено; анализ на основе данных, включенных в отчет об эпиднадзоре в Замбии за 2005 г. Анализ выполнен с использованием данных для городских и сельских районов

среди молодых женщин (15–24 лет), посещающих дородовые клиники; это позволяет получить важные показатели относительно последних эпидемиологических трендов. Показатель распространенности ВИЧ среди молодых женщин, посещающих дородовые клиники в городских или/и сельских районах, с 2000–2001 годов снизился в 14 из 17 стран, где имеются достаточные данные для

анализа последних трендов в наиболее затронутых странах (достаточные данные о распространенности за три различных года). Эти страны включают Багамские Острова, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Зимбабве, Кению, Кот-д'Ивуар, Лесото, Малави, Намибию, Объединенную Республику Танзания, Руанду и Свазиленд. В семи странах показатель распространенности ВИЧ снизился более чем на

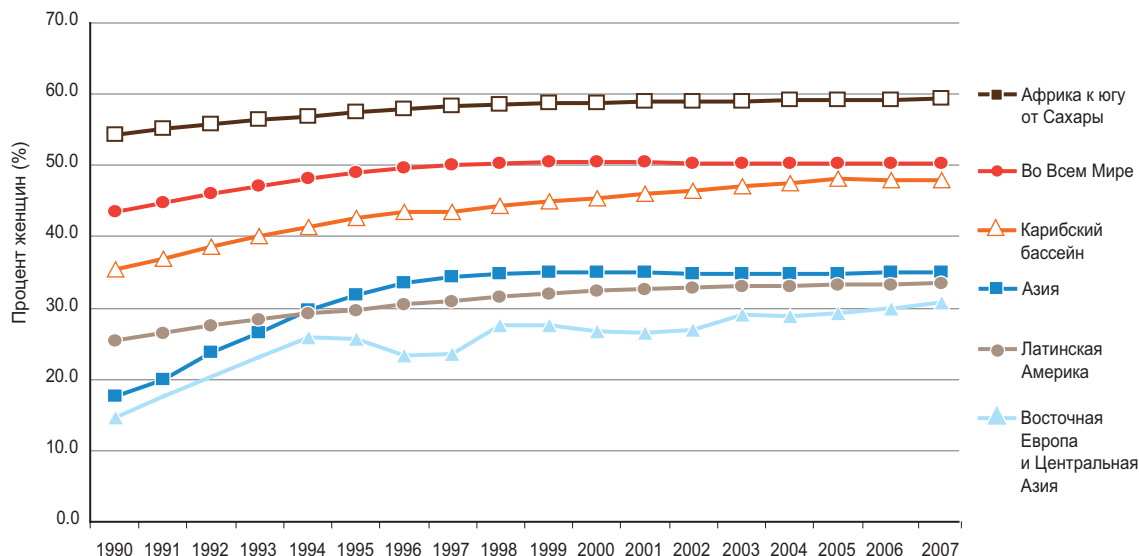
РИСУНОК 2.3

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ, и показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения во всем мире и в Африке к югу от Сахары, 1990–2007 гг.



Примечание: Даже несмотря на стабилизацию показателя распространенности ВИЧ в Африке к югу от Сахары, фактическое число инфицированных продолжает увеличиваться по причине роста населения.

РИСУНОК 2.4

Процент взрослого женского населения (15+), живущего с ВИЧ, 1990-2007 гг.⁵

25%. В двух из этих стран – Ботсване и Кении – снижение показателя отмечено как в городских, так и в сельских районах. В пяти странах – Бенине, Буркина-Фасо, Зимбабве, Кот-д’Ивуаре и Малави – снижение оказалось значительным только в городских районах.

Помимо данных о распространенности ВИЧ, ряд стран также отслеживал сексуальное поведение среди молодых людей. Из 35 стран с высоким показателем распространенности 19 стран провели в период с 1990 по 2007 годы национальные обследования, которые позволили получить достаточные сравнительные данные для оценки тенденций в изменении сексуального поведения. Процент молодых женщин и мужчин (15–19 лет), которые начали половую жизнь в возрасте до 15 лет, уменьшился в семи странах, однако увеличился в Гаити и Руанде. Процент молодых женщин и мужчин (15–24

лет), у которых в последние 12 месяцев было более одного партнера, уменьшился в 10 странах и остался без изменения в одной стране, в то же время он увеличился среди молодых женщин в двух странах и среди молодых мужчин в одной стране.

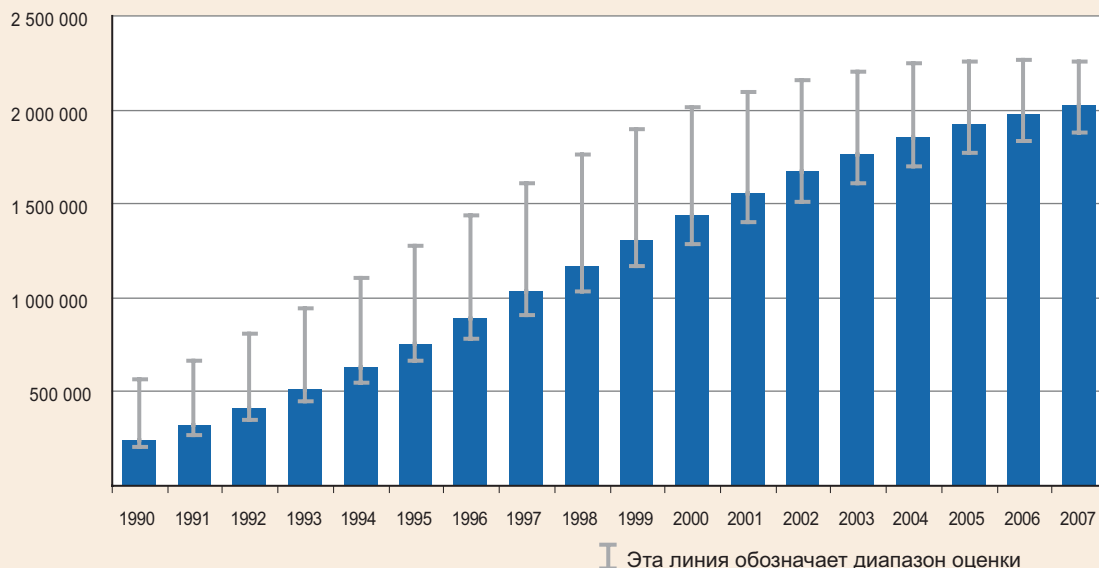
Практика пользования презервативами среди молодежи расширилась. Среди молодых мужчин (15–24 лет), у которых в последние 12 месяцев было более одного партнера, частота пользования презервативами увеличилась в 12 странах. Среди таких же молодых женщин частота пользования презервативами увеличилась в восьми странах. Несмотря на то что отмеченные изменения в поведении не имеют статистической значимости в каждом отдельном случае, общие тенденции показывают, что в ряде стран имело место снижение частоты рискованного поведения.⁶

⁵ С конца 1990-х годов глобальная пропорция инфицированных женщин и мужчин остается примерно на уровне 50%. На данном рисунке, показывающем пропорциональное соотношение, даже несмотря на то что пропорция женщин относительно мужчин в каждом регионе выросла, в большинстве регионов общее число инфицированных мужчин по-прежнему намного больше числа таких женщин.

⁶ 24 из 35 стран имели недостаточные данные или вообще не имели данных о распространенности ВИЧ и/или тенденциях в изменении сексуального поведения среди молодежи; сюда входит ряд стран с исключительно высокими показателями распространенности ВИЧ на юге Африки.

РИСУНОК 2.5

Глобальное число детей, живущих с ВИЧ, 1990–2007 гг.



ВИЧ среди детей

Объем данных прямого эпиднадзора за ВИЧ среди детей незначителен. Обследования, проводимые в дородовых клиниках, обычно касаются беременных девочек и женщин в возрасте 15 лет и старше; в большинстве случаев национальные обследования среди населения, включая тестирование на ВИЧ, проводятся только среди взрослых. Оценочные данные о ВИЧ среди детей получают в результате моделирования, используя в основном показатель распространенности ВИЧ среди взрослого женского населения (15–49 лет), коэффициенты рождаемости и допущения относительно продолжительности жизни ВИЧ-позитивных детей (Stover et al., 2006; Stover et al., в печати). Такие оценки показывают, что число детей, живущих с ВИЧ, во всем мире продолжает постоянно расти (рисунок 2.5).

По оценкам, более 90% детей, живущих с ВИЧ, заразились этим вирусом во время беременности, родов или грудного вскармливания – такие формы передачи ВИЧ можно предотвратить. Небольшая доля ВИЧ-инфекций среди детей обусловлена использованием зараженного инъекционного инструментария, переливанием зараженной крови или кровепродуктов, сексуальным насилием, половыми контактами (хотя этот путь передачи инфекции является существенным среди подростков) или практикой скарификации (Kengeya-Kayondo et al., 1995; Mulder et al., 1996; Hauri, Armstrong & Hutin 2004; Kiwanuka et al., 2004; Schmid et al., 2004).⁷

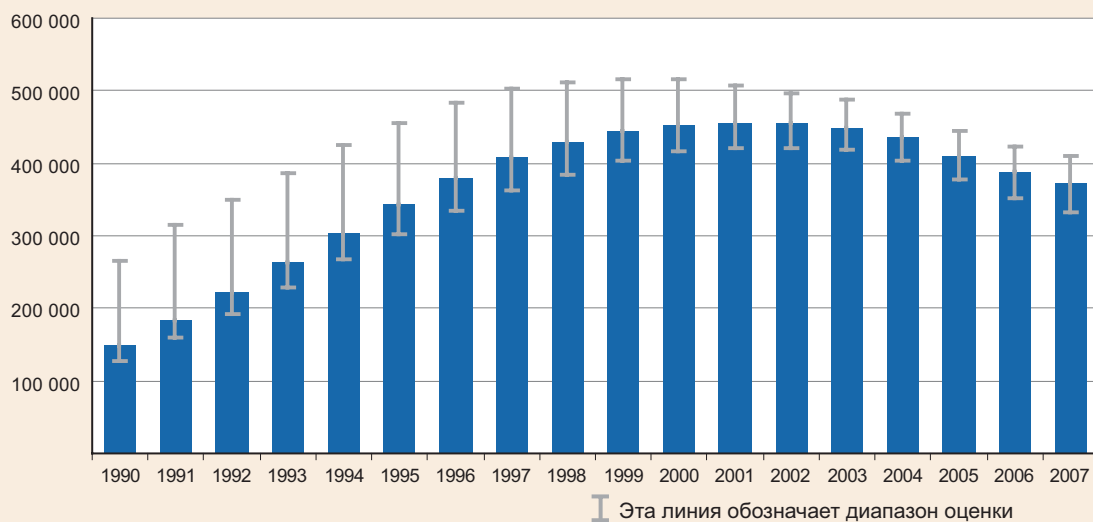
Как показано на рисунке 2.6, число новых ВИЧ-инфекций среди детей, вероятно, достигло пикового уровня в 2000–2002 годах. Считается, что это в основном обусловлено стабилизацией показателя распространенности ВИЧ среди женщин в целом и расширением охвата программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (см. главу 4).

В 2007 году оценочное число ВИЧ-инфицированных детей моложе 15 лет, которые умерли от СПИДа, составило 270 000 [250 000–290 000] человек – причем более 90% из них в Африке к югу от Сахары. В

⁷ Роль сексуального насилия над детьми как источника заражения ВИЧ детей описана слабо, тем не менее такой путь передачи ВИЧ вызывает особую озабоченность в странах, где ВИЧ и сексуальное насилие над детьми являются серьезными проблемами общественного здравоохранения.

РИСУНОК 2.6

Новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей, 1990-2007



наиболее затронутых странах, таких как Ботсвана и Зимбабве, ВИЧ является причиной смерти более трети всех детей моложе пяти лет (Mason, 2006). В действительности, при отсутствии антиретровирусного лечения протекание ВИЧ-инфекции у детей носит особенно агрессивный характер, и многие дети умирают в раннем возрасте (Taha et al., 2000; Newell et al., 2004; Brahmbhatt et al., 2006).

Как показано на рисунке 2.7, общее число смертей от СПИДа среди детей достигло пикового уровня примерно в 2003 году, после чего оно уменьшилось. Это снижение в основном отражает уменьшение числа новых инфекций среди детей (что показано на рисунке 2.6), а также расширение доступа к антиретровирусному лечению.

РИСУНОК 2.7

Число детей, умерших от СПИДа, 1990–2007 гг.

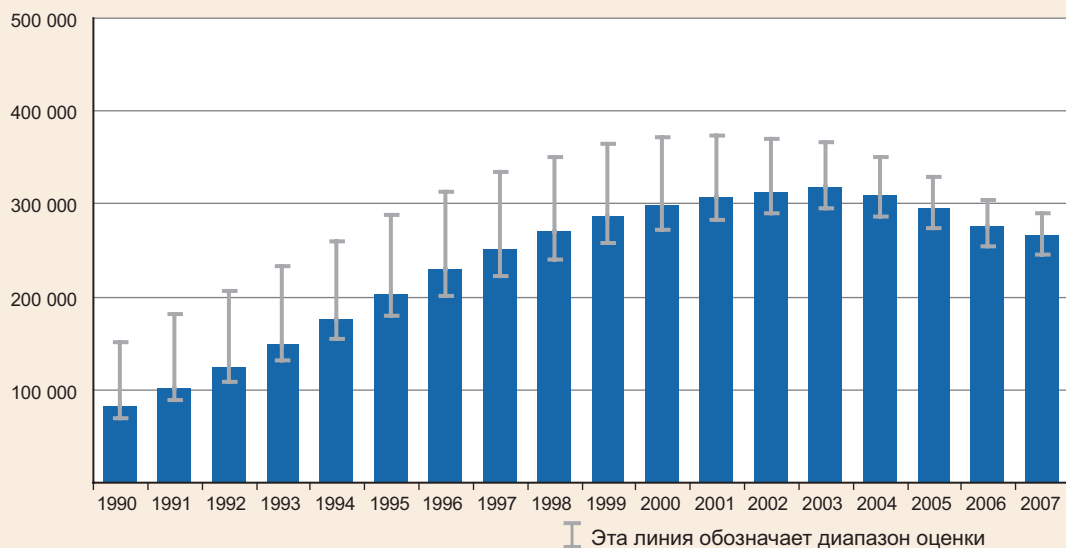
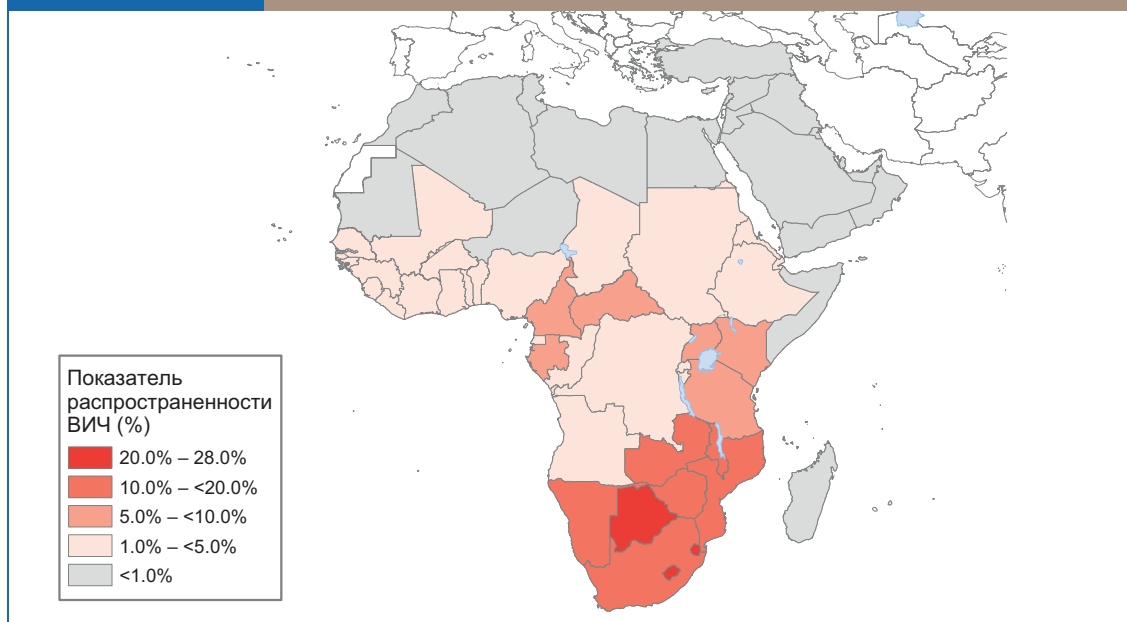


РИСУНОК 2.8

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15-49) в Африке, 2007 г.



Африка к югу от Сахары

В 2007 году в Африке к югу от Сахары, по оценкам, число людей, заразившихся ВИЧ, составило 1,9 [1,6–2,1] миллиона человек, в результате чего общее число людей, живущих с ВИЧ, достигло 22 [20,5–23,6] миллиона человек. Две трети (67%) общего числа людей, живущих с ВИЧ во всем мире, составившего 32,9 [30,3–36,1] миллиона человек, проживали в этом регионе, причем в 2007 году здесь зарегистрировано три четверти (75%) всех смертей от СПИДа.

Эпидемии в Африке к югу от Сахары значительно варьируются в зависимости от страны как по своим масштабам, так и по показателям (рисунок 2.8). Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составляет менее 2% в ряде стран Западной и Центральной Африки, а также на Африканском роге, в то же время в 2007 году он превышал 15% в семи странах юга Африки (Ботсване, Замбии, Зимбабве, Лесото, Намибии, Свазиленде и Южной Африке) и 5% еще в семи странах, в основном в Центральной и Восточной Африке (Габоне, Камеруне, Малави, Мозамбике,

Объединенной Республике Танзания, Уганде и Центральноафриканской Республике).

Последние эпидемиологические тренды

Большинство эпидемий в Африке к югу от Сахары, вероятно, стабилизировалось, хотя зачастую на очень высоком уровне, особенно на юге Африки. Кроме того, растет число стран, где показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, вероятно, снижается. В целом в регионе эпидемия диспропорционально сильно влияет на женщин по сравнению с мужчинами, при этом особенно ярко это различие проявляется в отношении показателя распространенности ВИЧ среди молодых женщин и мужчин (рисунки 2.9 и 2.10).

На юге Африки снижение показателя распространенности ВИЧ особенно заметно в Зимбабве, где этот показатель среди беременных женщин, посещающих дородовые клиники, снизился с 26% в 2002 году до 18% в 2006 году (Министерство здравоохранения и охраны детства [Зимбабве], 2007).⁸ В Ботсване снижение показателя распространен-

⁸ Об этом подробно рассказано в докладах "Развитие эпидемии СПИДа" за 2006 и 2007 год, которые можно найти по адресу <http://www.unaids.org>



ности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15–19 лет (с 25% в 2001 году до 18% в 2006 году) указывает на то, что темпы распространения новых инфекций, возможно, замедляются (Министерство здравоохранения [Ботсвана], 2006). Эпидемии в Малави и Замбии также, возможно, стабилизировались на фоне некоторых данных об изменении поведения в лучшую сторону (Heaton, Fowler & Palamuleni, 2006; Sandoy et al., 2007) и признаков снижения показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих родовые клиники, в некоторых городских районах (Министерство здравоохранения и населения [Малави], 2005; Министерство здравоохранения [Замбия], 2005; Michelo et al., 2006; Национальная комиссия по СПИДу [Малави], 2007).

Данные о ВИЧ, полученные в родовых клиниках Южной Африки, указывают на то, что эпидемия в этой стране, возможно, стабилизируется (Департамент здравоохранения [Южная Африка], 2007), однако пока что нет данных, указывающих на существенные изменения в поведении в связи с ВИЧ. Оценочное число людей, живших с ВИЧ в Южной Африке в 2007 году, составило 5,7 [4,9–6,6] миллиона человек⁹, в результате чего

эпидемия ВИЧ в этой стране оказывается самой крупной в мире. В то же время в Свазиленде показатель распространенности ВИЧ, составивший в 2006 году 26%, является самым высоким за всю историю проведения национальных обследований среди населения во всем мире (Центральное статистическое управление [Свазиленд] & Macro International Inc, 2007).

В Лесото и частично в Мозамбике эпидемия все еще нарастает. В некоторых провинциях в центре и на юге страны показатель распространенности ВИЧ среди взрослых достиг или превысил 20%, в то время как число ВИЧ-инфекций по-прежнему увеличивается среди молодежи (в возрасте 15–24 лет) (Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, 2006).

В рамках сравнительно небольших эпидемий на востоке Африки показатели распространенности ВИЧ либо выравнивались, либо пошли на убыль.

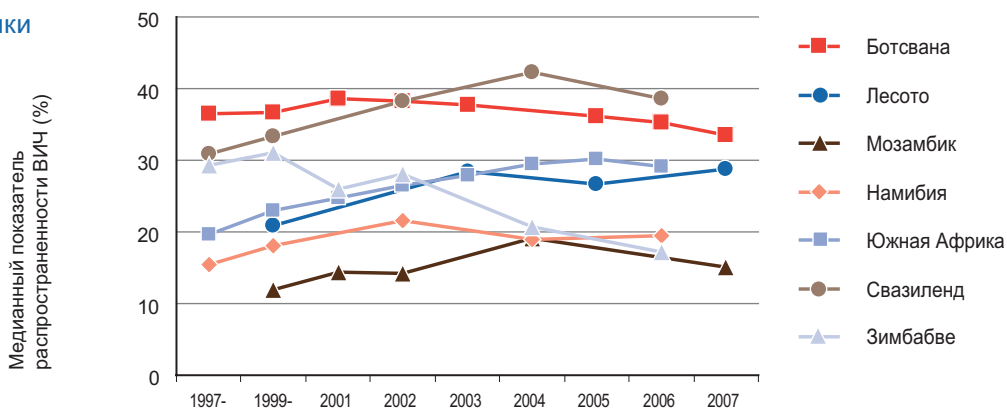
После резкого снижения в 1990-х годах (Asamoah-Odei, Garcia-Celleja & Boerma, 2004; Kirungi et al., 2006) национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в Уганде стабилизировался на уровне 5,4% [5,0%–6,1%].

⁹ Все оценки относительно общего числа людей, живущих с ВИЧ, в отдельно взятой стране приведены за 2007 год.

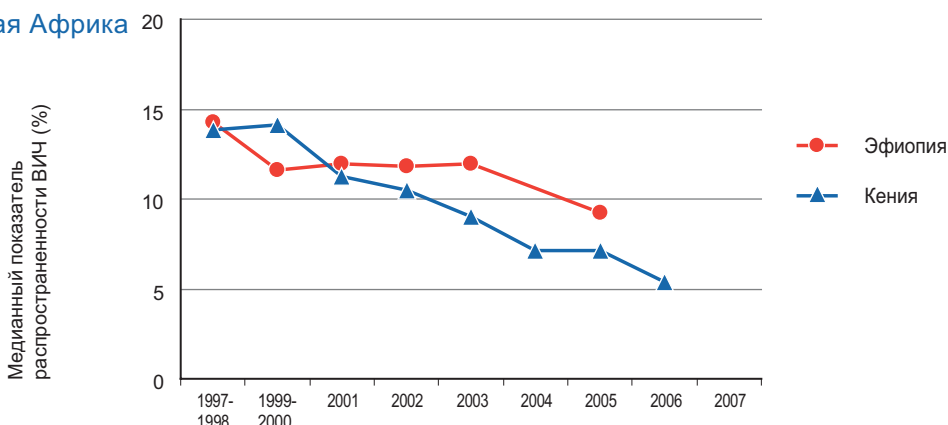
РИСУНОК 2.9

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди беременных женщин, посещающих дородовые клиники, в Африке к югу от Сахары, 1997–2007 гг.

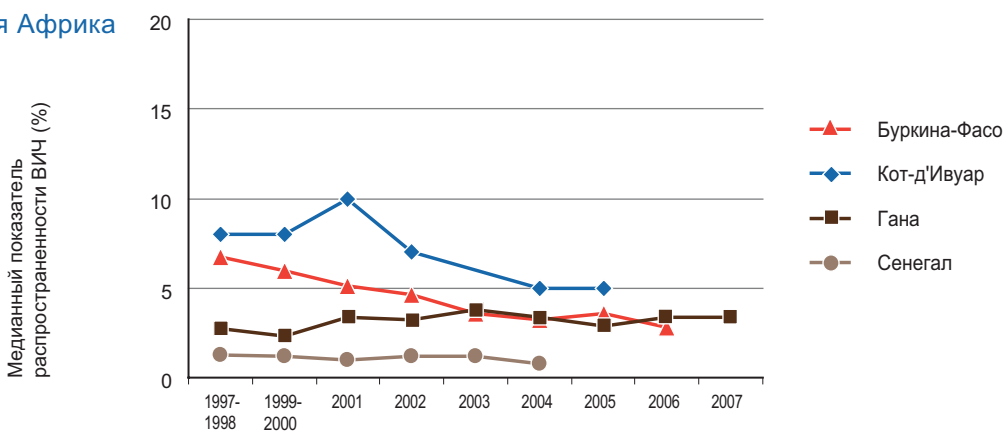
Юг Африки



Восточная Африка



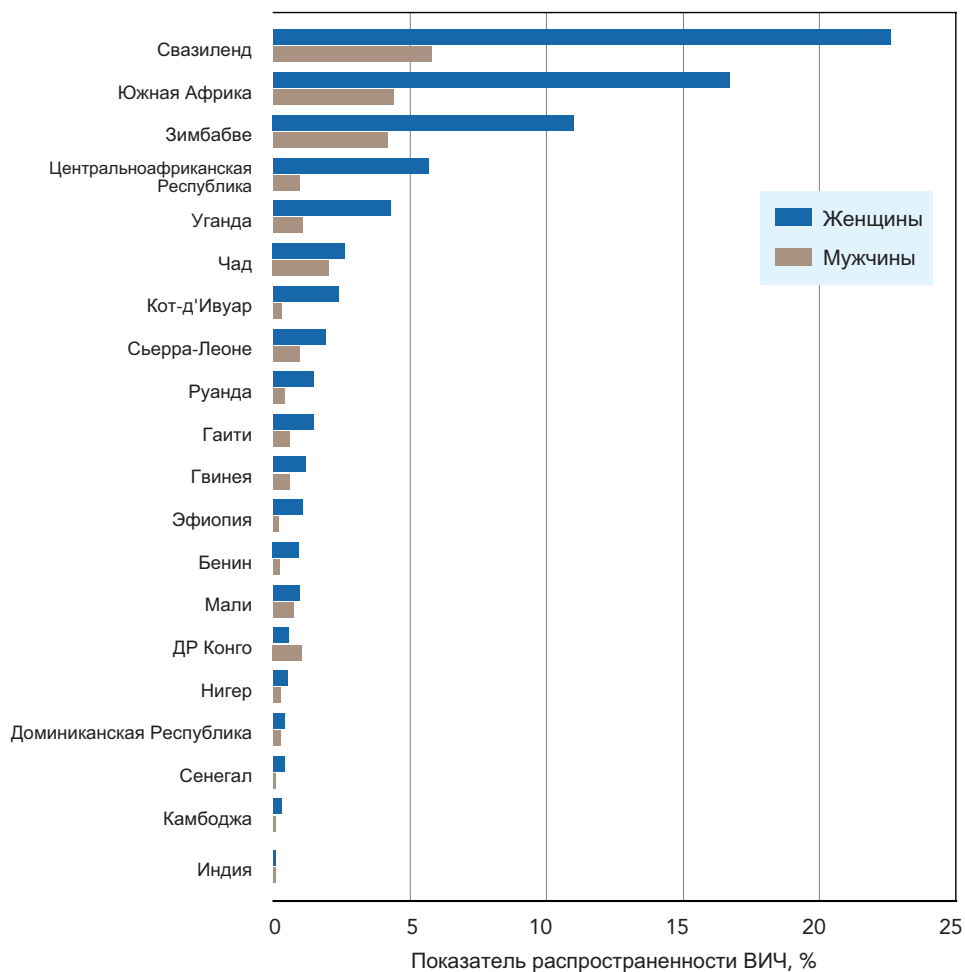
Западная Африка



Примечание: Анализ проведен только для участков эпиднадзора, где постоянно собираются данные; все страны, кроме Южной Африки (по провинциям) и Свазиленду (по районам)

РИСУНОК 2.10

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди людей в возрасте 15–24 лет с разбивкой по полу в ряде стран, 2005–2007 гг.



Тем не менее имеются признаки, указывающие на возможное возрождение рискованного сексуального поведения, что опять может привести к росту эпидемии. Например, пропорция взрослых мужчин и женщин, указавших на то, что у них были контакты с лицом, с которым они не состояли в браке и не проживали совместно, с 1995 года увеличилась (с 12% до 16% среди женщин и с 29% до 36% среди мужчин) (Kirungi et al., 2006; Министерство здравоохранения [Уганда] и ORC Macro, 2006; Бюро статистики Уганды и Macro International Inc, 2007).

Большинство сравнительно небольших эпидемий ВИЧ в Западной Африке являются стабильными или идут на убыль – как, например, в Буркина-Фасо, Кот-д'Ивуаре и Мали. В Кот-д'Ивуаре показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в городских районах снизился с 10% в 2001 году до 6,9% в 2005 году (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Côte d'Ivoire & CDC/RETRO-CI/MEASURE Evaluation, 2007). Самая крупная эпидемия в Западной Африке – в Нигерии, наиболее густонаселенной стране на континенте, – возможно, стабилизировалась на

уровне 3,1% [2,3%–3,8%], о чем свидетельствуют тренды в развитии ВИЧ-инфекций среди женщин, посещающих дородовые клиники (Федеральное министерство здравоохранения [Нигерия], 2006).

Основные пути передачи ВИЧ

Основной движущей силой в развитии эпидемии в Африке к югу от Сахары остаются гетеросексуальные контакты. Высокий уровень передачи инфекций половым путем также привел к тому, что здесь насчитывается самое большое в мире число детей, зараженных ВИЧ. В то же время последние эпидемиологические данные показали, что эпидемия в этом регионе более разнородна, чем считалось ранее.

Гетеросексуальные контакты среди серодискордантных пар

По данным обследований в области демографии и здравоохранения, проведенных в пяти странах Африки (Буркина-Фасо, Гане, Камеруне, Кении и Объединенной Республике Танзания), две трети ВИЧ-инфицированных пар были серодискордантными, то есть инфицированным оказался один партнер. Практика пользования презервативами была распространена слабо: например, в Буркина-Фасо почти 90% обследованных сожительствующих пар указали на то, что они не пользовались презервативом во время последнего полового контакта (de Walque, 2007). Еще одно исследование, проведенное среди населения в Уганде, показало, что у неинфицированного партнера среди серодискордантных гетеросексуальных пар вероятность заражения ВИЧ, по оценкам, составляла 8% в год (Wawer et al., 2005). Поразительным оказалось то, что примерно среди 30%–40% обследованных серодискордантных пар инфицированным партнером была женщина. В действительности, оказалось, что более половины обследованных ВИЧ-инфицированных женщин, состоявших в браке или сожительстве, были заражены не нынешним партнером, а другим человеком (de Walque, 2007).

Секс-бизнес

Секс-бизнес является важным фактором в развитии многих эпидемий в Западной Африке. Более трети (35%) занятых в секс-бизнесе женщин, обследованных в 2006 году в Мали, имели ВИЧ (Ministère de la Santé du Mali, 2006), а уровни распространения инфекций среди работников секс-бизнеса превышали 20% в Сенегале (Gomes do Espirito Santo & Etheredge, 2005) и Буркина-Фасо (Kintin et al., 2004). Секс-бизнес играет важную, но не основную роль в передаче ВИЧ на юге Африки, где исключительно высокая распространенность обуславливает существенный уровень передачи ВИЧ во время половых контактов, не связанных с секс-бизнесом.

Употребление инъекционных наркотиков

Употребление инъекционных наркотиков является фактором, который играет определенную роль в развитии эпидемий ВИЧ на востоке и юге Африки, включая Маврикий, где использование зараженного инъекционного инструментария является основной причиной заражения ВИЧ (Sulliman, Ameerberg & Dhanoo, 2004). При проведении ряда исследований около половины потребителей инъекционных наркотиков, прошедших тестирование в кенийских городах Момбасе (50%) (Ndeti, 2004) и Найроби (53%), оказались ВИЧ-позитивными (Odek-Ogunde, 2004).

Секс между мужчинами

Данные ряда недавно проведенных исследований указывают на то, что незащищенный анальный секс между мужчинами, вероятно, является более важным фактором в развитии эпидемий в Африке к югу от Сахары, чем принято считать. В Замбии одна треть (33%) обследованных мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, имели положительный результат теста на ВИЧ (Zulu, Bulawo & Zulu, 2006). В портовом городе Кении Момбасе 43% мужчин, которые указали на то, что у них были половые контакты с мужчинами, оказались инфицированными ВИЧ (Sanders et al., 2007). При проведении обследования в Дакаре, Сенегал, с участием 463 мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, показатель распространенности ВИЧ среди них составил 22% (Wade et al., 2005).

Роль параллельных половых партнерских связей в развитии эпидемий ВИЧ

Концепция “параллельные половые партнеры” получает все больше внимания в научной литературе и средствах информации. Большинство авторов определяют параллельные половые партнерские связи как “половые связи, совпадающие по времени” (Garnett & Johnson, 1997; Lagarde et al., 2001; Adimora et al., 2003; Adimora et al., 2004; Carael et al., 2004; HELLERINGER & Kohler, 2007). В то же время другие считают, что такое явление можно определять как наличие нескольких партнеров за короткий промежуток времени (Halperin & Epstein, 2007). Важными вопросами при измерении параллельных половых партнерских связей являются длительность таких партнерских отношений, то, к какой категории относится число партнеров (более одного, более пяти и т.д.), и длительность периода, за который определяется наличие параллельных партнерских связей (за последний месяц, последние полгода, последний год и т.д.).

Некоторые утверждают, что параллельные партнерские связи – в сочетании с высокой вирусной нагрузкой в фазе острой ВИЧ-инфекции и низким уровнем распространения обрезания мужчин, – возможно, способствовали быстрому распространению и высоким показателям распространенности ВИЧ на юге Африки (Halperin & Epstein, 2007).

Незначительные по своему числу исследования с использованием эпидемиологического и математического моделирования, направленные на исследование распространенности параллельных партнерских связей и их влияния на передачу ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем, привели авторов к различным выводам. Авторы одного из первых исследований с использованием моделирования пришли к заключению, что при одинаковом числе партнеров на человека существование сетей сексуальных партнеров, включающих параллельные партнерские связи, приводит к более крупным по масштабам эпидемиям, чем в случае сетей без параллельных партнерских связей (Morris & Kretzschmar, 1997).

В то время как ученые и специалисты по профилактике соглашались с тем, что наличие нескольких половых партнеров является важным фактором риска передачи ВИЧ (Malamba et al., 1994; Wawer et al., 1994; McFarland, Mvere & Katzenstein, 1997; Chen et al., 2007; Mishra et al., 2007), сравнительное воздействие параллельных половых партнерских связей с несколькими параллельными партнерами на распространение ВИЧ менее очевидно по сравнению с воздействием таких связей с последовательными партнерами. Исследование, проведенное в пяти городах Африки к югу от Сахары, не показало наличия взаимосвязи между параллельными половыми партнерскими связями и уровнем распространенности ВИЧ (Lagarde et al., 2001); ограниченное исследование, проведенное в Малави, также не выявило взаимосвязи между плотностью сексуальных сетей и показателем распространенности ВИЧ (HELLERINGER & Kohler, 2007). Наличие нескольких параллельных партнеров часто связано с мобильностью (в том числе в связи с характером работы), т.е. когда у человека может быть несколько партнеров в различных местах пребывания; кроме того, его партнеры дома также могут иметь других партнеров (Lurie et al., 2003; Coffee, Lurie & Garnett, 2007).

Понимание сексуальных сетей имеет критическое значение для понимания эпидемии ВИЧ. Тем не менее вклад параллельных половых партнерских связей как фактора передачи ВИЧ, помимо наличия нескольких половых партнеров, не очевиден. Для более четкого понимания роли параллельных половых партнерских связей в установлении взаимосвязи между сексуальными сетями и в распространении ВИЧ требуются стандартное определение и дополнительные исследования. До тех пор пока не будут получены и проанализированы дополнительные данные о взаимосвязи между параллельными половыми партнерскими связями и распространением ВИЧ, программы



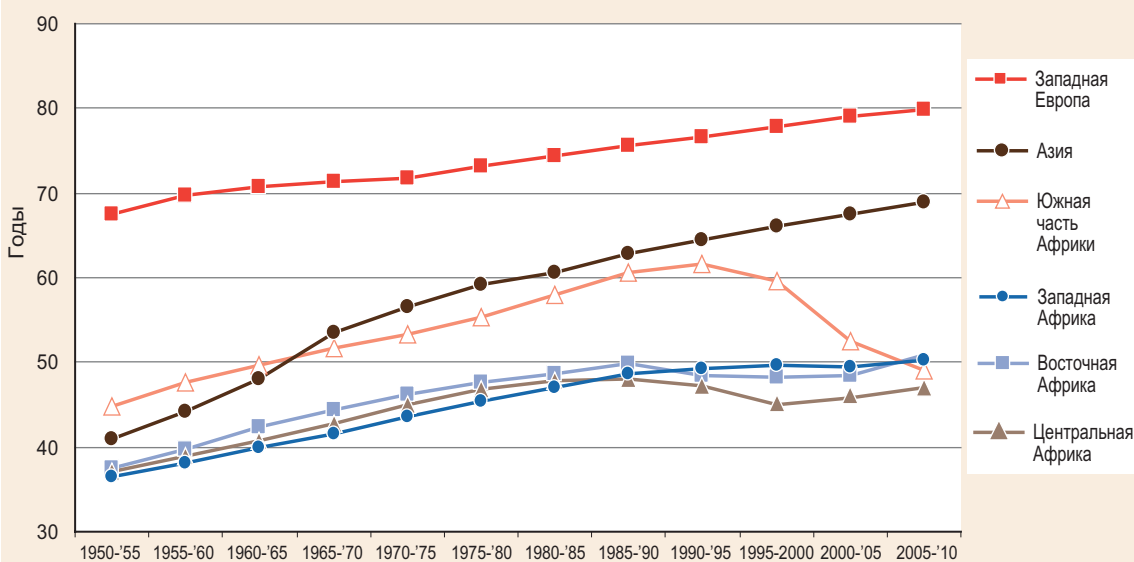
профилактики должны быть направлены на снижение практики наличия половых контактов с несколькими партнерами, независимо от того, являются ли они параллельными или нет. В странах юга Африки, где показатель распространенности ВИЧ чрезвычайно высок, нынешняя реальность такова, что вероятность заражения ВИЧ одного из партнеров примерно составляет от одной четвертой до одной шестой, в результате чего вероятность контакта с ВИЧ здесь намного выше, чем где бы то ни было в мире. Эта ситуация представляется более важной, чем анализ влияния параллельных половых партнерских связей на скорость распространения ВИЧ в 1990-х годах.

Наиболее сильное демографическое воздействие ВИЧ имеет место в Африке к югу от Сахары

В идеальном случае оценка демографического влияния эпидемии должна проводиться на основе данных регистрации смерти. Однако во многих наиболее затронутых глобальной эпидемией СПИДа странах такая очень важная система регистрации налажена плохо. Даже там, где системы регистрации смерти работают относительно хорошо (напр., в Южной Африке), факт смерти в результате СПИДа документируется редко.

РИСУНОК 2.11

Ожидаемая продолжительность жизни по некоторым регионам, с 1950–55 по 2005–10 гг.

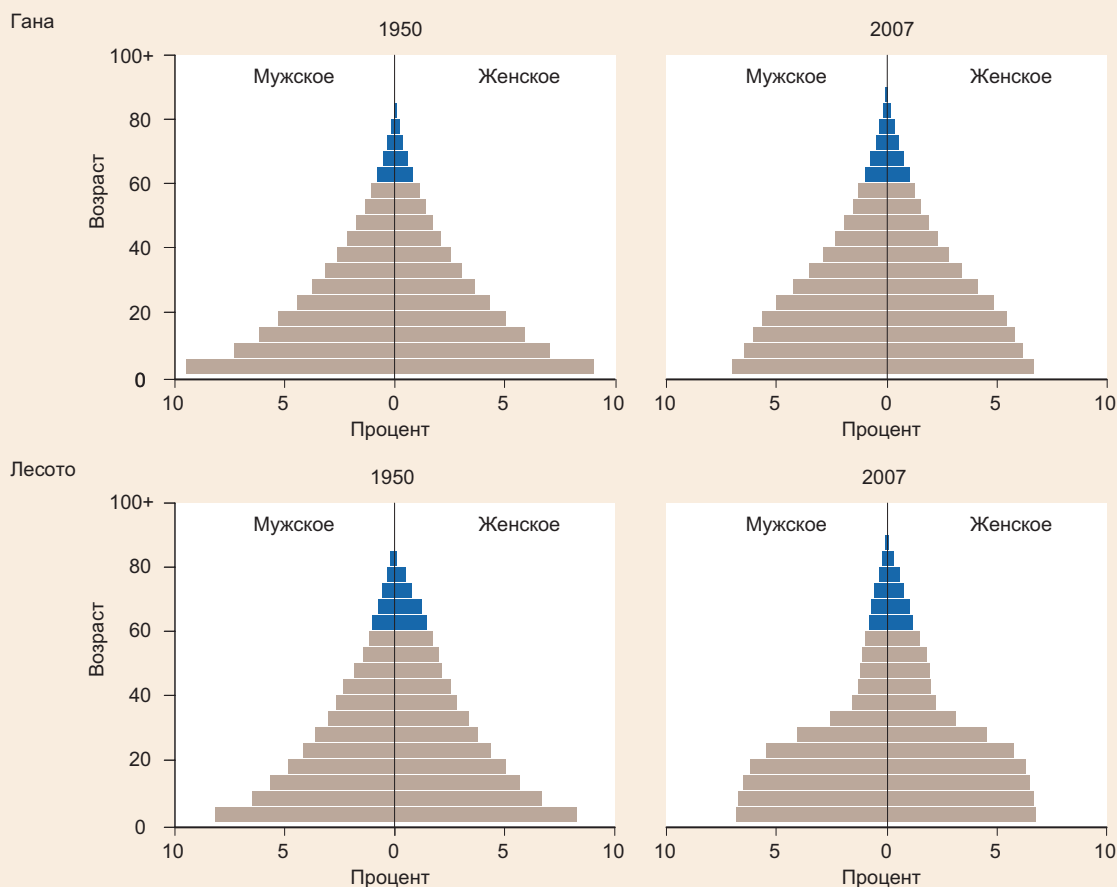


Источник: Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций (2008), Перспективы развития мирового населения: 2006 г. <http://esa.un.org/unpp>

В странах с высоким показателем распространенности ВИЧ ожидаемая продолжительность жизни уменьшилась, иногда очень заметно. На юге Африки ожидаемая продолжительность жизни, по оценкам, уменьшилась до самых низких уровней с 1950-х годов; в настоящее время она составляет менее 50 лет для субрегиона в целом, как показано на рисунке 2.11, и ниже 40 лет в Зимбабве (ВОЗ, 2006). Постоянный рост ожидаемой продолжительности жизни в Восточной Африке, отмечавшийся с начала 1950-х годов, остановился в 1980-х годах, хотя, как ожидается, снижение показателя распространенности ВИЧ в некоторых странах на востоке Африки приведет к увеличению ожидаемой продолжительности жизни в этом субрегионе. В отличие от этого, сравнительно небольшие по масштабам эпидемии на западе Африки и в Азии вряд ли повлияли на ожидаемую продолжительность жизни в этих районах.

РИСУНОК 2.12

Изменения в структуре населения: Гана и Лесото



Источник: Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций (2008)



На юге Африки совместное влияние преждевременной смерти и снижения фертильности среди ВИЧ-позитивных женщин замедлили темпы роста населения и полностью изменили структуру населения. В странах с высоким показателем распространенности ВИЧ, например в Лесото, группы, наиболее сильно затронутые ВИЧ, включают младенцев и детей младшего возраста и возрастную группу 30–50 лет. Последняя группа обычно включает основное трудоспособное население и тех, кто растит детей. В отличие от этого, демографическая пирамида в Гане, где уровни распространения ВИЧ-инфекции намного ниже, отражает более традиционную структуру, характерную для страны с низким уровнем доходов (рисунок 2.12).

В Южной Африке общая смертность (включая все причины) увеличилась с 1997 по 2005 годы на 87% (Управление статистики Южной Африки, 2005; Управление статистики Южной Африки, 2006). За этот период показатель смертности вырос более чем в три раза среди женщин в возрасте 20–39 лет и более чем в два раза среди мужчин в возрасте 30–44 лет, при этом считается, что не менее 40% смертей обусловлено ВИЧ (Dorrington et al., 2001; Bradshaw et al., 2004; Общество страховой статистики Южной Африки, 2005; Совет по медицинским исследованиям, 2005; Anderson & Phillips, 2006). Темпы роста населения в стране снизились с 1,25% в 2001–2002 годах до чуть более 0,97% в 2006–2007 гг.) (Управление статистики Южной Африки, 2007).

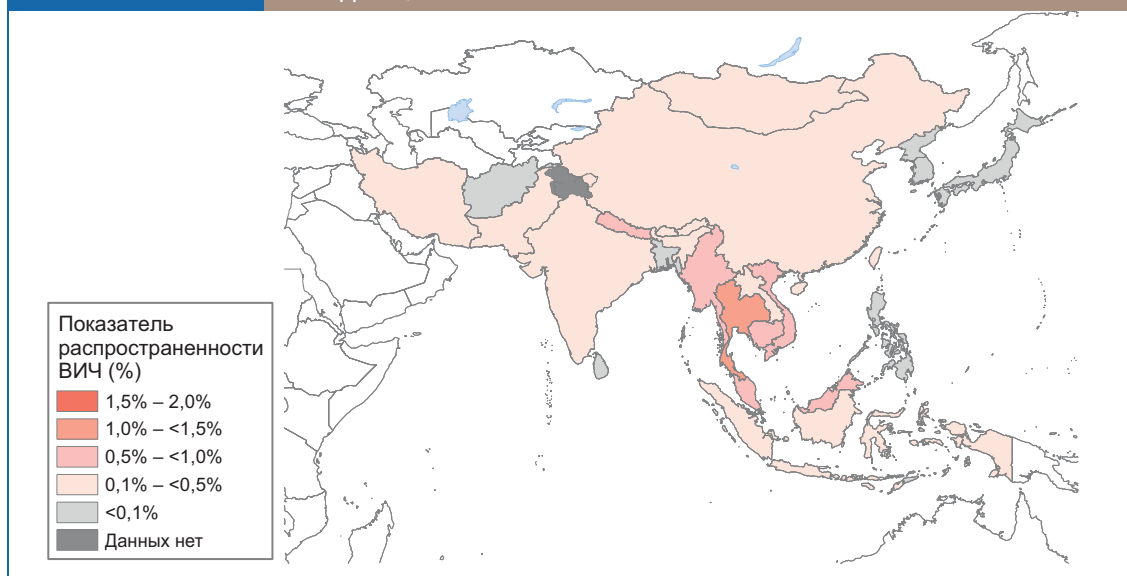
В восточном регионе Зимбабве демографическое влияние ВИЧ оказалось более острым, чем предполагалось в начале 1990-х годов. В настоящее время общая фертильность на 8% ниже, чем она могла бы быть в отсутствие эпидемии ВИЧ, что обусловлено влиянием ВИЧ-инфекции на фертильность, смертность в раннем возрасте и поведение. В наиболее затронутых районах (городах, где показатель распространенности ВИЧ в 1998–2005 годах составлял 33%) темпы роста населения сейчас значительно ниже, чем они могли бы быть в отсутствие эпидемии (1% вместо 2,9%) (Gregson et al., 2007). В северной части Намибии коэффициент смертности увеличился в три раза с 1991 по 2003 годы, о чем свидетельствуют данные приходских метрических книг (Notkola, Timaeus & Siiskonen, 2004).

Между тем оценочное число детей, потерявших мать, отца или обоих родителей вследствие СПИДа, в Малави, Объединенной Республике Танзания и Южной Африке, увеличилось с 1,2 миллиона в 2001 году до 2,9 миллиона в 2007 году. Тем не менее недавно проведенное исследование не указало на увеличение числа домохозяйств, возглавляемых детьми, в этих трех странах (Hosegood et al., 2007); это говорит о том, что за исключением незначительного меньшинства почти все дети-сироты попадают к родственникам, членам общин или в другие сети поддержки.

Помимо Африки к югу от Сахары, демографическое воздействие ВИЧ, как правило, не носит столь сильного характера, поскольку показатель распространенности ВИЧ является сравнительно низким. Тем не менее в Карибском бассейне СПИД является одной из основных причин смерти среди взрослых в возрасте 15–44 лет (Карибский эпидемиологический центр, ПАОЗ и ВОЗ, 2004).

РИСУНОК 2.13

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15-49) в Африке, 2007 г.



Азия

В 2007 году оценочное число людей, живущих с ВИЧ в Азии, составляло 5,0 [4,1–6,2] миллиона человек, включая 380 000 [200 000–650 000] человек, заразившихся в этом году. Примерно 380 000 [270 000–490 000] человек умерли от заболеваний, связанных со СПИДом. Национальные уровни распространения ВИЧ-инфекции являются самыми высокими в Юго-Восточной Азии (рисунок 2.13), где наблюдаются сильно отличающиеся тенденции в развитии эпидемии.

Последние эпидемиологические тренды

Показатели распространенности ВИЧ в Камбодже, Мьянме и Таиланде снижаются; национальный показатель распространенности ВИЧ в Камбодже снизился с 2% в 1998 году до оценочного уровня 0,9% в 2006 году (Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ИППП, 2007). В то же время эпидемии быстро нарастают во Вьетнаме, Индонезии (особенно в провинции Папуа) и Пакистане. С 2000 по 2005 годы оценочное число людей, живущих с ВИЧ во Вьетнаме, увеличилось более чем в два раза (Министерство здравоохра-

нения [Вьетнам], 2005). В таких густонаселенных странах, как Бангладеш и Китай, также наблюдается устойчивый рост числа новых ВИЧ-инфекций, хотя намного более медленными темпами.

Основные пути передачи ВИЧ

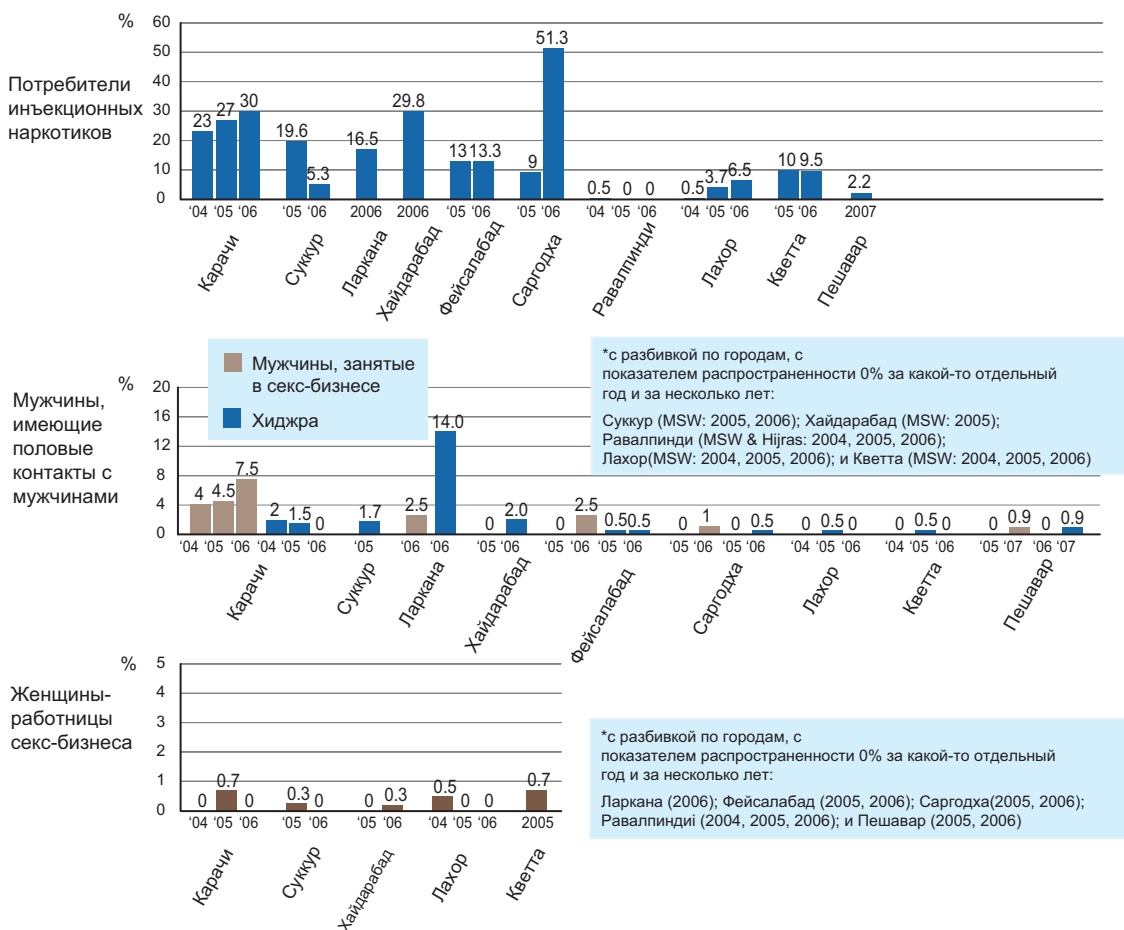
Наличие нескольких путей передачи ВИЧ делают эпидемию в Азии одной из наиболее разнородных в мире.

Употребление инъекционных наркотиков

Употребление инъекционных наркотиков является одним из основных факторов риска в развитии эпидемий в ряде азиатских стран. Считается, что немногим менее половины людей, живущих с ВИЧ в Китае, в 2006 году были инфицированы в результате использования зараженного инъекционного инструментария (Lu et al., 2006; Министерство здравоохранения [Китай], 2006). Высокие уровни распространения инфекций были обнаружены среди потребителей инъекционных наркотиков в северо-восточной части Индии и в ряде крупных городов

РИСУНОК 2.14

Показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и работников секс-бизнеса в Пакистане, 2004–2007 гг.*



Источники: Ministry of Health Pakistan. HIV Second Generation Surveillance in Pakistan, National Report Rounds I and II.

в других районах, в том числе в штате Тамилнаду, где в 2006 году, по оценкам, 24% потребителей наркотиков были инфицированы (Национальный институт здоровья и охраны семьи и Национальная организация по контролю за СПИДом, 2007). Использование зараженного инъекционного инструментария (а также незащищенные половые контакты между потребителями инъекционных наркотиков и их постоянными партнерами) также является движущей силой в развитии эпидемии во Вьетнаме (Tuang et al., 2007) и в Малайзии, где на данный момент более двух третей ВИЧ-инфекций

отмечено среди потребителей инъекционных наркотиков (Reid, Kamarulzaman & Sran, 2007).

Сочетание секс-бизнеса с употреблением инъекционных наркотиков

В Китае растет число женщин, употребляющих инъекционные наркотики, причем существенная доля среди них (в некоторых городах до 56%) также продает сексуальные услуги (Choi, Cheung & Chen, 2006; Liu et al., 2006). Многие мужчины, употребляющие инъекционные наркотики, также покупают

сексуальные услуги, часто не пользуясь презервативами (Hesketh et al., 2006). Например, при проведении обследования во Вьетнаме в 2005–2006 годах от 20% до 40% потребителей инъекционных наркотиков (в зависимости от территории проведения обследования) отметили, что они покупали сексуальные услуги в предшествующие 12 месяцев, и до 60% отметили, что у них были постоянные половые контакты с постоянным партнером. От 16% до 36% указали на то, что они постоянно пользовались презервативами во время контактов с постоянными партнерами (Министерство здравоохранения [Вьетнам], 2006). Сочетание секс-бизнеса с употреблением инъекционных наркотиков также представляет собой потенциально опасное явление в Индии и Пакистане (Chandrasekaran et al., 2006; Министерство здравоохранения [Пакистан], 2006). На рисунке 2.14 показан пример, характеризующий сложную динамику передачи ВИЧ в Пакистане.

На рисунке 2.15 показаны прогнозные данные, характеризующие долгосрочное влияние пересечения секс-бизнеса с употреблением инъекционных наркотиков в Джакарте, Индонезия, столичной территории, где, по оценкам, 40 000 человек употребляют наркотики (Комиссия по СПИДу в Азии, 2008). Несмотря на то что на первоначальном этапе развитию эпидемии способствовала передача ВИЧ среди потребителей инъекционных

наркотиков, примерно через 15 лет потребители таких наркотиков уже не составляли большинство ВИЧ-инфицированных. В Индонезии стремительно растущая эпидемия быстро проникает в сети секс-бизнеса (Управление статистики Индонезии и Министерство здравоохранения [Индонезия], 2006; Министерство здравоохранения [Индонезия] и Управление статистики Индонезии, 2007).

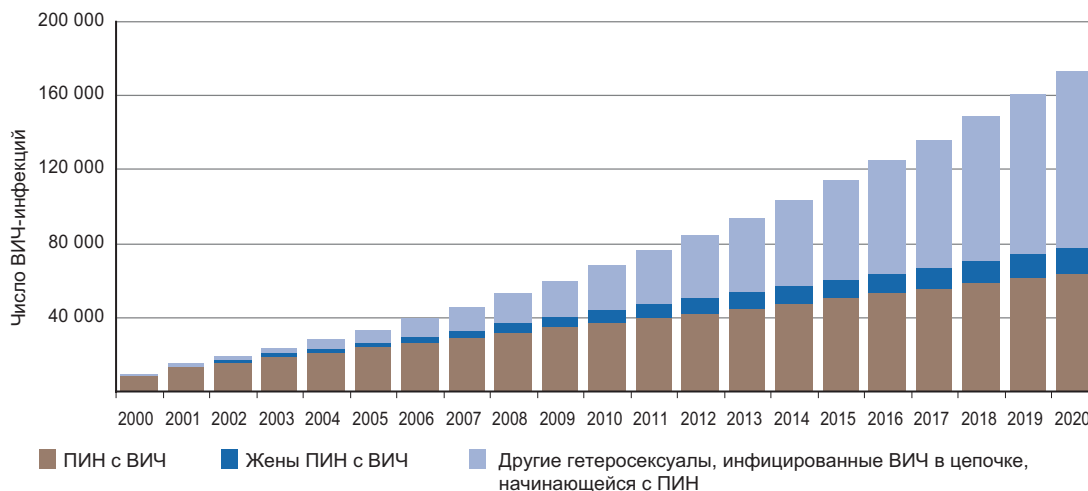
Самая последняя вспышка ВИЧ была отмечена в Афганистане, где сейчас также распространены инъекционные наркотики (ранее опиум либо вдыхали, либо глотали) (ЮНОДК, 2005). В Кабуле 3% обследованных потребителей инъекционных наркотиков оказались ВИЧ-позитивными, хотя это число может быть значительно большим, поскольку половина респондентов указали на то, что они пользовались общими иглами или шприцами (Todd et al., 2007).

Секс-бизнес

Незащищенный секс (коммерческий или иной) является наиболее важным фактором риска, способствующим распространению ВИЧ в ряде районов Азии. Особенно высокий риск заражения ВИЧ грозит женщинам и девочкам, принудительно вовлеченным в секс-бизнес. Показатель распространенности ВИЧ среди таких женщин,

РИСУНОК 2.15

Прогнозное общее число ВИЧ-инфекций в различных группах населения в Джакарте, Индонезия, 2000–2020 гг.



Источник: Модельное прогнозирование эпидемии в Азии по данным для Джакарты.

репатриированных в Непал, составил 38%, в то же время до половины женщин и девочек, поставленных для занятия секс-бизнесом в Мумбаи, Индия, имели положительный результат теста на ВИЧ (Silverman et al., 2006; Silverman et al., 2007). В индийском штате Карнатака показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса, работающих на дому, составлял 16%, среди тех, кто работал на улице, 26%, а среди работников в публичных домах – 47% (Ramesh et al., 2006).

В некоторых странах, где развитию эпидемий способствует секс-бизнес, отмечается снижение числа инфекций, отчасти благодаря расширению практики пользования презервативами во время платного секса. Например, снижение показателя распространенности ВИЧ в Камбодже совпало по времени с ростом практики пользования презервативами во время коммерческого секса с 53% в 1997 году до 96% в 2003 году в Баттамбанге, Кампонгчаме, Пномпене, Сиенреапе и Сиануквиле (Gorbach et al., 2006). Показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса значительно уменьшился – с 46% в 1998 году до 21% в 2003 году – среди тех, кто работал в публичных домах, и с 44% до 8% за тот же период среди работников секс-бизнеса старше 20 лет (Министерство здравоохранения [Камбоджа], 2006). В последнее десятилетие аналогичные тренды наблюдались в Таиланде и штате Тамилнаду (на юге Индии).

Серьезная эпидемия, отмечаемая в провинции Папуа в Индонезии, выглядит несколько аномальной в Азии в том плане, что ВИЧ в основном передается как через незащищенный секс с постоянным партнером, так и через платный секс. Согласно данным, полученным в 2006 году при проведении обследования среди населения в этой провинции, показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составил 2,4% (2,9% среди мужчин и 1,9% среди женщин). Учитывая, что лишь 14% мужчин, покупающих сексуальные услуги, отметили, что они пользовались презервативами во время контактов с работниками секс-бизнеса (Министерство здравоохранения [Индонезия] и Управление статистики Индонезии, 2007), неудивительно, что в некоторых частях этой провинции среди работников секс-бизнеса были обнаружены высокие уровни распространения ВИЧ-инфекции (14%–16%) (Национальная комиссия по СПИДу [Индонезия], 2006).

Гетеросексуальные контакты

Несмотря на то что платный секс в Камбодже стал более безопасным, в настоящее время растет процент новых инфекций, регистрируемых среди супругов и постоянных партнеров людей, заразившихся в результате коммерческого секса (Национальный центр по ВИЧ/СПИДу, дерматологии и ИППП, 2004). Точно так же уменьшились масштабы эпидемии в Таиланде, хотя она стала более разнородной (Over et al., 2007), причем ВИЧ все чаще затрагивает людей, которые традиционно считались группой низкого риска. В 2005 году около 43% новых инфекций отмечено среди женщин, большинство из которых заразились от своих мужей или партнеров, которые имели незащищенные половые контакты или пользовались зараженным инъекционным инструментарием (ВОЗ, 2007). В Индии значительная доля женщин, живущих с ВИЧ, вероятно, заразились от своих партнеров, которые покупали сексуальные услуги (Lancet, 2006).

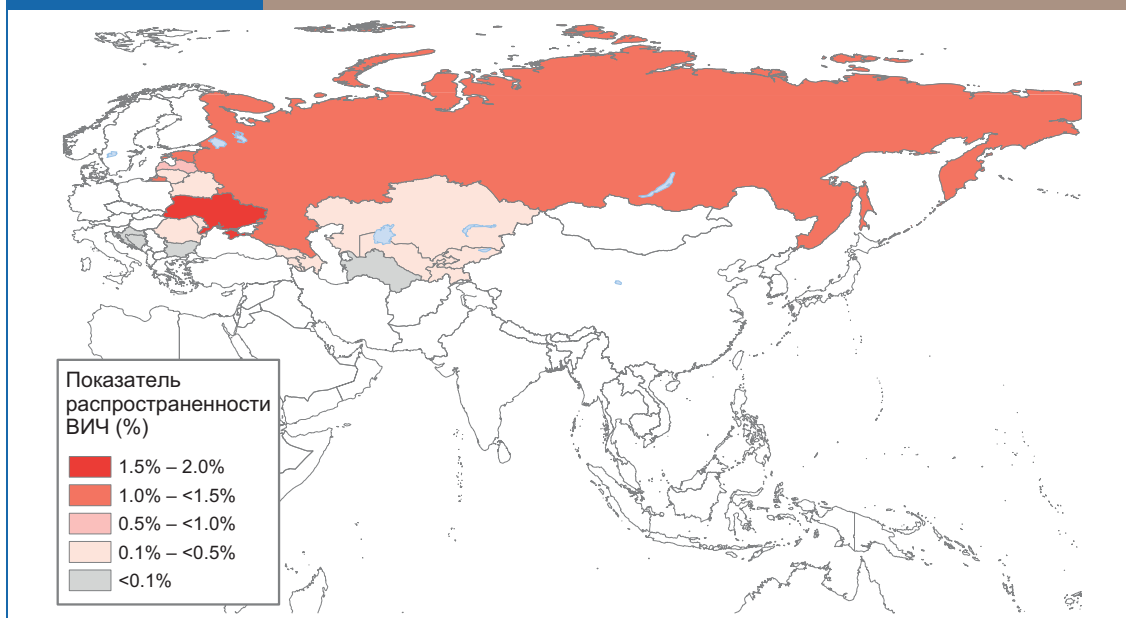
Секс между мужчинами

Как и в большинстве других регионов мира, незащищенный анальный секс между мужчинами является потенциально важным, хотя и плохо изученным фактором в развитии эпидемии ВИЧ в Азии. В Бангкоке показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, вырос с 17% в 2003 году до 28% в 2005 году (van Griensven et al., 2006); по оценкам, в 2005 году до одной пятой (21%) новых ВИЧ-инфекций в Таиланде были обусловлены незащищенным сексом между мужчинами (Gouws et al., 2006). В Китае, где эпидемия моложе, по оценкам, до 7% ВИЧ-инфекций могут быть обусловлены незащищенным сексом между мужчинами (Lu et al., 2006).

Особенно высокий риск заражения ВИЧ грозит мужчинам, занятым в секс-бизнесе. Во Вьетнаме одна треть (33%) мужчин, занятых в секс-бизнесе, обследованных более чем на 70 участках в городе Хошимине, имели положительный результат теста на ВИЧ (Nguyen et al., в печати). Исследования, проведенные ранее в этом десятилетии (2003 г.), подтвердили высокие уровни распространения ВИЧ-инфекций среди трансгендерных работников секс-бизнеса в Джакарте, Индонезия, и Пномпене, Камбоджа (Girault et al., 2004; Pisani et al., 2004).

РИСУНОК 2.16

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15-49) в Восточной Европе и Центральной Азии, 2007 г.



Восточная Европа и Центральная Азия

В 2007 году оценочное число людей, живущих с ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии, увеличилось до 1,5 [1,1–1,9] миллиона человек; почти 90% из них живут либо в Российской Федерации (69%), либо в Украине (29%). По оценкам, в 2007 году число людей, заразившихся ВИЧ в этом регионе, составило 110 000 [67 000–180 000] человек, в то время как от СПИДа умерли около 58 000 [41 000–88 000] человек.

Последние эпидемиологические тренды

Эпидемия ВИЧ в Российской Федерации (самая крупная на данный момент в этом регионе) продолжает нарастать, хотя, очевидно, более низкими темпами, чем в Украине, где после 2001 года ежегодное число новых диагнозов ВИЧ увеличилось более чем в два раза (Референс-группа ЮНЭЙДС по оценке и прогнозированию и моделированию, 2006; EuroHIV, 2007a). Ежегодное число новых диагнозов ВИЧ также увеличивается в Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Республике Молдова, Таджикистане и Узбекистане

(где развивается самая крупная эпидемия в Центральной Азии).

Основные пути передачи ВИЧ

Каждая из эпидемий ВИЧ в этом регионе концентрируется преимущественно среди потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и их половых партнеров.

Употребление инъекционных наркотиков

Из общего числа новых случаев ВИЧ, отмеченных в этом регионе в 2006 году, для которых имеется информация о путях передачи инфекции, около 62% были обусловлены употреблением инъекционных наркотиков.¹⁰ В Российской Федерации показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков колеблется от 3% в Волгограде до более 70% в Бийске (Научно-исследовательский институт эпидемиологии имени Пастера, 2005). Распространенность также высока среди потребителей инъекционных наркотиков в Украине; среди потребителей инъекционных наркотиков, обследованных в рамках национального диагностического исследования, показатель распро-

¹⁰ Официально зарегистрированные случаи ВИЧ включают только тех лиц, которые имели прямой контакт с национальной системой отчетности о ВИЧ. Фактическое число людей, инфицированных ВИЧ, значительно больше.

странности ВИЧ увеличился с 11% в 2001 году до 17% в 2006 году (EuroHIV, 2007a); кроме того на местах были обнаружены показатели распространенности ВИЧ, достигающие 63% (Министерство здравоохранения [Украина], 2007). Высокие уровни распространения ВИЧ-инфекции были обнаружены среди потребителей инъекционных наркотиков в Ташкенте, Узбекистан (30%, 2003–2004) (Sanchez et al., 2006; EuroHIV, 2007a); в Жлобине, Беларусь (52%) (EuroHIV, 2007a); и в Казахстане (Министерство здравоохранения [Казахстан] и др., 2005).¹¹

Сочетание секс-бизнеса с употреблением инъекционных наркотиков

Сочетание секс-бизнеса с употреблением инъекционных наркотиков играет значительную роль в развитии эпидемий в этом регионе. Например, 39% женщин-работниц секс-бизнеса в Самарской области, Российская Федерация (Population Services International, 2007), 37% в одном исследовании в Санкт-Петербурге (Benotsch et al., 2004) и до 30% работников секс-бизнеса, участвовавших в других исследованиях (Rhodes et al., 2004), отметили, что они употребляли инъекционные наркотики. Нигде в этом регионе эпидемии ВИЧ не достигли стадии, когда они могут развиваться независимо от распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и работников секс-бизнеса.

Гетеросексуальные контакты

По мере развития эпидемий в этом регионе растет пропорция женщин, инфицированных ВИЧ. Около 40% новых случаев ВИЧ, зарегистрированных в Восточной Европе и Центральной Азии в 2006 году, были отмечены среди женщин (EuroHIV, 2007a). Исключительно высокий показатель распространенности ВИЧ был зарегистрирован среди беременных женщин в ряде районов в центре и на востоке Украины. В трех крупных густонаселенных районах был зарегистрирован показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, превышающий 1%, в том числе в Одесской, Киевской и Николаевской области (Министерство здравоохранения [Украина], 2008). Большинство этих женщин, вероятно, заразились во время контактов с партнером, который в свою

очередь ранее заразился в результате использования зараженного инъекционного инструментария (Scherbinska, 2006; EuroHIV, 2007a). В целом по региону, по оценкам, около 35% ВИЧ-позитивных женщин заразились через использование зараженного инъекционного инструментария и около 50% заразились ВИЧ через незащищенные половые контакты с партнерами, употребляющими инъекционные наркотики (EuroHIV, 2006a).

Секс между мужчинами

В 2006 году менее 1% новых зарегистрированных случаев ВИЧ (когда путь передачи инфекции известен) были обусловлены незащищенным сексом между мужчинами (EuroHIV, 2007a); эти данные, вероятно, занижают роль этого способа передачи ВИЧ. В 2006 году в Российской Федерации показатель распространенности ВИЧ в этой группе населения колебался от 0,9% в Москве (Смольская и др., 2004; Смольская, 2006) до 9% в Нижнем Новгороде (Ладная, 2007). В 2005 году среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые участвовали в исследовании, проведенном в Ташкенте, Узбекистан, 11% имели положительный результат теста на ВИЧ (Министерство здравоохранения [Узбекистан], 2007); этот же показатель среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, участвовавших в исследовании, проведенном в Грузии, составил 5% (EuroHIV, 2006b).

Карибский бассейн

В 2007 году, по оценкам, число людей, живущих с ВИЧ в Карибском бассейне, составило 230 000 [210 000–270 000] человек (из них около трех четвертых в Доминиканской Республике и Гаити); оценочное число новых ВИЧ-инфекций в этом регионе составило 20 000 [16 000–25 000] и около 14 000 [11 000–16 000] человек умерли от СПИДа.

Последние эпидемиологические тренды

В ряде карибских стран системы эпиднадзора за ВИЧ по-прежнему являются неадекватными, в то же время имеющаяся информация указывает на то, что большинство эпидемий в регионе, вероятно, стабилизировались, а некоторые пошли на убыль в городских районах. Эта последняя тенденция

¹¹ Не все страны в этом регионе используют одно и то же определение термина "потребители инъекционных наркотиков" или "мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами". В результате такие данные о распространенности необязательно могут быть сопоставимыми между различными странами.

РИСУНОК 2.17

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых в Карибском бассейне, 2007 г.



особенно заметна в Доминиканской Республике и Гаити. Например, в Доминиканской Республике показатель распространенности ВИЧ снизился с 1,0% в 2002 году до оценочного показателя 0,8% в 2007 году (Centro de Estudios Sociales y Demograficos, 2007).

Основные пути передачи ВИЧ

Основным путем передачи ВИЧ в Карибском бассейне являются незащищенные гетеросексуальные контакты, в том числе платные. В то же время секс между мужчинами, хотя это явление в целом отрицается в обществе, также является важным фактором в развитии ряда национальных эпидемий.

Гетеросексуальные контакты

В Гаити, где развивается самая крупная эпидемия в Карибском бассейне, показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих родовые клиники, снизился с 5,9% в 1996 году до 3,1% в 2004 году (Gaillard et al., 2006), после чего он оставался устойчивым

(Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2007). Несмотря на то что это снижение, по крайней мере частично, обусловлено положительными изменениями в поведении (Cayemittes et al., 2006; Gaillard et al., 2006; Hallett et al., 2006), в сельских районах и среди молодежи Гаити были зарегистрированы значительные уровни поведения с высоким риском (Cayemittes et al., 2006; Centre d’Evaluation et de Recherche Appliquée et Family Health International, 2006; Gaillard et al., 2006).

Секс-бизнес

В то время как показатель распространенности ВИЧ в Доминиканской Республике снизился, исследования показали, что все большее число работников секс-бизнеса принимает меры для защиты самих себя (и своих клиентов) от ВИЧ-инфекции, особенно в крупных городах и туристических центрах (Kerrigan et al., 2006). Показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса составлял 9% на Ямайке и 31% в Гайане (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominica, 2005; Allen et al., 2006; Gebre et

al., 2006; Gupta et al., 2006; Панамериканская организация здравоохранения, 2007).

Секс между мужчинами

До одной восьмой (12%) ВИЧ-инфекций, регистрируемых в регионе, обусловлено незащищенным сексом между мужчинами (Карибская комиссия по здравоохранению и развитию, 2005; Inciardi et al., 2005). Незащищенный секс между мужчинами является основным путем передачи ВИЧ на Кубе, где на мужчин приходится более 80% всех зарегистрированных случаев ВИЧ (Programa Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH/Sida, 2006), и в Доминике, где почти три четверти (71% из 319 ВИЧ-инфекций, зарегистрированных на данный момент) приходится на мужчин (Министерство здравоохранения и социальной защиты [Доминика], 2007). Исследования говорят о том, что показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Тринидаде и Тобаго составил 20% (Lee et al., 2006), в регионе 4 Гайаны – 21% (Министерство здравоохранения

[Гайана], 2005), и в Доминиканской Республике – 11% (Toro-Alfonso & Varas-Díaz, 2008).¹²

Латинская Америка

По оценкам, в 2007 году число новых ВИЧ-инфекций составило 140 000 [88 000–190 000], в результате чего общее число людей, живущих с ВИЧ в этом регионе, составило 1,7 [1,5–2,1] миллиона. По оценкам, в прошлом году от СПИДа умерли 63 000 [49 000–98 000] человек.

Последние эпидемиологические тренды

Общие уровни ВИЧ-инфекций в Латинской Америке в последнее десятилетие изменились мало.

Основные пути передачи ВИЧ

Передача ВИЧ в этом регионе в основном имеет место среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, работников секс-бизнеса и (в меньшей степени) потребителей инъекционных наркотиков.

РИСУНОК 2.18

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15-49) в Латинской Америке и в Карибском бассейне, 2007 г.



¹² Поскольку уровень и природа поведения с риском заражения ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, иногда отличаются в зависимости от исследования, прямое сравнение данных о распространенности ВИЧ, таких как эти, необязательно будет валидным.



Секс между мужчинами

Высокие показатели распространенности ВИЧ были зарегистрированы среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в ряде стран:

- 18%–22% в Перу, по данным исследований, проведенных с 1996 по 2002 годы (Ministerio de Salud de Peru, 2006; Sanchez et al., 2007);
- 14% в Буэнос-Айресе, Аргентина, в 2000–2001 годах (Pando et al., 2006);
- 22% в Монтевидео, Уругвай (Montano et al., 2005);
- 15% в четырех городах Боливии и в Кито, Эквадор (Montano et al., 2005); и
- 10%–25% в некоторых городах Колумбии (Mejía et al., 2006; Ministerio de la Protección Social de Colombia & ONUSIDA Grupo Tematico, 2006).

Исследования позволили обнаружить скрытые эпидемии ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в ряде стран Центральной Америки, включая Белиз, Гватемалу, Коста-Рику, Мексику, Никарагуа, Панаму и Сальвадор (Magis et al., 2006; Soto et al., 2007). Более половины (57%) диагнозов ВИЧ, зарегистрированных на данный момент в Мексике, обусловлено незащищенным сексом между мужчинами (Bravo-García, Magis-Rodriguez & Saavedra, 2006). В этих странах (за исключением Панамы) от одной четверти до

одной трети мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, также имеют половые контакты с женщинами; причем из них от 30% до 40% отметили, что у них был незащищенный секс и с мужчинами и с женщинами в течение прошедшего месяца (Soto et al., 2007).

Секс-бизнес

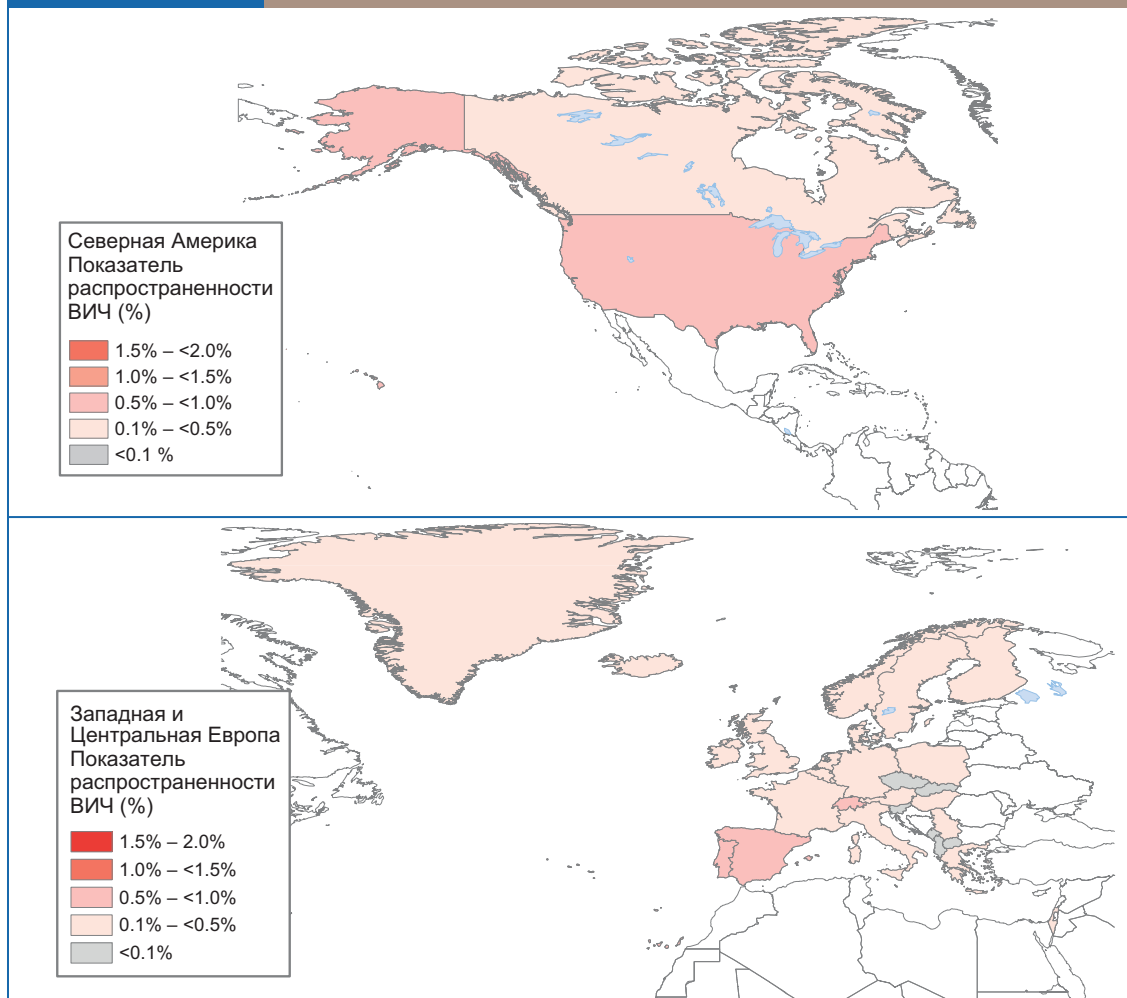
В Южной Америке уровни распространения ВИЧ-инфекций среди женщин-работниц секс-бизнеса, как правило, намного ниже, чем среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (Bautista et al., 2006a). Показатель распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса составлял 10% в Гондурасе, 4% в Гватемале и 3% в Сальвадоре (Soto et al., 2007). Однако в последнее время появились данные, указывающие на резкое снижение показателя распространенности ВИЧ среди женщин-работниц секс-бизнеса в Гондурасе, где в последние годы предпринимались активные шаги по пропаганде презервативов (Secretaría de Salud de Honduras et al., 2007a; Secretaría de Salud de Honduras et al., 2007b).

Употребление инъекционных наркотиков

Передача ВИЧ в результате употребления инъекционных наркотиков по-прежнему играет роль в развитии ряда эпидемий в Южной Америке.

РИСУНОК 2.19

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15-49) в Северной Америке, Западной и Центральной Европе, 2007 г.



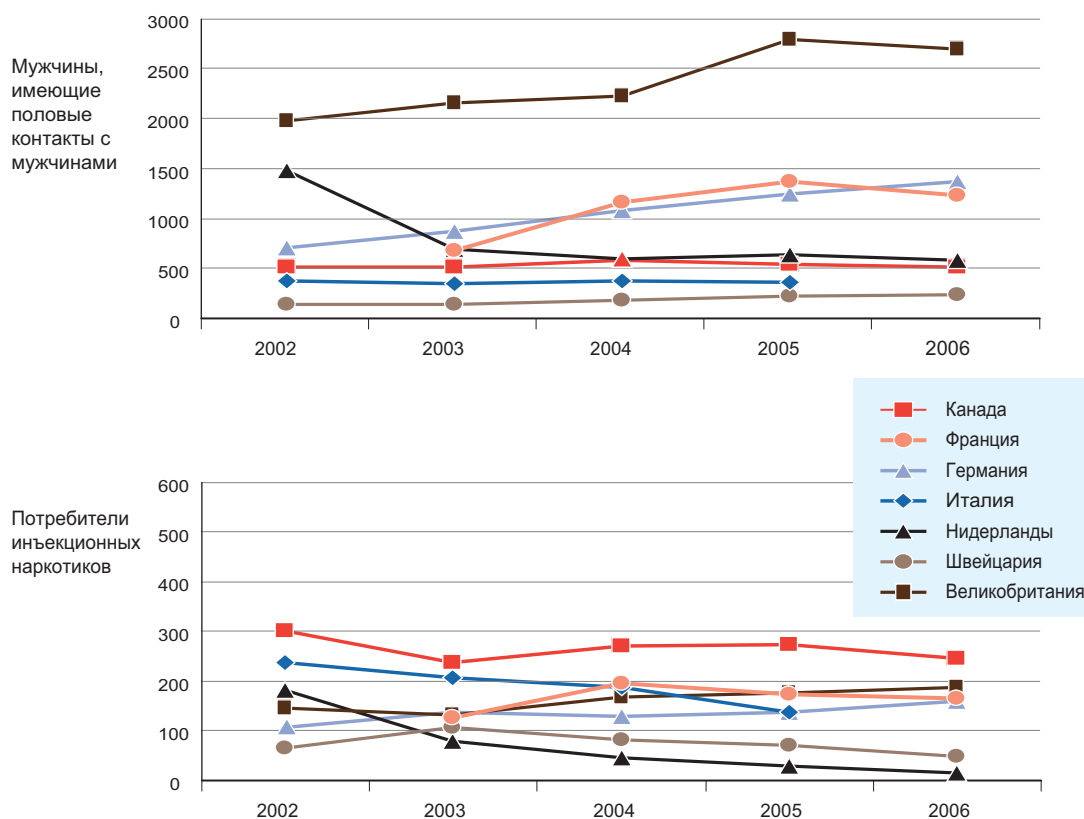
На региональном уровне этот способ передачи ВИЧ, вероятно, обуславливает меньшее число новых инфекций, чем в прошлом. В Аргентине употребление инъекционных наркотиков обуславливало лишь около 5% новых ВИЧ-инфекций, зарегистрированных в Буэнос-Айресе с 2003 по 2005 годы (Cohen, 2006); уровни распространения ВИЧ-инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков снизились в некоторых городах Бразилии (Fonseca et al., 2006; Okie, 2006; Rossi et al., 2006). Заметный уровень передачи ВИЧ был отмечен среди потребителей инъекционных наркотиков в столицах Парагвая (12% по данным различных обследований) и Уругвая (19% ВИЧ-позитивных) (IDES et al., 2005; Национальная программа по СПИДу [Парагвай], 2006).

Гетеросексуальные контакты

Растет число инфицированных женщин в ряде стран региона, включая Аргентину, Бразилию, Перу и Уругвай (Ministerio de Salud de Peru, 2005; Национальная программа по СПИДу [Аргентина], 2005; Cohen, 2006; Martínez et al., 2006; Dourado et al., 2007). Например, считается, что в Уругвае незащищенный секс (в основном гетеросексуальный) обуславливает примерно две третьих новых случаев ВИЧ (Montano et al., 2005). Большинство женщин инфицируется их половыми партнерами-мужчинами, которые заразились ВИЧ в результате незащищенного секса с другими мужчинами или через использование зараженного инъекционного инструментария (Ministerio de Salud de Peru, 2005; Cohen, 2006; Silva & Barone, 2006).

РИСУНОК 2.20

Число ВИЧ-инфекций, диагностированных среди потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, с разбивкой по странам и годам, 2002–2006 гг.



Источники: (1) Агентство общественного здравоохранения Канады. ВИЧ и СПИД в Канаде. Таблицы с выборочными данными эпиднадзора по состоянию на 30 июня 2007 г. Подразделение по эпиднадзору и оценке риска, Центр по профилактике и контролю инфекционных заболеваний, Агентство общественного здравоохранения Канады, 2007. (2) Epidemiologisches Bulletin (5. Oktober 2007 / Sonderausgabe B aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health). (3) Группа для сотрудничества в целях эпиднадзора за ВИЧ и ИППП, Великобритания. Время тестирования. ВИЧ и другие инфекции, передающиеся половым путем, в Великобритании: 2007 г. Лондон: Агентство общественного здравоохранения, Центр по инфекциям. Ноябрь 2007 г. (4) EuroHIV. Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе. Итоговый отчет за 2006 г. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007. No. 75. (5) EuroHIV. Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе. Отчет за первое полугодие 2007 г. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No. 76.

Северная Америка, Западная и Центральная Европа

По оценкам, в 2007 году из 2,0 [1,4–2,8] миллиона людей, живущих с ВИЧ в Северной Америке и Западной и Центральной Европе, 1,2 миллиона [690 000–1,9 миллиона] приходились на Соединенные Штаты Америки. Общее число людей, заразившихся ВИЧ в этих регионах в 2007 году, составило 81 000 [30 000–170 000] человек. В прошлом году от СПИДа умерло сравнительно небольшое число людей – 31 000 [16 000–67 000].

Последние эпидемиологические тренды

В Северной Америке ежегодное число новых диагнозов ВИЧ в последние годы оставалось относительно стабильным, однако расширение доступа к продляющему жизнь антиретровирусному лечению привело к росту оценочного числа людей, живущих с ВИЧ (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2006; Центры США по контролю за заболеваниями и профилактике, 2007).¹³ В Западной Европе растет число новых диагнозов ВИЧ, равно как и общее число людей, живущих с ВИЧ (в

¹³ Настоящий анализ выполнен преимущественно с использованием отчетных данных о ВИЧ-инфекциях. Значительным фактором, ограничивающим использование данных о ежегодном числе случаев ВИЧ для мониторинга эпидемии ВИЧ, является то, что этот критерий не характеризует общий показатель инфицирования (поскольку в него могут включаться инфекции, появившиеся несколькими годами ранее) и лишь включает тех, кто прошел тест на ВИЧ. В результате тренды, характеризующие ВИЧ и полученные на основе отчетных данных о ВИЧ-инфекции, могут оказаться неверными в зависимости от изменений данных о тестировании на ВИЧ и об изменениях в самой отчетности. По мере возможности этот анализ включает отсылку на те случаи, когда такие изменения имели место.

последнем случае это также обусловлено наличием широкого доступа к антиретровирусному лечению).

Основные пути передачи ВИЧ

В этих странах с высоким уровнем доходов имеют место разнообразные по своему характеру эпидемии, хотя их эпидемиологические модели стали сильно отличаться друг от друга по мере развития эпидемий. В целом, употребление инъекционных наркотиков обуславливает меньшую долю новых ВИЧ-инфекций, чем в прошлом.

Секс между мужчинами

Незащищенный секс между мужчинами по-прежнему является основным путем передачи ВИЧ в Канаде и в Соединенных Штатах (40% новых диагнозов ВИЧ в Канаде в 2006 году и 53% в США в 2005 году) (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2007; Центры США по контролю за заболеваниями и профилактике, 2007). Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, по-прежнему составляют группу, которой грозит самый высокий риск заражения ВИЧ в большинстве стран Западной Европы. В действительности, в последние годы в Западной Европе резко увеличилось число новых диагнозов ВИЧ, обусловленных незащищенным сексом между мужчинами, причем этот путь заражения, вероятно, связан с распространением более рискованного незащищенного секса между мужчинами в ряде стран (Dodds et al., 2004; Balthasar, Jeannin & Dubois-Arber 2005; Moreau-Gruet, Dubois-Arber & Jeannin, 2006; Hamouda et al., 2007). Например, в Германии число новых диагнозов ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, увеличилось на 96% (до 1370) за период с 2002 по 2006 годы (Институт Роберта Коха, 2007).

Гетеросексуальные контакты

Примерно одна треть (32%) новых ВИЧ-инфекций и случаев СПИДа, зарегистрированных в Соединенных Штатах в 2005 году, были обусловлены гетеросексуальными контактами с высоким уровнем риска (Центры США по контролю за заболеваниями и профилактике, 2007), в 2006 году в Канаде этот показатель составил 33% (касается новых ВИЧ-инфекций). В то же время в Канаде существенная доля таких инфекций приходилась на людей, родившихся в странах с высоким показателем распространенности ВИЧ (в основном в

Африке к югу от Сахары и Карибском бассейне) (Boulos et al., 2006; Агентство общественного здравоохранения Канады, 2007). Аналогичная ситуация наблюдалась в Западной Европе, где незащищенные гетеросексуальные контакты обусловили самую большую долю (42%) новых диагнозов ВИЧ, поставленных в 2006 году (29% случаев были обусловлены незащищенным сексом между мужчинами). Незащищенные гетеросексуальные контакты являются основным путем передачи ВИЧ в большинстве стран Центральной Европы, за исключением Латвии, Литвы, Польши и Эстонии, где основным путем передачи является употребление инъекционных наркотиков, а также в Венгрии, Словении, Хорватии и Чешской Республике, где основным путем является незащищенный секс между мужчинами (Hamers, 2006; Rosinska, 2006; Brucková et al., 2007; EuroHIV, 2007a).

Употребление инъекционных наркотиков

Передача ВИЧ в результате повторного использования зараженного инъекционного инструментария обусловила 18% новых диагнозов ВИЧ в Соединенных Штатах (2005 г.) и 19% в Канаде (2006 г.) (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2007; Центры США по контролю за заболеваниями и профилактике, 2007). В 2006 году в Западной Европе доля диагнозов ВИЧ (6%), обусловленных использованием зараженного инъекционного инструментария, снизилась (EuroHIV, 2007b). В Дании и Нидерландах число новых диагнозов ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в 2002–2006 годах уменьшилось соответственно на 72% и 91% (EuroHIV, 2007b). В Центральной Европе число новых диагнозов ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков также уменьшилось (EuroHIV, 2007b).

Ближний Восток и Северная Африка

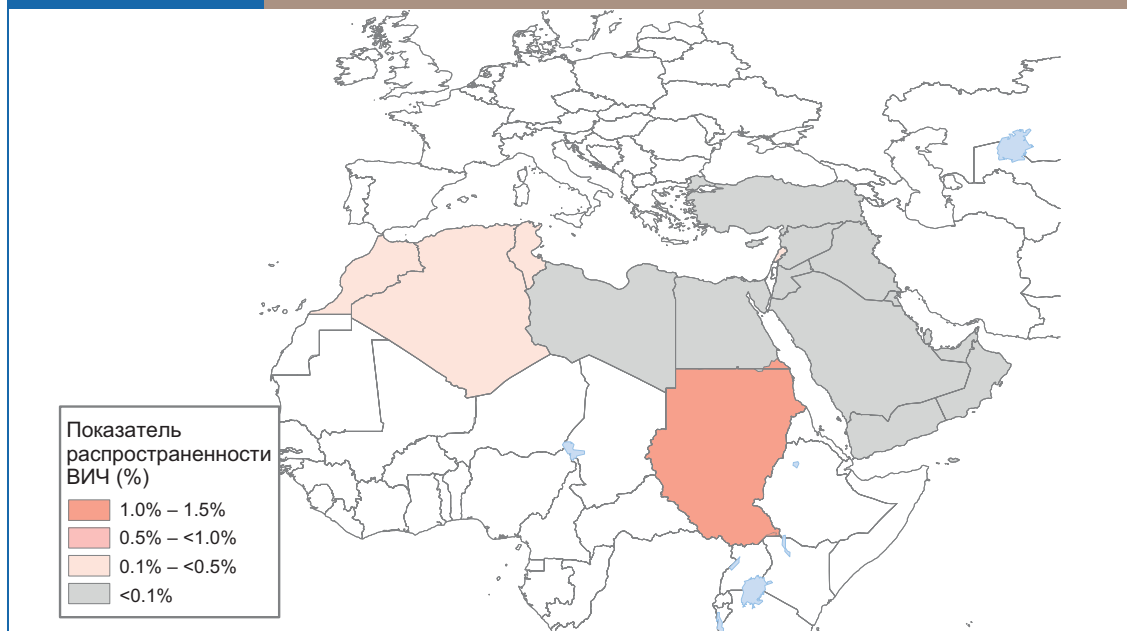
Согласно ограниченной информации о ВИЧ, имеющейся для Ближнего Востока и Северной Африки, в 2007 году число людей, живущих с ВИЧ, составило примерно 380 000 [280 000–510 000] человек, включая 40 000 [20 000–66 000] человек, заразившихся вирусом за прошлый год.

Последние эпидемиологические тренды

За исключением Судана, эпидемии в этом регионе сравнительно небольшие.

РИСУНОК 2.21

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15-49) на Ближнем Востоке и в Северной Африке, 2007 г.



Основные источники передачи ВИЧ

Эпидемия обусловлена различными сочетаниями факторов риска; основными среди них являются незащищенный платный секс и использование зараженного инъекционного инструментария (Obermeyer, 2006).

Употребление инъекционных наркотиков

Исламская Республика Иран испытывает серьезную эпидемию, связанную с употреблением наркотиков; показатель распространенности ВИЧ от 15% до 23% зарегистрирован среди мужчин, употребляющих инъекционные наркотики, которые пользуются услугами центров оказания помощи без предварительной записи или наркологических центров в Тегеране (Zamani et al., 2005; Zamani et al., 2006). Использование зараженного инъекционного инструментария также является основным путем передачи ВИЧ в Ливийской Арабской Джамахирии и Тунисе, а также играет роль в развитии эпидемий в Алжире, Марокко и

Сирийской Арабской Республике (Kilani et al., 2003; Министерство здравоохранения и санитарного просвещения [Иран], 2005; Mimouni & Remaoun, 2006; Obermeyer, 2006).

Сочетание секс-бизнеса с употреблением инъекционных наркотиков

Сочетание употребления инъекционных наркотиков и секс-бизнеса может способствовать распространению ВИЧ в Алжире, Египте, Ливане и Сирийской Арабской Республике, где одна треть или более обследованных потребителей инъекционных наркотиков указали на то, что они в последнее время либо покупали, либо продавали сексуальные услуги. В Сирийской Арабской Республике более половины (53%) потребителей наркотиков, опрошенных в ходе одного исследования, отметили, что они продавали сексуальные услуги, и 40% таких потребителей наркотиков отметили, что они никогда не пользовались презервативами (Министерство здравоохранения [Сирия] и др., 2007).

Гетеросексуальные контакты

Незащищенные гетеросексуальные контакты являются основным фактором в развитии эпидемии в Судане – самой широкой в этом регионе; в 2007 году национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, по оценкам, составлял 1,4% [1,0%–2,0%]. В ряде других стран растет число женщин с диагнозом ВИЧ, причем большинство из них заразились от своих мужей или дружков, которые в свою очередь заразились ВИЧ через употребление инъекционных наркотиков или платный секс. Например, в Марокко одна треть (33%) женщин с диагнозом СПИД состояли в браке (Ministère de la Santé [Марокко], 2007).

Секс между мужчинами

Несмотря на социальную стигматизацию и официальное неприятие, незащищенный секс между мужчинами, вероятно, является одним из факторов в развитии ряда эпидемий в регионе. Например, по данным исследования, недавно проведенного в Египте, 6,2% мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, были инфицированы ВИЧ (Министерство здравоохранения [Египет] и др., 2006), в то же время этот показатель среди таких мужчин в штате Хартум, Судан, составлял 9% (Elrashied, 2006).

Океания

В 2007 году общее оценочное число людей, живущих с ВИЧ в Океании, составляло 74 000 [66 000–93 000] человек, из них около 13 000 [12 000–15 000] человек заразились в этом же году.

Последние эпидемиологические тренды

Эпидемии в регионе в основном являются небольшими, за исключением Папуа – Новой Гвинеи, где ежегодное число новых диагнозов ВИЧ увеличилось более чем в два раза с 2002 по 2006 годы, когда было зарегистрировано 4017 новых случаев ВИЧ (Секретариат Национального совета по СПИДу [Папуа – Новая Гвинея], 2007).

Основные источники передачи ВИЧ

Гетеросексуальные контакты

Незащищенные гетеросексуальные контакты являются основным путем передачи ВИЧ в Папуа – Новой Гвинее (Национальный проект поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом, 2006; Секретариат Национального совета по СПИДу [Папуа – Новая Гвинея] и Национальный проект поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом, 2007), в частности одним из основных факторов, вероятно,

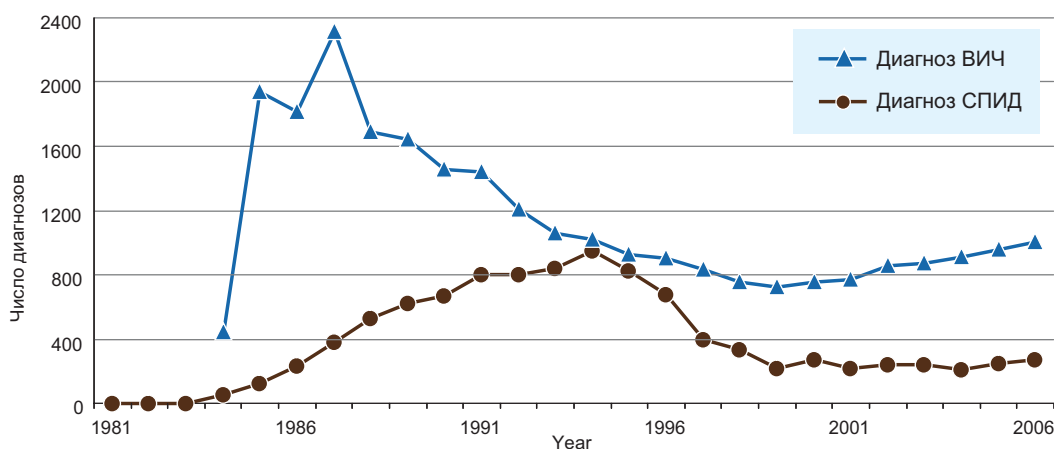
РИСУНОК 2.22

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15–49) в Океании, 2007 г.



РИСУНОК 2.23

Ежегодное число диагнозов ВИЧ и СПИДа в Австралии, 1981–2006 гг.



Источник: Национальный центр эпидемиологии ВИЧ и клинических исследований, 2007 г. См. на сайте [http://www.nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/SurvRep07/\\$file/ASR2007.PDF](http://www.nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/SurvRep07/$file/ASR2007.PDF)

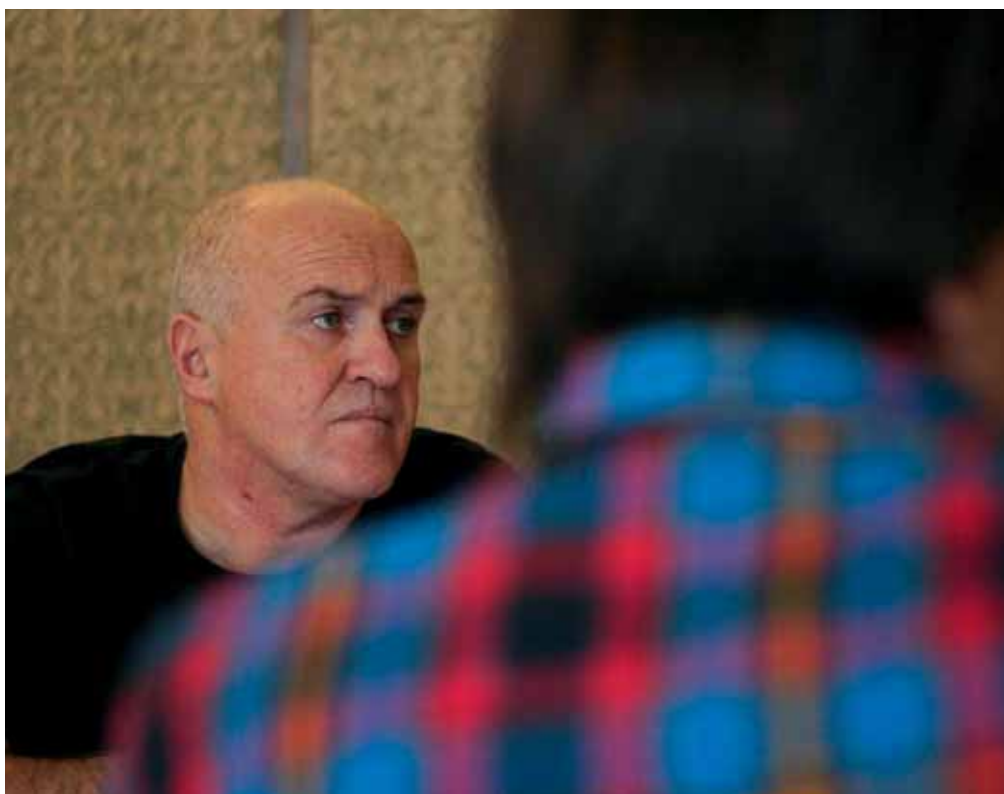
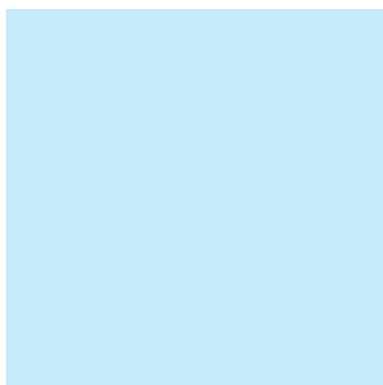
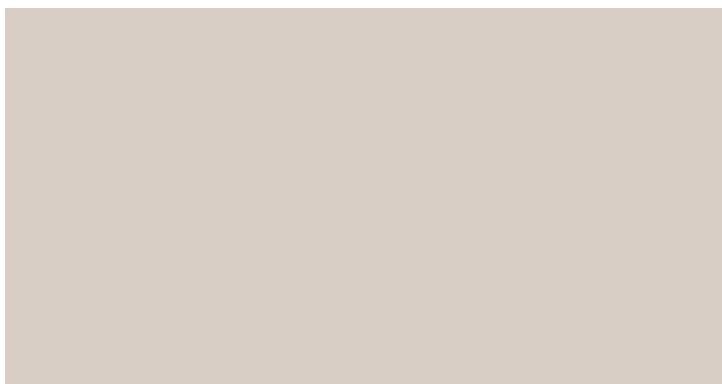
является незащищенный платный секс. В ходе недавно проведенного обследования 60%–70% водителей грузовиков и военнослужащих и 33% портовых рабочих отметили, что они покупали сексуальные услуги в прошлом году (Секретариат Национального совета по СПИДу [Папуа – Новая Гвинея] и Национальный проект поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом, 2007). Исследования, проведенные в общинах в 10 провинциях, показали, что около 40% участников имели хотя бы одну инфекцию, передающуюся половым путем (Институт медицинских исследований, 2007).

Секс между мужчинами

Незащищенный секс между мужчинами является основной причиной заражения ВИЧ в Австралии (Национальный центр эпидемиологии ВИЧ и клинических исследований, 2007а) и Новой

Зеландии (Министерство здравоохранения [Новая Зеландия], 2007). После резкого снижения в 1990-х годах число новых диагнозов ВИЧ в Австралии увеличилось – с 763 в 2000 году до 998 в 2006 году (рисунок 2.23). Есть данные о том, что распространенность незащищенного секса между мужчинами в последние годы выросла или осталась на высоком уровне в ряде городов, в том числе в Аделаиде, Брисбене, Канберре, Перте (Национальный центр эпидемиологии ВИЧ и клинических исследований, 2007b) и Сиднее (Prestage et al., 2006). Незащищенный секс между мужчинами также может быть одним из факторов в развитии эпидемии в Папуа – Новой Гвинее. По данным обследований, более одной десятой (12%) молодых мужчин отметили, что у них был секс с мужчинами, а практика пользования презервативами не распространена (Maibani-Michie & Yeka, 2005).

Устранение социальных причин риска заражения и уязвимости к ВИЧ



Глава 3



РИСУНОК 3.1

Отдельные события в связи с социальными детерминантами эпидемии ВИЧ



Основные положения

- Для долгосрочного успеха в противодействии эпидемии ВИЧ будет необходимо добиться устойчивого прогресса в решении проблем, связанных с нарушениями прав человека, гендерным неравенством, стигмой и дискриминацией.
- Значительные инвестиции в образование девочек, при поддержке политики по обеспечению обязательного начального и среднего образования, могут существенно сократить риск заражения и уязвимость к ВИЧ среди женщин и девочек.
- Необходимо расширить масштабы основанных на фактах программ по формированию норм гендерного равенства, уделяя особое внимание инициативам, направленным на мужчин и мальчиков.
- Национальные правительства и международные доноры должны определить приоритетные стратегии для усиления экономической независимости женщин и правовые реформы с целью признания имущественных и наследственных прав женщин.
- Все страны должны обеспечить неуклонное применение антидискриминационных мер для защиты людей, живущих с ВИЧ. В одной третьей стран, в которых отсутствует правовая защита от дискриминации на основе ВИЧ-статуса, необходимо немедленно принять такие законы. Страны также должны обеспечить защиту групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, от дискриминации и создать для них равные возможности для реализации ими прав человека.
- Страны должны включить стратегии по преодолению стигмы, как неотъемлемый компонент национальных планов по противодействию СПИДу, инвестируя средства в широкий спектр мероприятий, включая кампании по повышению информированности общества, кампании под лозунгом “знай свои права”, предоставление юридических услуг людям, живущим с ВИЧ, расширение доступа к антиретровирусным препаратам и выражение национальной солидарности в рамках противодействия СПИДу.
- Необходима намного более мощная финансовая и техническая поддержка для усиления потенциала организаций и сетей людей, живущих с ВИЧ, и групп, подвергающихся наиболее высокому риску ВИЧ-инфекции.

ВИЧ – биологический объект, поддающийся медицинскому воздействию, однако эпидемия продолжает расширяться, во многом из-за неспособности устранить социальные условия, повышающие риск заражения и уязвимость к ВИЧ. В данной главе рассматриваются две категории социальных факторов, которые способствуют высокому риску заражения и уязвимости к ВИЧ, но в большинстве стран остаются без эффективного решения:

- гендерное неравенство и недостаточно широкие права женщин и девочек, и
- дискриминация, стигма и социальная маргинализация.

В этой главе также кратко рассматривается роль экономического неравенства в эпидемии ВИЧ. Проявления, напряженность и воздействие социальных факторов в разных регионах (и внутри регионов) различаются, однако в той или иной степени эти факторы существуют во всем мире, и во всех случаях они тормозят эффективную, основанную на фактах и соблюдении прав человека деятельность в ответ на эпидемию (Mann & Tarantola, 1996).

Относительно небольшое число исследований было посвящено тщательному изучению

стратегий, направленных на минимизацию этих и других социальных причин риска заражения и уязвимости к ВИЧ. Тем не менее, существует достаточно данных, на которые можно опираться при разработке национальных программ, направленных на минимизацию социальных причин риска заражения и уязвимости к ВИЧ и создание более благоприятных условий для соблюдения прав человека, обеспечения здоровья и благополучия всех людей, в том числе тех, кто подвергается наиболее высокому риску заражения ВИЧ. В частности, в последние годы были созданы методики измерения степени гендерного неравенства и стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, что способствовало повышению качества социологических исследований и оценки программ. Работа по изменению контекстуальных факторов, которые повышают риск заражения и уязвимости к ВИЧ, с использованием разнообразных инициатив – включая коммуникационные стратегии нового поколения, направленные на достижение социальных изменений, – должна стать важной составляющей частью каждой всесторонней национальной стратегии в связи с ВИЧ. Данная глава дополняет Главу 4, в которой рассматриваются компоненты эффективных всесторонних программ профилактики новых случаев ВИЧ-инфекции.

Определение риска заражения и уязвимости к ВИЧ

Риск определяется как возможность или вероятность того, что человек может заразиться ВИЧ. Определенные типы поведения создают и повышают риск, способствуют сохранению риска. Примеры такого поведения включают незащищенный секс с партнером, ВИЧ-статус которого неизвестен, сексуальные отношения с многочисленными партнерами, в том числе незащищенный секс, а также потребление инъекционных наркотиков с использованием зараженных игл и шприцев.

Уязвимость обусловлена рядом факторов, находящихся вне контроля отдельного индивидуума, которые уменьшают возможность людей и общин избежать риска ВИЧ-инфекции. Эти факторы включают в себя: (1) недостаточные знания и навыки, необходимые для того, чтобы защитить себя и других; (2) факторы, относящиеся к качеству услуг и степени охвата (например, недоступность услуги из-за удаленности, стоимости или других факторов); (3) социальные факторы, такие как нарушение прав человека или социальные и культурные нормы. Эти нормы могут включать в себя традиционные практики, убеждения и законы, которые стигматизируют и лишают прав определенные группы населения, ограничивая их возможности по получению доступа или использованию товаров и услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Как отдельные эти факторы, так и их сочетание, могут сформировать или усилить индивидуальную и коллективную уязвимость к ВИЧ.

По материалам: ЮНЭЙДС (2007а)

Кто-то может посчитать, что стремление изменить социальные определяющие факторы риска заражения и уязвимости к ВИЧ не имеет отношения к ресурсам, временным рамкам и мандату программ общественного здравоохранения. Однако эпидемия ВИЧ уже привела к значительным изменениям в международном развитии и глобальной практике общественного здравоохранения, к серьезным переменам в отношениях и колоссальным сдвигам в общественных нормах. История эпидемии демонстрирует просчеты ответной деятельности – слишком ограниченной и направленной на достижение только краткосрочных целей. Масштабные изменения социальных норм и практики будут возможны при наличии достаточного политического лидерства, участия общин, целенаправленных

программ и международной солидарности. В последние годы отношения, модели поведения и законы, которые порождают, отражают и усиливают социальные детерминанты риска заражения и уязвимости к ВИЧ в самых разных ситуациях были тщательно задокументированы. Растут объемы научных данных, которыми можно руководствоваться при разработке стратегических ответных мероприятий и программ.

Более того, именно сегодня необходимо взяться за устранение коренных причин риска заражения и уязвимости к ВИЧ. Важные (хотя и нестабильные) успехи достигнуты в расширении доступа ко многим стратегиям профилактики ВИЧ (см. Главу 4), однако гендерное неравенство, стигма и дискриминация мешают усилиям по обузданию

Подход к ВИЧ, основанный на соблюдении прав человека

При применении подхода к ВИЧ на основе прав человека вопросы, которые зачастую считаются дискреционными, признаются по праву принадлежащими всем индивидуумам. Такой подход также обязывает и уполномочивает правительства, систему ООН, доноров и частный сектор оказывать помощь в реализации прав, необходимых для противодействия ВИЧ. Стандарты и принципы прав человека при этом находятся в центре всех программных процессов в связи с ВИЧ, а люди получают возможность знать свои права и требовать их осуществления. Такой подход помогает участникам решать вопросы дисбаланса сил, существующие в домохозяйствах, общинах и на национальном уровне. В частности, подход к ВИЧ, основанный на соблюдении прав человека, обеспечивает следующее:

- уделение внимания уязвимым и маргинализированным группам в эпидемии ВИЧ (например, женщинам, молодежи, людям, живущим с ВИЧ, сиротам, мужчинам, занимающимся сексом с мужчинами, потребителям наркотиков, работникам секс-бизнеса, мобильным группам населения, представителям этнических групп и коренного населения, беженцам);
- равенство и недискриминацию в расходах на программы и практические мероприятия в связи с ВИЧ;
- осуществление программ по расширению прав людей, уязвимых к ВИЧ или живущих с ВИЧ, включая программы по реформе законодательства, оказанию юридической помощи, просвещению на тему прав человека, социальной мобилизации, коммуникации, направленной на изменение общественного мнения, и оказание поддержки гражданскому обществу;
- осуществление программ, разработанных с целью достижения стандартов прав человека, актуальных для противодействия ВИЧ (например, направленных на защиту от сексуального насилия, обеспечение гендерного равенства, просвещение, информирование, охрану здоровья, трудоустройство, обеспечение доступа к плодам научного прогресса);
- информированное, активное, свободное и значимое участие людей, затронутых ВИЧ, в разработке, реализации, мониторинге и оценке программ в связи с ВИЧ;
- механизмы подотчетности для правительств, межправительственных организаций, доноров и частного сектора (например, отчетность по ССГАООН и о внедрении “трех принципов”).

распространения ВИЧ. Для установления контроля над эпидемией необходимы более широкие социальные изменения, включая обеспечение реализации прав человека, особенно в гиперэндемичных регионах, где незначительные изменения в рискованном поведении, которые должны были бы способствовать установлению контроля над умеренными эпидемиями, вряд ли оказывают на них существенное воздействие.

Гендерное неравенство и вредные гендерные нормы

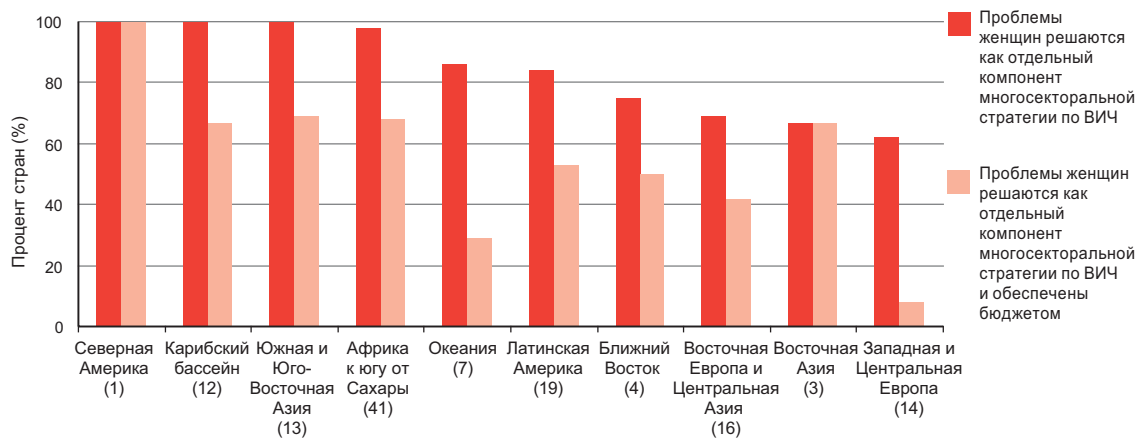
Существуют достоверные документальные подтверждения множества самых разнообразных связей между гендерным неравенством и повышенной уязвимостью к ВИЧ-инфекции среди женщин и девочек-подростков.¹ Культурные или социальные нормы зачастую ограничивают женщинам доступ к базовой информации о сексуальном и репродуктивном здоровье. Даже если у женщины есть доступ к информации и товарам (например, презервативам), гендерные нормы, определяющие неравенство и более пассивную роль женщин в принятии решений о половой жизни,

подрывают независимость женщин, приводят к тому, что многим из них приходится сталкиваться с сексуальным принуждением, и не позволяют им настаивать на воздержании от секса или использовании презервативов их партнерами-мужчинами.

Гендерное неравенство оказывает четкое, доказуемое воздействие на эпидемию. В Ботсване среди людей, разделявших три и более дискриминирующих гендерных стереотипа (например, что внебрачный секс менее допустим для женщин, чем для мужчин или что муж имеет право бить свою жену, если у нее были половые отношения вне брака), вероятность того, что они занимались незащищенным сексом с партнерами, не состоящими с ними в браке, в предшествующем году, была почти в три раза больше, чем среди людей, не разделявших таких представлений. В ходе исследования на эту тему, проведенного в Свазиленде, было обнаружено, что среди людей, разделявших шесть и более дискриминирующих гендерных стереотипов, вероятность наличия многочисленных половых партнеров была в два раза выше, чем среди людей, не разделявших этих стереотипов (Physicians for Human Rights, 2007).

РИСУНОК 3.2

Процент стран в регионах, сообщивших, что решение проблем женщин является отдельным компонентом их многосекторальных стратегий по противодействию ВИЧ, с указанием бюджета, выделенного на эту деятельность



Источник: Данные по НКИП из стран, 2008 г.

(Общее число государств-членов ООН в регионе)

¹ Краткое описание известных фактов о том, как гендерное неравенство повышает риск заражения и уязвимость к ВИЧ, содержится в материалах Глобальной коалиции по проблемам женщин и СПИДа (2006а).

Традиционные представления о мужественности и мужском сексуальном поведении также повышают риск инфицирования среди мужчин и мальчиков. Типичные мужские черты, предполагающие, что мужчины и мальчики должны быть жесткими, агрессивными, доминировать в половых отношениях и не бояться риска, зачастую ассоциируются с моделями поведения, повышающими риск ВИЧ-инфекции среди мужчин. Такие модели поведения включают наличие большого числа половых партнеров, потребление наркотиков или алкоголя, отказ обращаться за медицинской помощью для лечения инфекций, передающихся половым путем (МИЦЖ, 2007; ВОЗ, 2007). Пагубный (как для мужчин, так и для женщин) характер некоторых гендерных норм подчеркивает важность вовлечения мужчин и мальчиков в любые усилия по изменению ситуации.

Действия национальной политики в ответ на гендерное неравенство

Хотя огромное большинство стран начали признавать гендерные проблемы в своих процессах планирования мероприятий в ответ на ВИЧ, в значительном числе стран не хватает бюджетных

средств и политической поддержки для решения этих проблем. Более 80% национальных правительств сообщают о том, что уделение внимания проблемам женщин является частью их многосекторальных стратегий по противодействию ВИЧ, однако только 52% сообщили, что выделили целевые бюджетные ассигнования на реализацию программ по решению проблем женщин (данные по НКИП из стран, 2008 г.). Самое большое число стран, сообщивших о выделении бюджетных средств на эту работу, находится в Азии (69%) и Африке к югу от Сахары (68%) (Рис. 3.2).

В 2007 году респонденты из неправительственных организаций из 82% стран указали на наличие политики, обеспечивающей равный доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для женщин и мужчин, хотя и существовали значительные региональные различия, отображенные на Рис. 3.3 (данные по НКИП из стран, 2008 г.). Это больше, чем в 2003 году, когда о наличии такой политики сообщили 69% национальных правительств. Несмотря на большое число стран, имеющих такую политику, источники из неправительственных организаций 12% таких стран сообщают о существовании других законов

РИСУНОК 3.3

Процент стран (по регионам), сообщивших о наличии политики, обеспечивающей равный доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для женщин и мужчин

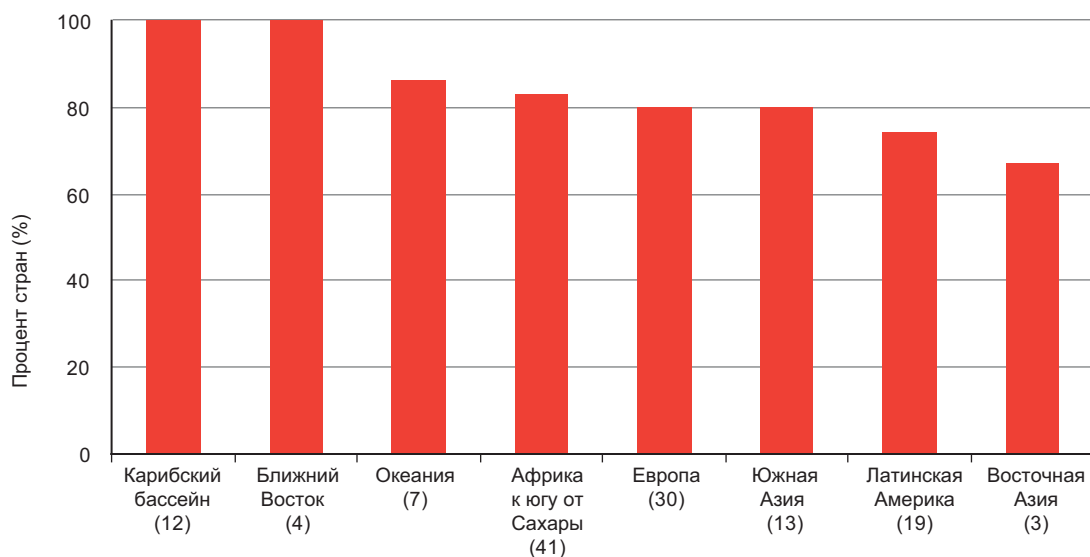
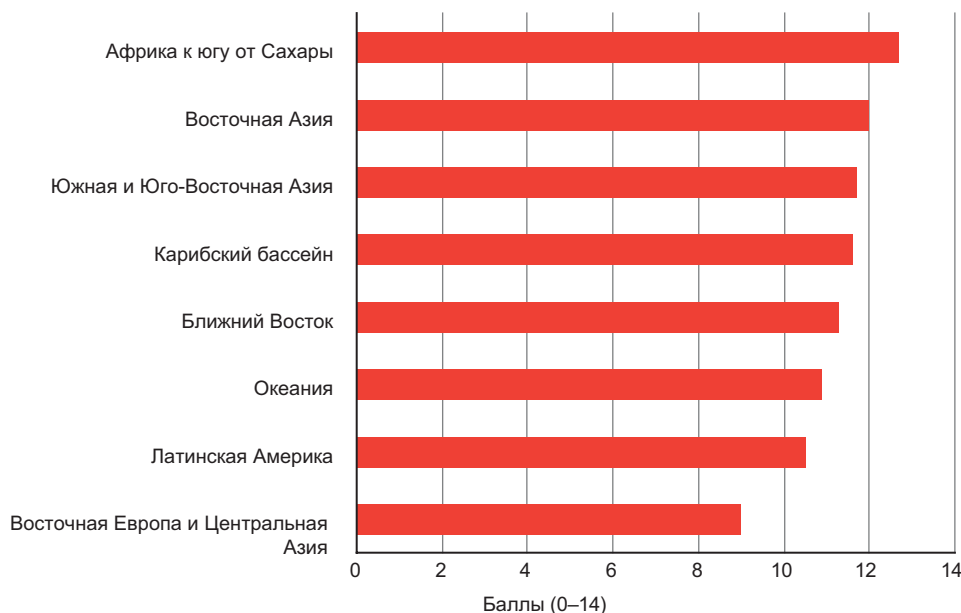


РИСУНОК 3.4

Показатель стратегий для преодоления уязвимости женщин к ВИЧ



Источник: Данные по НК ИП из стран, 2008 г.

и правил, которые создают препятствия для предоставления услуг женщинам (данные по НК ИП из стран, 2008 г.).

На основе ответов на 14 вопросов о политике в отношении женщин ЮНЭЙДС рассчитала рейтинг каждой страны по индексу политики по шкале от 0 (для стран, не имеющих вообще никаких стратегий по обеспечению равноправия) до 14 баллов (для стран, имеющих полный спектр таких стратегий). Как показано на Рис. 3.4, самые низкие оценки были поставлены стратегиям, обеспечивающим равный доступ женщин к услугам, в Восточной и Центральной Европе, а самые высокие – в Африке к югу от Сахары.²

Несмотря на значительный прогресс в разработке национальных политических рамок действий по преодолению уязвимости женщин к ВИЧ, во многих странах до сих пор существуют большие пробелы в этой работе. Например, источники из неправительственных организаций сообщают, что почти в трети стран (31%) нет недискриминиру-

ющих законов или положений, в которых явно упоминаются женщины (в регионах этот показатель колеблется от 12% до 50%) (данные по НК ИП из стран, 2008 г.). По данным правительственных отчетов, в 32% стран отсутствуют политика или стратегии, направленные на распространение информации, образование и коммуникации, поощряющие вовлечение мужчин в программы по репродуктивному здоровью (данные по НК ИП из стран, 2008 г.).

Эффективные стратегии для уменьшения гендерного неравенства и изменения вредных гендерных норм

Растет число стратегий, рассматриваемых ниже, которые могут уменьшить гендерное неравенство и изменить вредные гендерные нормы. Эти стратегии включают:

- образование;
- многокомпонентные усилия по изменению вредных гендерных норм;

² Краткое описание известных фактов о том, как гендерное неравенство повышает риск заражения и уязвимость к ВИЧ, содержится в материалах Глобальной коалиции по проблемам женщин и СПИДа (2006а).

Измерение изменений в традиционных представлениях о гендерных ролях женщин и мужчин

История расширения прав женщин в разных странах мира показывает, что гендерные нормы могут быть радикально изменены. Однако до недавнего времени было трудно определить, приводили ли конкретные инициативы по обеспечению равенства между мужчинами и женщинами к изменениям в гендерных нормах и практиках. В основном, это было обусловлено отсутствием надежных методов измерения достижений в этой сфере.

К счастью, это препятствие удалось преодолеть благодаря созданию потенциала для более простых и точных исследований по оценке программ. Метод оценки под названием “Мужчины за гендерное равенство”, разработанный и опробованный проектом “Хорайзонс” сначала в Бразилии, а впоследствии – в Азии и Африке, предоставляет программам по ВИЧ практический и надежный способ измерения основных представлений и норм, способствующих гендерному неравенству.

Исследователи проекта “Хорайзонс” установили, что распространенность традиционных гендерных стереотипов можно определить, если респонденты согласятся со всеми пунктами небольшой анкеты (15-25 вопросов), например, следующими: “Бывают моменты, когда женщина заслуживает битья” и “Последнее слово при принятии решений в доме всегда должно оставаться за мужчиной”. Полученное число баллов позволяет программам, действующим в самых разных ситуациях, определить степень их воздействия на формирование равноправных гендерных норм. Так, например, в Бразилии и Индии этот метод измерения был использован для оценки шестимесячной программы, в рамках которой молодые мужчины проводили интерактивные занятия со своими сверстниками, применяя ролевые игры, диалог и другие методы, чтобы подтолкнуть участников к критическому переосмыслению гендерных стереотипов и их последствий. В ходе этого исследования также оценивалось одно из интенсивных направлений программы, которое дополняло стандартные мероприятия с помощью проведения “кампании социального маркетинга для формирования здорового образа жизни”, пропагандирующей ответственное, ненасильственное сексуальное поведение среди мужчин. И в Бразилии, и в Индии сочетание стандартных и интенсивных мероприятий способствовало значительному снижению поддержки неравноправных гендерных отношений к концу 6-го и 12-го месяцев, по сравнению с контрольной группой, не принимавшей участия в этих мероприятиях. В Бразилии молодые люди, которые отказались от норм гендерного неравенства после участия в программе, реже сообщали о заражении инфекциями, передаваемыми половым путем, и чаще пользовались презервативами с постоянными партнерами. В Мумбаи, Индия, мужчины, принимавшие участие в программе, в два раза чаще пользовались презервативами со своими последними половыми партнерами и значительно реже применяли силу к своим интимным партнерам. (Verma, et.al., 2006; Pulerwitz et al., 2006)

- снижение насилия по гендерному признаку;
- стратегии создания возможностей для получения дохода; и
- адвокация и поддержка.

Содействие всеобщему образованию

На раннем этапе эпидемии доказательства связи между уровнем образования и риском ВИЧ-инфекции были неоднозначными, однако недавно

полученные данные из 11 африканских стран указывают на четкую связь между более высокими уровнями образования и более низкой распространенностью ВИЧ (Hargreaves, 2008). В ходе недавнего исследования, проведенного в сельских регионах Южной Африки, было обнаружено, что каждый дополнительный год, затраченный на получение образования, снижает риск ВИЧ-инфекции на 7% (Bärnighausen et al., 2007). В частности, посещение школ является прекрасной возможностью снижения риска заражения и уязвимости к

ВИЧ для девочек. Девочки, получившие начальное образование, более чем в два раза чаще пользуются презервативами, а девочки, получившие среднее образование, пользуются презервативами в четыре-семь раз чаще, и реже заражаются ВИЧ (Hargreaves & Boler, 2006).

К сожалению, во многих странах с низким и средним уровнем доходов девочкам систематически отказывают в праве на равные возможности для получения образования. В наименее развитых странах вероятность посещения начальной школы для девочек на 11% меньше, чем для мальчиков (ПРООН, 2007). К тому времени, когда девочки достигают возраста, в котором они могли бы учиться в средней школе, их возможности получить образование снижаются еще больше. В наименее развитых странах возможность учиться в школе для девочек на 19% меньше, чем для мальчиков. В Бенине, Кот-д'Ивуаре и Гвинее лишь чуть больше половины девочек посещают среднюю школу по сравнению с мальчиками (ПРООН, 2007).

Начиная с 1999 года гендерное неравенство в школьном образовании во всем мире сократилось: если в 1999 году школу не посещали 9% девочек, то в 2005 году – 6% (ЮНЕСКО, 2007). Тем не менее, в 2005 году гендерное равенство в начальном и среднем школьном образовании не обеспечивалось в 113 странах, и, по прогнозам ЮНЕСКО, лишь 18 из этих стран смогут обеспечить равный доступ к образованию к 2015 году (ЮНЕСКО, 2007). Гендерное неравенство в образовании значительно сильнее проявляется в средней и высшей школе, чем в начальной школе. Из 144 стран, приславших отчеты, только Ботсвана, Китай, Мексика и Перу добились равенства в высшем образовании (ЮНЕСКО, 2007).

С помощью стратегических национальных усилий можно устранить этот гендерный разрыв в образовании. Например, в Буркина-Фасо, Эфиопии и ряде других стран значительное снижение образовательного разрыва между мальчиками и девочками связывают с сильной национальной приверженностью делу достижения целей инициативы “Образование для всех”³ (ЮНЕСКО, 2007). В некоторых частях Африки отмена платы за школьное

образование привела к впечатляющему росту приема девочек в начальную школу (Burns, Mingat & Rakotomalala, 2003; Deininger, 2003; ЮНИСЕФ, 2005). В Индии молодые женщины (как посещающие, так и не посещающие школу), которые участвовали в тренингах по обучению навыкам и профессиям и получили направления для получения всесторонних услуг в сфере репродуктивного здоровья с учетом их возраста, чаще переносили время вступления в брак до 18-летнего возраста, указывали, что чаще пользуются презервативами и демонстрировали поведение, направленное на заботу о своем здоровье (СЕДПА, 2001).

Многокомпонентные усилия по изменению вредных гендерных норм

Национальное лидерство и программные вмешательства могут помочь ускорить процесс формирования более справедливых гендерных норм. Все эти усилия должны быть направлены на содействие диалогу на национальном и общинном уровнях, на анализ цены несправедливых гендерных норм не только для женщин, но и для мужчин, и на изучение новых мнений о гендерных проблемах.

Появилось множество многообещающих программ, помогающих общинам в формировании справедливых гендерных норм. Семинары фонда “Ступени”⁴, проведенные в более чем 40 странах, помогли снизить социальную приемлемость насилия в отношении женщин и их уязвимость к насилию, а также способствовали повышению информированности о ВИЧ и росту использования презервативов путем развития диалога с общинами (Jewkes et al., 2007). Участники программы “Мужчины как партнеры” в Южной Африке, проводимой через организацию “Энджендер хелс”, были больше склонны считать, что мужчины и женщины должны иметь равные права, и что бить жену нельзя (Kruger, 2003; Peacock & Levack, 2004; Bott, Morrison & Ellsberg, 2005). В Бразилии, благодаря программе “Эйч”, осуществляемой *Instituto Promundo*, улучшилось отношение молодых мужчин к гендерному равенству и снизился риск заражения ВИЧ и инфекциями, передаваемыми половым

³ Движение “Образование для всех” началось в 1990 году на Всемирной конференции по образованию для всех. В 2000 году на Всемирном образовательном форуме в Дакаре, Сенегал, правительства обязались обеспечить качественное базовое образование к 2015 году, уделяя особое внимание образованию для девочек.

⁴ Семинары фонда “Ступени” проводятся для изменения поведения и стереотипов в связи с ВИЧ, гендером и отношениями между людьми. (See Welbourn, 1995.)

путем. Программа “Эйч” организовывала занятия в небольших группах, подкрепленные кампанией по социальному маркетингу, для того чтобы заменить общественные нормы мужского доминирования на отношения, основанные на уважении и доверии (Pulerwitz, 2006).

Противодействие благоприобретенным общим стереотипам является важным компонентом работы по пропаганде гендерного равенства. Мета-анализ программ по содействию гендерному равенству выявил, что 29% из них эффективно приводили к изменениям в соответствующих отношениях или моделях поведения (Barker, Ricardo & Nascimento, 2007). Программы, явно направленные на трансформацию гендерных ролей путем их критического переосмысления, с помощью ролевых игр и других интерактивных мероприятий чаще всего добивались успеха и приводили к изменениям конкретных видов отношений или поведения.

Снижение насилия по гендерному признаку

Широко распространенное насилие в отношении женщин является не только олицетворением глобального кризиса прав человека, но и способствует уязвимости женщин к ВИЧ. От 40% до 60% женщин, обследованных в Бангладеш, Эфиопии, Перу, Самоа, Таиланде и Объединенной Республике

Танзания, указали, что подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны своих интимных партнеров (Garcia-Moreno et al., 2005). Во время вооруженных конфликтов изнасилование и другие формы сексуального принуждения часто используются как средство ведения войны (Инициатива “РЭЙЗ” – Доступ к охране репродуктивного здоровья, информации и другим услугам в чрезвычайных ситуациях, 2007). По мнению специалистов, в некоторых частях Демократической Республики Конго, затронутых конфликтом, распространенность изнасилований является одной из самых высоких в мире (McCrummen, 2007).

В нескольких африканских странах риск заражения ВИЧ среди женщин, подвергшихся насилию по гендерному признаку, может быть в три раза выше, чем среди женщин, которые такому насилию не подвергались (Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИДа, 2004). Страх перед насилием может стать препятствием для раскрытия ВИЧ-статуса (Medley et al., 2004); например, в Камбодже из-за страха перед насилием очень немногие женщины обращаются за услугами по консультированию и тестированию в родовых клиниках (Duvvury & Knoess, 2005).

Международный опыт показывает, что уровень насилия можно снизить. Однако 29% нацио-

Работа по изменению культурной практики, повышающей риск заражения и уязвимость женщин и девочек

Во всем мире от 100 до 140 миллионов девочек и женщин пережили операцию по частичному или полному удалению наружных женских гениталий или другие повреждения женских половых органов по немедицинским соображениям. Каждый год таким операциям подвергаются 3 миллиона девочек (ЮНЭЙДС и др., 2008). Помимо подтверждения и усиления подчиненного статуса женщин, калечащие операции на женских половых органах подвергают здоровье женщин серьезному риску. В 2008 году ЮНЭЙДС и еще девять других учреждений ООН настоятельно потребовали срочного применения законов и политики, направленных на искоренение разных форм калечащих операций на женских половых органах (ЮНЭЙДС и др., 2008).

Национальные законы и инициативы по повышению информированности в общинах уделяют все большее внимание вопросу прекращения практики калечащих операций на женских половых органах и других видов культурной практики, которые повышают риск и уязвимость женщин. Закон, принятый в Зимбабве в 2007 году, запрещает брак по принуждению или порабощение, а в 2005 году правительство Замбии приняло дополнение к уголовному кодексу, запрещающее практику “очищения вдовы”, в соответствии с которой женщина, потерявшая мужа, должна вступить в половые отношения с деревенским головой, чтобы ее снова приняли в общину (Управление ООН по координации гуманитарных вопросов, 2005; Gable, 2007).

Способность женщин договариваться о безопасном сексе резко ограничена во многих странах



нальных правительств сообщают, что в их странах отсутствуют законы или политика против насилия в отношении женщин. Для того чтобы усилия по снижению насилия по гендерному признаку увенчались успехом, необходимо изменить социальные нормы, в соответствии с которыми жестокое обращение считается нормальным и приемлемым явлением. Программы по изменению социальных норм должны быть поддержаны правовыми реформами, более широким применением законов, призывающих лиц, совершающих насилие, к ответу, а также мероприятиями по преодолению стереотипов и условий, которые могут способствовать насилию по гендерному признаку.

В феврале 2007 года в Зимбабве были приняты законы, предусматривающие более широкую защиту для лиц, пострадавших от домашнего насилия, и наказания для нарушителей в виде тюремного заключения сроком до 10 лет. Закон требует, чтобы на полицейских участках находились дежурные специалисты по домашнему насилию. Закон также наделяет персонал правоохранительных органов правом арестовывать предполагаемых правонарушителей без ордера на арест, если ущерб представляется обоснованно неизбежным. Поддерживая эту инициативу, ЮНИСЕФ сформировал партнерство с национальным правительством и Ассоциацией женщин-юристов Зимбабве с целью обучения более

чем 300 вождей и народных целителей правилам применения этого закона для поддержки лиц, переживших домашнее насилие, и предотвращения таких правонарушений в их общинах.

Странам рекомендуется подходить к вопросам предотвращения насилия так же, как к другим проблемам общественного здравоохранения. Этапы такой деятельности включают разработку национальной стратегии действий, совершенствование сбора и анализа данных, оценку программ с целью анализа их результатов, размещение материалов о стратегиях и результатах в СМИ, выделение средств на услуги по уходу и поддержке для лиц, переживших насилие (Mercy, 2007). Обычно на исследования вопросов предотвращения насилия в странах с низким и средним уровнем доходов выделяются скудные финансовые средства (Институт медицины, 2008).

Помимо программ для поощрения мужчин к тому, чтобы рассматривать насилие по гендерному признаку как неприемлемое явление (независимо от того, на мужчин или на женщин это направлено), снизить уязвимость женщин к насилию могут также помочь национальные и местные законы. Однако законы против насилия по гендерному признаку имеют смысл только тогда, когда они эффективно применяются. Например, в Замбии были созданы специальные полицейские подразделения, рассле-

дующие сообщения о фактах правонарушений по гендерному признаку (“Хьюман райтс уотч”, 2007).

Стратегии создания возможностей для получения дохода

Во многих регионах гендерное неравенство может привести к экономической зависимости женщин от мужчин, что, в свою очередь, повышает их уязвимость к ВИЧ. В тех местах, где законы и общественные традиции лишают женщин независимых средств получения дохода и разрешают мужьям бросать своих жен за неподчинение, женщины зачастую практически не имеют возможности настаивать на воздержании от секса или использовании презервативов их мужьями.⁵ По данным недавнего исследования, проведенного в Ботсване и Свазиленде, женщины, недостаточно обеспеченные продовольствием, на 70% реже считают возможным личный контроль в половых отношениях, на 50% чаще могут вступать в разновозрастные половые отношения, на 80% чаще могут заниматься сексом ради выживания и на 70% вероятнее будут заниматься незащищенным сексом (Weiser et al., 2007).

Женщины, обладающие собственностью или контролем над другими экономическими активами, имеют более высокие доходы, безопасное место для проживания и больше возможностей для того, чтобы отстаивать свои интересы в домохозяйстве. Женщинам, обладающим повышенным чувством самодостаточности, легче избежать домашнего насилия или прекратить отношения, таящие угрозу ВИЧ-инфекции. Владея большей собственностью и обладая контролем над другими экономическими активами, женщины получают более широкие возможности, для того чтобы договариваться о воздержании от секса, сохранении верности в браке и о безопасном сексе, а также могут избежать необходимости в обмене сексуальных услуг на деньги, продовольствие или убежище (Strickland, 2004; Gupta, 2005; Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИДа, 2006b). Кроме того, молодые женщины с более высоким социально-экономическим статусом чаще переносят начало половой жизни на более поздний срок, имеют меньше половых партнеров и чаще пользуются презервативами (Hallman, 2004; Hallman, 2005).

Однако во многих странах, сильно затронутых ВИЧ, законы не признают права женщин на наследование собственности. Такая узаконенная дискриминация зачастую смешивается с культурными нормами, такими как обычай, существующий в некоторых общинах, требующий, чтобы вдова выходила замуж за мужчину-родственника покойного мужа (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007). Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу собирает примеры “лучшей практики” в сфере реформы законодательства для расширения прав женщин с целью разработки образцового законодательства и правового инструментария в помощь работе по адвокации на страновом уровне (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007).

В тех ситуациях, когда права женщин признаются, зачастую необходимо проводить работу, чтобы ознакомить женщин с их правами и помочь им в защите этих прав. В нескольких странах Африки местные организации помогают женщинам разобраться в правовых вопросах и обучают средний юридический персонал и других людей методам реализации имущественных, наследственных и юридических прав женщин (МИЦЖ, 2006b). Например, организация “Уименз лэнд линк Африка” связывает местные организации 10 африканских стран с целью расширения доступа женщин к собственности на землю и имущество, и защиты более широкого включения женщин в процессы выработки политики (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007). В Индии организация “Коллектив юристов” включает проведение тренингов по профилактике и уходу в связи с ВИЧ в свои юридические услуги для женщин (Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИДа, 2006b). Женщины, участвовавшие в программе “Уорлд вижн”, объединяющей просвещение на темы ВИЧ и микрофинансирование, продемонстрировали более серьезную экономическую устойчивость, более высокие уровни информированности о ВИЧ, поведение, направленное на профилактику заболеваний, более сильную тягу к образованию и обеспечению своих семей продовольствием (“Уорлд вижн”, 2008). Многоуровневый проект в Мозамбике направлен на углубление понимания гендерных вопросов среди работников судов (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007). И, тем не менее, по данным обследования неправительственных организаций в Бангладеш, Индии, Непале и Шри-Ланке, усилия по включению

⁵ Обсуждение роли экономического неравенства в существовании непропорционально высоких уровней ВИЧ-инфекции среди взрослых женщин в Африке к югу от Сахары см. в Главе 4.

Как найти поддержку в программе микрокредитования в связи с ВИЧ

*Имане, 27-летняя женщина из Алжира считает, что ее история “напоминает истории миллионов ВИЧ-инфицированных женщин в арабских странах”**

Когда она вышла замуж пять лет назад, ее муж не сообщил о своем ВИЧ-статусе. Когда Имане показала одной из своих сестер лекарства, которые он принимает, та настояла на том, чтобы Имане прошла тестирование на ВИЧ. Хотя результаты тестирования ее 4-летней дочери оказались негативными, тесты показали, что Имане инфицирована ВИЧ. “Когда врач спросил меня, знала ли я о своей болезни, я не могла ему поверить, – говорит Имане. – ВИЧ! Болезнь проституток. Так я думала тогда. Так об этом думают в моей стране!”.

Сегодня Имане знает, что это не так. “Большинство ВИЧ-позитивных женщин, которых я знаю, никогда не выходили из дома ... более 60% ВИЧ-позитивных женщин, которых я знаю, заразились от своих мужей”.

Врач Имане объяснил, что ВИЧ теперь является хроническим заболеванием и что она может жить нормальной жизнью, принимая антиретровирусные препараты. И все же ей было трудно принять этот диагноз, и она впала в депрессию. Муж проявил мало сочувствия к ее ситуации, а ее лучшая подруга разорвала с ней отношения, узнав, что Имане живет с ВИЧ. Забота о дочери легла целиком на плечи Имане.

Со временем одна женщина, которая ходила в ту же местную больницу и жила с ВИЧ уже 10 лет, пригласила Имане посетить Эль-Хайет, сеть людей, живущих с ВИЧ. Эль-Хайет помогает ВИЧ-позитивным людям получать доход, давая им возможность получить свидетельство о владении одной из профессий, таких как изготовление традиционной выпечки, швейное или малярное дело. Организация дает возможность своим членам получить микрокредиты, которые финансируются в рамках партнерства Эль-Хайет с Министерством солидарности и социальной защиты.

Благодаря участию в программе Эль-Хайет по обеспечению доходов Имане нашла группу людей, которые ее понимали и оказали ей поддержку. “Я ходила туда несколько раз, пока не поняла, что могу полностью расслабиться, когда я там нахожусь, и с каждым днем чувствую себя менее одинокой... Там очень позитивная атмосфера и просто великолепные отношения между тренерами и участниками. Особенно мне там понравилось то, что можно учиться и учить ... и свободно говорить о своей болезни, ничего не боясь”.

“Сегодня, благодаря Эль-Хайет, мои раны зажили”.

* Имане просила не помещать ее фотографию.

вопросов прав собственности женщин в программы по ВИЧ были, как правило, разрозненными и ситуативными (МИЦЖ, 2007).

В дополнение к правовой реформе для расширения прав собственности женщин, необходимо оказывать значительно более серьезную международную поддержку инициативам по микрофинансированию для женщин, в рамках которых оказывается прямая финансовая поддержка экономической независимости женщин. Анализ проекта “ИМИДЖ” в Южной Африке, предоставляющего микрофинансирование, а также обучение по вопросам гендера и ВИЧ, продемонстрировал снижение насилия в отношении женщин со стороны их интимных партнеров на 55% (Pronyk et al., 2006).⁶

Адвокация и поддержка

Во всем мире множество организаций и сетей активно работают над тем, чтобы сформировать солидарность среди женщин, живущих с ВИЧ, и провести совместные мероприятия в сфере адвокации для преодоления непропорционально тяжелых последствий эпидемии для женщин и девочек. Национальные правительства и международные доноры должны усилить свою поддержку с

целью развития потенциала женских организаций, работа которых направлена на расширение прав женщин и снижение их уязвимости.

Например, в Кении сеть женских групп самопомощи ГРООТС (местные организации “Вместе в сестринстве”) занимается развитием потенциала женщин по защите их юридических и экономических прав. В Нигерии 150 женских групп объединились в августе 2007 года для создания Национальной коалиции по проблемам женщин и СПИДа. Ее целью является искоренение основных причин женской уязвимости к инфекции под руководством первой леди страны.

В мировом масштабе Комиссия Хуайроу объединяет местные женские организации для обмена ресурсами, информацией, политическими и общинными организационными стратегиями (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007).

Стигма, дискриминация и уязвимость к ВИЧ

Стигма, дискриминация и социальная маргинализация являются причинами риска заражения и уязвимости к ВИЧ и следствием того, что человек

Стигма и дискриминация

Стигма в связи с ВИЧ определяется как “... процесс обесценивания” людей, которые живут или ассоциируются с ВИЧ/СПИДом” (ЮНЭЙДС, 2003).

Дискриминация – это действия, основанные на стигме. Дискриминация в связи с ВИЧ следует за стигмой и представляет собой несправедливое и пристрастное отношение к отдельному человеку на основании его или ее реального или предполагаемого ВИЧ-статуса (ЮНЭЙДС, 2003).

Дискриминация людей, живущих с ВИЧ или подозреваемых в том, что они живут с ВИЧ, происходит в семьях и других общественных образованиях, и зачастую закреплена на институциональном уровне. Примеры институционализированной дискриминации включают государственные законы, политику и процедуры, имеющие негативную направленность против людей, живущих с ВИЧ или считающихся таковыми, а также дискриминацию на рабочем месте или в медицинских учреждениях. Еще одной формой дискриминации может быть исключение – например, если потребности и интересы людей, живущих с ВИЧ, или стигматизируемых групп населения игнорируются или удовлетворяются в минимальном объеме.

Дискриминация является нарушением прав человека и запрещена международными законами о правах человека. Комиссия по правам человека, которая теперь называется Совет по правам человека, заявила, что понятие дискриминации на основе “иного статуса” включает и состояние здоровья, в том числе, ВИЧ.

⁶ Более подробно роль микрофинансирования в смягчении последствий эпидемии для женщин рассматривается в Главе 6.

ВИЧ-позитивен. Человеческие существа, по своей сути, являются социальными животными и их физическое и психологическое здоровье страдает, если их социальная группа изолирует и отторгает их (Jenkins & Sarkar, 2007).

Стигматизирующее отношение к ВИЧ и людям, подвергающимся наиболее высокому риску ВИЧ-инфекции, возникает по двум основным причинам. Первая – это страх перед заразной болезнью, который был источником стигмы в связи с разными заболеваниями на протяжении многих веков. Вторая причина – негативные представления о людях, живущих с ВИЧ, основанные на общественных ценностях и питающие предубеждения и дискриминацию (МИЦЖ, 2006а). В некоторых случаях дискриминация людей, живущих с ВИЧ, закреплена в национальных и местных законах. По данным Европейской группы по лечению СПИДа, 74 страны ограничивают въезд или пребывание людей на основе их ВИЧ-статуса, включая 12 стран, которые запрещают людям, живущим с ВИЧ, въезжать в страну на любой срок, независимо от их обстоятельств.

Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ подрывают усилия по профилактике, отбивая у людей желание пройти тестирование (Ford et al., 2004; Wolfe et al., 2006; Ma et al., 2007; Pulerwitz & Barker, 2008), искать информацию о том, как защитить себя от инфекции; и, в некоторых случаях, использовать презервативы, потому что люди боятся ассоциации с этим заболеванием или с принадлежностью к наиболее сильно затронутым маргинализированным группам (Nyblade et al., 2003). Кроме того, из-за страха перед стигмой и дискриминацией люди, живущие с ВИЧ, реже обращаются за услугами по уходу и лечению, хуже соблюдают приверженность к лечению и реже раскрывают ВИЧ-статус своим половым партнерам (White & Carr, 2005; Liu et al., 2006; Mills, 2006). В некоторых случаях члены семьи, лица, ухаживающие за больными, и дети людей, живущих с ВИЧ, также подвергаются дискриминации и позору. Слишком часто и сама система здравоохранения, включая врачей, медсестер и сотрудников, отвечающих за уход и лечение людей, живущих с ВИЧ, становится основным фактором стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ (Reis et al., 2005; Mahendra et al., 2007; USAID, 2007a). В 2006 году в ходе консультаций с гражданским обществом и заинтересованными сторонами из правительства, организованных ЮНЭЙДС в 122 странах, случаи стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ посто-

янно выявлялись в числе одного из пяти основных препятствий к обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

Закон может стать той силой, которая изменяет или закрепляет различия между группами населения. Законы могут защищать людей, живущих с ВИЧ, от дискриминации или усиливать их дискриминацию. Например, широкое применение уголовного наказания за передачу ВИЧ содержит в себе послы о том, что люди, живущие с ВИЧ, являются преступниками. Закон также может защищать другие группы (например, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, потребителей наркотиков или работников коммерческого секса) от нарушения их прав человека, в частности, жестокого обращения, оскорбления личности, дискриминации или неприменения к ним надлежащих правовых процедур. Однако, если деятельность каких-либо групп криминализуется (например, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, потребителей наркотиков или работников коммерческого секса), то закон и его применение могут стать основным препятствием к доступу к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, и к обращаемости за этими услугами. Институциональная дискриминация также находит отражение в недостаточных действиях – например, когда уровень ресурсов в ответ на ВИЧ, направляемых на удовлетворение потребностей мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, потребителей наркотиков или работников коммерческого секса не соизмеряется с местными эпидемиологическими данными, или когда системы эпиднадзора за ВИЧ не отслеживают эти группы.

Снижение стигмы, дискриминации и социальной маргинализации

За последние несколько лет вредные последствия стигмы и дискриминации стали еще более очевидными, поэтому растет число учреждений и организаций, уделяющих более пристальное внимание этим последствиям. Появился целый ряд успешных подходов и стратегий, которые обсуждаются ниже. К успешным подходам относятся:

- профилактика дискриминации в связи с ВИЧ;
- содействие знаниям и информированности о ВИЧ, формированию толерантности и сочувствия;

Измерение стигмы

Так же, как и в ситуации с гендерным неравенством, во все времена основной проблемой эффективных действий по снижению стигмы было отсутствие согласованных методов измерения уровня стигмы.

По результатам более чем 10 исследований, проведенных за восемь лет, проект “Хорайзонс” продемонстрировал, что стигму и дискриминацию можно определять и измерять в самых разных ситуациях в странах Латинской Америки, Азии и Африки. Сосредоточив внимание как на людях, подвергшихся стигме, так и на “стигматизаторах”, проект “Хорайзонс” разработал концептуальную структуру, которую можно применять в условиях разных культур. Эта структура основана на том, что люди, живущие с ВИЧ, борются с внутренней стигмой (самостигматизация), воспринимаемой стигмой или стигмой в действии (дискриминацией).

Глубинные качественные исследования показали, что проблема становится управляемой, измеряемой и может быть устранена, если разбить ее на составляющие и решать в четыре этапа. Первый этап – проведение формативного исследования для определения конкретных видов отношений, убеждений и типов поведения, и документирования проблемы на местном уровне. Эта работа важна для второго этапа, который включает оказание помощи с целью признания этой проблемы населением. Базисные исследования проекта “Хорайзонс” показали, что люди, которые дискриминируют и позорят людей, которые, по их мнению, ассоциируются с ВИЧ, зачастую даже не понимают, что причиняют вред. Третий этап служит для распространения точной информации о ВИЧ и создания поддерживающей среды с целью противодействия движущим силам стигмы, основанным на страхе (например, перед заражением при случайном контакте). На четвертом этапе людей побуждают к переосмыслению общественных суждений, на которых основывается стигма в связи с ВИЧ (“обвинение и позор”), и заставляют задуматься над тем, что эти суждения зачастую неверны и несправедливы к реалиям затронутых людей (например, представления о том, что они бездумно ищут наслаждений или ведут неумеренную половую жизнь). Важной частью этой стратегии является установление партнерских отношений с людьми, живущими с ВИЧ, в качестве инструкторов и организаторов. Для руководства этой работой и ее документирования партнеры из проекта “Хорайзонс” разработали стабильные единицы измерения стигматизирующего отношения (компонентов признания, страха и “обвинения и позора”), действий (изоляция, вербальная стигма, разрушение личности и утрата статуса, потеря доступа к средствам существования), а также инструменты для измерения улучшений ситуации, которые можно адаптировать и применять во всем мире.

На основе общей базы знаний были разработаны и другие перспективные методы отслеживания стигмы в связи с ВИЧ. Индекс уровня стигмы в отношении людей, живущих с ВИЧ, был разработан Глобальной сетью людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ГНП+), и Международным сообществом женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом. Этот индекс применяется в Доминиканской Республике, в Азии и Тихоокеанском регионе, и на 2008 год запланировано проведение исследований в дополнительных регионах (МФПР и др., 2008a; МФПР и др., 2008b). Другие индексы используются для измерения стигмы и дискриминации среди медицинских работников и в учреждениях, занимающихся лечением ВИЧ в Кении (AMP США, 2007b), Индии (Mahendra et al., 2006) и Украине (AMP США, 2007a).

В 2007 году в Таджикистане была предпринята первая национальная попытка определения уровня и типов стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Отслеживание стигмы в связи с ВИЧ согласуется с *Практическими руководящими принципами усиления профилактики ВИЧ*, которые призывают людей, ответственных за разработку политики и программ, “знать свою эпидемию” и “привести ответные меры в соответствие с масштабами эпидемии” (ЮНЭЙДС, 2007a).

- расширение участия и заметности людей, живущих с ВИЧ;
- расширение масштабов лечения;
- запрет дискриминации групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску; и
- расширение полномочий общин людей, подвергающихся наиболее высокому риску.

Предотвращение дискриминации на основе ВИЧ-статуса

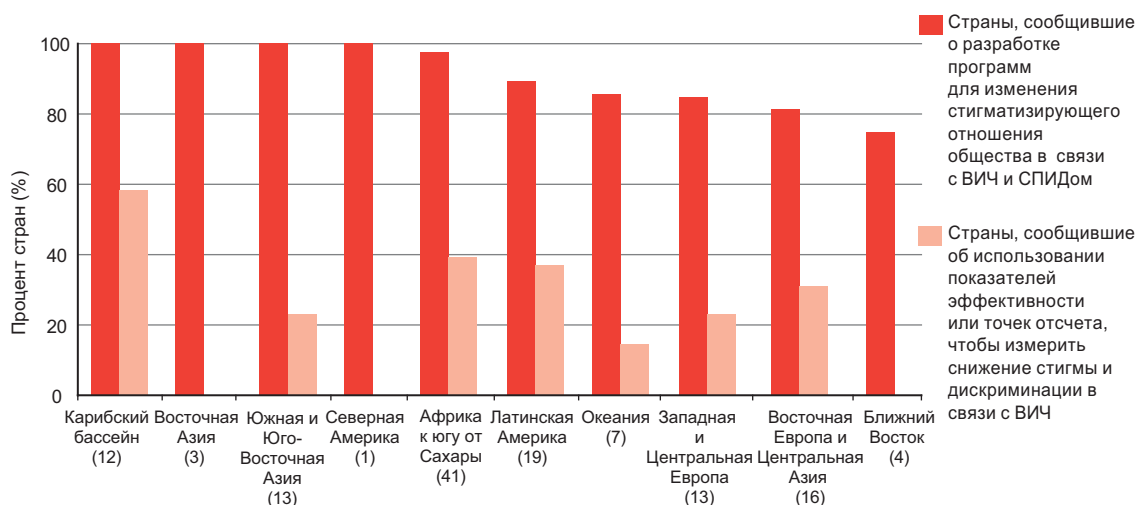
Правовая защита от дискриминации в связи с ВИЧ является важной предпосылкой к сильным национальным мерам в ответ на ВИЧ. Большинство стран (67%) сообщают о наличии законов и правил, защищающих людей, живущих с ВИЧ, от дискриминации. В отчете Намибии 2008 года, присланном в ЮНЭЙДС, отмечается, что в ответ на пропагандистскую работу Юридического подразделения по вопросам СПИДа парламент Намибии включил запрет на дискриминацию в связи с ВИЧ в национальный Закон о труде, принятый в 2007 году. Законы на Багамских Островах, в Малави, Южной Африке и Зимбабве запрещают обязательное тести-

рование на ВИЧ при приеме на работу в частные предприятия (Gable et al., 2007). Камбоджа, Гайана и другие страны имеют законы, гарантирующие право людей, живущих с ВИЧ, на равный доступ к качественным медицинским услугам (Gable et al., 2007). Однако степень применения этих законов или степень доступа к ним людей документально не зафиксированы.

Более того, хотя эпидемия развивается вот уже третий десяток лет, треть (33%) стран до сих пор не сообщили о наличии таких законов. Хотя правительства сообщают о значительных улучшениях в доступности правовой помощи для людей, живущих с ВИЧ, после 2003 года, по данным источников из неправительственных организаций, в 2007 году почти в половине (47%) стран (Данные по НК ИП из стран, 2008 г.), где почти 9,6 миллиона человек нуждаются в лечении, такие услуги отсутствовали. Неправительственные организации из трех четвертых (75%) стран сообщают о существовании программ, разработанных с целью просвещения и повышения информированности людей, живущих с ВИЧ, об их правах человека (Данные по НК ИП из стран, 2008 г.). Качество, масштабы и охват этих программ не измерялись и не оценивались.

РИСУНОК 3.5

Процент стран (по регионам), сообщивших о разработке программ для изменения стигматизирующего отношения общества в связи с ВИЧ и/или использующих показатели снижения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ



Источник: Данные по НК ИП из стран, 2008 г.

Уделение приоритетного внимания вопросам снижения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в национальных планах в ответ на ВИЧ имеет большое значение, однако при отсутствии конкретной работы по отслеживанию стигмы и дискриминации во времени будет трудно (или вообще невозможно) измерить достигнутый прогресс. Между тем, по данным отчетов из неправительственных организаций, только в 33% стран используются показатели эффективности или точки отсчета, чтобы измерить снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ (Данные по НК ИП из стран, 2008 г.; Рис. 3.5). В начале 2007 года правительство Бразилии разработало механизм конфиденциального информирования органов власти о нарушениях законов страны, запрещающих дискриминацию в связи с ВИЧ.

В свою очередь, правительственные источники сообщают, что механизмы, обеспечивающие информирование, документирование и принятие мер в ответ на случаи дискриминации людей, живущих с ВИЧ, или групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, применялись не систематически (Данные по НК ИП из стран, 2008 г.) (Рис. 3.6).

Гражданское общество может сыграть важную роль в применении антидискриминационных законов.

Так, например, в 2007 году в Белизе Альянс против СПИДа отметил десятилетнюю годовщину работы по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. За последние два года эта неправительственная организация добилась успеха в создании широкой коалиции гражданского общества с целью интенсификации противодействия стигме, включая проведение кампании по информированию общественности на тему непрекращающейся дискриминации людей, живущих с ВИЧ, в медицинских учреждениях.

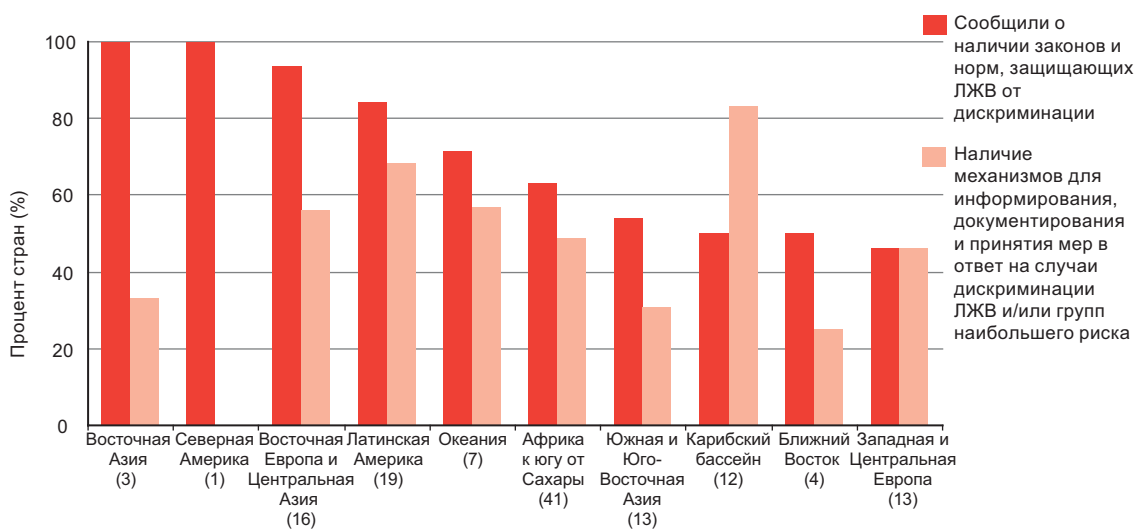
Содействие распространению знаний и информированности, формированию отношений толерантности и сочувствия в связи с ВИЧ

Ниже указаны три коренные причины стигмы и дискриминации, которые можно успешно устранить с помощью осуществления программ:

- недостаточная осведомленность и отсутствие знаний о стигме и дискриминации и их вредных последствиях;
- боязнь заразиться ВИЧ при повседневных контактах с инфицированными людьми из-за отсутствия глубоких знаний и информации; и

РИСУНОК 3.6

Процент стран (по регионам), сообщивших о применении правовой защиты от дискриминации и наличии соответствующих механизмов



Источник: Данные по НК ИП из стран, 2008 г.

- ассоциирование людей, живущих с ВИЧ, с поведением, которое считается недостойным и аморальным (ЮНЭЙДС, 2008).

Программы, направленные на решение этих проблем, должны быть неотъемлемой частью национальных стратегических планов и получать поддержку со стороны других неправительственных участников. Особенно эффективными являются интерактивные программы, способствующие формированию более глубокого понимания вреда, причиняемого стигмой и дискриминацией. Активное вовлечение людей, живущих с ВИЧ, и представителей других затронутых групп в планирование и осуществление программ поможет обеспечить удовлетворение их потребностей.

Поскольку стигма и дискриминация имеют многогранный характер, программы, направленные на решение этих проблем, должны действовать на разных уровнях (личном, семейном, общинном, организационном, институциональном, правительственном и законодательном) и применять широкий спектр подходов для вовлечения в работу самых разных групп. Успешные программы зачастую включают следующие компоненты: расширение прав людей, живущих с ВИЧ, просвещение на темы ВИЧ, мероприятия, способствующие взаимодействию

между людьми, живущими с ВИЧ, и ключевыми аудиториями, включая политиков и известных людей высокого уровня (ЮНЭЙДС, 2008).

В Индии исследователи работали в партнерстве с национальными органами по противодействию ВИЧ с целью осуществлению программы по борьбе со стигмой в трех крупнейших больницах, где, по сообщениям, персонал плохо относился к людям, живущим с ВИЧ. После просвещения больничного персонала на темы стигматизирующего отношения, программа осуществила ряд стратегий по повышению безопасности медицинских работников (например, обеспечение перчатками, немедленное проведение постконтактной профилактики в случае контакта с кровью) и запрещению дискриминирующих видов практики, таких как сегрегация или задержки с началом лечения пациентов с ВИЧ. Отдельные штатные сотрудники всех уровней принимали участие в интерактивных двухчасовых семинарах-тренингах, проводившихся раз в два дня в течение двух недель. Сотрудники больницы всех уровней (от палатного персонала до заведующих отделений) получили информацию и возможность участвовать в обсуждениях в малых группах, проходивших в больницах. Эта многогранная программа привела к существенному снижению стигматизирующих отношений и практики среди

Криминализация передачи ВИЧ

Недавнее усиление применения уголовного законодательства в случаях передачи ВИЧ, в то время как более уместным было бы осуществление других, менее «карательных» программ общественного здравоохранения, является опасной тенденцией, которая усиливает стереотипы о том, что люди, живущие с ВИЧ, являются преступниками, и подрывает цели обеспечения всеобщего доступа (ЮНЭЙДС, 2002). Законы, предусматривающие уголовное наказание за передачу ВИЧ, существуют на национальном и субнациональном уровнях как минимум в 36 странах (GNP+ & TGT, 2005; Chan, 2006; Burris, 2007; Klein, 2007; Pearhouse, 2007).

Хотя такие законы могут являться результатом разочарования по поводу неизменно высокого уровня новых случаев инфекции, эти стратегии близоруки и не предоставляют людям никаких серьезных правовых или других возможностей для снижения их уязвимости к ВИЧ. Вложение средств в программы профилактики ВИЧ, основанные на доказанных фактах и направленные как на ВИЧ-позитивных, так и на ВИЧ-негативных людей, является более рациональным и эффективным способом снижения уровня инфекции, чем применение законов, криминализирующих передачу ВИЧ, которые только раздувают пламя стигмы в связи с ВИЧ. Странам, до сих пор применяющим уголовное наказание за передачу ВИЧ, ЮНЭЙДС рекомендует применять уголовное законодательство только в случаях *намеренной* передачи ВИЧ, то есть, в случаях, когда человек хотел передать ВИЧ, действовал с этим намерением и действительно заразил ВИЧ другого человека.



Женщины и девочки становятся работниками секс-бизнеса по многим различным причинам

медицинских работников на всех уровнях и к значительному усилению приверженности соблюдению руководящих принципов по обеспечению конфиденциальности и получению информированного согласия на проведение консультирования и тестирования на ВИЧ (Совет по народонаселению, 2006). Сравнимое улучшение качества медицинского ухода было достигнуто во Вьетнаме после осуществления программы против стигмы в четырех больницах (Oanh et al., 2008).

Национальные правительства почти всех (98%) стран сообщают о противодействии стигме и дискриминации в рамках своих национальных стратегий по ВИЧ, в том числе все страны с генерализованными эпидемиями ВИЧ, представившие эти данные (Данные по НКИП из стран, 2008 г.). По сообщениям источников из неправительственных организаций, программы по изменению общественных норм с целью снижения стигмы и дискриминации существуют в подавляющем большинстве стран (92%). Большинство этих мероприятий предусматривают применение разных стратегий, включая СМИ, просвещение в школах, выступления знаменитостей на тему СПИДа (Данные по НКИП из стран, 2008 г.). Однако показатели ССГАООН не позволяют измерить степень эффективности таких программ.

Средства массовой информации могут играть решающую роль в снижении стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. В 2007 Национальная сеть по

СПИДу Замбии провела тренинги для более чем 300 журналистов, которые пишут на темы ВИЧ. Национальная кампания против стигмы в связи с ВИЧ в Гане, начатая в январе 2007 года, включала размещение информационных сюжетов на национальном телевидении и радио, в которых задавался вопрос: “Кто ты такой, чтобы осуждать? Люди, живущие с ВИЧ – такие же, как ты”.

Расширение участия и заметности людей, живущих с ВИЧ

Замалчивание, страх и чувство стыда – это лишь некоторые факторы, способствующие расцвету стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Для того чтобы преодолеть эти факторы, необходимо делать следующее:

- содействовать усилению заметности людей, живущих с ВИЧ;
- обеспечить их всестороннее участие в планировании и осуществлении стратегий и программ; и
- вкладывать средства в стратегии, дающие возможность людям, живущим с ВИЧ, проводить работу по изменению социальных условий, способствующих стигме и дискриминации в связи с ВИЧ.

Сети людей, живущих с ВИЧ, могут помочь сформировать лидерство; кроме того, социальная мобилизация наряду с правовой поддержкой

Повышение заметности и расширение участия людей, живущих с ВИЧ, в системе ООН

“ООН-плюс”, правозащитная группа штатных сотрудников ООН, живущих с ВИЧ, значительно повысила заметность людей, живущих с ВИЧ, в системе ООН. Созданная в 2005 году для того, чтобы оказывать поддержку и эффективно выступать от имени сотрудников ООН, живущих с ВИЧ, “ООН-плюс” создала электронный форум для обсуждения актуальных тем в режиме онлайн. “ООН-плюс” проводит встречи с людьми, принимающими решения в системе ООН, для решения ключевых проблем сотрудников, живущих с ВИЧ. Эта группа также организовала партнерство с программой системы ООН по ВИЧ на рабочем месте “ООН заботится”, для того чтобы обеспечить, чтобы все сотрудники знали факты о профилактике, лечении, уходе и поддержке в связи с ВИЧ, в том числе, положения кодекса поведения ООН, требующие равного отношения и уважения ко всем сотрудникам независимо от состояния их здоровья.

Расположенная на базе ЮНЭЙДС, организация “ООН-плюс” помогает другим международным организациям создавать и усиливать правозащитные группы для ВИЧ-позитивных сотрудников. “ООН-плюс” является примером “реформы ООН в действии”; организация объединяет сотрудников из 37 стран в 27 различных учреждениях ООН и связанных с ними программах.

могут помочь добиться социальных изменений. Так, например, в Южной Африке, Кампания по обеспечению доступа к лечению использовала благоприятную законодательную систему и стратегические судебные процессы, чтобы содействовать доступу к лечению ВИЧ (Heuwood, 2002; Jones, 2005). Сеть людей, живущих со СПИДом в Малави, и ее многочисленные партнеры в сфере защиты прав человека повышают информированность людей о правах человека и о том, куда можно обратиться за возмещением ущерба. В Белизе Альянс против СПИДа сформировал широкий альянс для проведения адвокации против стигмы и дискриминации в медицинских учреждениях, а также для содействия просвещению на темы сексуального и репродуктивного здоровья.

В период между 1996 и 2007 гг. количество членов Сети замбийских людей, живущих со СПИДом (НЗП+), выросло с 28 до более чем 50 000 человек. В своей деятельности НЗП+ базируется на модели расширения возможностей, однозначно отвергая представления о том, что его члены являются уязвимыми “больными людьми”, которые должны полагаться только на благотворительную помощь. С помощью более чем 3000 групп самопомощи НЗП+ мобилизует своих членов на борьбу со стигмой в связи с ВИЧ и требует расширения доступа к услугам высокого качества.

К сожалению, только в 20% стран респонденты из неправительственных организаций указали, что

организации гражданского общества имели хороший доступ к финансовой поддержке (Данные по НКП из стран, 2008 г.). Национальные правительства и международные доноры должны уделить приоритетное внимание развитию потенциала сетей людей, живущих с ВИЧ. В частности, доноры должны изучить свои процессы принятия решений, чтобы оценить степень оказываемой ими помощи для расширения возможностей людей, живущих с ВИЧ, чтобы они могли возглавить меры по противодействию ВИЧ. Показательным примером служит Фонд для сотрудничества в целях обеспечения готовности к лечению при ВИЧ – совместный проект Фонда Тайдс и Международной коалиции по обеспечению готовности к лечению. Решения о финансировании и политике Фонда для сотрудничества принимаются исключительно людьми, живущими с ВИЧ, которые работают в региональных группах с целью определения приоритетов финансирования и реципиентов проекта для проведения работы по обеспечению готовности к лечению.

Расширение масштабов лечения

Государственные инвестиции в антиретровирусное лечение помогают не только спасать жизни и уменьшать страдания людей, но и смягчать стигму в связи с ВИЧ, подчеркивая ценность жизни и благополучия людей, живущих с ВИЧ, и отражая то, что государство не забывает о ВИЧ-позитивных людях. Расширение масштабов лечения дополнительно стимулирует людей пройти тестирование

на ВИЧ, что, в свою очередь, способствует более открытому обсуждению проблем ВИЧ. Продолжное исследование, проведенное в Момбасе, Кения, выявило, что среди людей, получающих антиретровирусное лечение, уровень внутренней стигмы через 12 месяцев после начала лечения снижается, и что они больше готовы раскрыть свой ВИЧ-статус членам семьи (Kaai et al., 2007).

Однако само по себе внедрение лечения не сможет искоренить негативное отношение к людям, живущим с ВИЧ. Например, в США, где лечение ВИЧ широко доступно уже больше десяти лет, 68% американцев указали, что не чувствовали бы себя уютно у ВИЧ-положительного дантиста, а 27% не хотели бы работать совместно с женщиной, живущей с ВИЧ (Blumenthal, 2008).

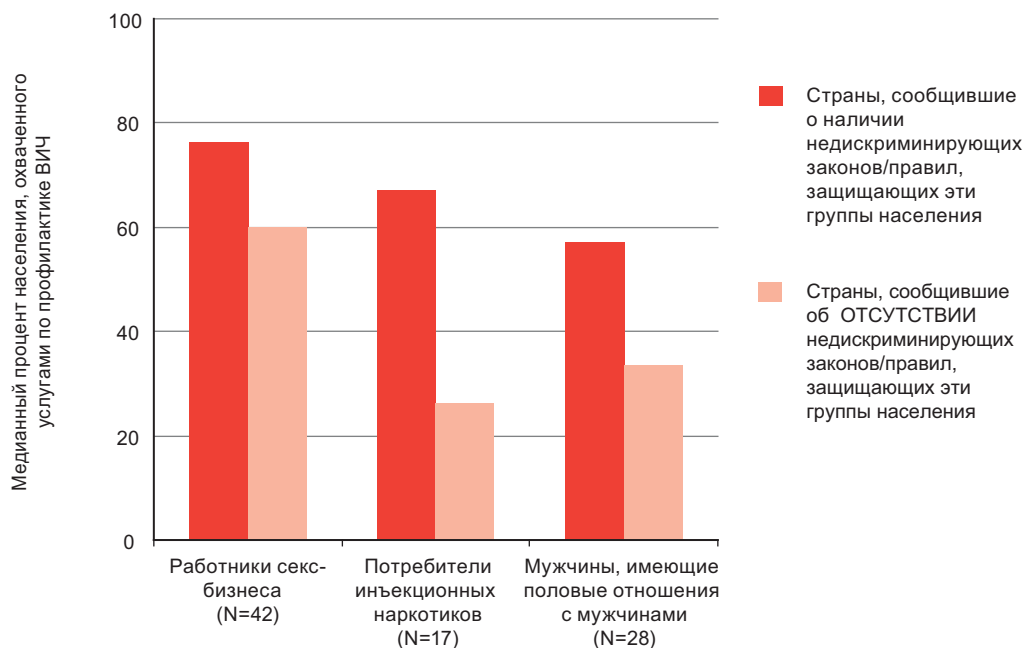
Запрет на дискриминацию в отношении людей, подвергающихся наиболее высокому риску

Лишь немногие страны сообщили, что имеют недискриминирующие законы или правила, которые

предусматривают защиту прав групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску инфицирования ВИЧ. Источники из неправительственных организаций из 26% стран сообщают о наличии законов, защищающих права мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; кроме того, о существовании недискриминирующих законов, регулирующих права работников секс-бизнеса и потребителей инъекционных наркотиков сообщили из 21% и 16% стран соответственно (Данные по НКИП из стран, 2008 г.). На Рисунке 3.7 отражены данные о недискриминирующей законодательной и нормативной базе в странах, которые предоставили высококачественные данные об охвате групп, подвергающихся наиболее высокому риску, программами по профилактике ВИЧ. Среди стран, приславших данные об охвате, проникновение программ профилактики ВИЧ в группы населения, подвергающиеся высокому риску, как правило, выше в тех странах, где действуют недискриминирующие законы, чем в странах, где такие законы отсутствуют.

РИСУНОК 3.7

Медианный процент населения, охваченного услугами по профилактике ВИЧ в условиях действия соответствующего законодательства



Источник: Отчеты из стран для ССГАООН, 2008 г.

Бразилия без гомофобии

В 2004 году правительство Бразилии начало программу “Бразилия без гомофобии” для снижения стигмы и дискриминации в отношении людей, занимающихся сексом с лицами своего пола. Основываясь на национальной приверженности делу решения проблемы гомофобии, в 2008 году правительство объявило о начале национальной инициативы по противодействию ВИЧ и инфекциям, передаваемым половым путем, среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, и трансгендерных лиц. Инициатива 2008 года была разработана вследствие обеспокоенности правительства по поводу постоянно высоких уровней инфекции среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, на которых приходилось 40% всех официально зарегистрированных диагнозов СПИДа в период с 2000 по 2005 годы.

Данная инициатива предусматривает вовлечение гражданского общества – а также федерального правительства, правительства штатов и местных органов власти – с целью снижения той роли, которую стигма и дискриминация играют в росте риска заражения и уязвимости к ВИЧ среди бразильских мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. В середине 2008 года Президент Бразилии собирается провести первую Национальную конференцию геев, лесбиянок, бисексуалов, трансвеститов и транссексуалов для содействия национальному диалогу о гомофобии и ВИЧ. Также будет обсуждаться инициатива 2008 года, задающая конкретные цели, которые должны быть достигнуты к 2015 году.

Кроме того, по сообщениям одной международной неправительственной организации, в 2007 году в 91 стране (в основном, это страны с низким и средним уровнем доходов) действовали законы, запрещающие половые отношения между лицами одного пола (Ottoisson, 2007). В семи странах применяется смертная казнь за половые отношения между мужчинами. Однако в последние годы в нескольких странах были отменены законы, криминализующие однополые половые отношения; в некоторых случаях это произошло по решению суда. В 2003 году Верховный суд США прекратил действие законов против содомии, действовавших во всех штатах, исходя из того, что они нарушают права человека, закрепленные в конституции страны. Конституция Южной Африки, принятая после падения режима апартеида, однозначно запрещает дискриминацию по признаку сексуальной ориентации (Gable et al., 2007).

В целом, источники из неправительственных организаций указывают, что в значительном меньшинстве стран действуют законы, мешающие им предоставлять услуги потребителям инъекционных наркотиков (40%), мужчинам, имеющим половые отношения с мужчинами (32%), и работникам секс-бизнеса (45%) (Данные по НКПП из стран, 2008 г.).

Законодательства большинства стран мира запрещают продавать или покупать сексуальные услуги, что делает защиту прав человека работников коммерческого секса (включая их право на профилактику, лечение, уход и поддержку в связи с ВИЧ) довольно непростой задачей (Gable et al., 2007). Даже там, где секс-бизнес не запрещен, работники секс-бизнеса зачастую являются объектами преследования со стороны полиции (Gable et al., 2007). С момента декриминализации коммерческого секса в 2003 году Новая Зеландия предприняла ряд шагов по пропаганде использования презервативов при оказании сексуальных услуг (Gable et al., 2007). Одной из основных целей прогрессивной правовой реформы в области секс-бизнеса является снижение стигматизации и преследования работников секс-бизнеса, и предупреждение ситуаций, угрожающих жизни и здоровью, в которые могут попасть РСБ. Некоторые сторонники правовой реформы положительно отзывались о “шведской модели”, согласно которой наказывается тот, кто приобретает сексуальные услуги, а не секс-работник. Однако критики этого подхода говорят, что в рамках таких законов полицейское наблюдение и официальное преследование работников секс-бизнеса все равно продолжается (ИОО, 2006а). Вовлечение в работу и информиро-



Формирование общины среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, в Бурунди

Жорж Канума является президентом и основателем Ассоциации за соблюдение прав гомосексуалистов в Бурунди.

Жоржу Канума было 18 лет, когда он понял, что он, скорее всего, гей.

Однако большинство людей в его родном городе Буджумбура не верят, что в Африке есть гомосексуалисты. В результате многие

геи и лесбиянки в Бурунди втайне испытывают чувство стыда и изоляции, а те, кто открыто заявляет о своей сексуальной ориентации, подвергаются дискриминации на всех уровнях общества.

Эти проблемы побудили Канума создать организацию под названием Ассоциация за соблюдение прав гомосексуалистов (АРДХО), в которой сегодня состоит 25 членов. «Мы хотим показать, что гомосексуализм является очевидной реальностью в Бурунди, — говорит Канума. — Мы основали АРДХО, чтобы бороться за нашу социальную интеграцию, добиться понимания со стороны общества и бороться против нашей маргинализации и [против] ВИЧ/СПИДа в нашей общине».

Действуя во враждебном мире, организация является общиной, в которой люди могут получить поддержку. Она также бросает вызов запретам, проводя просветительскую работу на темы ВИЧ, семинары по безопасному сексу, в ходе которых открыто обсуждаются риски незащищенного анального секса. Ассоциация обнаружила, что немногие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, знают о своей физической уязвимости к вирусу, ошибочно считая, что заразиться можно только при вагинальном сексе. «Мы стараемся организовать информационные занятия о путях передачи ВИЧ и методах профилактики, — говорит Канума. — Мы встречаемся два раза в месяц и призываем своих собратьев-гомосексуалистов и наших партнеров пользоваться гелем и презервативами».

В других организациях, участвующих в противодействии ВИЧ, похоже, присутствует атмосфера гомофобии. Кроме ЮНЭЙДС только две неправительственные организации оказывают поддержку ассоциации. Это означает, что АРДХО до сих пор не зарегистрирована и испытывает постоянную нехватку образовательных материалов, презервативов и других ресурсов. Целевые услуги в связи с ВИЧ для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, особенно для тех, кто пережил насилие по гендерному признаку, также крайне необходимы, но пока остаются несбыточной мечтой.

Все члены ассоциации могут рассказать свои истории о стигме и дискриминации, которым они подвергались. «Наши родители, например, отказываются платить за наше школьное обучение и не хотят ухаживать за нами, если мы заболеем, — говорит Флавиана, член ассоциации. — Наши братья и сестры обижают и дразнят нас... и мы страдаем от этой дискриминации даже на рабочем месте. Религиозные люди настраивают население против нас, рассказывая, что мы — предвестники конца света».

Одного из членов группы отец избил и вышвырнул из дома; другого заставили уйти из школы, потому что учителя считали, что его проклял Бог. Канума говорит, что такое отношение приводит людей к алкоголизму и наркомании, что, в свою очередь, повышает риск заражения ВИЧ.

Несмотря на все эти проблемы, Канума и его друзья довольны своей жизнью. «Наконец-то у меня появился парень, — говорит он. — Я принимаю мою жизнь и горжусь ею».

вание сотрудников полиции о проблеме является важнейшим компонентом эффективных, долговременных ответных мер, направленных на расширение доступа работников секс-бизнеса к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

Враждебность по отношению к группам, подвергающимся наиболее высокому риску, зачастую подогреваемая законами, которые не имеют прямого отношения к ВИЧ, может подорвать здоровые и прогрессивные в других отношениях политические реформы. Например, в 2005 году в Украине началось внедрение программ заместительной терапии бупренорфином, однако непрекращающаяся высокая распространенность стигматизирующего и дискриминирующего отношения и практики удерживает многих людей от участия в этих программах. Стигматизирующие и дискриминирующие виды практики включают криминализацию потребления наркотиков и обязательную регистрацию наркопотребителей в правоохранительных органах и медицинских учреждениях. По данным обследований потребителей наркотиков и работников секс-бизнеса в Украине, милиционеры нередко преследуют аутич-работников из программ снижения вреда, а медицинские работники зачастую подвергают потребителей наркотиков активной дискриминации. Многие потребители наркотиков в Украине не обращаются за лечением наркотической зависимости или ВИЧ-инфекции из-за требований закона, согласно которым их паспортные данные должны сообщаться милиции (“Хьюман райтс уотч”, 2006). Однако опыт Азии показывает, что законы против наркотиков не должны постоянно препятствовать внедрению программ снижения вреда. В разных странах, включая Китай, Исламскую Республику Иран и Вьетнам недавно были начаты или расширены инициативы, основанные на доказанных фактах, по профилактике передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (см. Главу 4).

Так же, как и в случае с дискриминацией в связи с ВИЧ, принятие законов, запрещающих дискриминацию в отношении групп, подвергающихся наиболее высокому риску контакта с ВИЧ, должно быть поддержано энергичными усилиями по применению этих законов на практике. Так, например, в Перу национальное правительство, пытаясь получить больше сообщений о случаях нарушений и расширить возмещение ущерба в рамках законов страны о правах человека, составило перечень определяющих факторов стигмы и

дискриминации в отношении мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, работников секс-бизнеса и заключенных, и провело программы по развитию потенциала для субнациональных управлений по правам человека. Однако источники из неправительственных организаций указывают, что в большинстве стран почти во всех регионах отсутствуют механизмы учета, документирования и принятия мер в ответ на случаи дискриминации, которой подвергаются люди, живущие с ВИЧ, и группы, подвергающиеся наиболее высокому риску ВИЧ-инфекции. Больше всего таких механизмов имеется в странах Карибского региона и Латинской Америки (Данные по НКИП из стран, 2008 г.).

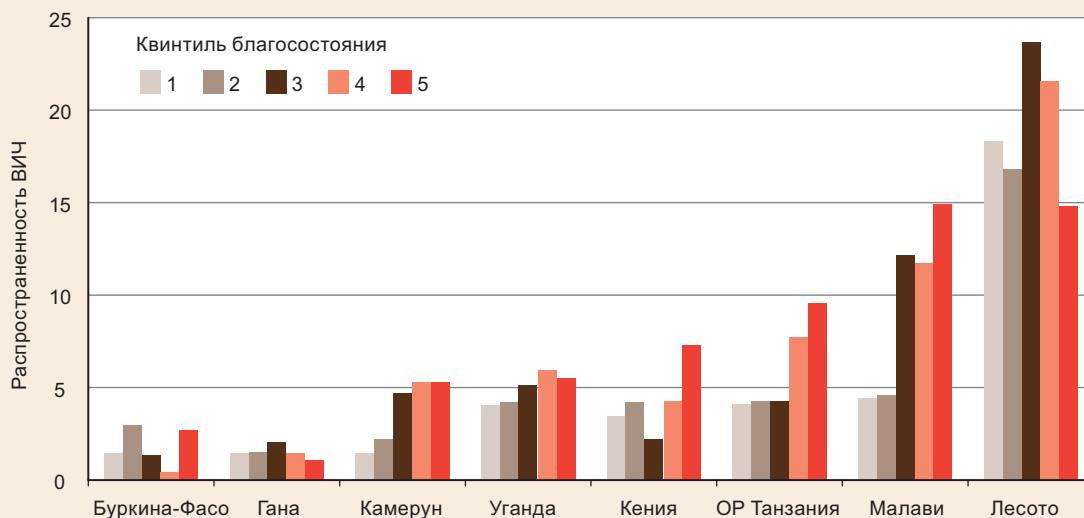
Расширение возможностей общин среди групп, подвергающихся наиболее высокому риску

Доступ к социальной поддержке – которую иногда называют “социальной инфраструктурой” – жизненно важен для снижения уязвимости маргинализированных или бесправных групп. Почти во всех странах, которым удалось обратить эпидемию ВИЧ вспять, в основе национальных мер по противодействию ВИЧ лежала мобилизация общин на низовом уровне (Merson, 2008). Однако не во всех странах существует традиция вовлечения и расширения возможностей общин. В группах населения, рискованное поведение которых может быть криминализовано, возможности их мобилизации на участие в ответе на эпидемию не очень высоки. Несмотря на эти препятствия, общины во всем мире организовывались для решения проблем ВИЧ, зачастую не имея серьезных ресурсов, при том, что участники этой работы подвергались значительному риску. Международные доноры не особенно торопились поддержать эти усилия, что указывает на серьезный пробел в глобальном противодействии ВИЧ, который необходимо устранить.

Ситуация с работниками секс-бизнеса иллюстрирует потребность в социальной поддержке. Сотни, а возможно, тысячи местных групп и неправительственных организаций во всем мире выступают от имени секс-работников или оказывают им услуги. Однако, в целом, эти группы получают крайне незначительную финансовую поддержку, хотя некоторые финансирующие организации выделяют первоочередную помощь для развития общин, оказания взаимной поддержки и проведения адвокации среди работников секс-

РИСУНОК 3.8

Распространенность ВИЧ в зависимости от благосостояния: Мужчины



Источник: Mishra V, Bignami-Van Assche S, Greener R, Vaessen M, Hong R, Ghys P, Boerma T, Van Assche A, Khan S, Rutstein S, "HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa", 2007, AIDS, Vol 21 Supplement 7, November 2007

Бедность, неравенство доходов и уязвимость к ВИЧ

Взаимосвязь между социально-экономическим статусом и состоянием здоровья хорошо задокументирована; люди с более высоким уровнем доходов, как правило, отличаются лучшим здоровьем, чем люди, имеющие более низкий социально-экономический статус. На этом основывается большинство измерений состояния здоровья, включая качество питания, заболеваемость и смертность, и потребление медицинских услуг. Различия в состоянии здоровья обычно проходят по градиенту: здоровье людей на каждом следующем уровне доходов, как правило, лучше, чем у людей на предыдущем уровне (Marmot, 2006; Комиссия по социальным детерминантам здоровья, 2007).

У ВИЧ нет социально-экономических границ; однако огромное большинство людей, живущих с ВИЧ в мире, являются жителями стран с низким и средним уровнем доходов, и более бедные регионы мира несут на себе значительно более тяжелое бремя заболевания ВИЧ. Например, в Африке к югу от Сахары – где отмечаются одни из самых высоких уровней крайней бедности в мире – проживает немногим более 10% мирового населения, при этом на этот регион приходится более двух третей (68%) всех людей, живущих с ВИЧ (Бюро информации о населении, 2007; ЮНЭЙДС, 2007d). Более 40% населения региона живут менее чем на один доллар США в день (Chen & Revillion, 2004).

Непропорционально тяжелое бремя ВИЧ в странах с низким уровнем доходов и более суровые последствия заболевания для бедных домохозяйств зачастую приводят к мнению о том, что ВИЧ – «болезнь нищеты» и что малоимущие люди подвергаются более высокому риску инфекции. На самом деле, во взаимосвязи между абсолютной бедностью и риском инфекции есть свои нюансы, и многое зависит от ситуации.

Например, в Африке к югу от Сахары распространенность ВИЧ является самой высокой не в беднейших странах, а в двух самых зажиточных – в Южной Африке и Ботсване – где она составляет



18,8% и 24,1% соответственно (ЮНЭЙДС, 2007b). В этом же регионе, по данным недавно проведенного анализа восьми национальных обследований, более высокая распространенность ВИЧ была выявлена среди взрослых, имеющих более высокий уровень дохода, чем среди лиц с более низким уровнем дохода (Mishra et al., 2007). Эти результаты объясняются тем, что более зажиточные и лучше образованные люди ведут более независимую половую жизнь и чаще меняют партнеров (из-за своей более высокой мобильности), и чаще живут в городах (где распространенность ВИЧ, как правило, выше) (Gillespie, Kadiyala & Greener, 2007). Эти данные подчеркивают важность профилактических стратегий, направленных на все социально-экономические слои населения.

Некоторые исследователи утверждают, что эта динамика может измениться на более поздних стадиях эпидемии, поскольку более зажиточные люди с большей вероятностью будут иметь доступ к информации о профилактике ВИЧ и презервативам, и скорее воспримут необходимость изменения поведения (Lorman et al., 2007). Недавний анализ взаимосвязи между получением образования и риском ВИЧ документально подтверждает, что за определенное время произошел сдвиг в сторону более высокой распространенности ВИЧ среди наименее образованных слоев населения Африки к югу от Сахары (Hargreaves et al., 2008).

Хотя малоимущие, как группа, необязательно подвергаются более высокому риску инфекции, в некоторых ситуациях комбинация гендерных проблем и бедности несет в себе определенный риск. Например, отсутствие продовольственной безопасности связано с более высокой вероятностью рискованной сексуальной практики среди женщин, включая продажу сексуальных услуг за деньги или продукты, и занятие незащищенным или разновозрастным сексом (Weiser et al., 2007). Женщины, живущие в бедности или экономической зависимости от партнеров-мужчин, реже избегают отношений, угрожающих заражением, или разрывают такие отношения.

Другие исследования указывают на потенциальную связь между неравенством доходов и риском заражения ВИЧ – более высокий риск (измеряемый по уровню распространенности ВИЧ среди населения) отмечается в странах с более глубоким имущественным неравенством (Gillespie, Kadiyala & Greener, 2007; Piot, Greener & Russell, 2007). Точные пути влияния неравенства доходов на риск заражения и уязвимость к ВИЧ – и, на самом деле, само существование такой причинно-следственной связи – до сих пор не совсем понятны. Однако некоторые исследователи считают, что неравенство доходов может отражать уровень социальной цельности общества, то есть, более глубокая разница в доходах отражает более широкое расслоение общества на социально-экономические группы. Прежде чем разрабатывать серьезные политические меры в этой связи, необходимо провести дополнительные исследования на субнациональном и общинном уровне.

бизнеса (Институт “Открытое общество”, 2006b). Финансирование деятельности по профилактике ВИЧ помогло программам охватить секс-работников во всех регионах, однако зачастую такие программы осуществляются не под руководством секс-работников и не в их интересах (Институт “Открытое общество”, 2006a). Некоторые инициативы по профилактике ВИЧ, направленные на работников секс-бизнеса, изначально рассматривали этих работников, как “разносчиков инфекции”, однако самые успешные программы содействовали расширению прав секс-работников. Так, например,

проект “Сонагачи” в Калькутте, Индия, в рамках которого подход, основанный на расширении прав, использовался для усиления медицинских услуг для секс-работников, способствовал значительному расширению использования презервативов и снижению случаев заражения ВИЧ и инфекциями, передающимися половым путем (Pardasani, 2005; Jenkins & Sarkar, 2007). К сожалению, национальные законы и правила многосторонних организаций зачастую усложняют процесс регистрации для неправительственных организаций,

выступающих от имени работников секс-бизнеса (Институт “Открытое общество”, 2006а).

В странах с высоким уровнем доходов в первые годы развития эпидемии мужчинам-геям удалось организовать сильное противодействие ВИЧ на базе общинных инфраструктур, существовавших еще до начала эпидемии ВИЧ (Shilts, 1987). Групповое сознание и организация внутри общин среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, усиливаются во многих странах, однако в большинстве стран с низким и средним уровнем доходов инфраструктуры общин остаются слабыми, особенно там, где гомосексуализм до сих пор подвергается сильной стигматизации. В 2005 году общие объемы финансирования организаций лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендерных лиц и интерсексуалов в странах с низким и средним уровнем доходов составляли менее 10,5 млн. долл. США (Фонды для решения проблем лесбиянок и геев, 2007). В 2005 году средний годовой бюджет таких организаций в странах с низким и средним уровнем доходов составлял 7600 долл. США. При составлении глобальной карты-схемы оказалось, что на Латинскую Америку приходится более половины (54%) организаций лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендерных лиц, и интерсексуалов, выявленных в странах с низким и средним уровнем доходов (Фонды для решения проблем лесбиянок и геев, 2007).

Потребители наркотиков, которые сталкиваются с самыми разными программами по ВИЧ, приняли лозунг “Ничего о нас без нашего участия” (Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу). Общинные инициативы по расширению прав могут помочь потребителям наркотиков, их защитникам и организациям, предоставляющим услуги, преодолеть институциональные препятствия к доступу к услугам. Например, на Филиппинах поддержка инициативе, разработанной потребителями наркотиков, оказанная на раннем этапе Международным альянсом по ВИЧ/СПИДу и Филиппинской программой поддержки НПО, стала средством для получения долгосрочной поддержки со стороны Глобального фонда. В рамках этого проекта потребителей инъекционных наркотиков обучают методам адвокации программ снижения вреда, а также формируются альянсы с должностными лицами местных органов власти. В дополнение к распространению стерильных игл и презервативов, проект сформировал группу инструкторов по

методу “равный-равному”, которая помогла вывести потребителей наркотиков из “тени” и способствовала повышению информированности общества и принятию им идеи снижения вреда. Хотя объемы количественных данных по этому проекту пока невелики, с момента начала его деятельности число наркопритонов значительно снизилось, а доступ к активным и бывшим потребителям наркотиков значительно возрос.

Лидерство в целях изменений

Давно установлено, что меры в ответ на ВИЧ должны основываться на доказанных фактах и учитывать права человека. В этой связи эпидемия ВИЧ снова и снова показывает нам, что ответные меры становятся эффективными только тогда, когда люди и группы населения получают дополнительные возможности путем реализации своих прав человека – права на образование, выражение своего мнения, неприкосновенность личной жизни, здоровье и гендерное равенство, а также право на свободу от дискриминации и насилия по гендерному признаку. Однако для изменения вредных гендерных норм с целью снижения уязвимости к ВИЧ и искоренения стигмы и дискриминации потребуются смелое лидерство со стороны многих заинтересованных сторон. Вопросы, которые зачастую считаются частными или закрытыми, необходимо будет вынести на открытое обсуждение, а законы, государственную политику и приоритеты программ, может быть, потребуются изменить. В частности, женщинам, молодежи, людям, живущим с ВИЧ, и ключевым группам риска – особенно мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, работникам секс-бизнеса и потребителям инъекционных наркотиков – необходимо будет предоставить более значимую роль в совместном процессе принятия решений, планировании и постоянном мониторинге прогресса в достижении целей всеобщего доступа.

Срочно необходимо развивать более серьезный технический потенциал по вопросам гендера и прав человека, чтобы перейти от концептуальной поддержки подхода на основе соблюдения прав человека к практической реализации такого подхода. Принятие стратегий для устранения этих социальных причин уязвимости к ВИЧ станет важным первым шагом. Однако в конечном счете успех будет определять выделение достаточных

средств и осуществление проверенных программ (включая стратегии коммуникации для изменения социальных норм).

Для реализации потребуется анализ долгосрочной картины эпидемии и понимание того, что воздействие некоторых программ можно будет измерить только через некоторое время. Существующие мероприятия по интегрированию программ по ВИЧ в более широкие рамки снижения бедности и обеспечения развития необходимо ускорить. Кроме того, необходимо обеспечить серьезные совместные действия на основе сильных партнерств между организациями, работающими в сфере ВИЧ, и теми, кто занимается правами человека, включая права женщин и детей.

На национальном уровне определение приоритетных проблем уязвимых групп может привести к изменению объемов финансирования некоторых направлений программ и мероприятий, направленных на группы населения, а также для осуществления стратегий, которые повлияют не

только на последствия ВИЧ, но на общество в целом, отчего могут показаться противоречивыми с политической точки зрения. Однако использование финансов на противодействие ВИЧ для реализации стратегий, которые не затрагивают коренных причин уязвимости к ВИЧ и риска заражения среди женщин, молодежи, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп риска, является неэффективным, поэтому противоречивым следует считать именно такой подход.

Растущее число доказанных фактов с мест помогло определить эффективные стратегии снижения гендерного неравенства и стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Человек не может непосредственно контролировать эти факторы, однако они оказывают глубокое воздействие на риск заражения и уязвимость к ВИЧ. За прошедшие несколько лет также сформировалось понимание комплексной связи между ВИЧ, неравенством доходов, и бедностью. Необходимы дополнительные исследования и примеры успешных программ, однако действовать следует уже сегодня.

Коммуникации с целью социальных изменений

Коммуникации с целью социальных изменений (КСИ) включают стратегическое использование адвокации, информирования и стратегий социальной мобилизации для содействия социальным изменениям или их ускорения. В контексте ВИЧ стратегии КСИ могут помочь изменить глубинные общественные стереотипы и модели поведения, которые способствуют риску заражения и уязвимости к ВИЧ.

В успешных программах КСИ сочетаются подходы к использованию СМИ, стратегии вовлечения общин и расширения прав и возможностей, и другие формы информационных или мотивирующих коммуникаций и адвокации. Цель КСИ – выступить в роли катализатора действий на индивидуальном, общинном и политическом уровнях.

Программы КСИ эффективно работают. Они прошли тщательную оценку, подтвердившую, что они могут привести к значительным и устойчивым изменениям в глубоко укоренившихся видах практики. В августе 2007 года ЮНЭЙДС провела техническую консультацию по вопросам коммуникаций с целью социальных изменений, для того чтобы лучше понять роль КСИ в глобальной деятельности в ответ на ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2007е). В 2008 году ЮНЭЙДС разработает практическое руководство и окажет техническую поддержку для осуществления КСИ в национальных программах по СПИДу.

Источник: Основано на определении ЮНЭЙДС понятия “коммуникации с целью социальных изменений”, разработанного группой международных участников технической консультации, проходившей в августе 2007 г. Отчет об этой встрече и исходный дискуссионный документ размещены на веб-сайте: <http://www.unaids.org>.

Факты для действий

Осуществляются ли правильные действия?

- В 80% стран особое внимание уделяется женщинам в рамках национальных стратегий по ВИЧ, а 83% стран сообщили о наличии политики обеспечения равного доступа к услугам в связи с ВИЧ для женщин и мужчин.
- Около двух третей стран (67%) сообщили о наличии законов, защищающих людей, живущих с ВИЧ, от дискриминации.
- Большинство стран (67%) сообщили о наличии законов, правил или политики, обеспечивающих защиту от дискриминации для людей, живущих с ВИЧ.

Осуществляются ли правильные действия должным образом?

- Только около половины (53%) стран сообщили о выделении бюджетных средств на конкретные программы для женщин и девочек в связи с ВИЧ.
- Менее половины стран (47%) сообщили о том, что поддерживают оказание юридических услуг в помощь людям, живущим с ВИЧ, для реализации ими своих прав в рамках защиты от дискриминации.
- Почти две третей (63%) стран сообщили о наличии законов, правил или политики, которые затрудняют группам населения, подвергающимся наиболее высокому риску, доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

Были ли расширены такие действия в достаточной мере, чтобы изменить ситуацию?

- Организации гражданского общества имеют значимый доступ к финансовой помощи в каждой пятой стране.
- Немногие страны обеспечивают правовую защиту группам населения, подвергающимся наиболее высокому риску ВИЧ-инфекции. Всего 26% стран сообщили о наличии законов, защищающих права мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; в 21% стран имеются антидискриминационные законы, защищающие права секс-работников, и менее чем одна пятая (16%) стран защищают потребителей инъекционных наркотиков от дискриминации.
- До сих пор недостаточно данных о масштабах, качестве, охвате или воздействии программ, о которых выше сообщили страны.

Источник: Отчеты из стран для ССГАООН, 2008 г.

Лагерь Гудтайм

“Я не такая как другие школьницы, – говорит Стефани, тинэйджер из Австралии, живущая с ВИЧ. – Впрочем, такая же... но мне также приходится в школе иметь дело со скрытностью, дискриминацией, невоспитанным отношением, думать о том, что я могу сказать моим ВИЧ-негативным друзьям, и постоянно бояться, что меня раскроют...”

Стефани родилась с ВИЧ, когда в Австралии царил настоящий террор в связи с этим состоянием здоровья. Хотя отличная медицинская система позволила оставаться сильной и здоровой, она страдает от отношения окружающих, которые во всех других случаях проявляют внимание и заботу.

“Для любого тинэйджера старшие классы в школе трудное дело, однако надо мной постоянно висит облако секретности, – говорит она. – Довольно нормальное явление для австралийского тинэйджера – остаться на ночь в доме у друзей – требует дополнительных размышлений, недостаточно просто упаковать свою пижаму и зубную щетку. Это становится серьезным вопросом – приходится прятать лекарства от друзей и членов их семьи”.

В школе Стефани столкнулась с полным набором людских страхов и невежества по поводу ВИЧ – от жестоких шуток до активной дискриминации. В предыдущей школе для старшеклассников она раскрыла свой ВИЧ-статус заместителю директора, который ей заявил, что, если она не расскажет об этом всей школе, ей придется уйти. Таким образом, ей пришлось уйти – но это случилось уже после того, как учителя узнали о ее ВИЧ-статусе.

“Существует много печальных историй о маленьких детях, унижаемых по причине унаследованного ими заболевания. Однако тинэйджеры, живущие с ВИЧ в Австралии, не сдаются без боя, – сказала она. – Сам факт, что люди, такие как я, все еще здесь, показывает, что люди, живущие с ВИЧ, одни из самых сильных людей в мире ...”

Есть только один короткий период в году, когда Стефани не приходится бояться дискриминации – когда она едет в лагерь *Гудтайм* (Goodtime), ежегодный национальный лагерь для ВИЧ-позитивных детей и членов их семей. “Нет ничего сильнее, чем связь между ВИЧ-позитивными тинэйджерами. Когда мы собираемся вместе, ничто не может остановить наш смех, слезы, поддержку и рассказы о прошлых таких лагерях и о тех, кто уже умер”, – сказала она.

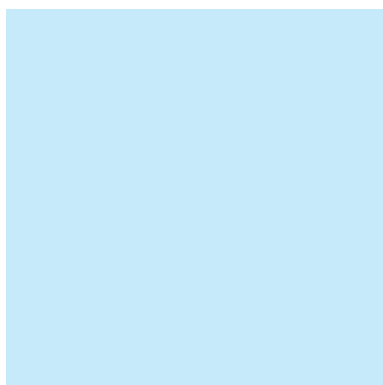
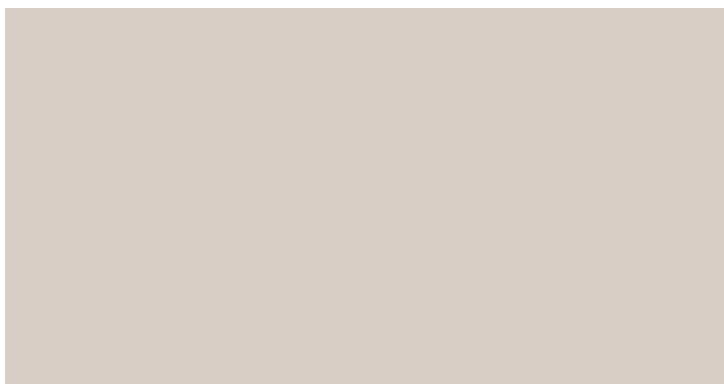
Для ВИЧ-позитивных тинэйджеров этот лагерь значит больше, чем лекарства. По словам Стефани, “лагерь *Гудтайм* означает согласие, любовь ... и возможность высказываться свободно, без опасений”.

Стефани считает, что она выжила благодаря этому лагерю, а также благодаря поддержке и силам, которые передались ей от ее мамы и ВИЧ-позитивных друзей. Вдохновленный наставник, который включил ее в группу поддержки для ВИЧ-позитивных женщин, также помог ей определить ее роль как помощника тинэйджеров, живущих с ВИЧ. “Она открыла мне глаза на то, что я могу сама что-то изменить вместо того, чтобы ждать, пока это сделает кто-то другой”.

Когда ей было 15 лет, Стефани выступила перед группой ВИЧ-позитивных женщин на Международном саммите для женщин. Она обратилась к ним со словами: “Меня зовут Стефани. Я пережила войну с ВИЧ, и мне есть, что сказать миру. А вам?”



Предотвратить новые ВИЧ-инфекции: ключ к
обращению эпидемии вспять



Глава 4



РИСУНОК 4.1

Некоторые события, связанные с профилактикой ВИЧ



Основные положения

- Без более значительного прогресса в снижении уровня распространения новых ВИЧ-инфекций невозможно обратить вспять глобальную эпидемию ВИЧ и сделать устойчивыми успехи на пути расширения доступа к лечению.
- Существующие стратегии профилактики могут быть эффективными в снижении риска контакта с ВИЧ, однако программы профилактики, особенно в странах с концентрированными эпидемиями, не охватывают многих людей, которым грозит высокий риск контакта с ВИЧ, в том числе большую часть мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков.
- На молодых людей в возрасте 15–24 лет приходится 45% всех новых ВИЧ-инфекций, регистрируемых среди взрослых, и многие молодые люди по-прежнему не имеют точной и всесторонней информации о том, как избежать этого вируса.
- В последние два года был достигнут большой прогресс в расширении доступа к услугам по профилактике передачи от матери ребенку. Этот прогресс указывает на то, что в будущем благодаря достаточному финансированию, приверженности и стратегическим действиям этот путь передачи ВИЧ может стать редким явлением.
- Усилия по профилактике должны быть более стратегически направленными на сексуальные партнерства, особенно на те, которые повышают риск контакта с ВИЧ; сюда включаются серодискордантные пары и лица, имеющие несколько параллельных партнеров.
- Программы профилактики не будут достаточно эффективными, если их не будут дополнять эффективные инициативы, направленные на устранение социальных факторов, усиливающих риск и уязвимость, включая гендерное неравенство, стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ и социальную маргинализацию групп населения, которым грозит самый высокий риск контакта с ВИЧ.
- Обеспечение устойчивости достигнутого в области профилактики представляет собой одну из основных проблем профилактики ВИЧ. Для сохранения темпа энергичных ответных действий в области профилактики страны должны развивать «движение за профилактику», усиливать кадровый и технический потенциал, необходимый для обеспечения устойчивых усилий по профилактике, и стимулировать спрос на услуги по профилактике.

Эпидемию ВИЧ нельзя обратить вспять, если не добиться сильного и устойчивого успеха в профилактике новых ВИЧ-инфекций. Как сказано в *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, профилактика ВИЧ остается “основой мер в ответ на эпидемию”. В последние годы доступ к лечению постоянно расширялся, однако усилия по профилактике новых ВИЧ-инфекций отставали. В то время как 87% стран, определивших целевые показатели для обеспечения всеобщего доступа, также установили для себя цели в области лечения в связи с ВИЧ, лишь 50% таких стран имеют целевые показатели в отношении ключевых стратегий профилактики ВИЧ.

С 2005 по 2007 годы в странах с низким и средним уровнем доходов обеспечено значительное новое финансирование программ в связи с ВИЧ; как указано ниже, доступ к некоторым компонентам комплексной профилактики ВИЧ расширился. Тем не менее сейчас, когда пройдена половина пути к достижению целей в области развития, установленных в Декларации тысячелетия, многие люди, которым грозит заражение ВИЧ, не имеют целенаправленного доступа к услугам по профилактике на основе доказательных данных.¹

В настоящей главе в основном рассматриваются мероприятия по профилактике ВИЧ. Она дополняет главу 3, где описаны социальные факторы, которые необходимо учитывать для обеспечения максимального эффекта программ профилактики ВИЧ. После краткого описания базы данных, касающейся имеющихся инструментов и стратегий профилактики ВИЧ, в настоящей главе приводится информация об охвате программами и определяются ключевые действия для усиления стратегического воздействия мер по профилактике ВИЧ. В заключительном разделе рассматривается проблема обеспечения устойчивости достижений в области профилактики ВИЧ, с упором на необходимость наращивать национальный и местный потенциал для профилактики и создавать широкое социальное движение, которое обеспечивает постоянный спрос на услуги по профилактике.

База доказательных данных для профилактики ВИЧ

Широкий опыт, полученный в различных регионах, показал эффективность разнообразных стратегий профилактики ВИЧ. Существуют эффективные стратегии предупреждения различных путей передачи ВИЧ – половым путем, через кровь (в том числе через употребление инъекционных наркотиков или в условиях оказания медицинской помощи) или от матери ребенку (см. Wegbreit, 2006). Имеющиеся подходы к профилактике ВИЧ включают стратегии для:

- изменения сексуального поведения и поведения, связанного с употреблением наркотиков;
- пропаганды правильного и постоянного пользования мужскими и женскими презервативами;
- уменьшения числа половых партнеров;
- улучшения ведения больных при наличии инфекций, передающихся половым путем;
- расширения доступа к тестированию на ВИЧ и консультированию;
- расширения доступа к программам снижения вреда для потребителей наркотиков;
- пропаганды обрезания мужчин в медицинских целях; и
- обеспечения эффективного контроля за инфекциями в условиях оказания медицинской помощи (ЮНЭЙДС, 2005).²

В последние годы было подтверждено, что обрезание мужчин является потенциально ценной технологией снижения риска заражения ВИЧ среди мужчин. Другие последние разработки включают появление ряда стратегий по профилактике ВИЧ, основанных на антиретровирусном лечении; стратегии включают профилактику передачи от матери ребенку, профилактику после контакта, экспериментальные схемы профилактики до контакта³ и

¹ Стратегии профилактики на основе доказательных данных – это стратегии, основанные на использовании научно-обоснованных данных. Факторы, имеющие значение для принятия решений о стратегиях профилактики ВИЧ на национальном уровне, включают не только подтверждение данных, но также целесообразность, стоимость, реальность и справедливость.

² Экспериментальные исследования указывают на то, что – в странах, которые реализовали программы профилактики ВИЧ в первые годы развития эпидемии, – изменения поведения среди населения позволили снизить уровень заражения ВИЧ в среднем на 50%–90% (Auerbach, Hayes & Kandathil, 2006).

³ По состоянию на март 2008 года испытания для проверки восьми экспериментальных подходов к профилактике до контакта либо уже проводились, либо были запланированы. Два таких испытания направлены на исследование лекарственных форм для наружного применения, включая CAPRISA 004, первое исследование микробицида, включающего антиретровирусные препараты.

возможное благоприятное воздействие терапевтического назначения антиретровирусных препаратов с точки зрения вторичной профилактики. Усилия по профилактике наиболее эффективны, когда они включают стратегическое сочетание стратегий на основе данных, обеспечивающих конкретные потребности тех, кому грозит риск. Расширение масштабов комбинированной профилактики ВИЧ, вероятно, позволит предотвратить более половины всех новых ВИЧ-инфекций, которые, по прогнозам, могут иметь место в период с 2005 по 2015 годы (Stover et al., 2006).

Помимо этого были сформулированы четкие руководящие принципы для идентификации национальных приоритетов в области профилактики. Были определены важнейшие программы, необходимые для профилактики ВИЧ, начиная со специализированных программ для профилактики передачи половым путем или при употреблении наркотиков и включая стратегии для обеспечения безопасности национальных запасов крови. Страны могут использовать нормативные руководства по осуществлению важнейших действий в области политики для поддержки национальных стратегий профилактики ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2005).

Выбор конкретного сочетания стратегий профилактики, наиболее приемлемых для национальных условий, должен проводиться на основе имеющихся данных. Странам рекомендуется “знать свою эпидемию и свои ответные меры”. Используя сильную и постоянно обновляемую базу доказательных данных, страны могут:

- идентифицировать модели поведения и условия, связанные с передачей ВИЧ, и группы населения, которым грозит самый высокий риск контакта с ВИЧ;
- понять основные эпидемиологические тренды;
- проанализировать объем, масштабы, качество и направленность программ профилактики;
- принять меры в отношении контекстуальных факторов, усиливающих риск заражения и уязвимость к ВИЧ; и
- ликвидировать пробелы с точки зрения обеспечения доступа к критически важным услугам по профилактике (см. ЮНЭЙДС, 2005; ЮНЭЙДС, 2007а).

Максимизация стратегического воздействия профилактики ВИЧ

В предыдущие годы *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа* включал обобщенные данные об эффективности отдельных компонентов комплексной профилактики ВИЧ (см. ЮНЭЙДС, 2006а). Далее в настоящей главе особое внимание уделяется описанию некоторых наиболее значимых шагов для максимизации воздействия существующих подходов к профилактике ВИЧ. Стратегически направленное использование профилактики ВИЧ на основе имеющихся данных – а также решение многих ключевых вопросов, которые ранее игнорировались или не считались приоритетными, – может ускорить прогресс на пути достижения конечной цели обращения вспять глобальной эпидемии к 2015 году, сформулированной в виде цели 6 в области развития в Декларации тысячелетия.

Открытые комплексные программы профилактики ВИЧ для молодежи на основе точной информации

Глобальную эпидемию невозможно обратить вспять, если не обеспечить устойчивого успеха с точки зрения уменьшения числа новых ВИЧ-инфекций среди молодых людей. Почти половина мирового населения моложе 25 лет (ЮНФПА, 2006). По оценкам, в 2007 году примерно 45% всех новых ВИЧ-инфекций, регистрируемых среди взрослых во всем мире, приходилось на людей моложе 25 лет.

Решение проблемы неадекватности знаний о ВИЧ

В то время как знания сами по себе часто не обеспечивают устойчивого изменения поведения, правильное понимание факторов риска заражения ВИЧ и того, как предотвратить возможный контакт, является обязательным условием для снижения риска. Печально, но многие молодые люди не имеют базовых знаний о профилактике ВИЧ. Данные обследований, выполненных в 64 странах, указывают на то, что правильные и всесторонние знания о ВИЧ и о том, как избежать его передачи, имели 40% мужского и 38% женского населения в возрасте

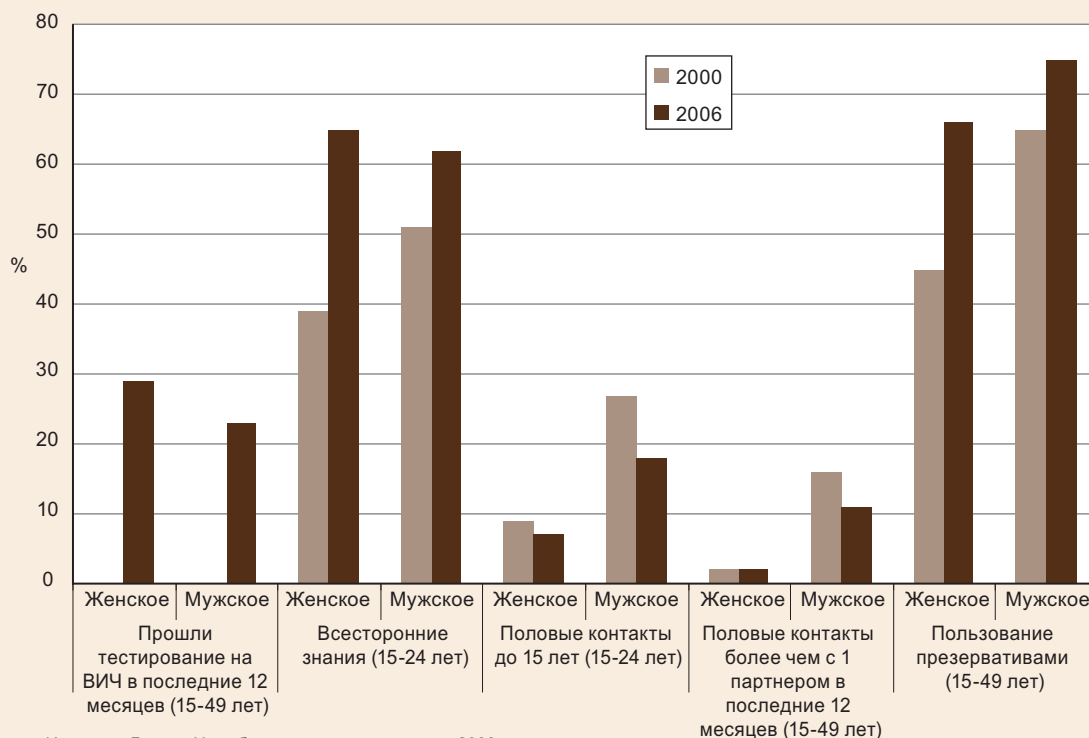
Имеет ли значение национальное руководство программами профилактики ВИЧ? Пример Намибии

В последние годы правительство Намибии предприняло ряд шагов для усиления мер в ответ на ВИЧ в стране на основе пятилетнего стратегического плана, предусматривающего основную единую цель – снизить уровень инфицирования ВИЧ. В последние два года страна более чем в два раза увеличила свои расходы на программы по ВИЧ; она также успешно расширила объем внешней помощи. В 2007 году в стране было принято законодательство для стимулирования и направления более широких действий в связи с ВИЧ широкого круга национальных министерств и секторов.

Эти усилия приносят плоды в виде расширения охвата важнейшими инициативами по профилактике и благоприятного изменения поведения и эпидемиологических трендов. В настоящее время 79% средних школ имеют программы просвещения по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков; проводится национальная кампания для снижения риска заражения ВИЧ и употребления алкоголя; каждый год в государственном секторе бесплатно распространяется более 25 миллионов мужских презервативов (в среднем семь презервативов на одного представителя мужского населения в возрасте 15–49 лет). Намибия имеет самый высокий уровень тестирования на ВИЧ среди 38 стран, где недавно была реализована программа обследования в области демографии и здравоохранения; за 12 месяцев результаты тестов на ВИЧ получили 29% женского и 18% мужского населения в возрасте 15–49 лет (Measure DHS, 2008). Также повысились уровни знаний о ВИЧ и презервативах, а частота половых контактов в возрасте до 15 лет и контактов более чем с одним партнером в последние 12 месяцев уменьшилась (рисунок 4.2). Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, вероятно, стабилизировался, в то время как показатель распространенности ВИЧ среди молодых женщин, посещающих дородовые клиники, снизился с 18% в 2003 году до 14% в 2007 году.

РИСУНОК 4.2

Намибия: знания о ВИЧ и поведение в связи с ВИЧ среди населения в целом, 2000–2006 гг.



Адаптация усилий по профилактике к различным условиям

Странам, имеющим различные модели эпидемии, неизбежно потребуются различные национальные стратегии для реализации эффективных программ профилактики ВИЧ. Как описано ниже, эпидемии ВИЧ классифицируются как эпидемии низкого уровня, концентрированные, генерализованные эпидемии или гиперэндемии.

- При эпидемии низкого уровня ВИЧ-инфекция могла существовать в течение многих лет, однако она никогда не достигала значительного уровня в какой-либо подгруппе населения.
- При концентрированной эпидемии ВИЧ быстро распространился в определенной подгруппе населения, однако он не внедрился широко среди населения в целом. Такая модель предполагает наличие активных сетей риска в этой подгруппе населения. Будущее развитие эпидемии определяется частотой и природой контактов между подгруппами населения с очень высоким уровнем инфицирования и населением в целом.
- При генерализованной эпидемии ВИЧ прочно внедрился среди широких слоев населения. Несмотря на то что подгруппы населения с высоким риском заражения по-прежнему могут вносить диспропорционально высокий вклад в распространение ВИЧ, установление сексуальных сетей среди населения в целом является достаточным для поддержания эпидемии, независимо от подгрупп населения с более высоким риском заражения.
- В стране с гиперэндемией общий показатель распространенности ВИЧ среди взрослых превышает 15%.
- По оценкам ЮНЭЙДС, из 135 стран с низким и средним уровнем доходов 97 стран имеют эпидемии низкого уровня или концентрированные эпидемии и 38 стран имеют генерализованные эпидемии, причем 7 из них относятся к странам с гиперэндемией.

В странах с эпидемиями низкого уровня и концентрированными эпидемиями усилия по профилактике должны быть направлены на группы населения с самым высоким риском заражения. К сожалению, 69% стран с эпидемиями низкого уровня или концентрированными эпидемиями указывают на то, что у них имеются законы, положения или политика, которые мешают группам населения с самым высоким риском заражения обращаться по поводу услуг в связи с ВИЧ. Странам следует вести работу для устранения таких правовых барьеров и для активной пропаганды доступа к профилактике. Для снижения вероятности перерастания эпидемии низкого уровня или концентрированной эпидемии в генерализованную эпидемию программы профилактики также должны быть нацелены на лиц, являющихся потенциальными эпидемиологическими мостиками, таких как половые партнеры потребителей инъекционных наркотиков или мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

При генерализованных эпидемиях, когда инфекция выходит за пределы отдельных групп, которым грозит повышенный риск, необходимо вкладывать больше средств в осуществление широких мер вмешательства среди населения, таких как кампании в средствах информации, просвещение в школах, мобилизация общин/сообществ, меры вмешательства на рабочем месте и стратегии, направленные на изменение социальных норм. В отличие от этого, странам с гиперэндемией требуется широкая мобилизация общества для устранения социокультурной и экономической практики, способствующей небезопасному сексуальному поведению. Такие широкие целевые меры должны дополнять собой меры, направленные на повышение уровня знаний и изменение поведения, с тем чтобы уменьшить число людей, имеющих половые контакты с непостоянными партнерами или параллельные половые связи с несколькими партнерами. Также следует расширять доступ к обрезанию мужчин в медицинских целях (ЮНЭЙДС, 2007а).



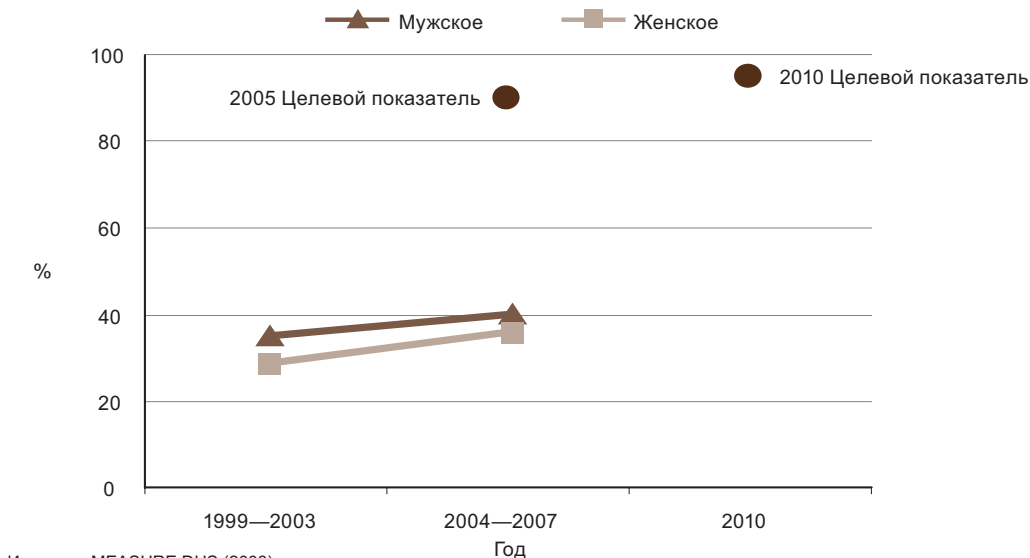
Монах-буддист проводит занятия с местной молодежью для просвещения и профилактики в связи с ВИЧ/СПИДом. Источники услуг по профилактике ВИЧ для молодежи многочисленны, в том числе школы, сверстники, средства информации, родители и религиозные лидеры.

15–24 лет (показатель 13 ССГАООН).⁴ Хотя это и является шагом вперед, особенно среди женского населения, по сравнению с уровнем знаний 2005 года, когда было установлено, что базовые знания о ВИЧ имели 37% мужского и 28% женского населения, уровни знаний в 2007 году по-прежнему были намного ниже, чем предусматривала *Декларация о приверженности* – обеспечить, чтобы к 2010 году 95% молодых людей имели всесторонние знания о ВИЧ.

В то время как более 70% молодых мужчин знают о том, что презервативы могут защитить от воздействия ВИЧ, лишь 55% молодых женщин отметили, что пользование презервативами является эффективной стратегией профилактики (показатель 13 ССГАООН). В Сомали лишь 4% молодых женщин (в возрасте 15–24 лет) имели правильные знания о ВИЧ и лишь 11% взрослого женского населения знали о том, что презервативы могут предупредить передачу ВИЧ.

РИСУНОК 4.3

Всесторонние знания о ВИЧ среди молодых людей (в возрасте 15–24 лет), 1999–2007 гг.

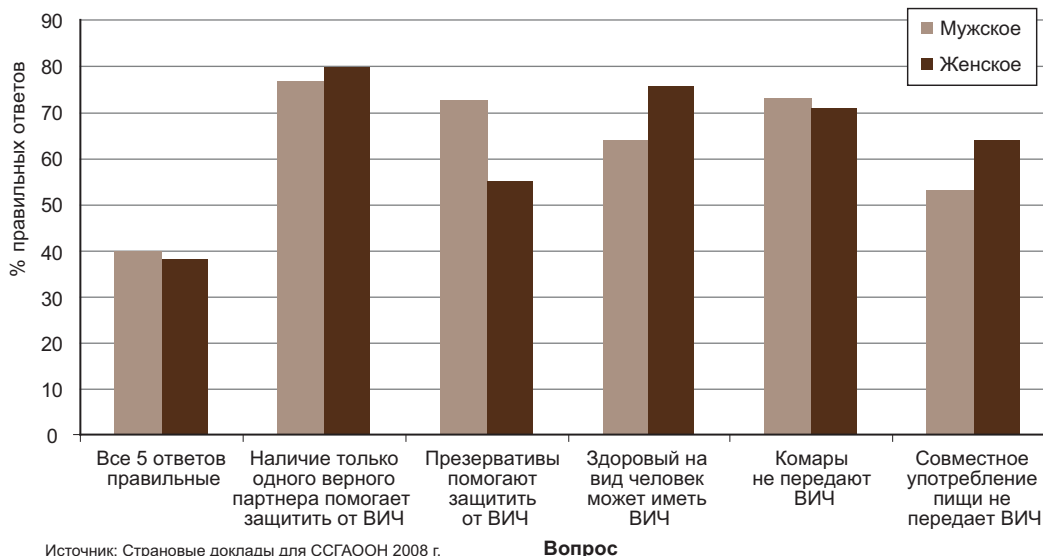


Источник: MEASURE DHS (2008).

⁴ Для этого показателя используются данные обследований среди населения (предпочтительно за последние два года) для оценки знаний молодых людей – правильно ли они называют способы профилактики передачи ВИЧ половым путем (напр., пользование презервативами) и основные неверные представления о передаче ВИЧ (напр., что ВИЧ может передаваться в результате укуса комара). Молодым людям задают пять конкретных вопросов; при этом считается, что они имеют точные и всесторонние знания о ВИЧ, если они смогли правильно ответить на все пять вопросов.

РИСУНОК 4.4

Всесторонние знания о ВИЧ среди молодых людей, с разбивкой по типам вопросов



Эффективные стратегии охвата молодых людей

Для просвещения молодых людей относительно ВИЧ, обеспечения им доступа к предметам и услугам профилактики и поощрения их к принятию мер, чтобы избежать передачи ВИЧ, существует много каналов.⁵

■ **Школьные программы.** При проведении метаанализа 22 исследований для изучения школьных программ просвещения в странах с низким и средним уровнем доходов было установлено, что 16 программ, включавших меры вмешательства в рамках учебных программ под руководством взрослых, оказали положительное воздействие в плане более позднего начала половой жизни, уменьшения частоты половых контактов и числа партнеров, широкого использования презервативов или противозачаточных средств и снижения частоты незащищенных половых контактов (ВОЗ, 2006b; Biddlecom et al., 2007).⁶

■ **Социальные программы для молодых людей, не посещающих школу.** Оценочные исследования показали, что среди детей, не посещающих школу, можно добиться сильных результатов в плане изменения поведения, особенно когда эта работа проводится через молодежные сервисные организации (Maticka-Tyndale & Brouillard-Coyle, 2006).

■ **Средства массовой информации.** По данным метаанализа, пять из шести кампаний, проводимых средствами массовой информации для молодежи в различных странах с низким и средним уровнем доходов, оказали измеримое воздействие на поведение, чреватое заражением ВИЧ (Национальный исследовательский совет, 2005).

■ **Службы для молодежи.** Такие службы помогают “связать” молодых людей с информацией и службами для профилактики ВИЧ. Эти службы также принимают меры в отношении факторов, которые могут усилить риск заражения ВИЧ

⁵ Последние краткие данные о программах, направленных на изменение поведения среди молодежи, см. в документе Всемирной ассоциации за половое здоровье, 2008 г.

⁶ Кения и Зимбабве – страны, где в последние годы отмечены значительные положительные изменения в сексуальном поведении среди молодых людей, – вложили существенные средства в программы профилактики ВИЧ в школах на раннем этапе развития эпидемии.

для молодежи, таких как безработица, нищета или отсутствие доступа к медицинской помощи (Akhmedov et al., 2007).⁷

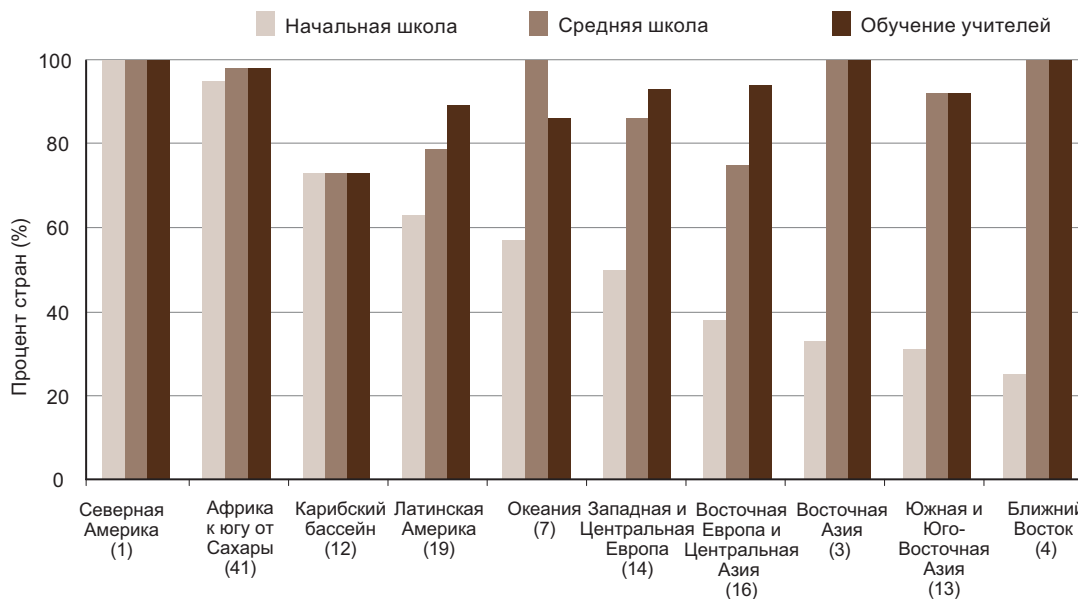
Многие страны не используют имеющиеся каналы для предоставления молодым людям информации и услуг в связи с ВИЧ. По информации большинства стран (89%), они включили просвещение по вопросам ВИЧ в учебные программы средних школ, однако лишь 65% рассматривают такие вопросы в начальных школах; причем чаще всего это делают страны Африки к югу от Сахары. Как показано на рисунке 4.5, просвещение по вопросам СПИДа не всегда включено в программы подготовки учителей. Национальные правительства 67% стран с генерализованными эпидемиями указывают, что они осуществляют программы просвещения по вопросам ВИЧ в школах в большинстве или во всех районах, где такие программы необходимы, и 42% внедрили программы профилактики ВИЧ для не посещающих школу детей в большинстве или во всех районах, где они необходимы. Информация, полученная из неправительственных организаций,

указывает на то, что уровень реализации еще ниже, соответственно 51% и 28% (данные по НК ИП, полученные из стран в 2008 году). Такой низкий уровень реализации программ находит отражение в недостаточности данных об этой мере вмешательства. Из 151 страны, представившей национальные отчеты об исполнении в 2008 году, лишь 34 страны указали процент школ, которые в прошедшем учебном году проводили обучение профилактике ВИЧ на основе жизненных навыков. В среднем среди стран, приславших свои отчеты, менее 40% школ применяли эту меру вмешательства. Кроме того, по информации неправительственных организаций, полученной из 36 стран (28%), у них имеются законы, политика или нормативные положения, которые фактически препятствуют молодым людям получить доступ к услугам по профилактике ВИЧ и другим услугам (данные по НК ИП, полученные из стран в 2008 году).

Все молодые люди имеют право на получение знаний о том, как избежать передачи ВИЧ, однако потребность в услугах по профилактике ВИЧ

РИСУНОК 4.5

Процент стран, где просвещение по вопросам СПИДа включено в школьные программы



Источник: Страновые доклады для ССГА ООН 2008 г.

⁷ Среди бедного населения мира число молодых людей непропорционально велико (МОТ, 2006). Нищета или отсутствие возможностей получить приличную работу могут лишить молодых людей цели в жизни или не дать найти себя, в результате чего они могут начать заниматься сексом по принуждению или оказаться в других условиях, повышающих их риск контакта с ВИЧ.

Обучение молодых людей, занимающихся просвещением по вопросам ВИЧ среди сверстников

Чампуи (24 года) ранее употребляла наркотики, а сейчас занимается просвещением среди сверстников в Айзвале, Мизорам, Индия



Проблемы у Чампуи начались в раннем возрасте. Когда ей было шесть лет, от нее отказались родители; она выросла в опекунской семье, хотя никогда не чувствовала себя как дома. В начальном подростковом возрасте она пристрастилась к алкоголю и вскоре начала употреблять сильные наркотики.

“Когда я начала употреблять наркотики, моя жизнь пошла кувырком, — говорит она. — Учителя исключили меня из школы, а когда мои родители узнали о том, чем я занималась, они выгнали меня из дома”. Оставшись без жилья, она стала жить на улице, а ее друзья, употреблявшие наркотики, стали ее семьей. Она начала продавать наркотики, чтобы поддержать себя и свое пристрастие.

Чампуи также имела проблемы со своей сексуальной ориентацией. “Мои родители запрещали мне носить одежду и играть с игрушками для мальчиков, — сказала она. — Они заставляли, чтобы я жила как девочка. Но это меня не убедило. Вне дома я вела себя как молодой мужчиной”.

Ее несколько раз арестовывали и направляли в центры или лагеря реабилитации. Последний раз, когда ее арестовали, она поняла, что дни ее сочтены. Ее тело и дух быстро ослабевали, она стала бояться, что умрет. Она не спала всю ночь, потому что у нее сильно болела рана на ноге. К утру она решила, что изменит свою жизнь и откажется от наркотиков. “В последнюю минуту я сказала себе: зачем мне умирать от наркотиков? Эту жизнь дал мне Бог, и я должна вернуть ее Богу”, — сказала она.

Чампуи не употребляет наркотики более двух лет. Она занимается просвещением среди сверстников для местной неправительственной организации CHARCA, предоставляя поддержку, информацию и советы потребителям наркотиков, которым грозит риск заражения ВИЧ. Она также работает с местными молодежными группами и объединениями. Чампуи постоянно говорит о своем собственном опыте. “Это помогает людям верить мне. Они могут рассказать мне о своих проблемах, и я могу дать им совет. В этом преимущество — открыто рассказывать о своей жизни”.

Чампуи и другие, кто занимается просвещением среди сверстников, используют музыку, чтобы охватить молодых людей. Она регулярно выступает в церкви, а также пела на местном телевидении. Она использует каждую возможность для просвещения слушателей по вопросам употребления наркотиков и ВИЧ.

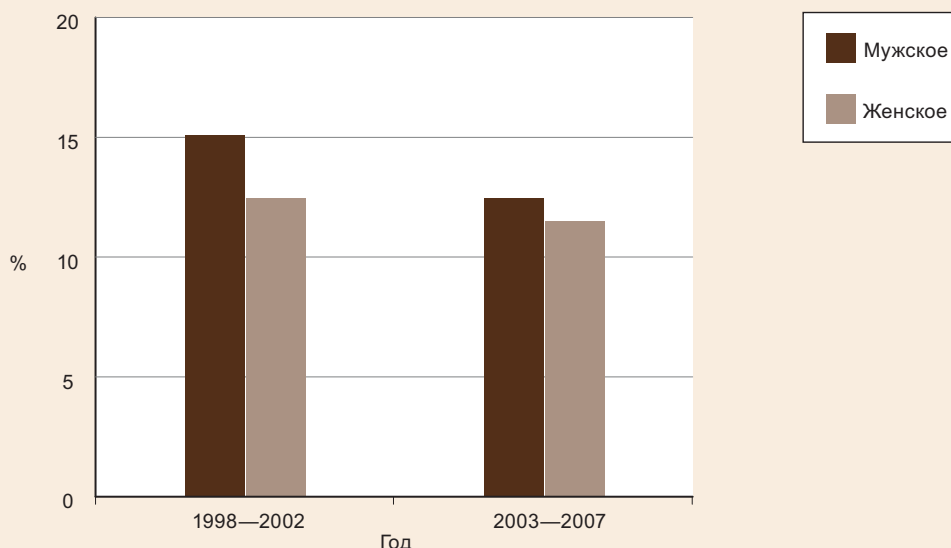
Она добилась много с той поры, когда употребляла наркотики. “Раньше люди смотрели на меня свысока, — говорит она. — Сегодня, когда я выступаю или пою в церкви, я ощущаю, что меня принимают. Я очень счастлива, когда они хвалят мои песни”.

Чампуи стала примером и лидером в своем городе. Когда она не занимается просвещением среди сверстников, она ухаживает за ними в центре, где она живет. Это коммуна для молодых людей, которые отказались от наркотиков и секс-бизнеса; здесь проживает до 25 человек.

“После всего того, через что я прошла, все эти взлеты и падения, я чувствую в себе силы, — сказала она. — Сейчас я смотрю на жизнь совершенно по-иному. И я полна оптимизма”.

РИСУНОК 4.6

Процент молодых людей, имевших половые контакты в возрасте до 15 лет, с разбивкой по полу



Источник: MEASURE DHS

Увеличение возраста начала половой жизни среди молодежи

В странах с низким и средним уровнем доходов процент молодых людей, начинающих половую жизнь в возрасте до 15 лет, снижается во всех регионах – это продолжение тенденций, отмечавшихся ранее в текущем десятилетии (рисунок 4.6). Мальчики и мужчины намного чаще отмечают, что у них были половые контакты до 15 лет, за исключением Африки к югу от Сахары, где девочки-подростки моложе 15 лет почти в 1,5 раза чаще ведут половую жизнь по сравнению с мальчиками. Глобальная тенденция к увеличению возраста начала половой жизни очевидна, однако обследования показывают, что существуют значительные различия между странами. При сравнении сексуального поведения молодых мужчин в шести странах Африки оказалось, что в период с 1996-2001 годов по 2002-2006 годы средний возраст начала половой жизни снизился в Нигерии, Объединенной Республике Танзания и Эфиопии и увеличился в Мозамбике, Руанде и Уганде (показатель 15 ССГАООН).

особенно высока среди тех, кому грозит очень высокий риск контакта с ВИЧ. Сюда входят молодые люди, которые сталкиваются с перемещением, миграцией, бедностью или тюремным заключением; работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков и мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

Проведение правильной и всесторонней профилактики ВИЧ среди молодых людей

Одним из основных слабых мест многих инициатив по профилактике среди молодых людей является то, что они не дают открытой, точной и всесторонней информации, в которой нуждается молодежь. Во

многих странах, где просвещение по вопросам ВИЧ в школах является обязательным, в учебных программах первостепенное внимание уделяется вопросам воздержания и открытое обсуждение вопросов пользования презервативами и более безопасного секса не поощряется. Однако ни одно из исследований, проведенных в странах с низким и средним уровнем доходов, не показало, что такой подход эффективен, а исследования, проведенные в Соединенных Штатах, указывают на то, что ориентированные на молодежь программы профилактики ВИЧ, пропагандирующие исключительно воздержание, не приводят к снижению риска заражения ВИЧ (Underhill, Montgomery & Operario, 2007).

Поиск новых инструментов профилактики

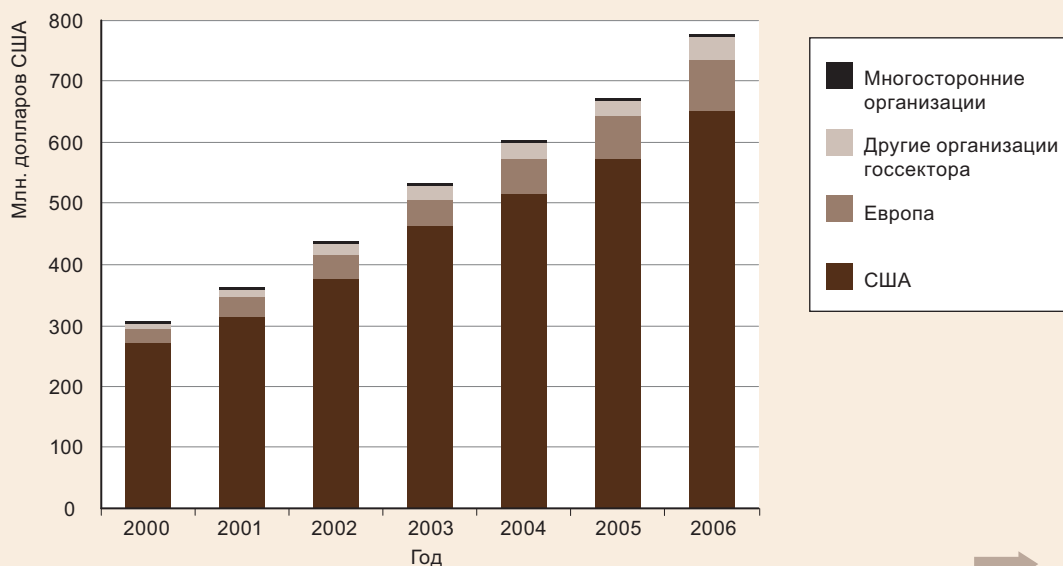
В то время как национальные программы нацелены на расширение имеющихся стратегий профилактики ВИЧ и улучшение их стратегического применения, продолжается поиск других инструментов для усиления профилактики. В частности, срочно необходимы новые технологии профилактики для женщин, которые в настоящее время не имеют доступа к средствам профилактики по их собственной инициативе.

В 2007 году были получены результаты биомедицинских исследований в области профилактики ВИЧ, которые оказались неутешительными. В сентябре 2007 года испытания для проверки эффективности наиболее перспективной вакцины против ВИЧ – продукта компании “Мерк энд ко.”, разработанного с целью обеспечения сильного иммунного клеточного ответа на вирус, – были прекращены после того, как было установлено, что эта вакцина неэффективна. Точно так же исследования для получения первого поколения вагинальных микробицидов показали, что эти микробициды тоже были неэффективными (Nelson, 2007). Проведенные испытания также показали, что диафрагмы для женщин (применяемые вместе с гелем-смазкой) не дают никаких дополнительных преимуществ по сравнению с презервативами (Padian et al., 2007), а исследования лечения ацикловиром при вирусе простого герпеса, тип 2, не подтвердили, что это лечение дает дополнительную защиту от ВИЧ-инфекции (Watson-Jones et al., 2008).

Разочарование является естественной реакцией в случае, когда клинические испытания не подтверждают эффективность средств, однако масштабы и степень тяжести эпидемии ВИЧ заставляют продолжать уделять особое внимание исследованиям, в том числе исследованиям для проверки инновационных социально-поведенческих стратегий и новых технологий профилактики. Исследователи изучают новые подходы к профилактике, такие как вакцины для выработки антител к ВИЧ, имеющие широкое нейтрализующее действие (см. Montefiori et al., 2007), и микробициды,

РИСУНОК 4.7

Ежегодные инвестиции в исследование и разработку вакцин для профилактики ВИЧ, с разбивкой по источникам финансирования, с 2000 по 2006 гг.



Source: HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group, 2007.

включающие антиретровирусные компоненты; два таких средства находятся в стадии клинических испытаний. Некоторые микробициды нового поколения являются особенно привлекательными, поскольку они не требуют применения непосредственно перед половым актом. Кроме того, исследования направлены на то, чтобы определить, снижают ли средства антиретровирусной профилактики до контакта и улучшенные схемы лечения при вирусе простого герпеса, тип 2, риск передачи ВИЧ половым путем.

За период с 2000 по 2006 годы некоммерческие затраты на изучение новых технологий профилактики резко увеличились – на 153% на вакцины и на 430% на микробициды (рисунок 4.7). За этот период организации государственного сектора вложили примерно 67 миллионов долларов США в изучение и разработку ряда других экспериментальных биомедицинских методов профилактики, включая обрезание взрослых мужчин, подавление вируса простого герпеса, тип 2, использование цервикальных барьеров для предупреждения передачи ВИЧ и антиретровирусную профилактику до контакта.

Правильно построенные испытания средств профилактики являются сложными и дорогими (Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ, 2006). Для оценки эффективности новых технологий профилактики в испытаниях должны участвовать тысячи субъектов; такие испытания часто вызывают осложнения, включая низкий уровень выполнения протоколов испытаний участниками и недостаточно высокий уровень инфицирования ВИЧ для получения статистической адекватности данных, которая необходима для подтверждения валидности результатов. Уровень инфицирования ВИЧ в когортах со временем снижается – возможно, в результате того, что спонсоры испытаний регулярно поставляют сильный пакет средств профилактики ВИЧ, – что еще более ослабляет возможности получения надежных данных об эффективности мер вмешательства (Gray & Wawer, 2007). Также очевидно, что испытания средств профилактики вряд ли окажутся успешными без значимого и постоянного активного участия сообществ, среди которых проводятся такие исследования (ЮНЭЙДС и КПВС, 2007).

В большинстве стран мира многие молодые люди начинают половую жизнь в подростковом возрасте. Например, в Замбии, Кении, Объединенной Республике Танзания и Уганде большинство молодых людей начинают половую жизнь в возрасте до 18 лет (Zaba et al., 2004). Такие показатели сопоставимы с показателями, полученными в странах с высоким уровнем доходов, таких как Соединенные Штаты, где 47% молодых людей начинают половую жизнь до окончания средней школы (ЦКЗ, 2006а). Родители, органы здравоохранения, школьные системы и те, кто предоставляет услуги молодежи, – все они заинтересованы в том, чтобы молодые люди начинали половую жизнь в более позднем возрасте; кроме того, они обязаны предоставлять молодым людям, ведущим половую жизнь, жизненноважную информацию и поддержку.

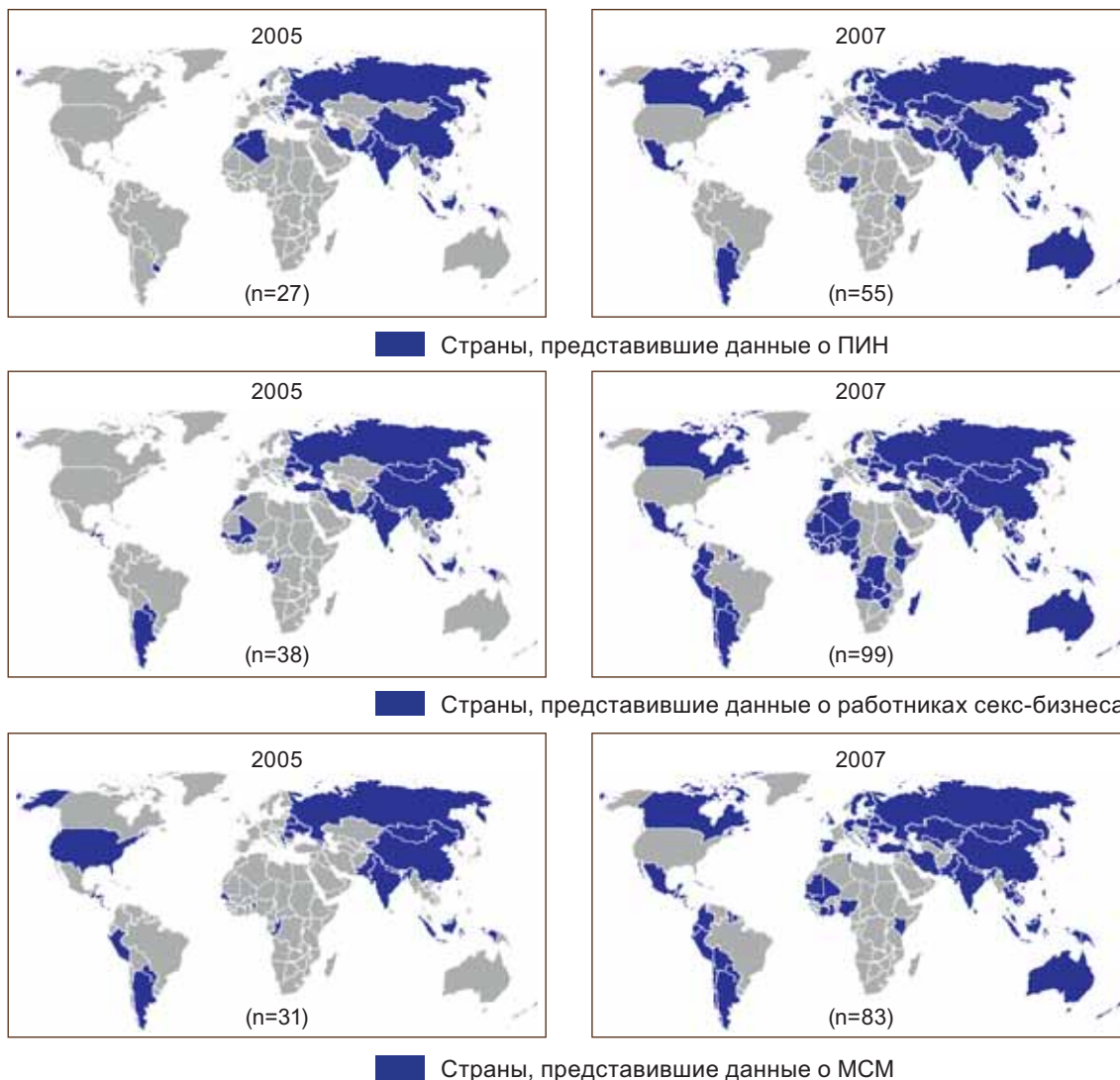
Ограничение проявления человеческой сексуальности и информации о профилактике ВИЧ для молодых людей противоречит критически важному элементу эффективных действий по профилактике ВИЧ среди молодежи – поощрение открытого

обсуждения вопросов секса и последствий раннего начала половой жизни. В Южной Африке наиболее важными показателями того, что молодые взрослые будут пользоваться презервативами, оказались использование презерватива при первом половом акте и обсуждение вопроса использования презервативов со своим первым половым партнером (Hendriksen et al., 2007).

Помимо предоставления базовой информации и поощрения обсуждения вопросов более безопасного секса, программы профилактики для молодых людей должны пропагандировать социальные нормы, обеспечивающие защиту молодых людей и уменьшение риска заражения. Это зачастую означает, что программы должны включать чувствительные темы, которые для некоторых могут казаться неудобными. Такие темы включают гендерные нормы, которые идеализируют “мужское начало” и наличие нескольких половых партнеров у мужчин и мальчиков и усиливают риск заражения ВИЧ среди девочек. Например, в Буркина-Фасо, Гане, Малави

РИСУНОК 4.8

Страны, представившие данные об услугах по профилактике ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, 2005 и 2007 гг.



Источник: Страновые доклады для ССГАООН 2008 г.

и Уганде почти каждая пятая девочка-подросток (в возрасте 15–19 лет) указала на то, что ее первый сексуальный опыт был связан с насилием или принуждением (Biddlecom et al., 2007).

Другой чувствительной темой, которая должна рассматриваться в рамках усилий по профилактике ВИЧ среди молодежи, является роль секса между лицами различных поколений в передаче ВИЧ девочкам и молодым женщинам. На юге Африки вероятность заражения среди девочек-подростков в 2–4,5 раза выше, чем среди мальчиков того же возраста (Bearinger et al., 2007). Важным фактором

гендерного неравенства с точки зрения распространения ВИЧ среди тинэйджеров в Африке часто является распространенность половых контактов между девочками-подростками и взрослыми мужчинами (Duras, 2006). По данным последних исследований, проведенных в Уганде, три четверти незамужних девочек-подростков, имеющих опыт половой жизни, отметили, что они получали подарки или деньги в обмен на сексуальные услуги, обычно от более страшных мужчин (Darabi et al., 2008).

Медианная разница в возрасте между супругами в Африке колеблется от 5,5 до 9,2 года – намного

Среди популяций высокого риска мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, менее всего охвачены ВИЧ-профилактическими услугами

больше, чем среди супружеских пар в других регионах (Wellings et al., 2006). В странах с низким и средним уровнем доходов ранний брак представляет собой наиболее распространенный фактор, усиливающий риск контакта с ВИЧ для девочек-подростков; молодые замужние женщины чаще имеют незащищенные половые контакты по сравнению с незамужними женщинами, причем обычно со своими мужьями, которые старше их и, следовательно, имеют больше шансов оказаться ВИЧ-позитивными (Gregson et al., 2002; Wellings et al., 2006; Bearinger et al., 2007). Тем не менее относительно небольшое число широкомасштабных программ профилактики ВИЧ нацелено на то, чтобы изменить социальные нормы в плане наличия партнерских контактов между различными поколениями.

Степень предоставления данных по показателям ССГАООН указывает на то, что страны все шире признают главенствующую роль усилий по профилактике ВИЧ, нацеленных на группы населения, которым грозит самый высокий риск контакта с



ВИЧ. Как показано на рисунке 4.8, число стран, представивших данные по показателям, в частности касающимся потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и работников секс-бизнеса, с 2005 по 2007 годы значительно увеличилось (показатель 9 ССГАООН).

Почти все страны (92%) имеют политику или стратегию для содействия профилактике ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск (данные по НК ИП, полученные из

Расширение охвата профилактикой групп населения, которым грозит самый высокий риск

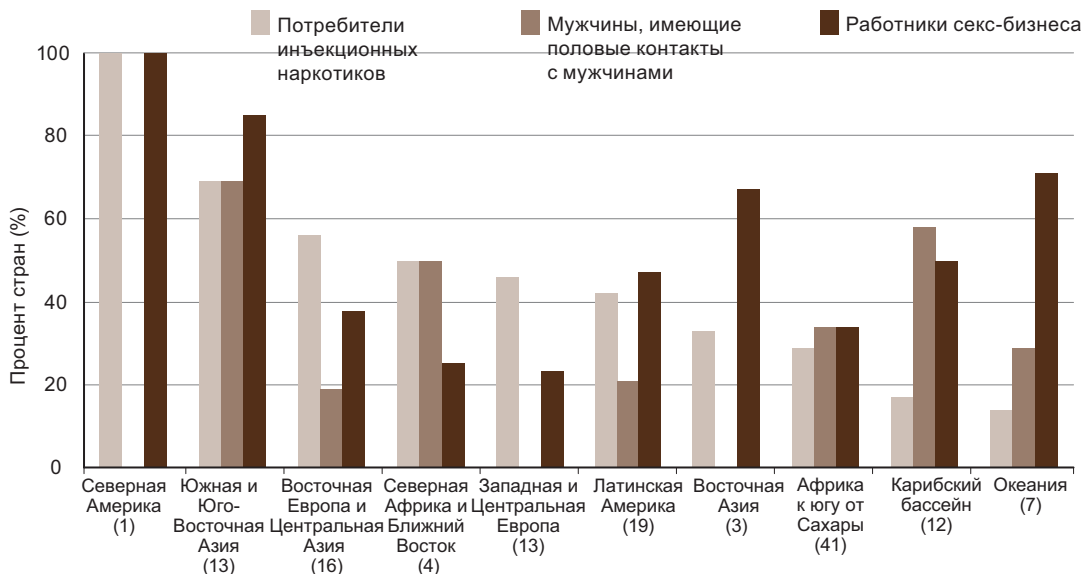
Кроме Африки к югу от Сахары, большинство эпидемий либо являются эпидемиями низкого уровня либо концентрированными эпидемиями, которые в первую очередь обусловлены поведением высокого риска среди определенных групп населения. Почти повсеместно люди, принадлежащие к этим группам населения, могут заразиться ВИЧ через незащищенные половые контакты или используя зараженный инъекционный инструментарий. Имеется три группы населения, которые постоянно определяются как группы, которым грозит самый высокий риск контакта с ВИЧ: потребители инъекционных наркотиков, работники секс-бизнеса и мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.⁸

Национальные данные по показателям ССГАООН указывают на то, что услуги по профилактике для групп населения, которым грозит самый высокий риск, оказываются непостоянно и сильно варьируются внутри регионов и между регионами. Несмотря на то что значительный процент представителей таких групп населения могут правильно называть способы профилактики передачи ВИЧ половым путем, многие из них не имеют доступа к важнейшим средствам профилактики, таким как презервативы и стерильные иглы.

⁸ См. главу 2, где рассматривается важная роль групп населения, которым грозит самый высокий риск, в эпидемиях в Африке к югу от Сахары.

РИСУНОК 4.9

Процент стран, указавших на то, что у них имеются законы, положения или политика, которые препятствуют предоставлению эффективных услуг по профилактике ВИЧ для групп населения, которым грозит самый высокий риск



Источник: Страновые доклады для ССГАООН 2008 г.

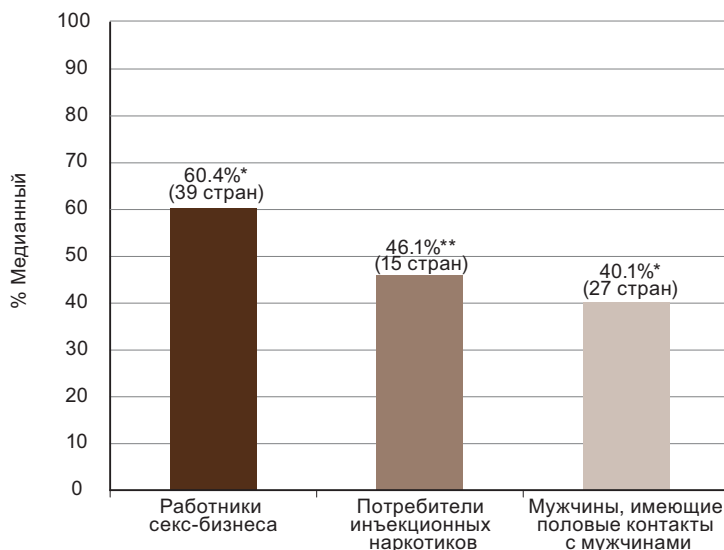
стран в 2008 году), причем процент таких стран со временем увеличился (напр., с 81% в 2003 году). Тем не менее масштабы услуг по профилактике для этих групп населения были расширены в относительно небольшом числе мест, в результате чего большая часть людей, которым грозит самый высокий риск контакта с ВИЧ, не имеют или почти не имеют доступа к услугам по профилактике ВИЧ (рисунки 4.9 и 4.10). Кроме того, по информации неправительственных организаций, почти в двух третях стран (63%) имеются законы, положения или политика, которые препятствуют предоставлению эффективных услуг по профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке для групп населения, которым грозит самый высокий риск (данные по НКПИ, полученные из стран в 2008 году). В конечном итоге, плохой охват тех, кому грозит самый высокий риск контакта с ВИЧ, отражает отсутствие лидерства среди политиков, национальных министерств и международных доноров. В последующих разделах рассматривается нынешний охват программами профилактики мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, работников секс-бизнеса и потребителей инъекционных наркотиков.

Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами

Как поясняется в главе 2, во всем мире мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, грозит непропорционально высокий риск контакта с ВИЧ в различных ситуациях (ЦКЗ, 2005). Тем не менее мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, серьезно недополучают услуги по профилактике ВИЧ. В странах, представивших данные о группах населения, которым грозит самый высокий риск, 40% мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, указали, что они знают, где они могут пройти тест на ВИЧ, и получали презервативы в предыдущем году (показатель 9 ССГАООН). Правительства менее 20% стран с генерализованными эпидемиями указали, что они осуществляли целевые программы по профилактике ВИЧ для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в большинстве или во всех районах, где имеется такая потребность. О том, что такие программы осуществляются, сообщают приславшие свои отчеты неправительственные организации лишь из 10% таких стран. Неправительственных организаций из 32% стран указали на то, что у них существуют законы, положения или политика, которые препятствуют оказанию эффективных

РИСУНОК 4.10

Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами по профилактике ВИЧ, 2005–2007 гг.



* Процент работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, указавших, что они знают, где они могут пройти тест на ВИЧ, и что они получали презервативы.

** Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших, что они знают, где они могут пройти тест на ВИЧ и получить презерватив и стерильные иглы и шприцы.

Источник: Страновые доклады для ССГАООН 2008 г.

услуг в связи с ВИЧ мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами (данные по НКИП, полученные из стран в 2008 году).

Знания о том, что презервативы помогают предупредить передачу ВИЧ, широко распространены среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, обследованных в странах с низким и средним уровнем доходов, однако многие из них не имеют доступа к презервативам. В ряде стран (включая Армению, Грецию, Мексику, Папуа – Новую Гвинею и Турцию) менее 25% мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, имеют доступ к презервативам. Менее 40% мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, обследованных в Индонезии, Турции, Украине и на Филиппинах, указали, что они пользовались презервативом во время последнего полового контакта. На Кубе чуть более половины мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, пользовались презервативом во время последнего полового контакта (показатель 9 ССГАООН).

Во всем мире группа, в которую входят мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, имеет разнородную культуру; она включает мужчин,

идентифицирующих себя с геями и проживающих в крупных городах в странах с высоким уровнем доходов, а также “хиджра”, занятых в секс-бизнесе в Индии. Целевые программы для таких групп должны активно вовлекать местных мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, с тем чтобы такие инициативы учитывали фактические потребности и обстоятельства целевых получателей помощи. Большинство исследований мер профилактики ВИЧ для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, были проведены в странах с высоким уровнем доходов, что подчеркивает неотложную потребность в проведении более широких социологических исследований и изучения мер вмешательства среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в странах с низким и средним уровнем доходов. Для разработки и реализации программ профилактики в конкретных условиях полезными также могут оказаться целевые этнографические исследования, такие как исследование, проведенное недавно для изучения различного сексуального значения отношений между мужчинами во Вьетнаме (Vu et al., 2008). Однако во многих случаях, где были проведены полноценные исследования среди

Отстаивать свои права

Найджел Мэтлин, президент ГренЧап, Карибского партнерства по ВИЧ/СПИДу

Найджел Мэтлин активно занимался вопросами ВИЧ с момента участия в своем первом семинаре по вопросам просвещения среди лиц одного круга 12 лет тому назад. Недавно он создал небольшую неправительственную организацию Гренада/Карибское партнерство по ВИЧ/СПИДу (ГренЧап), которое проводит работу среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и других групп населения, которым грозит повышенный риск контакта с ВИЧ в Гренаде.



“Это постоянная дорога, это очень трудно – найти в себе мужество, чтобы выступать от имени людей – отстаивать права, обсуждать важные вопросы, которые не очень популярны, – говорит Мэтлин. – Люди автоматически предполагают, что вы можете быть ВИЧ-позитивным или что вы МСМ, работник секс-бизнеса, потребитель наркотиков или член другой группы населения, за которую вы ратуете. Однако весь смысл этого в том, чтобы сделать все это не имеющим никакого значения. Будь я обычным человеком или геем, это не должно мешать мне получить доступ к лечению или пользоваться моими правами”.

Стигма в отношении мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, представляет собой огромное препятствие на пути реализации программ по ВИЧ в восточной части Карибского бассейна. До недавнего времени секс между мужчинами даже не признавался. “Это было проблемой, никто фактически не хотел говорить на эту тему, – поясняет Мэтлин. Люди говорили “У нас нет геев в Гренаде”. Я имею в виду, что все еще существуют законы, подвергающие преследованию за содомию в Гренаде, а также во многих других странах Карибского бассейна”.

Мэтлин пользуется любой возможностью, чтобы просвещать людей и дать возможность высказаться мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами. Однако еще многое предстоит сделать. “Конечно, нам надо еще многое сделать – говорит Мэтлин. – Слишком много людей продолжают умирать от СПИДа. Больше людей должны получать лечение; необходимо менять отношение к геем, работникам секс-бизнеса ... и потребителям инъекционных наркотиков. Их права по-прежнему ущемляются”.

Мэтлин считает, что гендерная проблема является универсальной для всего Карибского бассейна. “Многие мужчины в Карибском бассейне хотят поддерживать имидж сверхмужчины, в противном случае их не уважают. Я называю это имиджем петуха”. Такое отношение мешает людям договариваться о более безопасном сексе и является основным фактором, способствующим развитию эпидемии в регионе. Эту ситуацию усугубляют половые контакты между лицами разных поколений, нищета, домашнее насилие и разрушение семейных структур. Утрата уважения к женщинам – это еще один фактор, ведущий к уязвимости к ВИЧ.

Мэтлина вдохновляет прогресс, наблюдаемый по всему Карибскому бассейну, и он учится на опыте соседей, таких как Ямайка, где организации противодействуют климату насилия в отношении мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, используя международных партнеров, таких как “Хьюман райтс уотч”. Другие организации ведут трудную работу, чтобы изменить правовые и политические условия, которые стигматизируют и криминализуют мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Мэтлин нашел свою роль – он выступает как сторонник прав людей в связи с ВИЧ. Хотя он получил поддержку со стороны незнакомых ему людей, те, кто рядом с ним, не всегда оказывали помощь. Иногда его волнует даже его собственная безопасность. Он боится того, что гомофобия может заставить его покинуть свой любимый дом и страну, что произошло с некоторыми его соратниками из Ямайки.

Однако работа должна продолжаться. “Я могут внести свой вклад, – говорит Мэтлин. – Каким бы малым ни был мой вклад, он является положительным, и в конечном итоге, если я смогу спасти одну или несколько жизней или же смогу облегчить жизнь людей, у которых нет права голоса, я буду считать, что я сделал свое дело – и этого мне достаточно”.

мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, полученные результаты не были использованы на практике.

Исследование мер профилактики, специально предназначенных для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которое было проведено недавно в Дакаре, Сенегал, подчеркивает как потенциал программ профилактики ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, разработанных на основе имеющихся данных, так и некоторые проблемы, с которыми такие мужчины сталкиваются в различных условиях. Разработанный в рамках сотрудничества между министерством здравоохранения, техническими экспертами и неправительственными организациями, этот проект включал просвещение среди лиц одного круга, расширение доступа к услугам в связи с ВИЧ и инфекциями, передающимися половым путем, и мероприятия, проводимые через средства информации для повышения уровня понимания.

Эта мера вмешательства привела к заметному увеличению уровня знаний и использования услуг для тестирования на ВИЧ. Однако, несмотря на повышение уровня знаний об эффективности презервативов, в плане постоянного пользования презервативами мало что изменилось. Практика постоянного пользования смазками на водной основе также распространена слабо, в основном по той причине, что такие продукты дорогие и ими трудно пользоваться (Совет по народонаселению и АМР США, 2007).

Работники секс-бизнеса

Термин “работники секс-бизнеса” используется для обозначения отдельно взятой группы населения в эпидемиологических целях, однако он включает очень разнородные группы (женщин, мужчин и трансгендерных лиц), а также людей, работающих в самых различных условиях (напр., в публичных домах, неформальной обстановке и на улице). Некоторые работники секс-бизнеса очень мобильны, другие предоставляют сексуальные услуги неформально – в обмен на подарки или благосклонное отношение. Многие лица, участвующие в секс-бизнесе, не отождествляют себя с работниками секс-бизнеса.

Исследования, проведенные в Кении, указывают на то, что проекты по профилактике, способствующие расширению практики пользования презервативами во время платного секса, могут значительно

снизить передачу ВИЧ. Если показатель пользования презервативами во время платного секса на трансафриканской автомагистрали, связывающей Момбасу и Кампалу, Уганда (где работают около 8000 женщин-работниц секс-бизнеса), достигнет 90%, это позволит предупредить 2000–2500 новых ВИЧ-инфекций в год на этом участке автомагистрали, а показатель инфицирования ВИЧ снизится с 1,3% до 0,4% (Morriss, 2006).

Практика показывает, что подходы, направленные на расширение потенциала сообществ, особенно в сочетании с программами, направленными на улучшение условий жизни и работы работников секс-бизнеса, всегда оказывались эффективными с точки зрения расширения практики пользования презервативами среди работников секс-бизнеса и их клиентов (см. Kerrigan et al., 2006). Например, в районе Соганачи в Колькате, Индия, реализация проекта, направленного на расширение возможностей работников секс-бизнеса и содействие получению ими доступа к важной информации и услугам здравоохранения, позволила снизить показатель инфицирования ВИЧ среди целевых работников секс-бизнеса на две трети и увеличить показатель пользования презервативами с 5% до 90% (см. Basu et al., 2004; Pardasani, 2005). В штате Карнатака, Индия, расширению услуг по профилактике ВИЧ для работников секс-бизнеса способствовало участие работников секс-бизнеса в формативных исследованиях поведения и эпиднадзора за инфекциями, передающимися половым путем, мобилизации сетей для проведения работы “аутрич” среди лиц одного круга и подборе места и персонала для организации клиники в рамках проекта (Steen et al., 2006). В Африке программы профилактики ВИЧ для работников секс-бизнеса, проводимые через лиц одного круга, оказались очень эффективными в плане изменения сексуального поведения и снижения уровня новых ВИЧ-инфекций (Wegbreit et al., 2006).

По имеющейся информации, уровень доступа к презервативам и тестированию на ВИЧ для работников секс-бизнеса несколько выше, чем для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами: в 39 странах в среднем 60% работников секс-бизнеса указали на то, что они имели доступ к презервативам и тестированию на ВИЧ. Колебания между регионами составляли: 41% в Южной и Юго-Восточной Азии, 72,8% в Латинской Америке и Карибском бассейне, 69% в Восточной Европе и Центральной Азии (семи странах) и 69,7% в



Не менее одной десятой из 1,3 миллиарда мигрантов в Китае переехали в городские районы.

Профилактика ВИЧ среди работников-мигрантов

В 2005 году во всем мире, по оценкам, 86 миллионов работников-мигрантов находились вне своей страны происхождения

(Организация Объединенных Наций, 2006). Миллионы людей по всему миру также заняты на работах, которые требуют постоянного перемещения.

Соотношение между миграцией и ВИЧ широко изучается, однако по-прежнему понимание является лишь частичным. Воздействие миграции на распространение ВИЧ также может носить различный характер, в зависимости от обстоятельств мобильности и ряда других переменных факторов (Южноафриканский проект по миграции, 2005). Перемещение в поисках работы усиливает риск контакта с ВИЧ различными путями. Люди могут перемещаться из одного района с низким показателем распространенности ВИЧ в районы с более высокими показателями распространенности, что усиливает риск, связанный с сексуальным поведением. Мигранты могут допускать очень рискованное поведение, поскольку они изолированы от своих семей и сетей социальной помощи, и, кроме того, мигранты часто имеют ограниченный доступ к услугам по профилактике (White, 2003; Khan et al., 2007). В 22% стран неправительственные организации указывают на существование законов, положений или политики, которые препятствуют эффективному оказанию услуг по профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке для мигрантов (данные по НКИП, полученные из стран в 2008 году).

Целенаправленные инициативы для проведения просвещения через лиц одного круга на рабочих местах, в которых участвует большое число работников-мигрантов, оказались эффективными в плане охвата мигрантов, которые могут быть уязвимыми к ВИЧ (Совет по народонаселению, 2003; Глобальная инициатива Клинтона, 2007). По оценкам, число работников-мигрантов в Китае составляет 200 миллионов; в 2007 году здесь были начаты инициативы по профилактике ВИЧ на рабочих местах, где заняты мигранты. В Китае также были осуществлены меры вмешательства для просвещения и изменения поведения в 420 пограничных портах с охватом одного миллиона наемных работников, отправляемых за рубеж. Всекитайский профсоюз инициировал проведение кампании просвещения по проблемам ВИЧ в 10 000 вечерних школах, в которую были вовлечены около трех миллионов работников-мигрантов.

Стратегическое размещение услуг по профилактике ВИЧ особенно важно для водителей грузовиков и других работников транспорта. В Бразилии программа, включающая консультирование по вопросам профилактики, тестирование на ВИЧ и скрининг на инфекции, передающиеся половым путем, на таможенных пунктах, позволила значительно расширить практику пользования презервативами среди водителей грузовиков, пересекающих границы, во время контактов с непостоянными партнерами (Chinaglia et al., 2007). Инициативы по профилактике для мобильных групп населения должны проводиться с учетом роли гендера в повышении риска контакта с ВИЧ, поскольку женщины составляют половину мигрантов во всем мире (Всемирная комиссия по международной миграции, 2005).

Африке к югу от Сахары (показатель 9 ССГАООН). Данные о частоте пользования презервативами во время контактов с последним клиентом в целом были очень высокими, за некоторыми исключениями; в Ливане лишь около одной трети работников секс-бизнеса указали, что они пользовались презервативом во время последнего контакта с последним клиентом.

Потребители инъекционных наркотиков

Использование зараженного инструментария для употребления инъекционных наркотиков представляет собой особенно эффективный путь передачи ВИЧ, зачастую приводя к быстрому распространению ВИЧ-инфекции среди локальных сетей потребителей наркотиков. Например, в Карачи, Пакистан, показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков вырос менее чем с 1% в начале 2004 года до 26% в марте 2005 года (Emmanuel, Archibald & Altaf, 2006).

По оценкам, 78% всех потребителей инъекционных наркотиков в мире живут в странах с низким и средним уровнем доходов (Aceijas et al., 2004). В глобальном масштабе уровни употребления опиоидов и других наркотических веществ в последние годы стабилизировались, хотя зачастую на высоком уровне; по-прежнему поступают данные об увеличении употребления опиоидов в Центральной Азии и Восточной Европе (Комиссия ООН по

наркотическим средствам, 2008). В этих регионах национальные эпидемии в основном развиваются за счет передачи ВИЧ среди потребителей наркотиков и их половых партнеров. В ряде стран, особенно в Азии, в последние годы также отмечено увеличение употребления неопиоидных наркотиков, хотя последние данные об употреблении и производстве наркотиков указывают на стабилизацию таких тенденций (ЮНОДК, 2007).

Эффективная профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков включает обеспечение простого доступа к заместительному лечению⁹ от наркотической зависимости и стерильным иглам и шприцам. Кроме того, программы профилактики должны помогать потребителям инъекционных наркотиков снижать уровень риска передачи ВИЧ половым путем и обеспечивать им доступ к другим медицинским и социальным услугам, включая конфиденциальное консультирование и тестирование на ВИЧ и антиретровирусное лечение (Институт медицины, 2006). В целом все эти программные компоненты известны под названием “снижение вреда”. Исследования постоянно показывают, что снижение вреда позволяет уменьшить число ВИЧ-инфекций и распространенность рискованного поведения, не способствуя увеличению употребления наркотиков или другого вреда среди сообществ, где осуществляются такие программы (Институт медицины, 2006; Fiellin, Green & Heimer, 2007).

Профилактика в ВИЧ в условиях тюрем

В среднем уровень инфицирования среди людей в тюрьмах намного выше, чем среди тех, кто находится на свободе (Dolan et al., 2007). Отчасти это отражает диспропорционально высокую вероятность попадания в тюрьмы таких ключевых групп, как работники секс-бизнеса и потребители инъекционных наркотиков. В условиях тюрем также имеет место передача ВИЧ, обычно через употребление инъекционных наркотиков и незащищенный секс. Во всех странах, где имеются данные о распространенности ВИЧ в тюрьмах, уровни распространенности среди женщин выше, чем среди заключенных мужчин.

Комплексные услуги по профилактике ВИЧ в тюрьмах предоставляются редко. Треть стран (33%) указала на то, что у них существуют законы, положения или политика, которые препятствуют эффективному оказанию услуг по профилактике ВИЧ для заключенных (данные по НКП, полученные из стран в 2008 году). Комплексные услуги для снижения вреда и лечения в тюрьмах среди потребителей наркотиков оказываются только в Исламской Республике Иран, Испании и Швейцарии. В 2006 году лишь восемь стран имели устоявшиеся или пилотные программы обмена игл и шприцев в тюрьмах (Lines et al., 2006).

⁹ Заместительное лечение от наркотической зависимости традиционно включало назначение метадона. В ряде стран альтернативой метадону является бупренорфин, который может быть более приемлемым для некоторых потребителей инъекционных наркотиков. В настоящее время в Китае и Таиланде проводится клиническое испытание (NPTN 058) для оценки эффективности бупренорфина с точки зрения снижения заражения ВИЧ.

Возрождение людей: снижение вреда в Камбодже

“Корсанг” является первым в Камбодже проектом снижения вреда, включающим обмен игл и шприцев, просвещение по вопросам ВИЧ и другие услуги для потребителей наркотиков в Пномпене. Этот проект, основанный в 2003 году Холи Бредшоу, американской бабушкой, ранее употреблявшей наркотики, включает 68 сотрудников и охватывает более 3000 потребителей наркотиков



“Мы подвергались сильной дискриминации, и потребовалось много времени [чтобы сдвинуть дело с места], – говорит Бредшоу. – Первый центр для оказания помощи без предварительной записи находился в каморке. Там было 120 градусов по Фаренгейту в жаркий сезон, и у нас был только стол, пара вентиляторов и много крыс”.

Многие, работающие в проекте “Корсанг”, – это молодые камбоджийцы, прожившие всю свою жизнь на положении беженцев в Соединенных Штатах, прежде чем они были депортированы за различные преступления. Уикет, 27 лет, был одним из молодых людей, подвергшихся депортации. Когда он познакомился с Бредшоу, он жил со своей семьей в сельской местности, где он чувствовал себя лишним и бесполезным. Уикет начал работать в проекте “Корсанг” и прошел обучение как один из первых добровольцев программы.

В центре проекта “Корсанг” находятся люди, занимающиеся просвещением среди лиц одного круга; все из них употребляют либо употребляли наркотики. “Мы выбираем тех, кого уважают, тех, кто живет в районах, куда не имеют доступа наши работники, – говорит Уикет. – Они приходят в проект “Корсанг”, занимаются работой “аутрич”, распространяя новые и собирая грязные шприцы. Они проводят просвещение среди таких же, как они”.

“Корсанг” означает ремонтировать или перестраивать, и это именно то, что мы делаем для потребителей наркотиков в Пномпене. Как и услуги для снижения вреда и медицинская помощь, этот проект предоставляет продукты питания и кров, а также является безопасным прибежищем для потребителей наркотиков. “Большинство ребят – это потребители инъекционных наркотиков, живущие на улице, и им некуда пойти, – говорит Уикет. – Им тяжело, им приходится всю ночь бегать от полиции, от местных гангстеров, от тех, кто требует у них денег. Им нечего есть, им негде отдохнуть; таким образом, проект “Корсанг” оказывается для них безопасным прибежищем, где они могут отдохнуть, поесть, поспать, поговорить с такими же, как они, и получить медицинскую помощь, в которой они нуждаются”.

Основную проблему для проекта представляют отношения со стороны обычных камбоджийцев. Разгневанные соседи шесть раз выгоняли их из занимаемого ими помещения. “Они не хотят, чтобы у них под боком были наркоманы, – говорит Бредшоу. – Как только мы въезжаем в здание и начинаем устраиваться, нас тут же выгоняют. Соседи пишут жалобы ... и это огромная проблема для проекта “Корсанг”. Это дискриминация в отношении потребителей наркотиков”.

“То, через что приходится пройти потребителям наркотиков, их абсолютно убивает, – говорит Бредшоу. – Дискриминация, криминализация, репрессии ... Их избивают, вешают, морят голодом, им отказывают в лечении, но они не преступники, они потребители наркотиков, у них хроническое заболевание, они нуждаются в лечении. Но это, как если бы их подвергли двойной стигматизации ... им нужны права человека”.

Бредшоу стремится продолжать эту работу, потому что она сама была потребителем наркотиков. Она начала употреблять наркотики в возрасте 12 лет, а когда ей было за двадцать, она начала употреблять инъекционный героин. Она прошла через десяток программ детоксикации, но ничего не помогало, пока она не столкнулась с перспективой провести 22 года в тюрьме. Она остановилась и вскоре начала оказывать услуги другим людям. Она чувствовала, что ей надо вернуть то, что она взяла. “Это все, что я знаю – что такое употреблять наркотики, проходить лечение, находиться в тюрьме, работать с потребителям наркотиков”.

“Я не считаю, что я сама это выбрала, я думаю, это было выбрано за меня, – говорит она. – Именно поэтому я все еще жива, чтобы служить людям – это то, что я хочу делать в своей жизни. Я хочу делать это, пока не упаду”.

Безопасность запасов крови: нынешнее положение

Эффективный скрининг донорской крови на ВИЧ перед переливанием представляет собой экономически очень эффективную стратегию профилактики передачи ВИЧ. Риск передачи ВИЧ через кровь превышает 90%, поскольку пациенту могут перелить с кровью большое количество вируса (Dopagan et al., 1994). Согласно страновым данным по показателям ССГАООН, изложенным в *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, 91 страна указала на то, что там были предприняты шаги для обеспечения скрининга на ВИЧ всей донорской крови и что все процедуры скрининга проводятся с обеспечением качества. В то же время 34 страны не проводят скрининга всей донорской крови на ВИЧ в соответствии с минимальными стандартами качества и 67 стран не представили информацию по этому показателю (показатель 3 ССГАООН).

В настоящее время более одного миллиона единиц крови все еще не проверяется на ВИЧ в соответствии с минимальными стандартами качества. Сейчас, 20 лет спустя после появления чувствительных систем скрининга, отсутствие проверки всей донорской крови на ВИЧ в соответствии с минимальными стандартами качества вызывает серьезную озабоченность. Кроме того, необходимы дополнительные усилия для уменьшения случаев необязательного переливания крови.

Опыт работы в различных регионах продемонстрировал реальную возможность расширения масштабов программ снижения вреда, даже в условиях сопротивления со стороны властей (Врачи за права человека, 2007). Общие характеристики программ с высоким уровнем охвата, нацеленных на потребителей инъекционных наркотиков, включают вовлечение общественных организаций, работу с правоприменительными органами для минимизации преследования таких лиц, адекватное и устойчивое финансирование, облегчение доступа для клиентов и вовлечение потребителей инъекционных наркотиков в работу консультативных органов и других структур (ЮНЭЙДС, 2006b).

В 15 странах, представивших данные о программах профилактики для потребителей инъекционных наркотиков, медианный охват профилактикой в 2007 году составлял 46% (показатель 9 ССГАООН, 2008 г.).¹⁰ Охват потребителей инъекционных наркотиков в Восточной Европе и Центральной Азии (медианный показатель 46,8%) ниже, чем в Южной и Юго-Восточной Азии (медианный показатель 61,5%). Важной проблемой расширения доступа к программам снижения вреда является обеспечение гендерного равенства, поскольку большинство таких программ рассчитано в основном на мужчин (Международная программа развития услуг для снижения вреда, 2007; Hankins, 2008).

Слабая поддержка программ снижения вреда со стороны властей во многих странах, наличие

законов, запрещающих ключевые компоненты снижения вреда, и труднопреодолимых нормативных положений (напр., строгие ограничения на ввоз препаратов для заместительного лечения от наркотической зависимости) часто затрудняют реализацию инициатив для снижения вреда в целом, не говоря уже о расширении масштабов таких программ (Fiellin, Green & Heimer, 2007). Неправительственные респонденты в 40% стран указали на существование законов, положений или политики, которые препятствуют эффективному оказанию услуг по профилактике ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков (данные по НКПП, полученные из стран в 2008 году). Заместительное лечение метадонотом имеется лишь в 52 странах, а бупренорфином лишь в 32 странах. В Восточной Европе и Центральной Азии, где употребление инъекционных наркотиков представляет основной путь передачи ВИЧ, такое лечение в основном отсутствует (TRC, 2008).

В последние годы были отмечены важные, хотя и не везде одинаковые, достижения на пути предоставления доступа к программам снижения вреда в различных условиях. Например, в Китае основные компоненты снижения вреда были расширены: по состоянию на октябрь 2007 более 88 000 человек были охвачены программами заместительного лечения метадонотом и почти 50 000 потребителей инъекционных наркотиков получали услуги по обмену шприцев. В 2008 году во Вьетнаме начи-

¹⁰ Что касается потребителей инъекционных наркотиков, показатель 9 ССГАООН включает вопросы: знают ли они, где можно пройти тест на ВИЧ, получали ли они презервативы в последние 12 месяцев, получали ли они стерильные иглы и шприцы (напр., через работников, занимающихся работой "аутрич", просвещением среди лиц одного круга или проект по обмену игл и шприцев).

нается реализация первого пилотного проекта заместительного лечения метадонот (Oanh, 2007); за первые 10 месяцев 2007 года программы снижения вреда распространили 15 миллионов презервативов и 7,5 миллиона игл и шприцев. В 2006 году Болгария, Латвия, Литва, Финляндия и Эстония создали региональную сеть для расширения и координации услуг по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков – Европейская комиссия обеспечила финансирование до 2009 года. В отличие от этого, в Таиланде данные, представленные недавно организациями гражданского общества, указывают на незначительное расширение программ снижения вреда, несмотря на широкие заявления национального правительства в 2004 году о расширении доступа к профилактике для потребителей наркотиков (Группа за активные действия для лечения при СПИДе в Таиланде и “Хьюман райтс уотч”, 2007).

Агрессивная политика по борьбе с наркотиками зачастую запрещает использование программ снижения вреда, подчеркивая потребность в межведомственном сотрудничестве и повышении уровня понимания правоприменительными органами, с тем чтобы избежать применения подходов, которые могут препятствовать участию в программах профилактики. Например, в большинстве стран Восточной Европы и Центральной Азии полиция иногда арестовывает за хранение очень малого количества наркотиков, что настораживает потребителей инъекционных наркотиков и мешает им участвовать в проектах по обмену шприцев (Nashkoev & Sergeyev, 2007). Согласно официальным данным, представленным Грузией в ЮНЭЙДС по показателям ССГАООН, национальная политика по борьбе с наркотиками препятствовала осуществлению мер, предусматривающих даже минимальный доступ к услугам по детоксикации и реабилитации потреби-

Целевая профилактика ВИЧ среди людей, живущих с ВИЧ

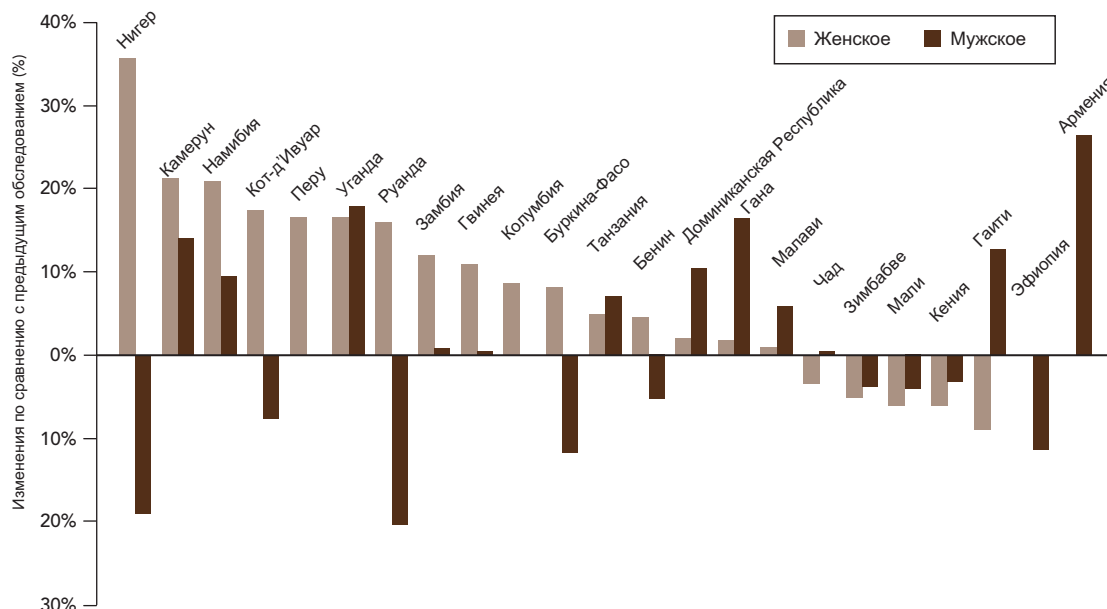
В течение всего периода развития эпидемии программы профилактики в основном были нацелены на снижение риска среди людей, имеющих отрицательный ВИЧ-статус или не знающих своего статуса. После появления комбинированной антиретровирусной терапии, которая значительно продлевает жизнь и улучшает качество жизни людей, живущих с ВИЧ, начались активные призывы к усилению услуг по профилактике для людей, живущих с ВИЧ (Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ, 2004). Было проведено относительно малое число исследований для изучения эффективности программ профилактики, направленных конкретно на людей, живущих с ВИЧ, в то же время программы, нацеленные на удовлетворение потребностей ВИЧ-положительных, помогают уменьшить распространенность рискованного поведения (Crepaz et al., 2006).

На момент направления настоящего доклада в печать ВОЗ завершала разработку руководства по профилактике ВИЧ и другим важнейшим мерам вмешательства для взрослых и подростков, живущих с ВИЧ в условиях ограниченных ресурсов. Руководящий документ ВОЗ предусматривает предоставление консультирования и другой помощи для снижения риска в рамках единого пакета мер, включающего лечение, уход и поддержку для людей, живущих с ВИЧ. Программы снижения риска – это только один из многих компонентов, касающихся поведения, в рамках комплексных мер профилактики ВИЧ и ухода за людьми, живущими с ВИЧ, включая стратегии, направленные на более точное выполнение схем лечения и смягчение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Психосоциальные услуги, оказываемые для пропаганды безопасного поведения среди ВИЧ-позитивных людей, должны учитывать различия в культуре, гендере, возрасте и уязвимости. Важнейшее значение при разработке и оказании таких услуг имеет активное вовлечение людей, живущих с ВИЧ.

В 2008 году Комиссия по СПИДу Швейцарии, после проведения анализа результатов четырех исследований, пришла к выводу о том, что ВИЧ-позитивные люди с уровнем вирусной нагрузки ниже уровня обнаружения после прохождения курса антиретровирусной терапии не рискуют передать ВИЧ своим половым партнерам (Vernazza et al., 2008). В ответ ЮНЭЙДС и ВОЗ подчеркнули, что комплексные меры профилактики ВИЧ среди людей, живущих с ВИЧ, по-прежнему имеют большое значение. ЮНЭЙДС и ВОЗ отмечают, что риск передачи ВИЧ у людей с уровнем вирусной нагрузки ниже уровня обнаружения ниже, однако подчеркивают, что ни одно из проведенных исследований пока что не исключает риска передачи ВИЧ.

РИСУНОК 4.11

Процентное изменение в практике пользования презервативами во время последнего полового контакта среди лиц, у которых было более одного партнера в последние 12 месяцев, с разбивкой по полу



Источник: MEASURE DHS 2008.

телей наркотиков. В Таиланде, как утверждается, убийство без суда и следствия и сопутствующее насилие, приведшие в 2003 году к смерти более 2000 лиц, подозреваемых в распространении или употреблении наркотиков, продолжает будоражить все общество. Согласно данным, представленным организациями гражданского общества, потребители инъекционных наркотиков боятся обращаться за услугами для снижения вреда и другими медицинскими услугами (Группа за активные действия для лечения при СПИДе в Таиланде и “Хьюман райтс уотч”, 2007).

Профилактика ВИЧ среди половых партнеров

Исторически строгая оценка программ профилактики ВИЧ проводилась в основном среди отдельных лиц, а не среди пар. Это упущение имеет потенциальное значение, поскольку, по международным обследованиям сексуального поведения среди молодых людей, половые партнеры оказывают ключевое воздействие на конкретную практику половых отношений, распространенную среди молодежи (Marston & King, 2006). По крайней мере два вида партнерств обуславливают необходимость усиления внимания профилактике ВИЧ – серодискордантное партнерство и параллельные

партнерские связи. Разработка специальных программ для людей, имеющих различные партнерские отношения, позволяет усилить воздействие профилактики ВИЧ по сравнению с программами, направленными только на изменение поведения отдельного человека.

Серодискордантное партнерство

Там, где уровень знаний о ВИЧ-статусе является низким, а презервативы используются редко, риск передачи ВИЧ среди серодискордантных партнеров может быть высоким, особенно когда ВИЧ-инфицированный партнер заразился недавно и не знает о своей инфекции. Среди серодискордантных гетеросексуальных пар в Уганде вероятность заражения ВИЧ неинфицированного партнера, по оценкам, составляет 8% в год (Wawer et al., 2005).

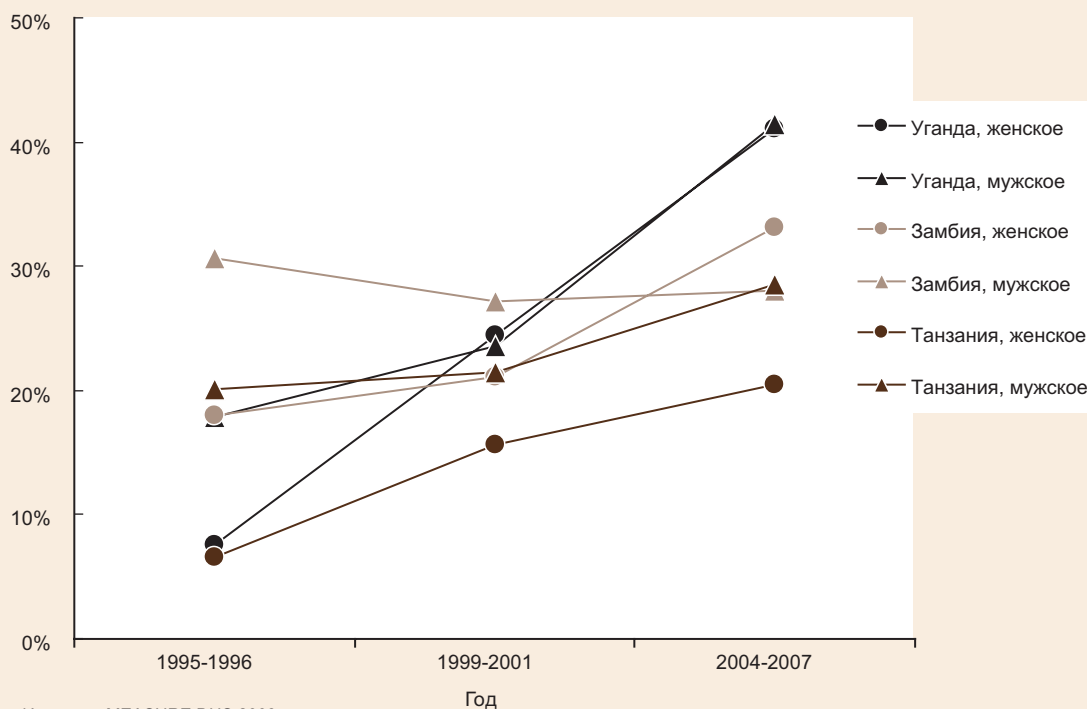
По данным обследований в области демографии и здравоохранения, проведенных в пяти африканских странах, две трети ВИЧ-инфицированных пар являются серодискордантными (de Walque, 2007). Аналогичным образом обследования в Восточной Африке указывают на то, что более чем у 40% ВИЧ-инфицированных, состоящих в браке, другой супруг не был инфицирован (Were et al., 2006). Обследование,

Расширение практики пользования презервативами среди людей, имеющих несколько партнеров

Практика постоянного пользования презервативами среди лиц, имеющих несколько партнеров (по определению более одного партнера в последние 12 месяцев), вероятно, расширяется, особенно в районах, наиболее затронутых эпидемией. По данным самого последнего раунда обследований в области демографии и здравоохранения, в среднем 27% [2%–66%] женщин (в возрасте 15–49 лет) и 33% [7%–75%] мужчин (в возрасте 15–49 лет), которые имели более одного партнера за последний год, указали, что они пользовались презервативом во время своего последнего полового контакта. Из 21 страны, где такая информация собиралась по крайней мере дважды, расширение практики пользования презервативами среди женщин было отмечено в 16 странах, а среди мужчин в 12 странах (рисунок 4.11). Тем не менее, как показано на рисунке 4.12, расширение практики пользования презервативами нельзя считать сасо собой разумеющимся, поскольку в ряде стран практика пользования презервативами уменьшилась.

РИСУНОК 4.12

Пользование презервативом во время последнего полового контакта среди лиц, у которых было более одного партнера в последние 12 месяцев, в трех странах с высокой нагрузкой



проведенное в пяти странах Африки, показало, что в 30%–40% случаев инфицированным партнером в серодискордантной паре является женщина. Более половины обследованных ВИЧ-инфицированных женщин, состоящих в браке или в сожительстве, не были инфицированы своим нынешним партнером (de Walque, 2007). В Буркина-Фасо почти 90% сожитель-

ствующих пар указали на то, что они не пользовались презервативом во время своего последнего полового контакта (de Walque, 2007).

Предоставление серодискордантным парам более качественных услуг по профилактике и лечению, включая консультирование, доступ к мужским и женским презервативам, антиретровирусное

лечение, своевременное лечение при инфекциях, передающихся половым путем, и обрезание мужчин в медицинских целях, может помочь предупредить передачу ВИЧ. Важным отправным моментом является знание своего ВИЧ-статуса. В Африке к югу от Сахары проведение “тестирования в парах” снизило уровень передачи ВИЧ среди серодискордантных пар (Allen et al., 2003). Добровольное тестирование в парах может оказаться более эффективным, если оно дополняется консультированием клиентов. Знание ВИЧ-статуса усиливает профилактику, только если это приводит к более безопасному сексуальному поведению. В то же время опасение стигмы и остракизма приводит к тому, что многие люди оттягивают момент раскрытия статуса своему постоянному партнеру или избегают этого. Это подчеркивает важность инициатив для проведения консультирования и снижения стигмы с точки зрения своевременного раскрытия статуса между партнерами. Лечение также играет свою роль в снижении риска передачи ВИЧ среди серодискордантных партнеров, поскольку получение антиретровирусного лечения ассоциируется со снижением частоты передачи ВИЧ среди серодискордантных пар на 80% (Castilla et al., 2005).

Параллельные партнерские связи

Несмотря на ограниченность имеющихся данных, представляется, что способность параллельных партнерских связей ускорять передачу ВИЧ особенно хорошо проявляется в условиях с высоким показателем распространенности ВИЧ и/или высокой мобильностью населения (Cassels, Clark & Morris, 2008). Эти факторы широко распространены на юге Африки, где параллельные партнерские связи являются потенциальной причиной уникально высоких уровней распространения ВИЧ-инфекции в этом субрегионе (см. главу 2).

По данным национального обследования, проведенного в Южной Африке более чем среди 7000 человек (в возрасте 15–65 лет), доминирующие социальные нормы поощряют как параллельные партнерские связи, так и быструю смену половых партнеров, в то время как идея сохранения верности единственному партнеру почти не пользуется поддержкой. Важно отметить, что лишь 21% респондентов указали, что “наличие одного верного партнера” может предотвратить передачу ВИЧ и лишь 5% указали, что уменьшение числа половых

партнеров является обоснованной стратегией профилактики ВИЧ (CADRE et al., 2007).

Было проведено небольшое число исследований для изучения стратегий, направленных на изменение отношений и практики, касающихся параллельных партнерских связей. В то же время литература по вопросам профилактики ВИЧ изобилует примерами радикального изменения сексуального поведения и установления новых сексуальных норм среди населения (Auerbach, Hayes & Kandathil, 2006). Такие резкие изменения в поведении часто отмечались после проведения активных кампаний, направленных на изменение сексуальных норм и повышение уровня информированности о факторах риска в связи с ВИЧ. Усилия по профилактике, особенно в условиях гиперэндемии, должны включать стратегии на уровне сообществ для просвещения людей по вопросам риска в связи с наличием нескольких партнеров и выработки новых социальных норм, поощряющих исключение параллельных партнерских связей.

В 2006 году совещание по вопросам профилактики ВИЧ, проведенное Южноафриканским сообществом для развития, приняло рекомендации о том, что решение вопросов, касающихся наличия нескольких параллельных партнерских связей, должно быть приоритетным направлением профилактики ВИЧ в регионе. В этом регионе ускорен процесс реализации усилий для решения проблемы параллельных партнерских связей при осуществлении профилактики ВИЧ. После обзорного анализа данных формативного исследования в конце 2007 года девять стран, участвующих в региональной программе, организовали проект “Город души” (Soul City) для пропаганды здоровья и социальных перемен и рекомендовали начать региональную кампанию по профилактике ВИЧ, направленную против параллельных партнерских связей. Участники этого проекта пришли к выводу, что эта кампания должна заниматься вопросами коммуникации между детьми и родителями и между партнерами, вопросами гендерного неравенства (т.е. доминированием мужчин и возможностями женщин) и вопросами социализации и давления на сверстников.

Адаптация профилактики ВИЧ для гетеросексуальных мужчин

Оказание воздействия на сексуальное поведение мужчин имеет огромное значение для уменьшения

Включение обрезания мужчин в медицинских целях в национальные программы профилактики ВИЧ

Клинические испытания, проведенные в Кении, Уганде и Южной Африке, продемонстрировали, что обрезание мужчин в медицинских целях снижает (примерно на 60%) риск того, что женщина, живущая с ВИЧ, передаст этот вирус своему половому партнеру-мужчине (Auvert et al., 2005; Bailey et al., 2007; Gray et al., 2007). Первые результаты, указывающие на пользу обрезания с точки зрения профилактики ВИЧ, усилили спрос на эту процедуру в некоторых частях Африки (ВОЗ, 2006).

Многое остается неизвестным в отношении потенциальной роли обрезания мужчин в медицинских целях с точки зрения замедления темпов распространения новых ВИЧ-инфекций на уровне населения. Обрезание мужчин в медицинских целях дает другие преимущества в плане уменьшения распространения изъязвлений половых органов и вируса папилломы человека (ведущего к раку шейки матки), однако обрезание мужчин вряд ли будет оказывать прямое воздействие для защиты женщин от ВИЧ во время половых контактов. В настоящее время проводится оценка степени возможного повторения в повседневной жизни тех преимуществ, которые отмечены в условиях испытаний под контролем, в частности на участках, где проводились эти три испытания. Некоторые экспериментальные исследования, проведенные среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, позволили сделать предположение о защитном эффекте обрезания мужчин (см. Buchbinder et al., 2005), однако другие исследования таких результатов не показали (Millett & Peterson, 2007; Templeton & Hogben, 2007). Мужчины, участвовавшие в испытании вакцины компании “Мерк” против аденовируса, включали мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; по данным, самый низкий риск заражения ВИЧ был отмечен среди мужчин, сделавших обрезание (Robertson, 2008).

Эксперты, участвовавшие в консультации, проведенной ЮНЭЙДС и ВОЗ в марте 2007 года, определили, что результаты изучения пользы от обрезания мужчин в медицинских целях были положительными. Участники этой консультации одобрили практику обрезания мужчин как эффективную меру профилактики, отметив при этом, что ее эффект может оказаться наиболее сильным в условиях сильного распространения ВИЧ через гетеросексуальные контакты, слабого распространения практики обрезания мужчин и значительного числа лиц, которым грозит риск заражения ВИЧ (ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2007). Ряд стран проводит обрезание мужчин в виде компонента комплексной профилактики ВИЧ, получая техническую поддержку со стороны партнеров ООН и других организаций в рамках Второго рабочего плана ООН для обрезания мужчин.

С 2005 года был проведен ряд исследований с использованием моделирования, включая анализ экономической эффективности, которые позволили определить число инфекций, которые можно было бы предупредить путем расширения программ обрезания мужчин в Африке к югу от Сахары (Williams et al., 2006; Hallett et al., 2008). Эти исследования показали, что обрезание мужчин представляет экономически очень эффективный подход к профилактике новых ВИЧ-инфекций в условиях с высоким распространением ВИЧ; причем по прогнозам, экономия средств на проведение антиретровирусной терапии намного превысит затраты на программы по обрезанию мужчин (Kahn, Marseille & Auvert, 2006).

Одной из основных проблем в связи с расширением масштабов программ обрезания мужчин является обеспечение безопасности такой процедуры. Исторически обрезание в Африке зачастую проводилось вне медицинских учреждений, часто традиционными целителями. Такая процедура часто приводит к инфекциям и другим осложнениям (Schoofs, 2007). Также существует опасность передачи ВИЧ во время процедуры обрезания, если контроль за инфекцией отсутствует. Однако прямых данных об этом очень мало, а традиционная практика инициации представляет собой



возможность для передачи норм и ценностей, касающихся мужчин. Следовательно, такая практика может обеспечить важную возможность для просвещения по вопросам профилактики ВИЧ (Peltzer et al., 2007). В настоящее время осуществляются программы обучения лиц, оказывающих такие услуги, с тем чтобы обеспечить приемлемый уровень безопасности и качества процедуры обрезания мужчин (Schoofs, 2007).

Вследствие того, что обрезанные мужчины и их партнеры могут сделать ошибочный вывод о том, что эта процедура освобождает их от обязанности принимать другие меры защиты, развертывание программ обрезания мужчин должно сопровождаться усилением мер профилактики ВИЧ. В частности, широкие просветительские кампании должны подчеркивать, что обрезание обеспечивает лишь частичную защиту мужчин и что ВИЧ по-прежнему может передаваться во время половых контактов даже после обрезания. Кроме того, те, кто оказывает медицинские услуги, должны проводить всестороннее консультирование мужчин, получающих такую процедуру, а также их партнеров, рекомендуя им воздерживаться от половых контактов до полного заживления ран, полученных во время обрезания.

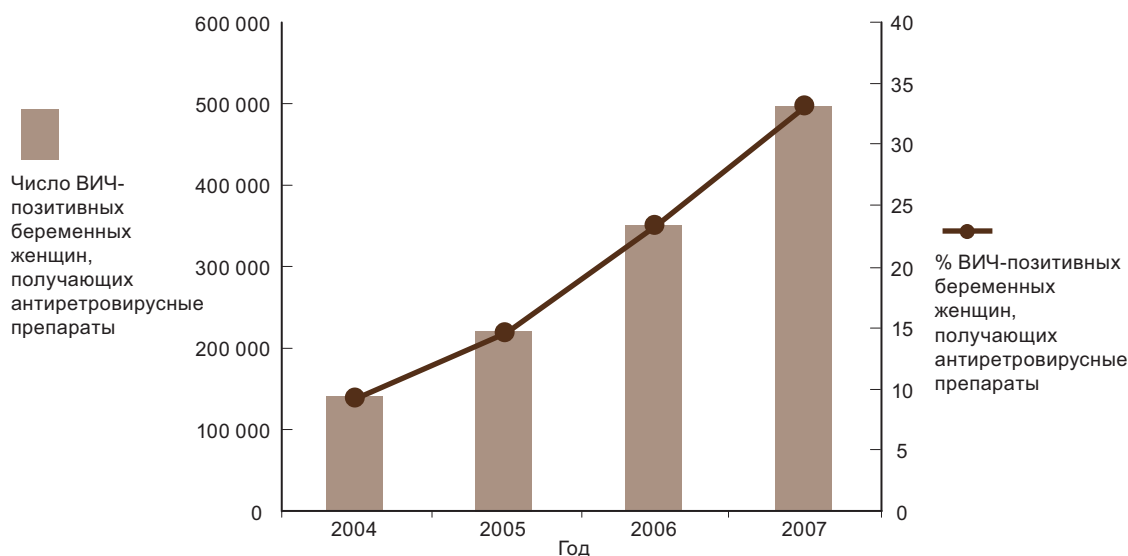
числа новых ВИЧ-инфекций. Не только потому, что на мужчин приходится половина всех ВИЧ-инфекций в мире, но и потому, что поощрение мужчин к тому, чтобы они избегали рискованного сексуального посещения, играет жизненно важную роль для предупреждения новых ВИЧ-инфекций среди женщин.

В то время как для проведения целевой профилактики ВИЧ среди мужчин, имеющих половые

контакты с мужчинами, были разработаны различные модели профилактики, лишь несколько программ профилактики ВИЧ были разработаны с учетом отношений гетеросексуальных мужчин к сексу, того, какое они получают при этом удовольствие, и социального давления, связанного с сексом. Кардинальная роль профилактики ВИЧ заключается в том, что программы должны учитывать культурные особенности целевой группы населения; однако эта максима не всегда строго учитывалась в

РИСУНОК 4.13

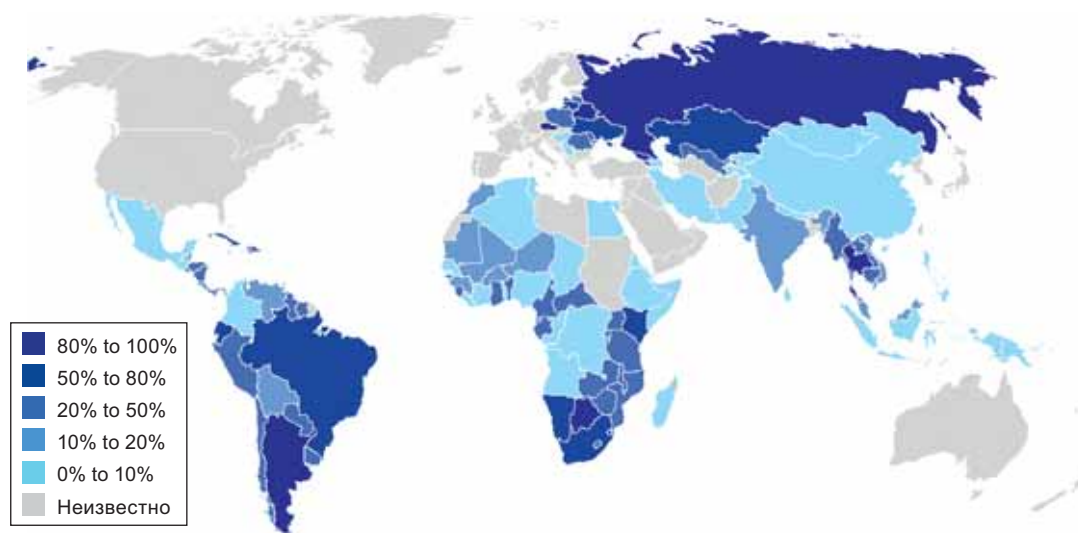
Число и процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих антиретровирусное лечение, 2004–2007 гг.



Source: UNAIDS, UNICEF & WHO, 2008; data provided by countries.

РИСУНОК 4.14

Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих антиретровирусное лечение, 2007 г.



Source: UNAIDS, UNICEF & WHO, 2008; data provided by countries.

программах, которые предположительно нацелены на изменение поведения мужчин.

Уделение большего внимания потребностям гетеросексуальных мужчин в профилактике ни в коем случае не должно предполагать ослабление усилий в отношении женщин и девочек. Напротив, эффективные программы профилактики для мужчин дополняют инициативы, направленные на расширение возможностей женщин и девочек для предупреждения передачи ВИЧ. Отсутствие возможностей для профилактики по инициативе женщин подчеркивает значение пропаганды более безопасного и ответственного сексуального поведения среди мужчин.

Усилия по профилактике ВИЧ среди гетеросексуальных мужчин должны мотивировать мужчин и женщин к тому, чтобы они более активно обсуждали вопросы секса, сексуальности, употребления наркотиков и ВИЧ. Эффективная профилактика ВИЧ также поощряет мужчин к тому, чтобы они больше заботились о себе, а также о своих партнерах и семьях. Еще в 2001 году ЮНЭЙДС представила документы с изложением 12 моделей “наилучшей практики” для программ профилактики ВИЧ среди мужчин (ЮНЭЙДС, 2001b). Однако такие проекты остаются локальными и не получили распространения (МИЦЖ и Instituto Promundo, 2007; ВОЗ и Instituto Promundo, 2007).

Программы для мужчин и мальчиков, открыто рассматривающие неравные возможности мужчин и женщин, помогают изменять гендерные нормы (см. главу 3). Во многих странах доминирующие гендерные нормы делают женщин зависимыми от мужчин и в то же время поощряют мужское поведение, которое создает риск для женщин. Например, концепции мужского поведения, которые поощряют наличие нескольких партнеров, могут оказывать значительное давление на мужчин, заставляя их вести себя определенным образом. Вследствие такой динамики усиливается риск заражения ВИЧ как для мужчин, так и для женщин.

Глобальная мобилизация для искоренения передачи ВИЧ от матери ребенку

В отсутствии мер вмешательства риск передачи ВИЧ от матери ребенку составляет около 15%–30%, если мать не кормит ребенка грудью. При длительном грудном вскармливании вероятность заражения может достигать 45% (De Cock, 2000). Своевременное назначение краткого курса антиретровирусной терапии значительно снижает риск передачи ВИЧ (Guay et al., 1999).

В настоящее время нет подтвержденных схем химиопрофилактики для снижения риска передачи ВИЧ через грудное вскармливание, хотя сейчас проводятся испытания для оценки различных экспе-

риментальных подходов. Пока не будет разработан режим профилактики, вероятно, можно сказать, что исключительно грудное вскармливание и раннее отнятие ребенка от груди помогает минимизировать риск передачи ВИЧ новорожденному в условиях, где безопасные методы кормления ребенка, альтернативные грудному вскармливанию, отсутствуют (Kuhn et al., 2007).

В странах с высоким уровнем доходов широкий охват услугами для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку позволил сохранить показатель передачи ВИЧ ниже 19. Например, в 2006 году в Западной Европе лишь 191 случай диагностирования ВИЧ среди детей был обусловлен передачей от матери ребенку (EuroHIV, 2007). Такие же результаты могут быть получены в условиях ограниченных ресурсов, о чем свидетельствует исследование, проведенное в Абиджане, Кот-д'Ивуар, продемонстрировавшее, что показатель передачи ВИЧ от матери ребенку может оставаться ниже 6%, если имеются необходимые услуги по профилактике (Tonwe-Gold, 2007). В Ботсване, где национальное правительство уделяет профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку приоритетное внимание, доля ВИЧ-инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, снизилась до 4% (Donnelly, 2007).

Правительства и неправительственные организации в 63% стран с генерализованными эпидемиями представили данные о том, что они осуществили программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в большинстве или во всех районах, где имеется такая потребность (данные по НКИП, полученные из стран в 2008 году); при этом фактический охват программами не отражает такой высокий уровень доступа. Эпидемиологические оценки говорят о том, что охват антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных беременных женщин для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в странах с низким и средним уровнем доходов повысился с 9% в 2004 году до 33% в 2007 году (рисунок 4.13). Эти данные основаны на пересмотренных эпидемиологических оценках глобальной и национальной распространенности ВИЧ (см. главу 2), результатах согласования данных между ЮНЭЙДС, ВОЗ и ЮНИСЕФ и данных, представленных странами для показателя 5 ССГАООН. Нарушение связей в рамках единого процесса профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, вероятно, способствует снижению уровня охвата.

Например, оценки говорят о том, что лишь 18% ВИЧ-позитивных беременных женщин проходят тестирование в дородовых клиниках. Однако среди женщин, прошедших тестирование, 80% имеющих положительный результат теста получали антиретровирусную терапию. Это указывает на то, что отсутствие тестирования может сдерживать усилия, направленные на повышение уровня охвата нуждающихся беременных женщин профилактикой (ЮНИСЕФ, 2007).

В последние годы ряд стран добились заметного прогресса на пути расширения охвата ВИЧ-позитивных беременных женщин. С 2004 по 2006 годы охват услугами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку увеличился с 12% до 64% [53%–80%] в Намибии, с 5% до 67% [60%–74%] в Свазиленде и с 15% до 67% [58%–81%] в Южной Африке. Как показано на рисунке 4.14, национальный прогресс в расширении услуг для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку сильно различается.

Существуют различные факторы, препятствующие расширению услуг для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Например, пакет услуг по профилактике для беременных женщин предназначен для родильных домов, в то же время уровень использования дородовых услуг сильно отличается как внутри стран, так и между странами, причем, как правило, он намного ниже в сельских районах (Say & Rain, 2007). В Папуа – Новой Гвинее, где большинство женщин рожают дома, охват услугами для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку ниже 5%. В глобальном масштабе одна шестая часть беременных женщин в странах с низким и средним уровнем доходов получает услуги до родов (ЮНИСЕФ, 2008). В 30 странах Африки с самыми низкими показателями человеческого развития большинство родов протекает без участия квалифицированного врача, исключение составляет лишь Зимбабве (ПРООН, 2007). Даже в условиях дородовых клиник, где уровень профилактики ВИЧ высокий, например в Бангкоке, исследования указывают на то, что многие женщины не пользуются такими услугами, поскольку они нерегулярно посещают дородовые клиники, боятся стигматизации или же опасаются, что их ВИЧ-статус станет известен (Teeraratkul, 2005).

По данным исследования, проведенного в Кот-д'Ивуаре и Южной Африке, рекомендуемые подходы к грудному вскармливанию применяются

нешироко (Besquet, 2005; Doherty, 2007). Кроме того, многие дети, рожденные ВИЧ-позитивными матерями, не получают должной помощи, что препятствует своевременной диагностике ВИЧ-инфекции и антиретровирусной терапии. Например, в Малави лишь 19% детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, прошли тестирование на ВИЧ в первые 12 месяцев жизни (Manzi, 2005).

В ближайшем будущем страны, доноры и другие партнеры должны использовать достигнутый прогресс для организации услуг, которые должны быть широко доступными и достаточными в странах с низким и средним уровнем доходов, с тем чтобы повторить достижения стран с высоким уровнем доходов. Такие меры позволят спасти жизни и снизить затраты на лечение в будущем.

Проведение тестирования на ВИЧ в родовых и других учреждениях по инициативе самих учреждений уже увеличивает число тех, кто получает такие услуги. В некоторых клиниках беременные женщины, которые вряд ли придут в клинику, чтобы рожать, получают дозы невирапина для них самих и их младенцев (Stripipatana, 2007). Другие клиники стремятся вовлекать мужчин-партнеров и отцов. Программы в Эфиопии и Южной Африке привлекли ВИЧ-позитивных матерей, имеющих опыт в связи с оказанием услуг для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, с тем чтобы они проводили просвещение, информирование и оказывали поддержку беременным женщинам. Исследование, проведенное недавно в ряде родильных домов в Санкт-Петербурге, Российская Федерация, показало, что проведение быстрого теста на ВИЧ в медучреждениях позволило обнаружить значительное число ранее не установленных ВИЧ-позитивных женщин и назначить антиретровирусную профилактику 98% младенцев, имеющих контакт с ВИЧ (Kissin et al., 2008).

Обеспечение долгосрочной устойчивой профилактики ВИЧ

Одной из больших практических проблем в области профилактики ВИЧ является обеспечение долгосрочной устойчивости положительных перемен в сексуальном поведении и поведении в связи с употреблением наркотиков. Профилактика ВИЧ не является разовой мерой вмешательства, обеспечивающей пожизненный иммунитет к инфекции. Скорее снижение вреда – это то,

чем надо заниматься всю жизнь и что требует поддержки, усиления и самоконтроля.

Последние исследования говорят о том, что, в то время как отдельные люди часто серьезным образом снижают уровень рискованного сексуального поведения в течение первого года после применения интенсивных и постоянных меры вмешательства, осуществляемых индивидуально или в небольших группах, им часто не удается обеспечить устойчивость безопасного поведения в течение более длительного срока. Например, испытания, проводимые в течение 10 недель среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, для проверки эффективности консультирования, показали, что эта мера вмешательства обеспечивала значительные позитивные краткосрочные перемены в поведении и снижала уровень инфицирования ВИЧ. Однако уже через три года эти субъекты мало чем отличались от субъектов контрольной группы с точки зрения инфицирования ВИЧ, что позволяет предположить, что первоначальное позитивное воздействие не было устойчивым (Coates et al., 2008).

Такая же картина наблюдается в других условиях, не связанных с проведением испытаний, где сохранение первоначальных национальных успехов в профилактике ВИЧ в долгосрочной перспективе оказывается трудным делом. В Уганде, африканской стране, которая добилась большого успеха в снижении распространенности ВИЧ, обследования документально подтвердили рост рискованного сексуального поведения в последние годы (ЮНЭЙДС, 2007b). Точно так же в ряде стран с высоким уровнем доходов, где отмечалось резкое уменьшение уровня инфицирования ВИЧ в 1980-х годах после вложения больших сумм в осуществление целевых программ профилактики ВИЧ, сейчас наблюдается значительный рост рискованного сексуального поведения и числа новых ВИЧ-инфекций (EuroHIV, 2007; Osmond et al., 2007).

Причины, препятствующие устойчивости перемен в поведении, различны. Усилия по профилактике зачастую проводятся в течение короткого времени, и, если инициативы по профилактике не поддерживаются или не усиливаются, люди могут возвращаться к прежним моделям поведения. Некоторые люди, принимающие более безопасное поведение, могут чувствовать “усталость от профилактики” и в конечном итоге возвращаться к прежним моделям поведения, являющимся нормой

в их сообществе. Кроме того, изменения в окружении могут менять индивидуальное понимание риска. Например, в странах с высоким уровнем доходов возможности для улучшения лечения сделали это заболевание менее серьезным в глазах некоторых людей, что, вероятно, ведет к росту сексуального поведения, усиливающего риск контакта с ВИЧ (Suarez et al., 2001).

Как и лечение при ВИЧ, профилактика ВИЧ должна проводиться всю жизнь. Для обеспечения постоянной актуальности стратегий профилактики такие стратегии должны усиливаться и пересматриваться по мере развития эпидемии и сопутствующего изменения обстоятельств. Усилия по изучению профилактики должны быть нацелены на стратегии, направленные на то, чтобы изменения обстоятельств (напр., внедрение лечения или появление новых технологий профилактики) не подрывали более безопасного поведения.

Для достижения устойчивого успеха усилия по профилактике ВИЧ должны проводиться с необходимой интенсивностью, на высоком уровне качества и с учетом подтвержденных данных. До недавнего времени вопросы качества и интенсивности профилактики в большинстве случаев казались несколько академическими, учитывая, что охват основными важнейшими мероприятиями по профилактике ВИЧ был очень низким. Однако, как показывает настоящий доклад, эта картина начинает меняться – растет уровень охвата как инициативами, направленными на население в целом, так и программами, нацеленными на группы населения, которым грозит самый высокий риск. С повышением уровня охвата программами профилактики необходимо менять показатели, характеризующие исполнение, включая критерии качества и интенсивности.

Увеличился объем финансирования и уровень национальной политической поддержки профилактики ВИЧ, однако применение услуг по профилактике остается неоптимальным, что подчеркивает потребность в стимулировании спроса на профилактику ВИЧ. История эпидемии указывает на то, что правительственные программы или политика доноров сами по себе вряд ли могут обеспечить спрос. В различных странах, расположенных в разных регионах, для возникновения широкого спроса на профилактику ВИЧ потребовалось подлинное и длительное руководство и вовлечение эффективных сообществ

(Piot, 2008). Для расширения критических услуг по профилактике требуется постоянное внимание, а также увеличение инвестиций в стратегии социальной мобилизации. Например, в Эфиопии национальная программа по ВИЧ уделяет первостепенное внимание мобилизации общества начиная с местного уровня и выше, с тем чтобы ускорить прогресс в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

После повышения спроса на услуги по профилактике потребуются дополнительные меры для усиления местного и национального потенциала с тем, чтобы обеспечить устойчивость усилий по профилактике высокого качества в будущем. На местном уровне потребуются повышение организационного потенциала и навыков в сфере управления – а также увеличение аналитического потенциала на национальном и субнациональном уровне, – что позволит собирать и оценивать новую информацию об эпидемии и реагировать на ее появление. Такие меры обеспечат достаточный потенциал для осуществления и обеспечения устойчивости существующих стратегий профилактики, а также быстрое внедрение и расширение подходов и технологий профилактики в будущем.

По мере развития эпидемии лица, вырабатывающие политику, часто склонны выбирать краткосрочные меры профилактики, полагая, что предыдущие инвестиции обеспечили достаточное решение проблемы. Показательным является опыт Соединенных Штатов. На первой стадии эпидемии, в начале 1980-х годов, на профилактику ВИЧ тратилось 25% всех средств, выделяемых в связи с ВИЧ. К 1990 году объем расходов на профилактику снизился до 13%. К 2006 году, 25-й годовщине начала эпидемии СПИДа, лишь 4 из каждых 100 долларов, затрачиваемых правительством Соединенных Штатов в связи с ВИЧ, расходовались непосредственно на профилактику новых ВИЧ-инфекций (Фонд семьи Генри Дж. Кайзера, 2006).

Для обеспечения устойчивости профилактики ВИЧ требуется национальное руководство, признающее как экономическую эффективность, так и гуманитарную потребность инвестиций в профилактику, а также понимание устойчивой природы этой угрозы. Усилия, направленные на то, чтобы убедить политических лидеров в необходимости вложения средств в профилактику ВИЧ, снижались по причине

отсутствия естественных сторонников, выступающих за профилактику. Невключение людей, живущих с ВИЧ, и тех, кому грозит высокий риск контакта с ВИЧ, в процесс разработки и реализации программ профилактики также привело к ослаблению этих программ.

В ряде стран поиск новых технологий профилактики обеспечил значительный активизм и

организацию сообществ, отчасти по той причине, что в последние годы во всем мире в испытания средств профилактики были вовлечены десятки тысяч людей. Такая же мобилизация, хотя и в меньших масштабах, необходима для того, чтобы требовать немедленного применения уже существующих инструментов профилактики новых ВИЧ-инфекций на основе подтвержденных данных.

Факты для действий

Осуществляются ли правильные действия?

- Почти все страны (95%) имеют национальную политику для предоставления бесплатного доступа к услугам по профилактике ВИЧ.
- Большинство национальных правительств (89%) указали на то, что они включили проблему ВИЧ в учебные программы средних школ, но намного меньше стран включили просвещение по вопросам ВИЧ в учебные программы начальных школ (65%) или имеют стратегию просвещения по вопросам ВИЧ для молодых людей, не посещающих школу (64%).
- Большинство национальных правительств (92%) имеют политику или стратегию по профилактике ВИЧ для групп населения, которым грозит самый высокий риск.

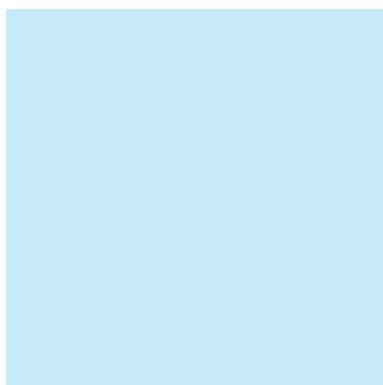
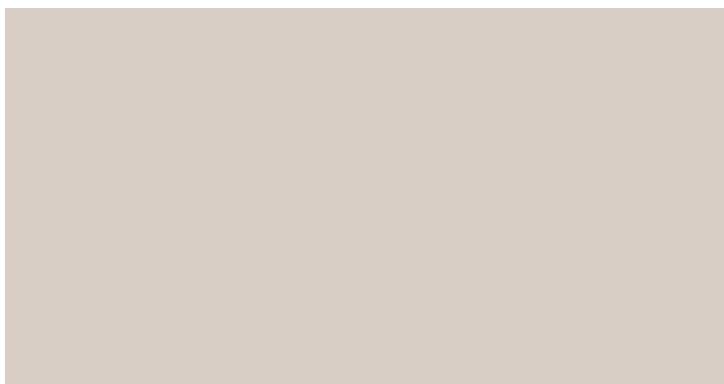
Осуществляются ли правильные действия должным образом?

- Программы профилактики ВИЧ часто не предоставляют точной и полной информации молодым людям. По данным неправительственных организаций, 28% стран имеют законы, положения или политику, которые препятствуют эффективному оказанию услуг в связи с ВИЧ для молодежи.
- По данным неправительственных организаций в 63% стран существуют законы, положения или политика, которые препятствуют эффективному оказанию услуг в связи с ВИЧ для групп населения, которым грозит самый высокий риск.

Были ли расширены такие действия в достаточной мере, чтобы изменить ситуацию?

- Данные обследований, полученные из 64 стран, указывают на то, что правильные и всесторонние знания о профилактике ВИЧ имеют 40% мужского и 36% женского населения (в возрасте 15–24 лет), что намного ниже целевого показателя 95%, установленного в *Декларации о приверженности*.
- Процент беременных женщин, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусное лечение для профилактики передачи от матери ребенку, увеличился с 9% в 2004 году до 33% в 2007 году.
- В немногочисленных странах, предоставивших данные о группах населения, которым грозит самый высокий риск, в 2007 году программами профилактики ВИЧ были охвачены 60% работников секс-бизнеса, 46% потребителей инъекционных наркотиков и 40% мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Лечение и уход: беспрецедентный прогресс,
нерешенные проблемы



Глава 5



РИСУНОК 5.1

Отдельные события в связи с лечением СПИДа



Основные положения

- Число людей, получающих антиретровирусные препараты в странах с низким и средним уровнем доходов, всего за 6 лет возросло в 10 раз и к концу 2007 года составило 3 миллиона человек.
- Быстрое расширение доступа к лечению в условиях нехватки ресурсов спасает жизни, улучшает качество жизни и способствует восстановлению домохозяйств, общин и общества в целом.
- Необходимы более интенсивные действия, чтобы обеспечить своевременное начало лечения ВИЧ для детей, шансы которых на получение антиретровирусных препаратов значительно ниже, чем у взрослых.
- Во всем мире охват антиретровирусным лечением женщин выше или равен уровню охвата мужчин.
- Группы населения, подвергающиеся наиболее высокому риску контакта с ВИЧ, такие как потребители инъекционных наркотиков, сталкиваются со значительными препятствиями на пути к получению доступа к лечению ВИЧ, зачастую в результате институционализированной дискриминации.
- Низкие уровни прохождения тестирования снижают воздействие лечения ВИЧ, поскольку лица, диагностированные на поздних стадиях заболевания, имеют менее благоприятный прогноз. Однако в ряде стран успешно применяются самые разные подходы с целью повышения знаний о ВИЧ-серостатусе.
- Несмотря на наличие доступных по цене лекарств, очень немногие люди, живущие одновременно с ВИЧ и туберкулезом, получают лечение обоих заболеваний. Эта ситуация способствует значительной заболеваемости и смертности, которых можно было бы избежать.
- Слабость систем здравоохранения замедляет расширение масштабов программ по лечению ВИЧ, что еще раз подчеркивает необходимость в более активных действиях для усиления этих систем. Расширение масштабов антиретровирусной терапии помогает добиться серьезных улучшений в инфраструктуре здравоохранения в условиях нехватки ресурсов.
- Среди мероприятий, необходимых для обеспечения устойчивости лечения ВИЧ, можно отметить внедрение более доступных по цене схем лечения второго и третьего ряда, а также достижение большого успеха в профилактике новых случаев ВИЧ-инфекции.

Решение международного сообщества принять меры для обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ является моральным обязательством поистине исторического значения. Никогда ранее мир не пытался обеспечить такое масштабное, всеобъемлющее лечение хронического заболевания для стран с ограниченными ресурсами. До начала этого десятилетия страны с низким и средним уровнем доходов были вынуждены ждать 10-20 лет – иногда больше продолжительности жизни целого поколения – прежде, чем новейшие достижения медицинских технологий становились широко доступными. Прошло немногим более десяти лет после появления комбинированной антиретровирусной терапии, и сегодня миллионы людей в странах с ограниченными ресурсами получают эти лекарства.

Глобальные обязательства сделать лечение ВИЧ доступным для стран с ограниченными ресурсами уже приносят плоды. Всего за шесть лет число людей, получающих антиретровирусные препараты в странах с низким и средним уровнем доходов, возросло более чем в 10 раз. В странах, где совсем недавно ВИЧ являлся безусловно смертельным заболеванием, появление лечения, спасающего жизнь, восстанавливает домохозяйства, возрождает целые общины и способствует активизации более широкого противодействия эпидемии (Sanders, 2008). Этим достижениям способствовали многие,

особенно сами люди, живущие с ВИЧ – именно их пропагандистская работа помогла добиться того, что когда-то считалось невозможным.

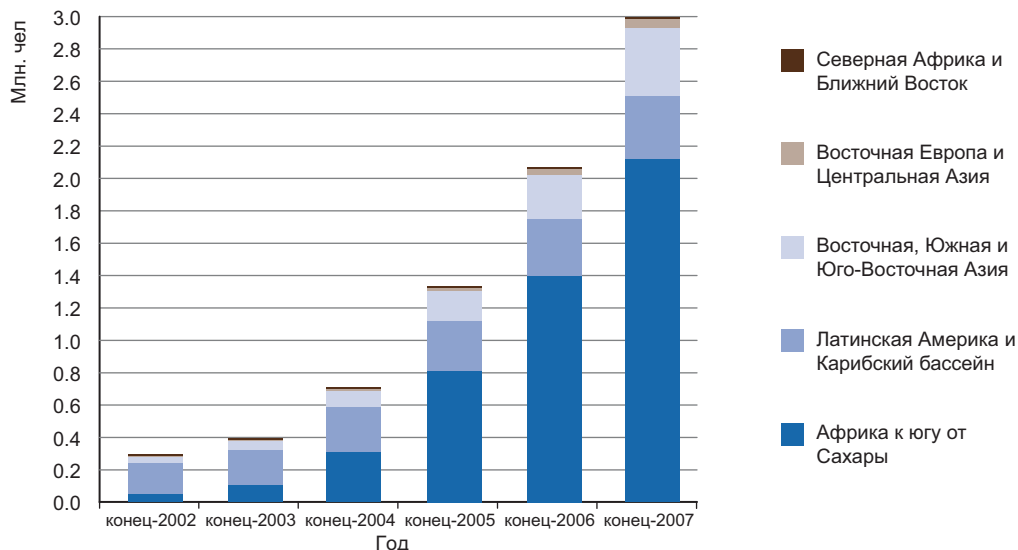
Невзирая на эти значительные достижения, необходимо добиться еще большего прогресса, чтобы продвигаться вперед по пути обеспечения всеобщего доступа к лечению и уходу в связи с ВИЧ. Число новых случаев инфекции все еще опережает число людей на антиретровирусном лечении в соотношении 2,5 к 1. Таким образом, это может подвергнуть риску долговременную устойчивость даже сегодняшних темпов расширения лечения.

Дети не пользуются важными достижениями в лечении в равной степени со взрослыми и имеют меньше шансов получить антиретровирусные препараты. Кроме того, сотни тысяч людей, одновременно инфицированных ВИЧ и туберкулезом, умирают ежегодно, не получая помощи, из-за неадекватных служб диагностики туберкулеза, недопоставки доступных лекарств тем, кто в них нуждается, и растущих уровней развития лекарственно-устойчивого туберкулеза.

В этой главе обобщаются достигнутые на сегодняшний день успехи в расширении доступа к лечению ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов. Здесь рассматриваются проблемы с обеспечением равного доступа к антиретровирусным препаратам, а также к неан-

РИСУНОК 5.2

Число людей, получавших антиретровирусные препараты в странах с низким и средним уровнем доходов, в 2002—2007 гг.



Источник: Данные предоставлены ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2008.

тиретровирусным компонентам лечения и ухода при ВИЧ, включая лечение оппортунистических инфекций и других заболеваний. И, наконец, в этой главе определяются препятствия к более быстрому и всеохватному расширению масштабов деятельности, а также обобщаются известные данные о том, как преодолевать эти препятствия.

Прогресс в снижении числа заболеваний и смертности, обусловленных ВИЧ

Воздействие антиретровирусных препаратов на лечение ВИЧ-инфекции поражает воображение, а улучшение состояния здоровья оказалось гораздо более заметным и устойчивым, чем предполагалось при появлении комбинированной антиретровирусной терапии в середине 1990-х годов. Результаты недавних исследований, проведенных в Дании, показывают, что молодой человек, которому впервые поставлен диагноз ВИЧ, может прожить при наличии лекарств еще 35 лет, а это означает, что продолжительность жизни людей с ВИЧ возросла в три раза (Lohse et al., 2007). По оценкам специалистов, немногим более чем за десять лет только в США внедрение комбинированной антиретровирусной терапии спасло три миллиона лет жизни (Walensky et al., 2006).

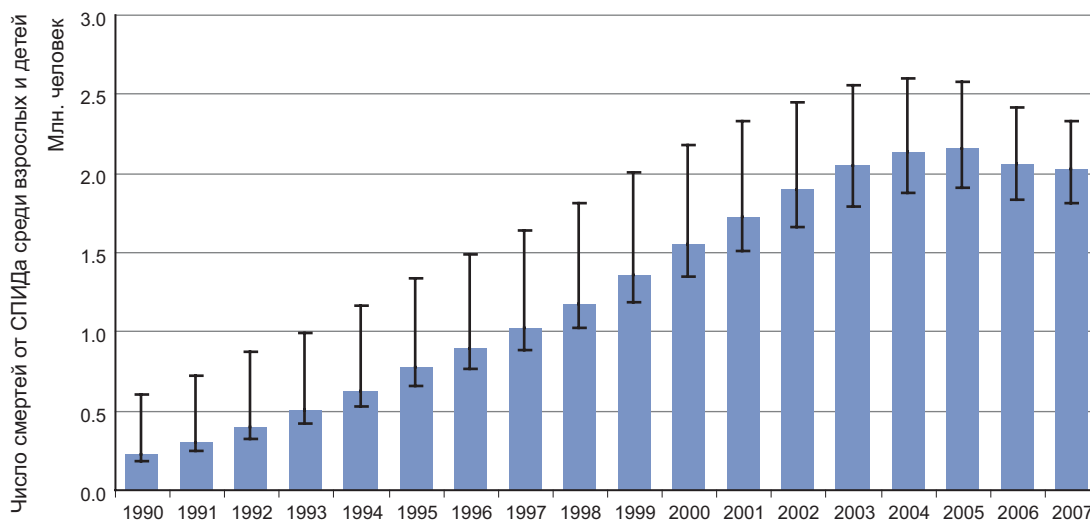
По мере того, как мы все больше узнаем о ведении антиретровирусной терапии, проводя клинические

испытания и накапливая более широкий клинический опыт, влияние этой терапии на состояние здоровья улучшается еще больше. Так, например, данные, полученные в ходе национального мониторинга лечения и ухода при ВИЧ в Соединенном Королевстве, указывают, что медианное время до неудачи лечения для пациентов, получающих схемы первого ряда, включающих один или более ингибиторов протеазы, колеблется от 4,3 до 6,5 года; однако у пациентов, которые с самого начала получали схему лечения в составе двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ) и одного ненуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы (ННИОТ), медианное время до неудачи лечения составляло 13,2 года (Beck et al., 2008a). Как отмечено в Главе 6, расширение доступа к антиретровирусным препаратам также улучшает качество жизни миллионов людей, приносит пользу домохозяйствам, общинам и обществу в целом.

Растущая доступность антиретровирусных препаратов снижает бремя смертности, обусловленной ВИЧ, в странах с низким и средним уровнем доходов, так же, как это было в странах с высоким уровнем доходов десять лет назад. В сельских районах Южной Африки в 2006 году было зарегистрировано значительное снижение смертности на фоне растущей доступности этих препаратов (Nyirenda et al., 2007). После десятилетий роста

РИСУНОК 5.3

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



Источник: Данные ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2008

┐ Этот символ означает диапазон оценок

Становясь смелее и сильнее благодаря антиретровирусным препаратам

Лилиан Мвореко – региональный координатор Международного сообщества женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, для Африки. Она работает в Уганде.



Лилиан Мвореко было 29 лет, когда ей был поставлен диагноз ВИЧ. В этот день у нее умер муж.

“Я и без того была в шоке из-за смерти мужа, поэтому мои результаты меня не особенно расстроили, – говорит она. – Однако позже, после похорон, я осознала реальность того, что я ВИЧ-позитивна. Я – молодая вдова с маленьким ребенком, и мне придется бороться, чтобы справиться со всем самой”.

Оставшись одна и не имея денег, Мвореко обращалась за помощью в группы поддержки и сети в своем родном городе в Уганде. Она начала больше узнавать о ВИЧ. Набравшись уверенности в себе, она смогла получить необходимую поддержку от своей семьи и друзей.

“Я стала смелой, я знала, что жизнь должна продолжаться”, – говорит она.

Ее смелость немало ей пригодилась, когда несколько лет спустя она и ее новый партнер решили завести общего ребенка. Она много читала и изучала, чтобы убедиться, что не передаст вирус своему еще нерожденному ребенку. К этому времени она уже получала антиретровирусное лечение, но это была не та схема, которую рекомендуют для профилактики передачи вируса от матери ребенку. “Я несколько раз обсуждала это с моими врачами, и им пришлось поменять мне препараты, провести тестирование на CD4 и вирусную нагрузку, – рассказывает она. – Я обсудила свой серостатус с моим врачом. Он меня очень поддержал. В какой-то момент я подумала, что, может быть, мне нужно сделать кесарево сечение, но потом я передумала. Меня очень поддержали... в основном потому, что я обо всем им рассказывала”.

Кроме того, Мвореко помогли другие ВИЧ-позитивные женщины, участвовавшие в программе поддержки материнства под названием “Клуб мам”. Они рассказывали о проблемах, с которыми сталкиваются, и о мерах предосторожности, необходимых для предупреждения вертикальной передачи. Эта поддержка и общение с другими женщинами оказались бесценными. Но даже при этом Мвореко ожидали потрясения, когда она принесла ребенка домой. Она решила кормить ребенка из бутылочки, чтобы быть полностью уверенной, что не передаст ВИЧ с грудным молоком. “Я думала, что программа ППМР дешевая, – говорит Мвореко, – но я не знала тогда, сколько стоит искусственное питание. Оно очень дорогое, а мой ребенок съедал четыре банки этого питания в неделю в первые недели жизни”.

Мвореко считает, что ей повезло, что она получила доступ к антиретровирусной терапии и медицинской помощи у себя на рабочем месте. “Это дало мне надежду, и сегодня я смотрю на жизнь гораздо более позитивно, чем раньше ... хотя бывали времена, когда я не была уверена в завтрашнем дне, но сегодня я смотрю на жизнь положительно и решила вернуться на учебу, чтобы пойти выше по карьерной лестнице, чтобы внести более серьезный вклад в дела своей общины”.

смертности за последние два года ежегодное число смертей от СПИДа в мире уменьшилось, отчасти в результате существенного расширения доступа к лечению ВИЧ в последние годы.

Было также обнаружено, что антиретровирусная терапия является экономически эффективным и экономным вмешательством в странах с высоким, средним и низким уровнем доходов (Harling, 2005.) Большинство исследований экономической эффективности, проведенных на сегодняшний день, рассматривали только прямые расходы. Если проанализировать и не прямые расходы, то может оказаться, что во многих странах ВААРТ способствует экономии средств, поскольку позволяет людям, живущим с ВИЧ, чувствовать себя хорошо и сохранять социальную и экономическую активность (Badri, 2006.)

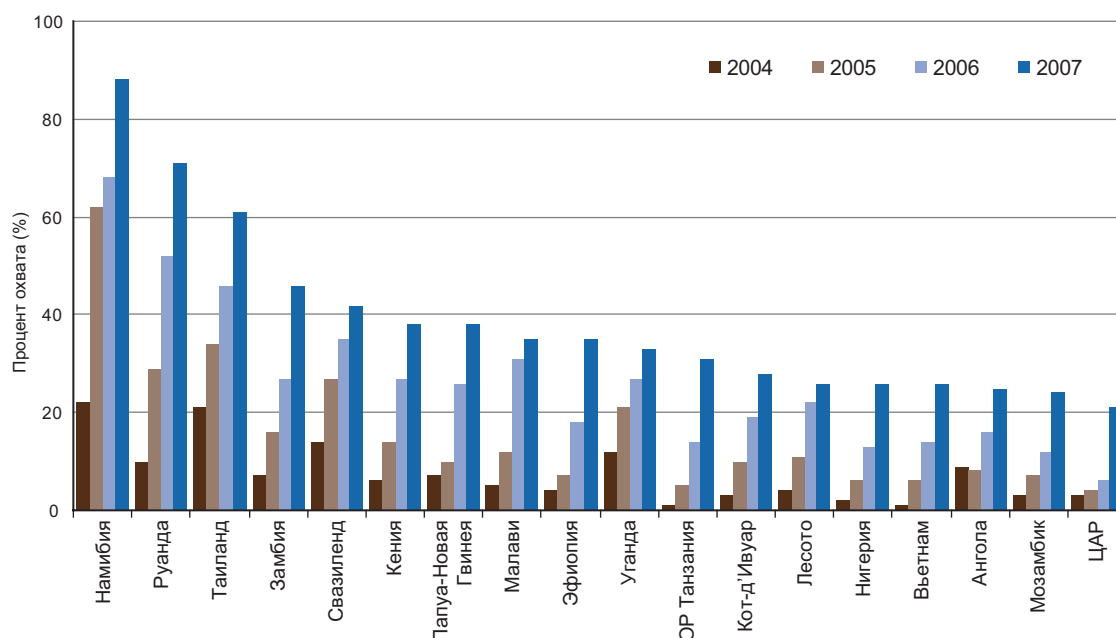
Несмотря на многообещающие признаки того, что расширенный доступ к лечению приносит результаты в странах с низким и средним уровнем доходов, показатели успеха лечения в странах с ограниченными ресурсами немного ниже, чем в странах с высокими доходами. Через 6 и 12 месяцев

после начала антиретровирусной терапии уровни смертности в странах с низким и средним уровнем доходов, как минимум, на 28% выше, чем среди пациентов в странах с высоким уровнем доходов (Сотрудничество за антиретровирусную терапию в странах с низким уровнем доходов, 2006). При измерении показателей долгосрочной выживаемости, несмотря на значительные положительные результаты применения антиретровирусной терапии в странах с низким и средним уровнем доходов, они все еще значительно меньше, чем в странах с высоким уровнем доходов (Beck, 2008b).

Этому, по-видимому, способствует целый ряд факторов, таких как более поздние клинические стадии болезни в странах с ограниченными ресурсами при начале терапии и более высокая заболеваемость сочетанными инфекциями (Beck, 2008b). В целях соблюдения глобальной справедливости, одновременно с направлением усилий на расширение масштабов доступа к антиретровирусным препаратам в странах с низким и средним уровнем доходов, необходимо также обратить внимание на причины недостаточно эффективных

РИСУНОК 5.4

Расширение охвата антиретровирусной терапией во времени в избранной группе стран с генерализованными и концентрированными эпидемиями с 2004 по 2007 гг.



Источник: Данные по ССГАООН, предоставленные странами, 2008

результатов лечения для многих пациентов в странах с ограниченными ресурсами, понять эти причины и принять необходимые меры.

Антиретровирусное лечение в странах с ограниченными ресурсами

По состоянию на декабрь 2007 года, по оценкам, антиретровирусные препараты получали 3 миллиона человек в странах с низким и средним уровнем доходов – это 31% всех нуждающихся в этих лекарствах, и на 45% больше, чем в 2006 году.

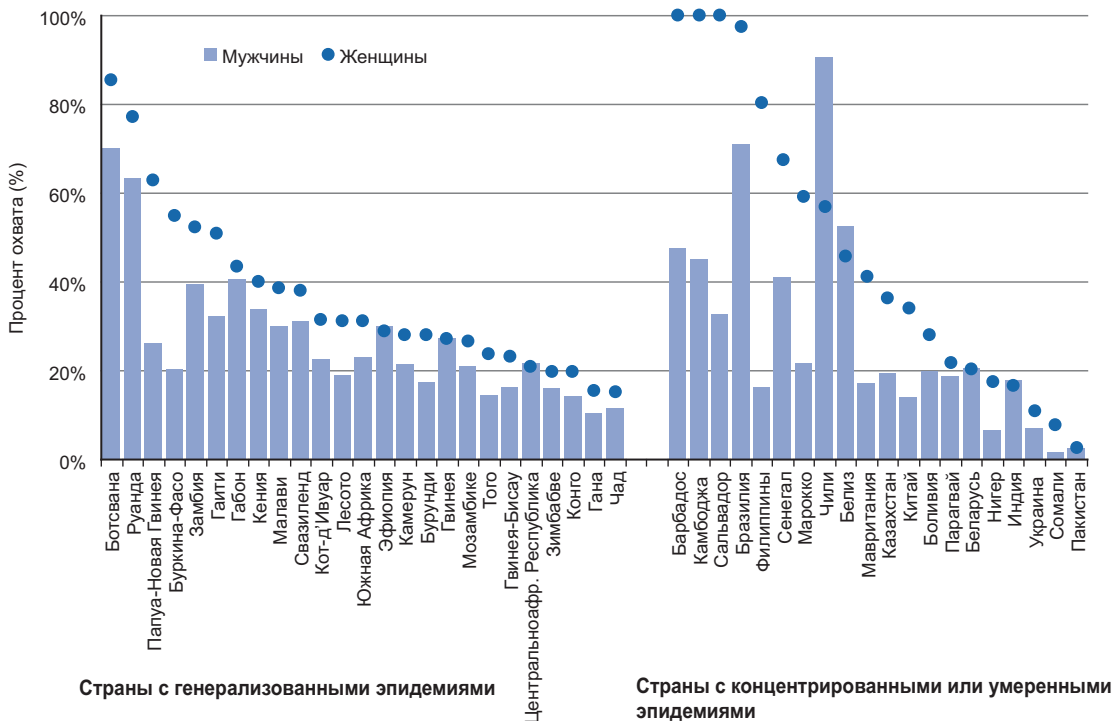
Во многих странах отмечается исключительно высокий рост охвата лечением (Рис. 5.4). Так, например, в Намибии, где охват лечением в 2003 году составлял менее 1%, уже в 2007 году 88% нуждающихся получали антиретровирусные препа-

раты. В Руанде охват антиретровирусной терапией вырос с 1% в 2003 до почти 71% в 2007 году, чему способствовало то, что число центров антиретровирусного лечения выросло в 40 раз. Охват антиретровирусной терапией в Таиланде вырос с 4% в 2003 до 61% в 2007 году (Показатель 4 по ССГАООН, 2008 г.).

На Рисунке 5.5 показан процент охвата антиретровирусной терапией мужчин и женщин в странах с генерализованными и концентрированными эпидемиями, на основе смоделированных оценок потребностей женщин и мужчин. В большинстве стран уровень охвата женщин антиретровирусной терапией выше, чем ожидалось. Такое различие по половому признаку особенно заметно в странах с генерализованными эпидемиями, что, вероятно, объясняется тем фактом, что ВИЧ-позитивные женщины имеют две возможности начать лечение –

РИСУНОК 5.5

Сравнение охвата антиретровирусной терапией мужчин и женщин в 2007 году (по странам, сообщившим данные о числе людей на лечении отдельно для обоих полов)



Источник: Данные по ССГАООН, предоставленные странами, 2008.

Примечание: Оценки охвата основаны на применении соотношения числа мужчин и числа женщин, получающих антиретровирусную терапию и конечного прогнозного значения числа всех людей, получавших антиретровирусную терапию в декабре 2007 г. Полученные оценки числа женщин и мужчин, получавших антиретровирусную терапию в декабре 2007 г., делятся на оценочное число мужчин и женщин, нуждающихся в антиретровирусном лечении соответственно.

в программах по лечению ВИЧ и программах по профилактике передачи вируса от матери ребенку. В семи странах обеспечивается равный охват женщин и мужчин, а в двух странах – Белизе и Чили – охват мужчин значительно выше, чем женщин. Необходимы дополнительные исследования для изучения причин того, почему женщины, как правило, лучше охвачены лечением, чем мужчины, и разработки более эффективных стратегий для расширения всеобщего доступа к лечению.

Антиретровирусные препараты успешно применяются в самых проблематичных местах мира. Например, в пострадавших от конфликта районах Демократической Республики Конго программа по лечению ВИЧ организации “Врачи без границ” добилась уровней приверженности к лечению, сравнимых с теми, о которых сообщают из регионов, не затронутых конфликтами.

Расширение доступа к лечению: коллективные усилия

Быстрый рост охвата антиретровирусной терапией является одной из историй успеха в новейшей истории глобального здравоохранения. Менее чем десять лет назад, даже с учетом того, что антиретровирусные препараты помогли резко снизить заболеваемость и смертность в связи с ВИЧ в странах с высоким уровнем доходов, бытовало широкое мнение, что эти лекарства, спасающие жизнь, будут оставаться слишком дорогими и, следовательно, недоступными для стран с низким уровнем доходов, наверное, в течение многих десятилетий.

В ситуации с ВИЧ для смягчения резкого неравенства в доступе к медицинским услугам, что типично для сферы здравоохранения в мире, потребовались лидерство и координация работы самых разных заинтересованных сторон на глобальном, региональном и национальном уровнях. Отозвавшись на инициативу ВОЗ/ЮНЭЙДС “3 к 5”,¹ национальные правительства обязались усилить работу по расширению доступа к лечению ВИЧ, приняв смелые цели и решительные меры для усиления национального потенциала и преодоления препятствий к расширению доступа. Гражданское общество мобилизовалось на поддержку всеобщего

доступа к лечению, а люди, живущие с ВИЧ, обеспечили очень серьезное лидерство в этой работе. На глобальном уровне в *Политической декларации по ВИЧ/СПИДу*, принятой на заседании высокого уровня по ВИЧ/СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН в 2006 году, закреплено обязательство обеспечить всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ к 2010 году – эта цель получила мощную поддержку со стороны ключевых глобальных и региональных органов, от “большой восьмерки” промышленно развитых стран до Африканского союза, от Карибского сообщества до Общего рынка.

Ведущие доноры помогли профинансировать расширение доступа к лечению. В рамках ПЕПФАР планируется охватить лечением 2,5 миллиона человек к 2012 году. По состоянию на декабрь 2007 года Глобальный фонд поддерживал поставку антиретровирусных препаратов 1,4 миллиона человек, что на 88% больше, чем в предшествующем году (Глобальный фонд, 2008). ЮНИТЭЙД – относительно новый международный механизм для приобретения препаратов за счет налогов на авиаперевозки – играет главную роль в расширении программ педиатрического лечения и услуг по профилактике передачи вируса от матери ребенку.

Многие частные компании также оказывают помощь в расширении доступа к лечению ВИЧ (Глобальная коалиция предпринимателей по ВИЧ/СПИДу, 2007). В Ботсване горнодобывающая компания “Дебсвана” сформировала официальное партнерство с правительством страны, чтобы ускорить расширение лечения, и оплачивает поставки антиретровирусных препаратов для своих ВИЧ-позитивных рабочих (ССГАООН, 2008a). Десять средних и крупных компаний входят в состав Коалиции предпринимателей Суринама против ВИЧ, которая недавно осуществила стратегический план действий в связи с ВИЧ с целью расширения участия бизнеса в противодействии ВИЧ (ССГАООН, 2008b). Однако все еще необходимы значительные дополнительные усилия для всеобъемлющего вовлечения промышленности в расширение лечения, поскольку, по данным правительственных и неправительственных источников,

¹ Инициатива “3 к 5”, начавшая действовать в декабре 2003 года, предусматривала значительное расширение масштабов антиретровирусной терапии, достаточное для того, чтобы обеспечить 3 миллиона человек антиретровирусными препаратами к концу 2005 года. Хотя цель – предоставить лечение 3 миллионам человек – была достигнута только через два года после 2005 года, определенного в качестве конечного срока, инициатива “3 к 5” стала важнейшим катализатором беспрецедентных действий по расширению доступа к лечению в странах с ограниченными ресурсами.

Антиретровирусное лечение – это на всю жизнь. Обеспечение устойчивости поставок спасающих жизнь антиретровирусных препаратов имеет критическое значение для эффективной программы лечения.



только в 9% стран с генерализованными эпидемиями предоставляются услуги по лечению ВИЧ на рабочем месте или действуют системы направления с работы на лечение ВИЧ во всех нуждающихся районах (Данные по НКИП из стран, 2008).

Многочисленные религиозные организации также играют роль в расширении доступа к лечению, предоставляя до 40% всех медицинских услуг в связи с ВИЧ в некоторых странах (ВОЗ, 2007f). Получив финансовую помощь от таких организаций, как Глобальный фонд, Церковная медицинская ассоциация Замбии предоставит антиретровирусные препараты 17 000 человек к концу 2008 года и в настоящее время обучает служителей более чем 100 церквей методам применения краткого курса лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (ДОТС). По данным недавнего обследования, программы, поддерживаемые англиканской церковью, предоставляли антиретровирусные препараты 10 000 человек в Объединенной Республике Танзания (Представительство англиканской церкви в ООН, 2007), а католические религиозные ордена поддерживали поставку препаратов более чем 90 000 человек во всем мире (Международный союз генеральных настоятелей, 2008).

Люди, живущие с ВИЧ, мобилизовались во всех странах мира, чтобы поддержать скорейшее расширение масштабов лечения и содействовать успеху

лечения. В Кении национальная сеть клубов для людей, прошедших тестирование, помогает тем, кому впервые поставлен диагноз, понять, что такое ВИЧ, и стать активными партнерами медиков в уходе за собственным здоровьем. После встречи с представителями 20 фармацевтических компаний, Ашар Ало, ведущая сеть людей, живущих с ВИЧ в Бангладеш, заключила соглашение о снижении цен на антиретровирусные препараты и о создании программы благотворительных лекарств. В Индии Южноиндийская сеть позитивных людей (СИП+) проводит занятия по повышению грамотности в отношении лечения для сотен трансгендерных лиц, живущих с ВИЧ, и работает с местными медицинскими учреждениями для преодоления стигмы и других препятствий к получению медицинских услуг представителями этой группы населения.

Внедрение и адаптация лечения ВИЧ

Процесс внедрения и расширения масштабов антиретровирусной терапии в странах с ограниченными ресурсами хорошо описан (ВОЗ, 2006a). Странам рекомендуется разработать национальные планы лечения с указанием четких целевых показателей, широко внедрять консультирование и тестирование на ВИЧ по инициативе медицинских работников, чтобы повысить обращаемость за лечением, и принимать меры по усилению нормативной системы и здравоохранения. Все страны сообщили

Исследования для улучшения вариантов лечения

Хотя с помощью существующих схем лечения антиретровирусными препаратами удалось заметно улучшить здоровье и продолжительность жизни ВИЧ-позитивных пациентов, некоторые вопросы медицинского ведения заболевания, обусловленного ВИЧ, остаются невыясненными. Продолжаются исследования для определения наиболее эффективных схем лечения для людей, которые раньше не получали терапию (Eron et al., 2006; MacArthur et al., 2006; Lazzarin et al., 2007; Delfraissy et al., 2008). До сих пор ведутся споры о том, следует ли начинать вмешательство с помощью антиретровирусных препаратов на острой стадии ВИЧ-инфекции; этому же посвящены продолжающиеся клинические исследования (Fidler et al., 2008; Экспертная группа по разработке руководящих принципов антиретровирусного лечения, 2008). Важным также является исследование с целью разработки новых лекарственных препаратов, которые являются более простыми для приема, менее токсичными и более доступными по цене.

Приоритетным направлением срочных исследований, важность которых будет только нарастать, является разработка оптимально эффективных схем лечения для лиц, переживших неудачу лечения одной или несколькими комбинациями антиретровирусных препаратов (Abgrail et al., 2006; Clotet et al., 2007). Ученые также разрабатывают новые классы антиретровирусных препаратов. Они включают такие соединения, которые подавляют возможность вируса проникнуть в клетку (Este & Telenti, 2007) или воздействуют на фермент интегразу, который участвует в репликации ВИЧ (Grinsztejn et al., 2007).

Кроме того, ведутся глубокие исследования потенциала генетического тестирования, которое со временем может позволить более тщательно подбирать схемы антиретровирусного лечения для каждого конкретного пациента. В тех медицинских учреждениях, где уже появилась эта возможность, скрининг на антигены HLA-B5701 позволяет клиницистам выявить гиперчувствительность к абакавиру и, таким образом, избежать возможного фатального токсичного воздействия этого препарата (Phillips & Malial, 2008).

о наличии политики или стратегии для содействия всеобъемлющим услугам по лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Большинство (85%) стран с генерализованными эпидемиями и 52% стран с концентрированными эпидемиями сообщили о проведении национальных оценок и составлении прогнозов о будущих потребностях и численности людей, нуждающихся в антиретровирусной терапии (Данные по НКИП из стран, 2008).

ВОЗ рекомендует странам использовать стандартные схемы согласованно закупленных комбинированных антиретровирусных препаратов в фиксированных дозах. Предпочтительные схемы лечения первого ряда включают два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ) и один ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ННИОТ). В схемах лечения второго ряда предпочтительнее использовать комбинацию из двух НИОТ (как минимум, один из которых должен быть новым) и ингибитора протеазы, усиленного ритонавиром (ВОЗ, 2006а).

Большинство национальных протоколов по лечению ВИЧ следуют рекомендациям ВОЗ в отношении схем лечения первого ряда и планового клинического мониторинга (Beck et al., 2006). Однако обследования гражданского общества в 16 странах с низким и средним уровнем доходов показали, что во многих клинических учреждениях больным назначают схемы, не соответствующие международным руководящим принципам лечения (Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2007), что еще раз подчеркивает необходимость дополнительной работы, чтобы обеспечить соблюдение национальных стандартов.

До сих пор ведутся споры о том, когда лучше начинать антиретровирусную терапию. ВОЗ рекомендует клиницистам, у которых есть возможности для проведения анализа на число CD4, начинать лечение, когда число CD4 у пациента падает до показателя ниже 350 клеток на миллилитр крови. Там, где нет возможности проводить анализ на число клеток CD4, ВОЗ рекомендует начинать

антиретровирусную терапию, когда у пациента появляются клинические признаки повышенной или сильной иммуносупрессии (ВОЗ, 2006).

Департамент медицинских и гуманитарных услуг США рекомендует начинать антиретровирусную терапию для пациентов, которые страдают от СПИД-индикаторных оппортунистических заболеваний или у которых отмечается падение числа CD4 до менее чем 350 клеток на миллилитр крови (Экспертная группа по разработке руководящих принципов антиретровирусного лечения, 2008).

Лечение и уход для детей

Не получая лечения, половина детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией умирают к двухлетнему возрасту (Newell et al., 2004; Marston et al., 2005). Большой опыт, накопленный в странах с высоким уровнем доходов, показывает, что антиретровирусные препараты могут снизить число заболеваний и смертность среди детей и подростков, живущих с ВИЧ (Patel et al., 2008). Например, в 2006 году в Западной Европе всего 10 детей, инфицированных в результате передачи вируса от матери ребенку, умерли от СПИДа (ЕвроВИЧ, 2007).

Когда в странах с ограниченными ресурсами появляется возможность лечения детей, его результаты оказываются в высшей степени эффективными. Исследования эффективности антиретровирусного лечения показали, что выживаемость в возрасте двух лет превышает 80% в разных странах, включая Кот-д'Ивуар, Гаити, Малави и Замбию (Fassinou et al., 2004; Rouet et al., 2006; Bolton-Moore et al., 2007; Bong et al., 2007; George et al., 2007). Другие исследования выявили вероятность выживания в возрасте 12 месяцев на уровне от 87% (O'Brien et al., 2006) до более чем 95% в разных странах Африки к югу

от Сахары и в Азии (Puthanakit et al., 2005; Janssens et al., 2007; Reddi et al., 2007; Arrivé et al., 2008).

Хотя в последние годы применение антиретровирусных препаратов для лечения детей в Африке к югу от Сахары возросло, только одна треть детей, живущих с ВИЧ, получают антиретровирусную терапию по сравнению со всеми взрослыми, живущими с ВИЧ (Prendergast et al., 2007).

По данным национальных правительств педиатрическое лечение ВИЧ предоставляется во всех нуждающихся районах в 44% стран с концентрированными эпидемиями и 36% стран с генерализованными эпидемиями. Источники из неправительственных организаций сообщают, что на самом деле уровень доступа к лечению еще ниже, подтверждая данные о том, что широкодоступное педиатрическое лечение предоставляется только в 31% стран с концентрированными эпидемиями и 9% стран с генерализованными эпидемиями (Данные по НКПИ из стран, 2008).

Несколько факторов ставят под угрозу доступ ВИЧ-инфицированных детей к лечению. Так, например, очень важно проводить раннюю диагностику ВИЧ у новорожденных, однако зачастую это трудно сделать. У детей, имевших контакт с ВИЧ, как правило, в первые месяцы жизни сохраняются материнские антитела к ВИЧ, даже если сами они не инфицированы; таким образом, традиционное тестирование на антитела к ВИЧ (иммуноферментный твердофазный анализ – ЭЛИЗА, или экспресс-тестирование) недостаточно надежно выявляет действительную ВИЧ-инфекцию в первые 6-18 месяцев. Таким образом, для постановки точного и своевременного диагноза требуются вирусологические анализы, включая метод поли-

Удвоение национальных усилий по обеспечению всеобщего доступа к лечению в Эфиопии

В результате первой попытки Эфиопии расширить масштабы антиретровирусной терапии в 2004–2006 годах удалось охватить 65% из намеченного числа 100 000 человек. В ноябре 2006 года правительство начало реализацию двухлетней кампании “СПИД в начале тысячелетия” с целью скорейшего расширения доступа к лечению. Кампания построена на децентрализации ответной деятельности, определении четких целевых показателей, координации планирования, всеохватных коммуникациях и более широкой интеграции лечения ВИЧ в медицинские учреждения. За первые семь месяцев кампании тестирование на ВИЧ, консультирование и другие услуги были предоставлены почти 1 миллиону человек; кроме того, более 31 000 пациентов начали получать антиретровирусную терапию (Федеральное министерство здравоохранения Эфиопии, 2007).

меразной цепной реакции (ПЦР) ДНК ВИЧ или использование сверхчувствительного теста на антиген р24. Однако доступ к таким технологиям в странах с ограниченными ресурсами зачастую ограниченный и очень неустойчивый (De Baets et al., 2005; Prendergast et al., 2007). Стоимость и сложность этих методов тестирования в последние годы снизились, что повышает возможности их использования в странах с ограниченными ресурсами (ВОЗ, 2006b). Тестирование сухого пятна крови, полученной при заборе крови из пятки новорожденного, позволяет избежать трудностей с флеботомией у новорожденных и позволяет централизацию лабораторного потенциала (ВОЗ, 2006c). Использование образцов сухих пятен крови дает потенциальную возможность значительно расширить раннюю диагностику и своевременное лечение ВИЧ у маленьких детей. По данным исследования, проведенного в Южной Африке, применение имеющихся в наличии, доступных по цене стратегий для улучшения диагностики у детей, имевших контакт с ВИЧ, может существенно повысить вероятность выживания ВИЧ-инфицированных детей (Sherman, Matsebula & Jones 2005).

Клиницисты изучают разные стратегии для повышения обращаемости за лечением детей, живущих с ВИЧ. Так, например, ведение медицинских карточек, в которые записываются данные о здоровье ребенка после участия в программе профилактики передачи инфекции от матери ребенку, позволяют медикам принять правильное решение при назначении первых прививок ребенку после рождения. Поскольку тестирование и консультирование по инициативе медицинских работников помогает в целом расширить масштабы услуг по профилактике передачи инфекции от матери ребенку и по лечению ВИЧ, этот подход сегодня применяется в тех учреждениях, где могут оказаться дети, живущие с ВИЧ, например, в педиатрических отделениях больниц в странах с высокой распространенностью.

Имеющиеся антиретровирусные препараты были изначально разработаны для взрослых; большинство стандартных комбинаций в фиксированных дозах не подходят детям. В помощь клиницистам для определения надлежащей дозировки антиретровирусных препаратов для детей ВОЗ разработала обновленные, удобные для пользователя таблицы педиатрической дозировки лекарств. В сотрудничестве с Фондом Клинтон ЮНИТЭЙД достиг

договоренности о 40% снижении цен на педиатрические антиретровирусные препараты и с декабря 2007 года оказывает поддержку для проведения диагностики и лечения ВИЧ для 102 000 детей во всем мире (ЮНИТЭЙД, 2008).

Мониторинг успеха лечения

При отсутствии возможностей измерения вирусной нагрузки в странах с ограниченными ресурсами клиницистам рекомендуется руководствоваться данными клинического или иммунологического мониторинга, или обоими наборами данных, чтобы принять решение о начале терапии, оценить успех лечения и определить момент перехода с схем первого ряда к схемам второго ряда. Поскольку антиретровирусные препараты не уничтожают вирус, а скорее помогают удержать репликацию вируса на низком уровне (см. Palmer et al., 2008), лечение должно проводиться без перерывов. Неудача антиретровирусного лечения, о которой свидетельствуют данные измерений растущей вирусной нагрузки, обычно проявляется в условиях медицинского учреждения довольно медленно, особенно сегодня, когда применяются улучшенные схемы лечения и методы клинического наблюдения за применением антиретровирусных препаратов (Phillips et al., 2007). Исследования, проведенные в Соединенном Королевстве, показывают, что почти 11% пациентов умирают в течение пяти лет из-за распространенной неудачи лечения тремя основными классами антиретровирусных препаратов (Phillips et al., 2007).

Со временем распространенность устойчивости к лекарствам для лечения ВИЧ выросла в странах с высоким уровнем доходов и в Бразилии, где антиретровирусные препараты применяются дольше, чем в любой другой стране (Weinstock et al., 2004; Barreto et al., 2006). В странах с низким и средним уровнем доходов, где антиретровирусные препараты появились совсем недавно, отмечаются менее высокие уровни лекарственной устойчивости, однако они могут вырасти по мере увеличения продолжительности жизни людей, получающих терапию.

Необходимо обеспечить высокий уровень приверженности лечению, чтобы избежать или отсрочить развитие лекарственной устойчивости, которая тесно связана с неудачей лечения (Экспертная группа по разработке руководящих принципов антиретровирусного лечения, 2008). Все больше данных

Мониторинг побочных эффектов

До половины пациентов на антиретровирусной терапии могут испытать побочные эффекты от приема лекарств (Fellay et al., 2001). Типичные побочные эффекты различаются в зависимости от схемы лечения, однако могут включать гиперчувствительность, лактацидоз, повышение уровня липидов крови, кровотечение, анемию, невропатию, липодистрофию и панкреатит (Национальные институты здравоохранения (НИЗ), 2008). Хотя большинство побочных эффектов со временем снижаются, некоторые могут угрожать жизни, что еще раз подчеркивает важность тщательного мониторинга состояния пациентов (НИЗ, 2008).

Один ведущий клиницист в сфере ВИЧ отметил: “За успех [антиретровирусных препаратов] приходится платить” (Lange, 2006). Эту цену платит человек, принимающий лекарства. Неприятные, зачастую болезненные побочные эффекты, которые потенциально могут изуродовать внешность, иногда возникающие вследствие приема лекарств, могут оказать сильное отрицательное воздействие на качество жизни и на способность или готовность человека соблюдать назначенную ему схему лечения.

Лечение побочных эффектов является существенным компонентом проведения лечения антиретровирусными препаратами. После более чем десяти лет клинического опыта применения антиретровирусных препаратов появилось больше данных об особенностях побочных эффектов разных антиретровирусных препаратов. Усовершенствования доказательной базы облегчили работу клиницистам по назначению схем лечения с большей вероятностью долгосрочного успеха лечения и изменению схем при возникновении побочных эффектов. Однако лечение побочных эффектов может оказаться более сложной задачей в странах с ограниченными ресурсами, где не всегда имеются лекарства для замены из-за ограниченного доступа к полному спектру антиретровирусных препаратов, лицензированных для использования в странах с высоким уровнем доходов.

указывают на связь перерывов в лечении – в том числе, сделанных на основе результатов измерения числа CD4 – с резким ростом числа вирусов, ухудшением клинических результатов и снижением качества жизни (Группа изучения стратегий проведения антиретровирусной терапии, 2006; Burman et al., 2008; Объединенное когортное исследование ВИЧ в Соединенном Королевстве (UK CHIC Study), 2008). Работе по формированию приверженности к лечению помогло упрощение схем антиретровирусных препаратов, произошедшее в последние годы, включая разработку препарата в дозировке для приема один раз в день (Johnson, et al., 2006; Niel Malan, 2008).

Хотя устойчивую приверженность к лечению можно обеспечить и в странах с ограниченными ресурсами, и в разных уязвимых группах (см. Mills et al., 2006), многим людям, живущим с ВИЧ, трудно соблюдать режим приема антиретровирусных препаратов. В одной из клиник Йоханнесбурга почти каждый шестой пациент, начавший лечение, прекратил

его получать через 15 месяцев (Dalal et al., 2008). Существует множество самых разных факторов, способствующих несоблюдению приверженности, в зависимости от групп населения и ситуации, в том числе, социальные и экономические факторы (например, бедность, отсутствие постоянного жилья, плохое транспортное сообщение с отдаленными лечебными центрами), а также наличие других заболеваний, не обусловленных ВИЧ (например, активная химическая зависимость или психическое заболевание) (Hicks et al., 2007; Tegger et al., 2008). Формирование сильной приверженности к лечению у детей может оказаться особенно трудной задачей из-за отсутствия необходимых педиатрических дозировок, неприятного вкуса некоторых педиатрических антиретровирусных препаратов и зависимости от ухаживающего за ребенком человека, который дает детям эти лекарства.

Хотя приверженность к антиретровирусному лечению находится в центре внимания многочисленных клинических испытаний, оптимальные

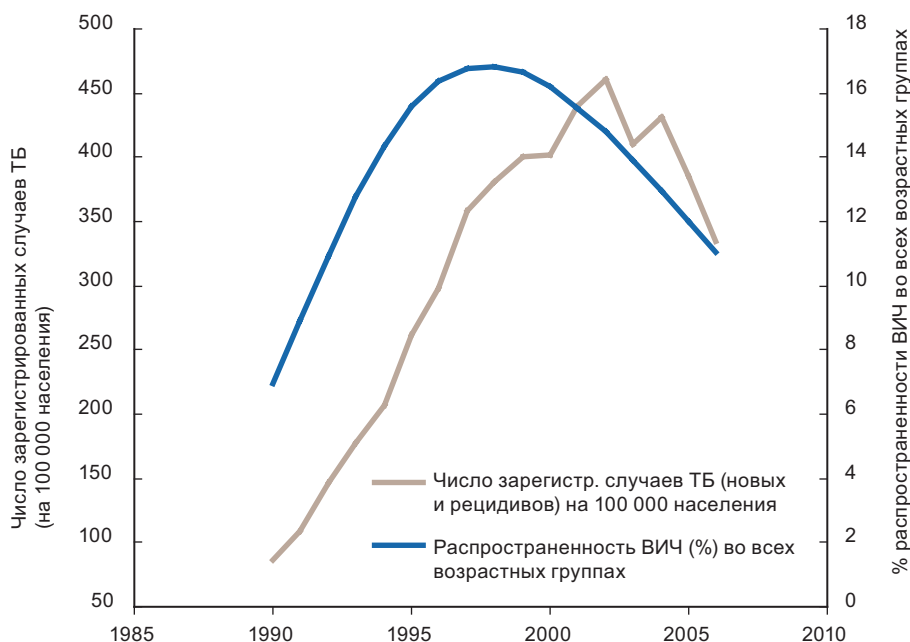
стратегии измерения и улучшения приверженности к лечению до сих пор не разработаны (Экспертная группа по разработке руководящих принципов антиретровирусного лечения, 2008). Обучение пациентов, консультирование и использование средств напоминания как стратегии поддержки приверженности к лечению дают надежды (Wang et al., 2007; Wang & Wu, 2007; Aspeling & van Wyk, 2008). В сельских регионах Уганды более 95% пациентов продемонстрировали приверженность к лечению на уровне как минимум 95% (по результатам подсчета таблеток) после проведения различных мероприятий по формированию приверженности, включая групповые занятия, личное планирование приверженности, совместный прием лекарств и еженедельную доставку лекарств на дом (Weidle et al., 2006). Программы по методу “равный-равному”, которые постоянно оказывают помощь для формирования приверженности к лечению, доказали свою эффективность; например, в индонезийской провинции Западная Ява, программа Pantura Plus Karawang обучает и поддерживает волонтеров из сельских и городских районов, которые затем помогают формировать приверженность лицам, получающим антиретровирусную терапию.

Компоненты всестороннего лечения и ухода при ВИЧ помимо антиретровирусных препаратов

Медицинское ведение ВИЧ включает в себя гораздо больше, чем лечение ВИЧ-инфекции, как таковой. Обусловленная ВИЧ иммуносупрессия повышает опасность развития широкого спектра заболеваний, подрывающих здоровье и потенциально угрожающих жизни; поэтому профилактика и лечение таких оппортунистических инфекций имеют важнейшее значение для эффективного лечения и ухода при ВИЧ. Люди, живущие с ВИЧ, также часто болеют другими болезнями, которые непосредственно не связаны с ВИЧ-инфекцией, и они могут более серьезно проявляться на фоне ВИЧ или затруднять проведение антиретровирусной терапии. Кроме того, для достижения максимального успеха лечения ВИЧ необходимо обращать внимание на питание, психическое здоровье, социально-экономические факторы, такие как доступ к транспорту. Только убедившись, что люди, живущие с ВИЧ, активно участвуют в медицинском уходе за собственным здоровьем, врачи-клиницисты смогут обеспечить быстрое и эффективное лечение от

РИСУНОК 5.6

Взаимосвязь между числом зарегистрированных случаев туберкулеза и распространенностью ВИЧ в Зимбабве, 1900-2005 гг.



Источник: Доклад ВОЗ – Глобальная борьба с туберкулезом, 2008 (ВОЗ, 2008а); ЮНЭЙДС: оценки распространенности ВИЧ.

целого ряда других заболеваний, к которым потенциально уязвимы ВИЧ-позитивные люди.

Туберкулез

В то время как мир совершенно справедливо уделяет чрезвычайное внимание расширению масштабов антиретровирусной терапии, гораздо меньше внимания уделяется мероприятиям, которые могли бы привести к сравнимым уровням снижения заболеваемости и смертности в связи с ВИЧ – речь идет о своевременной профилактике, диагностике и лечении туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ.

Туберкулез остается самым распространенным оппортунистическим заболеванием среди людей, живущих с ВИЧ, включая тех, кто получает антиретровирусную терапию, и главной причиной смертности среди людей, живущих с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов (Egger, 2007). Взаимодополняющая связь между ВИЧ и туберкулезом проиллюстрирована на Рис. 5.6, где на примере Зимбабве показано, как снижение распространенности ВИЧ привело к последующему снижению числа случаев туберкулеза. В результате взаимодополняющего

воздействия ВИЧ и туберкулеза Африка сегодня переживает, по мнению экспертов, самую тяжелую эпидемию туберкулеза со времени изобретения антибиотиков (Chaisson, 2008).

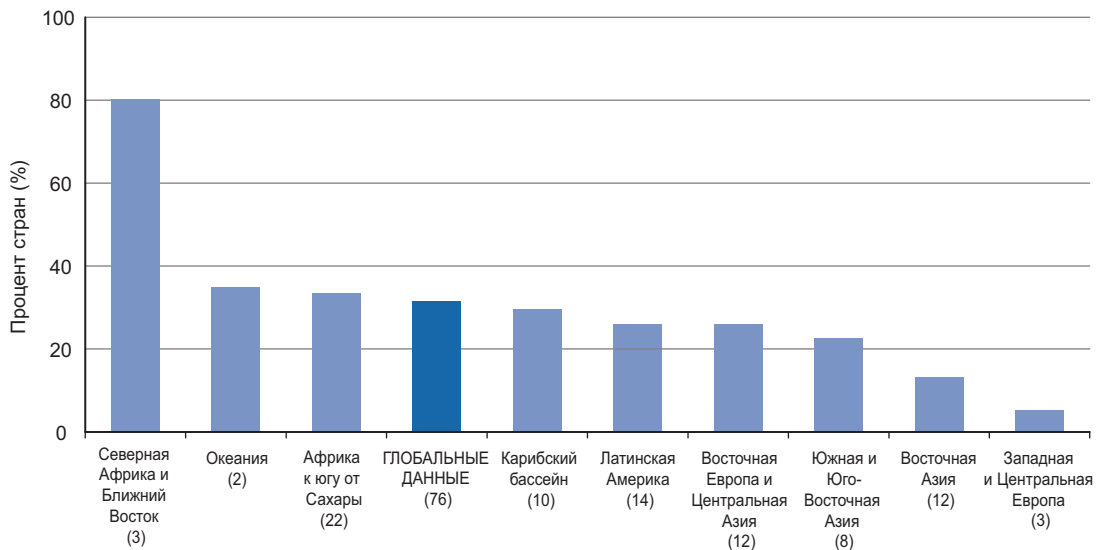
По оценкам, 22% случаев туберкулеза в Африке происходит среди людей, живущих с ВИЧ; в некоторых странах региона этот показатель достигает 70% (ВОЗ, 2008а). До половины детей, живущих с ВИЧ, в Южной Африке коинфицированы туберкулезом (Prendergast et al., 2007). Хотя заболеваемость туберкулезом в мире в последние годы снизилась, число случаев заболевания продолжает расти в регионах, сильно затронутых ВИЧ или лекарственно-устойчивым туберкулезом, таких как Африка и Восточная Европа (ВОЗ, 2008а).

Диагностика и лечение активного туберкулеза.

Туберкулез особенно сложно диагностировать у людей, живущих с ВИЧ, как с помощью микроскопического анализа мокроты, так и по клиническим показателям (Hopewell et al., 2006; Chaisson & Martinson, 2008). Более чувствительные средства диагностики могли бы снизить смертность от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 20% (Dowdy et al., 2006), однако эти технологии редко

РИСУНОК 5.7

Процент заболеваемости туберкулезом среди людей, живущих с ВИЧ, получающих одновременно антиретровирусные и противотуберкулезные препараты, 2007



(Число стран, приславших отчеты)

Примечание: нет данных по Северной Америке

Источник: Данные по ССГАООН, предоставленные странами, 2008.

РИСУНОК 5.8

Неудовлетворенные потребности в одновременном лечении туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ, по регионам, 2007 г.



(Число стран, приславших отчеты)

Примечание: Нет данных по Северной Америке

Источник: Данные по ССГАООН, предоставленные странами, 2008.

имеются в наличии в странах с ограниченными ресурсами (Chaisson & Martinson, 2008).

При лечении туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ, применяются те же базовые подходы, что и для пациентов, не инфицированных ВИЧ. Однако, несмотря на существование доступных по цене, широко распространенных методов лечения туберкулеза, всего 32% больных одновременно туберкулезом и ВИЧ получали и антиретровирусные, и противотуберкулезные препараты (ССГАООН 2008). Согласно данным измерения числа больных, нуждающихся в таком одновременном лечении, самые высокие неудовлетворенные потребности в одновременном лечении ВИЧ и туберкулеза существуют в Африке к югу от Сахары (Рисунок 5.7). По сравнению с больными туберкулезом, не инфицированными ВИЧ, шансы на успех лечения больных туберкулезом, живущих с ВИЧ, ниже, в первую очередь, из-за повышенного риска смертельного исхода (ССГАООН, 2008; ВОЗ, 2008a).

ВИЧ-позитивным пациентам рекомендуется планово принимать котримоксазол – это может

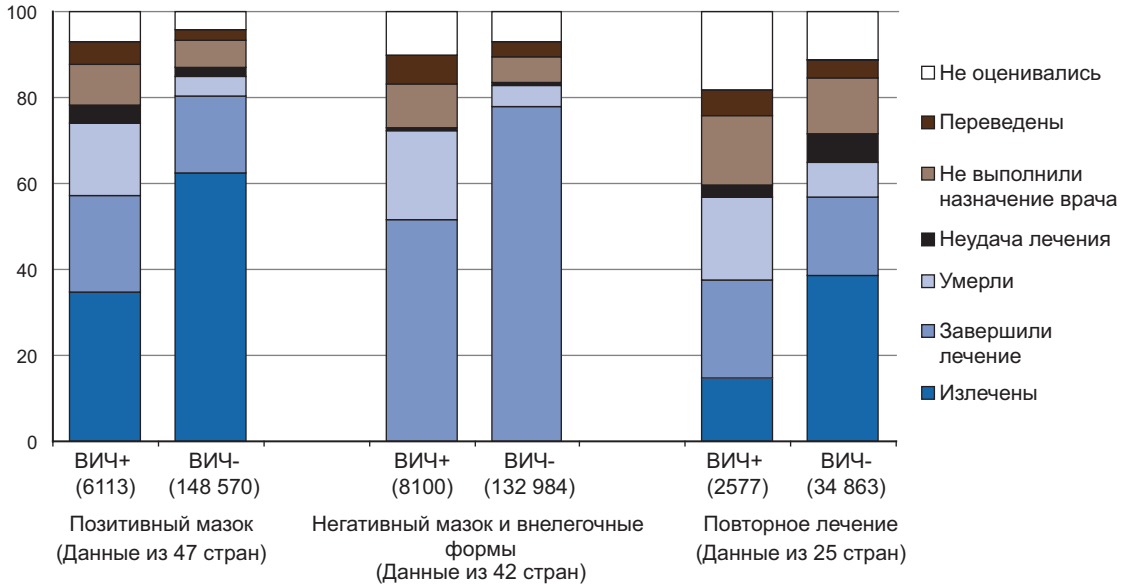
привести к 40% снижению смертности (ВОЗ, 2007b). В 2006 году 78% ВИЧ-позитивных больных туберкулезом получали профилактику котримоксазолом (ВОЗ, 2008a).

Потенциальное взаимодействие лекарств, так же, как и трудности с соблюдением многочисленных схем лечения, могут усложнить одновременное лечение туберкулеза и ВИЧ (Hopewell et al., 2006). В 2007 году ВОЗ выпустила новый модуль по одновременному лечению туберкулеза и ВИЧ в рамках своей инициативы “Интегрированное ведение болезней подростков и взрослых” (ВОЗ, 2007b). Необходимо проводить тщательное, постоянное обучение в помощь пациентам, получающим лечение от ВИЧ и туберкулеза, о том, как правильно принимать такое большое количество таблеток и как выполнять назначения о смене препаратов, необходимой в соответствии со стандартными схемами совместного лечения.

Независимо от ВИЧ-статуса тщательная приверженность к схемам лечения туберкулеза необходима, чтобы избежать развития лекарственной устойчивости, которая приводит к неудаче лечения и может

РИСУНОК 5.9

Результаты лечения ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных больных туберкулезом, когортное исследование 2005 г.



Примечание: Цифры под столбиками обозначают число пациентов, включенных в когортное исследование.

быть передана другим людям. Как показывает опыт, у людей, живущих с ВИЧ, вероятность развития туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) в два раза выше, чем у людей, не инфицированных ВИЧ (ВОЗ, 2008с). В сельском районе провинции Квазулу-Наталь в Южной Африке произошла вспышка туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), то есть, туберкулеза, резистентного к противотуберкулезным препаратам как первого, так и второго ряда, которая привела к очень высокой смертности среди людей, живущих с ВИЧ (Gandhi et al., 2006).

Профилактика активного туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ. Среди людей, живущих с ВИЧ, рекомендуется регулярно проводить скрининг на активный туберкулез. При отсутствии признаков активного заболевания можно провести лечение латентной формы туберкулеза, назначив пациентам 6 – 9-месячный курс профилактической терапии (ВОЗ, 2004). По данным национальных правительств, только в 42% стран с генерализованными эпидемиями проводится плановый скрининг ВИЧ-позитивных пациентов на туберкулез, и только 27% стран осуществляют профилактическую терапию туберкулеза в нуждающихся районах для людей, живущих с ВИЧ; по данным из неправи-

тельственных источников, обе эти услуги широко предоставляются только в 24% стран с генерализованными эпидемиями (Данные по НКП из стран, 2008). В ходе обследования, проведенного ВОЗ в 41 стране с бременем ВИЧ и туберкулеза от умеренного до высокого уровня, было обнаружено, что хотя в 51% стран имеется национальная политика проведения профилактической терапии туберкулеза для ВИЧ-позитивных лиц с латентной формой туберкулеза, только 15% стран осуществляли эту политику на национальном уровне (Vittoria, 2008). Во всем мире всего 27 000 ВИЧ-позитивных людей в странах с низким и средним уровнем доходов начали получать профилактическое лечение изониазидом в 2006 году, и почти все они жили в одной стране – Ботсване (ВОЗ, 2008а).

Профилактика дальнейшей передачи инфекции. Медицинские учреждения являются тем местом, где существует потенциальная возможность широкой передачи туберкулеза, и что особенно беспокоит – туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью – людям, живущим с ВИЧ. Математическое моделирование показывает, что применение имеющихся методов контроля инфекции в медицинских учреждениях могло бы предотвратить почти половину случаев ШЛУ-ТБ в Южной Африке (Basu et

al., 2007). По данным национальных отчетов, более 60% стран с генерализованными эпидемиями еще только предстоит внедрить надлежащие процедуры контроля над инфекцией, чтобы предотвратить передачу туберкулеза в местах с высокой распространенностью, таких как клиники по лечению ВИЧ (Данные по НКП из стран, 2008).

Системные трудности при решении проблемы коинфекции ВИЧ и туберкулезом. Способности стран реагировать на объединенную угрозу коинфекции ВИЧ и туберкулеза мешает сочетание различных видов институциональной слабости. В частности, работу по снижению обусловленных туберкулезом заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ, подрывает отсутствие интегрированных услуг в связи с ВИЧ и туберкулезом на национальном и субнациональном уровнях, что приводит к потере возможностей оказывать оптимальные услуги по профилактике, диагностике и лечению.

Хотя финансирование борьбы с туберкулезом в странах с тяжелым бременем заболевания с 2002 года увеличилось более чем в два раза, многие серьезно затронутые страны не выделяют адекватных бюджетных средств на мероприятия по снижению бремени туберкулеза, обусловленного ВИЧ. Препятствия, существующие в системах здравоохранения, такие как недостаточные поставки лекарств и слабый лабораторный потенциал, до сих пор ограничивают эффективное лечение туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ (ВОЗ, 2007d).

Из 63 стран, на которые, по оценкам, приходится 97% случаев туберкулеза среди ВИЧ-позитивных людей в мире, в 63% разработаны национальные планы интегрированного ухода при ВИЧ и туберкулезе. Однако многие такие планы до сих пор не привели к созданию эффективных систем по предоставлению услуг на практике. Хотя в Глобальном плане “Остановить туберкулез” на 2006–2015 гг. определена глобальная цель – ежегодно тестировать на ВИЧ 1,6 миллиона больных туберкулезом, в 2006 году на ВИЧ были протестированы примерно 700 000 больных туберкулезом (ВОЗ, 2008a) (Рисунок 5.10).

Технологические сложности улучшения результата лечения туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ. За последние более чем 40 лет не было утверждено какого-либо нового класса противотуберкулезных препаратов, а основной

диагностический тест был разработан более 100 лет назад. Необходимо серьезно увеличить инвестиции в исследования новых методов профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ.

Другие заболевания, обусловленные ВИЧ

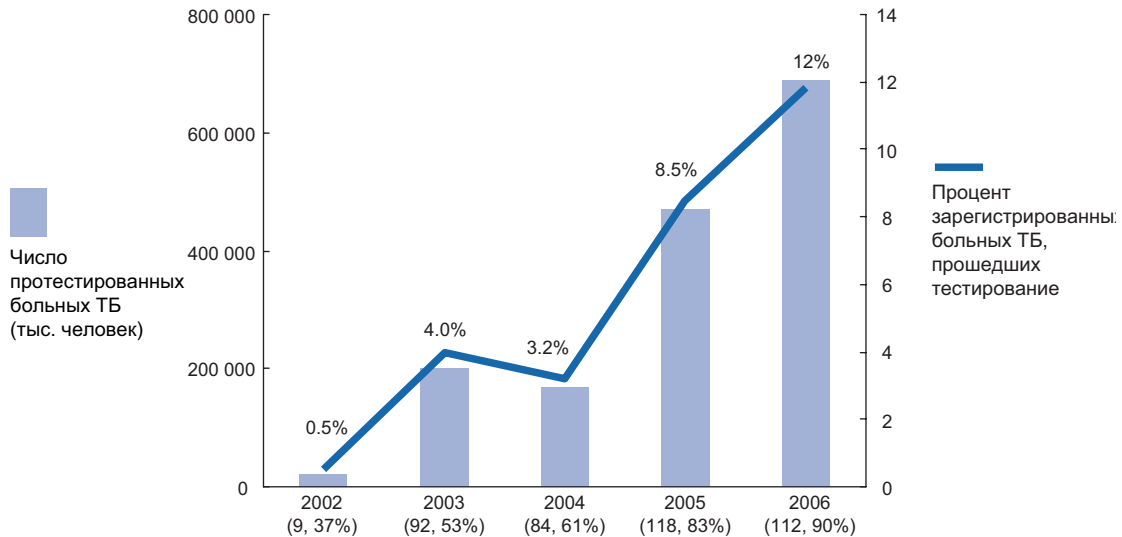
Помимо туберкулеза, люди, живущие с ВИЧ, могут быть уязвимыми к целому ряду других оппортунистических инфекций, таких как пневмоцистная пневмония (*Pneumocystis carinii*) цитомегаловирусный ретинит, различные заболевания и осложнения полости рта, изменения костной структуры и повышенный риск костных заболеваний, а также рак шейки матки. Антиретровирусная терапия зачастую играет важнейшую роль для эффективного лечения оппортунистических инфекций, поскольку восстановление иммунной функции обычно значительно снижает риск заболевания оппортунистическими инфекциями (Heiden et al., 2007). Кроме того, клинические вмешательства, направленные на оппортунистические заболевания, требуют постоянного мониторинга больного, точных диагностических методов, своевременной профилактики и целенаправленного лечения.

Во многих странах с ограниченными ресурсами доступ к лекарствам и другим медицинским услугам, необходимый для лечения оппортунистических заболеваний, обусловленных ВИЧ, зачастую крайне ограничен. 70% стран, обследованных ВОЗ, сообщили, что неравномерные поставки и частый дефицит лекарств создают препятствия для национального расширения масштабов профилактики котримоксазолом, который применяется для лечения туберкулеза и других оппортунистических инфекций, обусловленных ВИЧ (Vittoria, 2008).

Гепатит В является эндемичным во многих странах с высокой распространенностью ВИЧ и особенно сильно сконцентрирован среди детей. По данным исследования, проведенного в Кот-д’Ивуаре, 12% детей, живущих с ВИЧ, были коинфицированы гепатитом В (Rouet et al., 2008). У взрослых, коинфицированных ВИЧ и гепатитом В, прогрессирование инфекции до хронической стадии гепатита В происходит в пять раз быстрее, чем у взрослых, не инфицированных ВИЧ. Люди, коинфицированные ВИЧ и гепатитом В, зачастую плохо переносят антиретровирусные препараты, что требует проведения пристального и посто-

РИСУНОК 5.10

Тестирование больных туберкулезом на ВИЧ, все страны, 2006 г.



Источник: ВОЗ, 2008а

Примечание: Цифры под столбцами означают число стран, приславших данные, после чего указан процент общего оценочного числа случаев туберкулеза у ВИЧ-позитивных людей, рассчитанный странами, приславшими свои отчеты.

янного мониторинга больных (Hoffman, 2007). Исследования также указывают на потенциально повышенный риск развития устойчивости к антиретровирусным препаратам у детей, коинфицированных ВИЧ и гепатитом В (Rouet et al., 2008). Гепатит В неизлечим, хотя заболевание можно подавить с помощью длительного, иногда бессрочного лечения. К сожалению, из семи препаратов, которые в настоящее время используются для лечения хронического гепатита В в странах с высоким уровнем доходов, только один широко доступен в Африке и Азии (Hoffman, 2007).

Потребности в лечении потребителей инъекционных наркотиков

Хотя применение антиретровирусной терапии для ВИЧ-позитивных лиц с химической зависимостью позволяет добиться блестящих медицинских результатов, такая зависимость может оказать серьезное воздействие на терапевтические подходы. Так, например, потребление алкоголя может обострить побочные эффекты препаратов (НИЗ, 2008), а пациентам с химической зависимостью бывает трудно соблюдать приверженность к назначенным схемам лечения.

Заместительная терапия метадонотом или бупренорфином эффективна для лечения опиоидной зависимости. ВОЗ включил метадон в перечень необходимых лекарственных препаратов в 2005 году. Однако основным препятствием к успешному лечению ВИЧ-позитивных людей с опиоидной зависимостью является нехватка или полное отсутствие заместительного лечения во многих странах мира – в результате правительственной политики, запрещающей такие услуги (см. Главу 4). Уровень неудовлетворенных потребностей в лечении химической зависимости особенно высок в Китае, Индии и Российской Федерации (ВОЗ, 2008b). По сообщениям из неправительственных источников, во многих странах – включая Российскую Федерацию и многие страны Восточной Европы и Центральной Азии, Южной и Юго-Восточной Азии и Северной Америки – имеются законы, нормы или правила, мешающие потребителям инъекционных наркотиков пользоваться услугами в связи с ВИЧ (Данные по НКПИ из стран, 2008) (Рисунок 5.11).

Коинфекция одним или более типами гепатита – обычное явление среди людей, живущих с ВИЧ, во многих странах мира. Исследования, проведенные в США, показывают, что 50%–90% ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков

также инфицированы гепатитом С (Центры по контролю за заболеваниями и профилактике, 2005). ВИЧ-инфекция значительно повышает риск смерти от заболеваний печени среди людей, инфицированных гепатитом С (Smit et al., 2008). И хотя добиться отличных клинических результатов для лиц, коинфицированных ВИЧ и гепатитом С, вполне возможно, одновременное медицинское ведение обоих заболеваний бывает сложным из-за потенциального лекарственного взаимодействия и токсичности препаратов, а также из-за неясности, какие терапевтические подходы лучше применять (Sulkowski & Benhamou, 2007).

Болезни старения

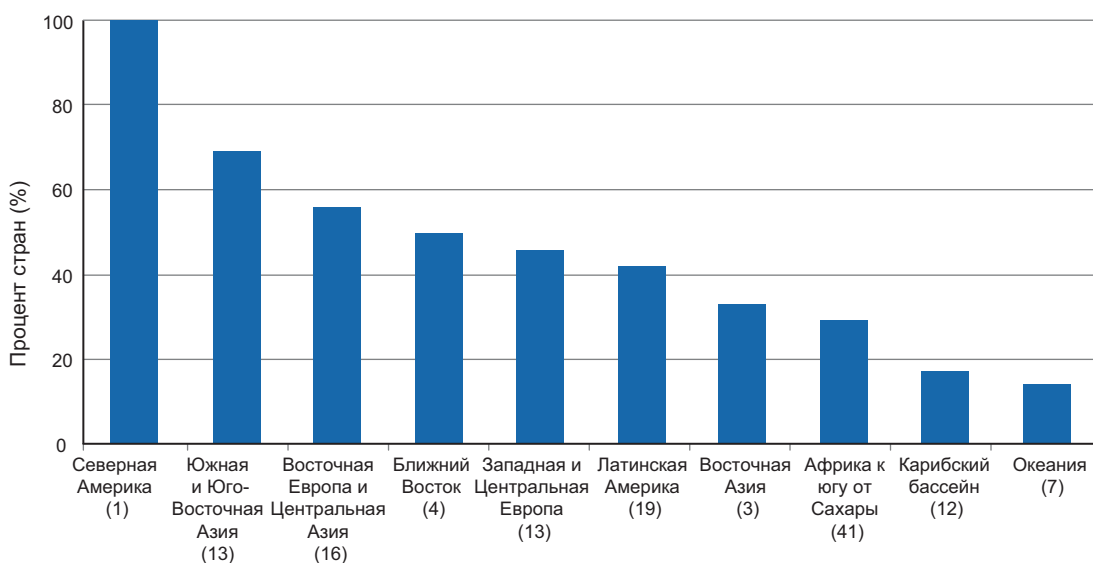
В странах, где антиретровирусные препараты широко применялись с середины 1990-х годов, лечение кардинально изменило естественное течение ВИЧ-инфекции, из-за чего расширился спектр проблем со здоровьем, возникающих у людей, живущих с ВИЧ, и изменились наиболее распространенные причины смерти ВИЧ-позитивных людей (Smit et al., 2006). В частности, из-за хронических и сопутствующих заболеваний все больше растет процент смертей среди людей, живущих с ВИЧ, в странах, где антиретровирусные

препараты широко применяются уже больше десяти лет. В период с 1995 по 2006 год процент смертей, не связанных с ВИЧ, среди людей, живущих с ВИЧ, в Нью-Йорке возрос с 8% до 32%, причем почти половина смертей была вызвана сердечнососудистыми и онкологическими заболеваниями, не обусловленными СПИДом (Управление здравоохранения и психической гигиены Нью-Йорка, 2007). Хотя в Норвегии благодаря применению комбинированной антиретровирусной терапии риск смерти в связи с ВИЧ снизился на 80%, уровень смертности среди людей, живущих с ВИЧ, все еще в четыре раза выше, чем в общем массиве населения (2007).

Поскольку люди, живущие с ВИЧ, в странах с низким и средним уровнем доходов начинают жить дольше благодаря расширению доступа к антиретровирусным препаратам, существует вероятность того, что спектр и распространенность обусловленных ВИЧ оппортунистических инфекций также будут расширяться. Так, например, исходя из опыта стран с высоким уровнем доходов, где АРВ-препараты широко доступны с середины 1990-х годов, в качестве все более серьезных осложнений ВИЧ-инфекции могут развиваться различные онкологические заболевания, не

РИСУНОК 5.11

Процент стран, сообщивших о наличии законов, норм или правил, создающих препятствия в доступе к услугам для групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску



Источник: Данные по НКП, предоставленные странами, 2008 г.

являющиеся СПИД-индикаторными (Grulich et al., 2007; Dhir et al., 2008).

Психическое здоровье

ВИЧ-инфекция, которая угрожает жизни и подвергается сильной стигматизации, оказывает неизбежное воздействие на психическое здоровье. По оценкам, около половины людей, живущих с ВИЧ, во всем мире в определенный момент страдают от клинической депрессии (Miller, 2006). В дополнение к психосоциальным последствиям, ВИЧ-инфекция оказывает значительное биологическое воздействие на функционирование психической системы человека, что приводит к когнитивным расстройствам и деменции (Freeman et al., 2005).

Включение психиатрических услуг в программы антиретровирусного лечения имеет важное значение для эффективности ухода и лечения. Как правило, у пациентов с расстройствами настроения, тревожными состояниями или зависимостями отмечается ослабленный вирусологический ответ на антиретровирусную терапию по сравнению с пациентами, не страдающими такими расстройствами (Pence et al., 2007). Депрессия также приводит к снижению потребления пищи людьми, живущими с ВИЧ (Isaac et al., 2008).

Существуют доказавшие эффективность стратегии консультирования, социальной поддержки и психотерапевтической помощи для решения психических проблем людей, живущих с ВИЧ (Catalan et al., 2005). Правительства 52% стран с генерализованными эпидемиями сообщили о наличии служб психосоциальной поддержки во всех нуждающихся районах, хотя по данным из неправительственных источников такие услуги оказываются только в 27% этих стран (Данные по НКПИ из стран, 2008.) Профессиональные службы психического здоровья редко существуют в странах с низким и средним уровнем доходов. Хотя на психические расстройства приходится более 11% всех видов заболеваний в странах с низким и средним уровнем доходов, многие страны направляют менее 1% средств своих бюджетов здравоохранения на оказание услуг в сфере психического здоровья (Patel, 2007). Усиление потенциала служб психического здоровья в странах, где применяются антиретровирусные препараты, является одним из приоритетов деятельности на пути к обеспечению всеобщего доступа к лечению.

Питание, лечение и уход при ВИЧ

Степень упитанности является одним из лучших индикаторов смертности, обусловленной ВИЧ. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции степень упитанности зачастую снижается. При ВИЧ-инфекции повышается потребность в белках, микроэлементах и энергии как у взрослых, так и у детей (ВОЗ, 2003; Friis, 2005). В то же время, из-за симптомов, обусловленных ВИЧ, таких как потеря аппетита, язвенные поражения полости рта или плохая всасываемость питательных веществ может снизиться потребление пищи. Отсутствие доступа к качественным продуктам представляет особо сложную проблему для людей, начавших получать антиретровирусную терапию, и, как показывает опыт, снижает обращаемость за лечением.

ВИЧ обостряет и без того острый дефицит продовольствия, распространенный во многих странах, сильно затронутых эпидемией. Обычно в наименее развитых странах 35% населения страдает от недоедания (ПРООН, 2007). Нехватка микроэлементов является одной из наиболее распространенных характеристик плохого питания в странах с низким доходом и может еще больше ослабить иммунную систему людей, живущих с ВИЧ, снижая способность организма бороться с инфекцией (Техническая помощь для обеспечения продовольствием и питанием, 2004а; Jones et al., 2006).

У ВИЧ-позитивных детей плохое питание ускоряет прогрессирование ВИЧ-инфекции и повышает риск смерти в первые годы жизни (Walzer et al., 2006). В Африке к югу от Сахары и других странах, затронутых ВИЧ, детское недоедание – обычное явление (Вгусе et al., 2008). Очень важно проводить мониторинг потребления пищи грудными детьми, рожденными ВИЧ-позитивными матерями, после отлучения ребенка от груди, поскольку такое изменение типа вскармливания часто приводит к недокорму детей и, как следствие, к повышению риска смертности или задержки роста (Besquet et al., 2006).

Оказание своевременной продовольственной помощи людям, живущим с ВИЧ, может помочь продлить бессимптомный период относительно нормального самочувствия людей, живущих с ВИЧ, а если иммунная система уже серьезно ослаблена – снизить риск смерти (Имеющиеся факты о воздействии продовольственной помощи на состояние здоровья людей, живущих с ВИЧ,

изложены в обобщенной форме в публикации Gillespie & Kadiyala, 2005). Проверенные стратегии улучшения степени упитанности людей, живущих с ВИЧ, включают раздачу продуктов в районах, не обеспеченных продовольствием, добавки микроэлементов в пищу и назначение лечебной диеты для преодоления последствий умеренного или сильного недоедания (Gillespie & Kadiyala, 2005). По данным из неправительственных источников, продовольственная помощь людям, живущим с ВИЧ, предоставляется во всех районах только в 11% стран с генерализованными эпидемиями, хотя по данным правительственных отчетов такие услуги широко доступны в 23% стран (Данные по НКПИ из стран, 2008).

Мониторинг качества питания наряду с надлежащими и своевременными вмешательствами является важнейшим компонентом антиретровирусного лечения. На самом базовом уровне, когда пациенты голодают или недоедают, им трудно, а порой и невозможно соблюдать приверженность к сложным схемам лечения (Marston & Decock, 2004). В зависимости от назначенной схемы прием антиретровирусных препаратов может требовать некоторых диетических ограничений; некоторые препараты лучше принимать на пустой желудок, в то время как метаболизм других становится оптимальным, если принимать эти лекарства во время приема пищи или около этого времени (Техническая помощь для обеспечения продовольствием и питанием, 2004b). Как и любые другие лекарства, антиретровирусные препараты действуют наиболее эффективно, если человек хорошо питается. Кроме того, некоторые побочные эффекты лекарств, такие как тошнота или потеря аппетита, могут привести к снижению потребления пищи. В ходе проекта оперативных исследований, недавно организованном Всемирной продовольственной программой и Центрами исследований инфекционных заболеваний в Замбии, было обнаружено, что среди пациентов на антиретровирусной терапии, получавших целевую продовольственную помощь, уровень приверженности к лечению был выше.

Расширение доступа к услугам по лечению и уходу

Несмотря на значительный прогресс, расширение масштабов лечения не поспевает за реальными потребностями. В разных регионах попытки обеспечить спасающее жизни лечение при ВИЧ для тех,

кто в этом нуждается, сталкиваются с целым рядом препятствий. Для того чтобы добиться всеобщего доступа к лечению, необходимы эффективные стратегии преодоления этих препятствий.

Ограниченные знания о ВИЧ-серостатусе

Существуют доступные методы диагностики ВИЧ-инфекции, включая экспресс-тестирование, благодаря которому людям не приходится второй раз посещать центр тестирования, чтобы получить результаты тестов. Хотя диагностика ВИЧ у взрослых проводится довольно просто – за исключением случаев, когда это делается в ближайшее время после контакта с вирусом, когда для постановки окончательного диагноза требуются более сложные технологии – у маленьких детей этот процесс более сложный, как было описано выше.

Своевременная диагностика ВИЧ-инфекции важна для эффективного медицинского ведения ВИЧ-инфекции. Люди, которым диагноз был поставлен на поздних стадиях развития инфекции, хуже реагируют на антиретровирусную терапию и подвержены повышенному риску развития заболеваний и смерти (Girardi, Sabin & Monforte 2007). Исследование среди жителей Нью-Йорка показало, что люди, болевшие оппортунистическими инфекциями на момент диагностики СПИДа, умирали в три раза чаще в течение трех лет по сравнению с пациентами с показателем числа CD4 меньше 200 клеток на миллилитр крови, которые никогда не болели оппортунистическими инфекциями (Управление здравоохранения и психической гигиены Нью-Йорка, 2005).

Многим людям, живущим с ВИЧ, диагноз ставится только после серьезного ослабления иммунной системы. Так, например, в Бразилии – несмотря на более чем десятилетний опыт предоставления антиретровирусных препаратов за счет государства – почти половине людей, живущих с ВИЧ, диагноз ВИЧ было поставлен одновременно с диагнозом СПИД (Агентство “Франс пресс”, 2008). Масштабные обследования населения в странах с низким и средним уровнем доходов только недавно начали собирать информацию об истории тестирования респондентов на ВИЧ, что не позволяет проанализировать тенденции в проведении тестирования. Совсем недавно в эти обследования было включено серологическое тестирование, позволяющее проанализировать не только ВИЧ-статус, но и историю тестирования. В 16 странах, где удалось

Паллиативный уход в национальной деятельности в ответ на ВИЧ

В движении по пути к обеспечению всеобщего доступа все большее внимание уделяется роли паллиативного ухода, как неотъемлемого компонента национальной деятельности в ответ на ВИЧ. Паллиативный уход включает психосоциальную поддержку, доступ к обезболивающим средствам и лечению симптомов, а также другие меры, направленные на физические, психические и духовные аспекты преодоления ВИЧ и обусловленных им заболеваний.

Существующие программы паллиативного ухода работают на пределе возможностей, чтобы удовлетворить растущие потребности. Так, например, в районе Мотео провинции Фри Стейт в Южной Африке, по оценкам, проживает 44 000 сирот по матери, 7736 из которых живут с ВИЧ. Более 25 000 в возрасте до 10 лет, предположительно, недоедают. Единственная программа паллиативного ухода в районе в состоянии обслуживать 1300 детей, то есть, лишь малую часть тех, кто нуждается в поддержке (Dippenaar & Marston, 2008).

Правовые и нормативные барьеры, препятствующие доступу к дешевым и простым обезболивающим средствам, являются основной помехой к оказанию всесторонних услуг паллиативного ухода. Международный комитет по контролю над наркотиками признает, что в большинстве стран отмечается невысокое потребление лекарств на основе опиоидов и что семь стран с высоким уровнем дохода, в которых проживает всего 12% мирового населения (Австрия, Австралия, Германия, Соединенное Королевство, США, Канада и Франция) потребляют 84% медицинского морфина. Комитет призвал правительства критически изучить и пересмотреть методы оценки внутренних потребностей в опиатах (Международный комитет по контролю над наркотиками, 1989).

провести этот анализ, большинство респондентов, оказавшихся ВИЧ-позитивными по результатам тестов, никогда раньше не проходили тестирование на ВИЧ (МООИР ОДЗ, 2008). Правительства почти 40% стран с генерализованными эпидемиями сообщают о том, что услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ не предоставляются во всех нуждающихся районах. По данным неправительственных организаций, услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ не являются широко доступными в 70% стран (Данные по НКПИ из стран, 2008). Услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ для больных туберкулезом все еще доступны не везде: правительства 46% стран с генерализованными эпидемиями сообщают о наличии таких услуг во всех нуждающихся районах, в то время как по данным неправительственных источников они предоставляются только в 27% стран (Данные по НКПИ из стран, 2008).

Проблема с обеспечением широких и своевременных знаний о ВИЧ-серостатусе не является уникальной для стран с низким и средним уровнем доходов. По оценкам, 25% всех ВИЧ-позитивных людей в США еще не проходили диагностику (Центры по контролю за заболеваниями и профи-

лактике, 2002). В Нью-Йорке, финансовой столице мира, у каждого четвертого человека, получившего позитивный результат тестирования на ВИЧ, через месяц после этого тестирования был диагностирован СПИД (Управление здравоохранения и психической гигиены Нью-Йорка, 2007).

Как описано в Главе 2, жестокая стигма в связи с ВИЧ во многих странах лишает людей желания узнать свой ВИЧ-серостатус (Weiser et al., 2006). Тем не менее, появляется все больше данных о том, что согласованные национальные действия по пропаганде тестирования и обузданию стигмы в связи с ВИЧ могут значительно повысить уровни тестирования. Так, например, во многих странах консультирование и тестирование на ВИЧ проводится в медицинских учреждениях по инициативе медицинских работников (ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2007); кроме того, применяются технологии экспресс-тестирования, мобильные пункты и другие методы работы с населением для повышения уровня знаний о ВИЧ-серостатусе. В Ботсване число людей, обратившихся за услугами по тестированию, увеличилось более чем в два раза в течение года после внедрения тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников (Steen et al.,

2007). Социальные и поведенческие научные исследования показывают, что объемы и характер услуг, связанных с тестированием, зачастую являются определяющими факторами пользования этими услугами (Obermeyer & Osborn, 2007).

Национальная кампания в Малави, призывающая людей узнать свой ВИЧ-серостатус, достигла кульминационного момента во время проведения второй Национальной недели консультирования и тестирования на ВИЧ в июле 2007 года. В течение этой недели тестирование прошли 186 631 человек, что значительно превысило целевой показатель кампании (130 000 человек), с учетом того, что более 80% участников никогда раньше не проходили тестирование. По результатам кампании ВИЧ был диагностирован у 15 667 человек, включая 6,1% мужчин, 9,7% небеременных женщин и 11,3% беременных женщин, прошедших тестирование (Национальная комиссия по СПИДу Малави 2007). Таким же образом Эфиопия достигла восьмикратного роста использования услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ, благодаря чему были выявлены 108 000 новых случаев ВИЧ-инфекции, что составило 6% людей, прошедших тестирование (Федеральное министерство здравоохранения Эфиопии, 2007).

Поскольку африканская народная медицина является основной, а зачастую и единственно доступной возможностью ухода за здоровьем в некоторых частях Африки к югу от Сахары, вовлечение народных целителей в противодействие ВИЧ приобретает важнейшее значение. В провинции Квазулу-Наталь в Южной Африке была проделана серьезная работа по повышению потенциала народных целителей для обсуждения проблем ВИЧ и сексуального здоровья с людьми, которые обращаются к ним за помощью.

Экономические препятствия

Люди зачастую сталкиваются с экономическими препятствиями к использованию антиретровирусных препаратов в форме платы за лечение, сопутствующих платежей и других наличных расходов, которые приходится нести затронутым домохозяйствам. В большинстве стран (92%, по данным из неправительственных источников) действует политика предоставления бесплатных антиретровирусных препаратов (Данные по НКИП из стран, 2008.) Однако обследования гражданского общества в 17 странах показали,

что многим пациентам, получающим бесплатные лекарства, приходится покрывать иногда значительные расходы на проведение диагностических анализов и лечение оппортунистических инфекций (Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2007). (см. Рисунок 5.12). Признавая тот факт, что наличные расходы создают потенциальные препятствия к доступу к лечению, правительство Камеруна с 2007 года начало предоставлять бесплатное лечение ВИЧ, и этому примеру последовало множество других стран.

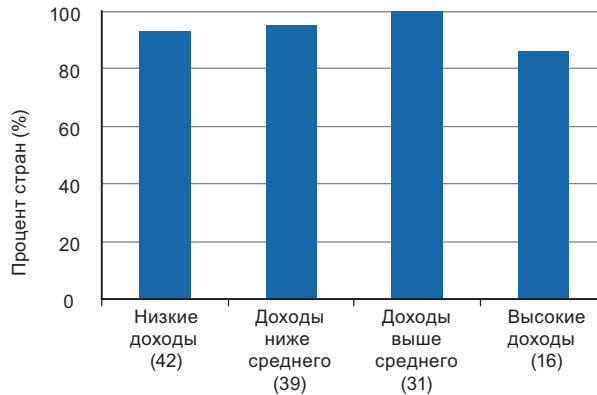
Иногда лечение может быть более доступным в городских районах по сравнению с сельскими. Ограниченный доступ к транспорту может сильно ограничить доступ к лечению для ВИЧ-положительных людей из сельских районов. Даже если местные клиники могут предоставлять антиретровирусные препараты, ВИЧ-положительным жителям сельской местности иногда приходится тратить многие часы на поездки, чтобы получить результаты анализа на число CD4 или на вирусную нагрузку (Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2007). В 2008 году Индийские железные дороги объявили о 50% скидке на железнодорожные билеты для ВИЧ-положительных людей, направляющихся на лечение ВИЧ.

Обеспечение равного доступа

Помимо увеличения общего числа людей, получающих антиретровирусные препараты, необходимы целенаправленные усилия для обеспечения равного доступа для всех людей, нуждающихся в лечении. Обследования гражданского общества подтверждают, что многие люди, живущие с ВИЧ, особенно представители маргинализированных групп, зачастую сталкиваются со значительными препятствиями в доступе к лечению ВИЧ (“Хьюман райтс уотч”, 2007a; Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2007). Респонденты из неправительственных организаций сообщают, что в 74% стран имеется политика обеспечения равного доступа к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке для групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску; однако они также сообщают о том, что в 63% стран действуют законы, нормы или правила, затрудняющие доступ к услугам для этих групп (Данные по НКИП из стран 2008). Так, например, в некоторых странах предусмотрено, что молодые люди, живущие с ВИЧ, должны получить согласие родителей перед

РИСУНОК 5.12

Процент стран по уровням дохода, сообщивших о наличии политики предоставления бесплатных услуг антиретровирусного лечения



Источник: Ответная деятельность неправительственных организаций; Данные по НКИП из стран, 2008.

началом приема антиретровирусных препаратов. По данным “теневое” отчета гражданского общества о национальном прогрессе в Российской Федерации, национальная регистрация потребителей наркотиков зачастую приводит к дискриминации ВИЧ-положительных людей при доступе к услугам, поскольку их имена занесены в реестр.

Обеспечение устойчивости лечения и ухода при ВИЧ

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в расширении доступа к антиретровирусной терапии, потребуются исключительные усилия на протяжении десятилетий, чтобы обеспечить устойчивый доступ к лечению ВИЧ в течение всей жизни больных. Число людей, нуждающихся в лечении, будет продолжать расти, поскольку ВИЧ-инфекция продолжает прогрессировать примерно у 30 миллионов ВИЧ-положительных людей во всем мире, которые никогда не получали лечение. Более того, стоимость лечения на одного пациента, вероятно, со временем вырастет, поскольку больные, получающие стандартные комбинированные препараты в фиксированных дозах, перейдут на более дорогие схемы лечения препаратами второго и третьего ряда.

Сложность задачи сохранения успехов в лечении наглядно иллюстрирует пример Бразилии. Бразилия, которая является лидером в глобальных усилиях по расширению доступа к лечению, начала предоставлять антиретровирусное лечение в рамках государственной системы здравоохранения в 1996 году, после чего доступ быстро расширился, а

затраты на лекарства удалось снизить почти в пять раз в период с 1997 по 2004 годы. И, тем не менее, недавно бюджетные расходы на лечение ВИЧ значительно возросли (Nunn et al., 2007). По оценкам, в 2008 году сумма затрат на предоставление лекарств в Бразилии составит 525 млн. долларов США – это более чем два раза больше суммы, израсходованной в 2004 году (ЮНЭЙДС, 2007b).

Для обеспечения устойчивых, долговременных улучшений в доступе к лечению необходимы целенаправленные усилия по устранению ключевых факторов, которые могут угрожать доступу к лечению в предстоящие годы.

Кадровые ресурсы

Острая нехватка медицинских специалистов тормозит расширение масштабов лечения во многих странах, сильно затронутых эпидемией. В Африке к югу от Сахары, где проживает более двух третей всех людей, живущих с ВИЧ, работает только 3% всех медицинских работников в мире, а на нужды здравоохранения расходуется менее 1% от глобальных расходов на эти цели (ВОЗ, 2006d). В то время как, например, в Норвегии насчитывается 347 врачей на 100 000 населения, в Малави или Объединенной Республике Танзания – всего два врача на 100 000 человек (ПРООН, 2007). Кризису кадровых ресурсов в системах здравоохранения способствует множество факторов, включая слабость национального медицинского образования и учебных программ, ограниченную реализацию национальной политики по управлению кадровыми

Глобальная решимость усилить системы здравоохранения в странах с ограниченными ресурсами

Расширение доступа и обеспечение устойчивости доступа к лечению в странах с ограниченными ресурсами потребует создания мощного, надежного кадрового потенциала для проведения антиретровирусной терапии. Выполнению этой приоритетной задачи посвящены самые разнообразные мероприятия по развитию потенциала. Одна из таких инициатив, возглавляемая ВОЗ, посвящена путям “лечения, обучения и удержания” медицинских работников (Samb et al., 2007).

Доноры уделяют большое внимание усилению систем здравоохранения в поддержку расширения масштабов лечения ВИЧ. В 2007 году ПЕПФАР израсходовал 638 млн. долларов США на развитие потенциала в государственном и частном секторах здравоохранения (ПЕПФАР, 2008). В ноябре 2007 года Глобальный фонд объявил о том, что 20% грантовых средств, которые будут предоставлены в 2008 году на конкурсной основе, будут направлены на меры по усилению систем, такие как улучшение инфраструктуры, усиление систем поставок и кадровых ресурсов (Глобальный фонд, 2007b).

Мероприятия по расширению доступа к антиретровирусной терапии помогают поддержать слабые системы здравоохранения, принося пользу не только в связи с ВИЧ. Так, например, 13 стран приоритетного внимания ПЕПФАР за последние три года стали на 36% лучше соблюдать требования к соблюдению безопасности крови (ПЕПФАР, 2008). Включение ВИЧ в услуги первой медицинской помощи может способствовать более широкому использованию медицинских услуг в целом. Так, например, в Руанде предоставление базового ухода при ВИЧ привело к расширению медицинских услуг, не имеющих отношения к ВИЧ, таких как амбулаторные консультации, проведение лабораторных анализов, не связанных с ВИЧ, скрининг на сифилис и посещение родовых клиник (“Фэмили хелс интернешнл”, 2007).

Во время закрытия первой в истории конференции Глобального альянса по трудовым ресурсам здравоохранения, проходившей в Кампале, Уганда, в марте 2008 года, более 1000 участников из 57 стран одобрили Кампальскую декларацию, которая призывает увеличить финансирование для решения проблемы с дефицитом медицинских работников в Африке. По оценкам Альянса, необходимо подготовить дополнительно 1,5 миллиона работников для преодоления инфраструктурного кризиса в системах здравоохранения Африки; в год на это потребуется 3,3 миллиарда долларов США. Среди прочих вопросов декларация призывает страны с высоким уровнем доходов выплачивать определенную компенсацию другим странам при найме медицинских работников из этих стран.

ресурсами, и хорошо задокументированную “утечку мозгов” среди медицинских специалистов, которые бросают малооплачиваемую работу в своих странах и эмигрируют в страны с высокими доходами или соседние страны, где за эту работу им платят больше (Moore & Morrison, 2007; Arah, Ogbu & Okeke, 2008).

Эпидемия как таковая подрывает потенциал систем здравоохранения по решению задач в связи с продвижением к обеспечению всеобщего доступа. Хотя в той или иной стране реальное число медицинских работников, инфицированных ВИЧ, может показаться относительно невысоким, эти инфекции могут оказать огромное воздействие на нацио-

нальные меры в ответ на ВИЧ, поскольку даже в странах с высокой распространенностью антиретровирусным лечением занимается очень небольшое число врачей. Критическая потребность в сохранении важного кадрового потенциала заставила некоторые страны внедрить специальные услуги по профилактике и лечению ВИЧ среди медицинских работников. Так, например, в Малави более 1000 медицинских работников получали антиретровирусные препараты в июне 2006 года. Правительство Малави предполагает, что расширение доступа к антиретровирусной терапии помогло спасти жизни 250 медицинских работников, что дает экономию производительности труда, примерно

Антиретровирусное лечение позволяет миллионам людей во всем мире вести здоровую продуктивную жизнь. Лечение не только спасает жизни людей, но и приносит пользу домохозяйствам, общинам и обществу в целом.



равную объему людских ресурсов, необходимых для предоставления антиретровирусных препаратов на национальном уровне (Makombe et al., 2007). Выявление ограниченных возможностей кадровых ресурсов, что замедляло реализацию гранта Глобального фонда в Малави, побудило Глобальный фонд одобрить выделение 40 млн. долларов США на поддержку чрезвычайной стратегии страны в области кадровых ресурсов, которая также привлекла значительное финансирование со стороны Департамента международного развития Соединенного Королевства.

Нехватка персонала также затрудняет функционирование систем, жизненно необходимых для обеспечения успеха лечения. Так, например, в странах с низким и средним уровнем доходов зачастую крайне слабы национальные регулятивные органы (Gray, 2004). В результате этого многие новейшие антиретровирусные препараты и лекарства второго ряда до сих пор не зарегистрированы в некоторых странах с высокой распространенностью (Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2007). Для снижения узких мест с регистрацией лекарств в странах с низким и средним уровнем доходов предлагается ряд стратегий, включая целевое развитие потенциала национальных регулятивных органов, расширение регионального сотрудничества в сфере регистрации лекарств и усиление помощи странам с низким уровнем доходов со стороны регулятивных органов стран с высоким уровнем доходов (Gray, 2004).

Проблемы с управлением поставками также могут помешать доставке антиретровирусных препаратов. Обследования гражданского общества в

17 странах показали, что в 2007 году о дефиците антиретровирусных препаратов на складах (то есть, об отсутствии складских запасов) сообщали самые разные лечебные учреждения из разных регионов (Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2007). С учетом того, что отсутствие на складе препаратов от разных заболеваний является общей проблемой для стран с ограниченными ресурсами, необходимо создать функционирующие резервные системы, чтобы избежать прерывания лечения ВИЧ.

Усиление диагностического потенциала

Хотя подходы общественного здравоохранения позволяют назначать антиретровирусные препараты даже при отсутствии сложных методов диагностики, которые стандартно применяются в странах с высоким уровнем доходов, усиление диагностического потенциала в странах с ограниченными ресурсами поможет клиницистам максимально усилить воздействие и устойчивость антиретровирусной терапии. Необходимость проведения вирусологических тестов для диагностики ВИЧ у детей, контактировавших с вирусом в период внутриутробного развития, имеет особенно важные последствия для потенциала местных лабораторий. Опыт показывает, что тестирование для определения числа CD4 и вирусной нагрузки вполне можно проводить в странах с ограниченными ресурсами, поэтому расширение возможностей для проведения этих анализов является важным приоритетом здравоохранения (ВОЗ, 2007a).

Существует несколько методов для определения числа CD4, включая новые, простые и недорогие

Перераспределение функций для усиления потенциала систем здравоохранения

Одна из нескольких стратегий по устранению острого дефицита медицинских работников – перераспределение функций – предусматривает передачу клинических обязанностей в медицинской группе от узких специалистов медработникам других специальностей, например, от врачей-специалистов – врачам общего профиля, от врачей – медсестрам, от медсестер – обученным членам общины. Перераспределение обязанностей повышает эффективность оказания медицинских услуг, расширяет фонд кадровых ресурсов и способствует более быстрому расширению программ лечения (ВОЗ, 2007е).

Идея о перераспределении функций возникла в последние годы и стала основной темой обсуждения среди специалистов в сфере ВИЧ в результате расширения масштабов лечения, однако этот подход широко распространен во многих странах с ограниченными ресурсами. Клиницисты, не являющиеся врачами, работают в 25 из 47 обследованных африканских стран, а в девяти странах их больше, чем врачей (ВОЗ, ЮНЭЙДС и ПЕПФАР, 2008). Более чем тридцатилетний опыт использования общинных работников для проведения ДОТС-терапии туберкулеза демонстрирует способность таких работников оказывать разнообразные услуги первой медицинской помощи (Samb et al., 2007). Хотя призывы к перераспределению функций для расширения масштабов антиретровирусной терапии могут вызвать беспокойство по поводу того, что в странах с ограниченными ресурсами будут оказываться “второсортные” медицинские услуги, на самом деле, перераспределение обязанностей уже стало обычным явлением в клиниках в странах с высоким уровнем доходов, где все больше и все успешнее используются услуги помощников врача и практикующих медсестер (Wilson et al., 2005).

Для того чтобы ускорить расширение масштабов лечения и развитие кадровых ресурсов, несколько стран с высокой распространенностью ВИЧ, в дополнение к давно действующей неофициальной практике привлечения к работе лиц, не являющихся врачами, осуществляют более системные мероприятия по внедрению перераспределения функций в национальные стратегии по противодействию ВИЧ в качестве одного из компонентов этих стратегий. Эти усилия приносят многообещающие результаты. В Мозамбике, после обучения медицинских работников принципам назначения антиретровирусных препаратов в 85% лечебных учреждений страны, за восемь месяцев число таких учреждений, назначающих эти препараты возросло в три раза, а охват лечением увеличился с 9,4% до 16,4% (Gimbel et al., 2007). Программы, осуществляемые на Гаити и в Руанде, применяющие подход, основанный на усилении роли медсестер в оказании услуг в связи с ВИЧ, сообщают о низком уровне убытия пациентов из-под наблюдения, высоком успехе лечения и об уровнях смертности, сравнимых с более традиционными антиретровирусными программами (ВОЗ, ЮНЭЙДС и ПЕПФАР, 2008).

С целью направления деятельности по развитию кадровых ресурсов для противодействия ВИЧ, такие организации как ВОЗ, ЮНЭЙДС и инициатива ПЕПФАР совместно разработали детальное руководство по перераспределению функций; в этом пособии рассматриваются механизмы обеспечения качества и другие актуальные вопросы. Перераспределение обязанностей – не панацея для устранения слабых сторон инфраструктуры, которые тормозят расширение масштабов лечения, скорее, это один из многих подходов, которые следует применять и которые также включают повышение зарплаты медицинским работникам в странах с ограниченными ресурсами и повышение качества медицинского образования и обучения.

анализы, которые особенно удобно проводить в небольших учреждениях, в которых отсутствуют широкие лабораторные возможности (Srithanaviboonchai et al, 2008). Фонд Клинтона договорился о снижении цен на 80% с ведущими производителями технологий определения числа CD4 и вирусной нагрузки.

Обеспечение ценовой доступности антиретровирусных препаратов

Во многих странах, сильно затронутых ВИЧ, включая Кению, Малави, Нигерию и Замбию, ежегодные расходы на медицинские услуги любого типа на душу населения составляют меньше 100

долларов США (ППС) (ПРООН, 2007). В условиях, когда ресурсы здравоохранения настолько ограничены, многие лекарства считаются слишком дорогими для планового применения в странах с ограниченными ресурсами (Steinbrook, 2007). Исторически сложилось так, что это в первую очередь относится к новым, патентованным лекарствам, разработанным фармацевтическими компаниями из стран с высоким уровнем доходов.

Меры в ответ на ВИЧ помогли сформировать новые подходы к расширению доступа к необходимым лекарствам в странах с низким и средним уровнем доходов, так же, как во многих других странах. Благодаря давлению со стороны активистов, возникновению конкуренции со стороны производителей препаратов-генериков, а также прямым переговорам с фармацевтическими компаниями, проводимым ЮНЭЙДС и другими партнерами, в течение последних десяти лет цены на основные антиретровирусные препараты резко снизились. В результате появился ценовой режим, в защиту которого так долго выступали международные специалисты в области здравоохранения, но который редко применялся на практике: речь идет о “гибком” ценообразовании, при котором компании назначают разную цену на свою продукцию в зависимости от финансовых возможностей страны. Новый подход к ценообразованию на лекарства высвободил значительные средства на оказание медицинских услуг в странах с низким и средним уровнем доходов. Так, например, по оценкам, Бразилия сэкономила приблизительно 1 миллиард долларов США в период с 2001 по 2005 год в результате собственного производства восьми антиретровирусных препаратов-генериков и благодаря договоренностям с производителями о снижении цен (Nunn et al., 2007). Национальные правительства 94% стран с генерализованными эпидемиями и 61% стран с концентрированными эпидемиями сообщают о наличии национальной политики использования препаратов-генериков или параллельного импорта лекарств в целях содействия доступу к антиретровирусным препаратам (Данные по НКИП из стран 2008).

Цены были снижены в соответствии с принятыми международными правилами торговли, которые позволяют гибко применять положения об интеллектуальной собственности на лекарственные препараты, необходимые для решения серьезных медицинских проблем. Согласно широко

распространенным правилам, страны могут выпускать обязательные лицензии на патентованные лекарства, если доступ к ним необходим для защиты общественного здоровья.

Кроме того, существование процветающей фармацевтической промышленности, выпускающей препараты-генерики, в таких странах как Индия, Бразилия, Южная Африка и Таиланд повлияло на снижение цен и способствовало увеличению числа доступных возможностей для национальных программ по лечению. Индия, крупнейший поставщик лекарств в страны с низким и средним уровнем доходов, экспортирует две третьих производимых ею лекарств (Steinbrook, 2007).

Существующие в мире рамки интеллектуальной собственности не помешали возникновению противоречий и неопределенностей. Например, в 2007 году возник публичный спор между Таиландом и компанией “Эбботт Лабораториз” после того, как страна объявила о своих планах выпустить обязательную лицензию на некоммерческое использование антиретровирусного препарата лопинавир-ритонавир, выпускаемого компанией. Это решение Таиланда было принято после безуспешных переговоров с “Эбботт” о назначении доступной цены на это лекарство. Кроме того, начиная с 2005 года, Индия выпускает патенты по требованию Всемирной торговой организации. Возникает беспокойство по поводу того, повысятся ли, в конце концов, цены из-за этих изменений, мешающих индийским производителям генериков выпускать основные антиретровирусные препараты.

Несмотря на серьезное снижение цен в последние годы, необходимо дальнейшее уменьшение расходов на закупки антиретровирусных препаратов, чтобы ускорить расширение масштабов лечения. Это особенно касается антиретровирусных препаратов второго и третьего ряда, которые обычно стоят значительно больше, чем препараты первого ряда в странах с низким и средним уровнем доходов. Хотя только 4% пациентов на антиретровирусной терапии в 23 странах, обследованных ВОЗ, получали схемы второго ряда в 2006 году (ВОЗ, 2007a), потребность в схемах лечения второго ряда со временем будет расти. По оценкам, 3% пациентов, получающих антиретровирусные препараты первого ряда – или примерно 180 000 человек в 2008 году – необходимо будет ежегодно переводить на схемы второго ряда (ВОЗ, 2006b). По итогам переговоров с ведущими производителями препаратов-генериков, в мае 2007

года Фонд Клинтона и ЮНИТЭЙД объявили о резком снижении цен на 16 разновидностей восьми антиретровирусных препаратов второго ряда. ВОЗ выпустила руководящие принципы для стран с описанием критериев назначения схем второго ряда для применения в национальных протоколах по лечению (ВОЗ, 2007а).

Хотя удалось добиться серьезного прогресса, непростые задачи еще предстоит решить, если мир

собирается продвигаться дальше для обеспечения всеобщего доступа к лечению. И все же, опыт, накопленный в этом десятилетии, показывает, что эти трудности можно преодолеть. Как отмечено в Главе 7, для обеспечения устойчивой долгосрочной ответной деятельности потребуются сильная политическая приверженность, еще больше ресурсов и активное участие всех заинтересованных сторон, особенно людей, живущих с ВИЧ.

Факты для действий

Осуществляются ли правильные действия?

- Во всех странах имеются национальная политика или стратегия, способствующие оказанию всесторонних услуг по лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.
- Почти все (85%) страны с генерализованными эпидемиями и 52% с концентрированными эпидемиями сообщают о наличии достоверных оценок и составлении прогнозов о будущих потребностях и числе людей, нуждающихся в антиретровирусной терапии.
- Национальные правительства 92% стран с низким и средним уровнем доходов сообщают, что существующая политика предусматривает бесплатное предоставление антиретровирусных препаратов.

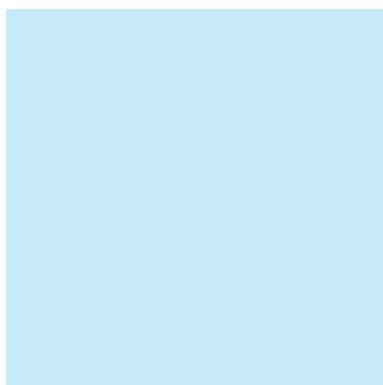
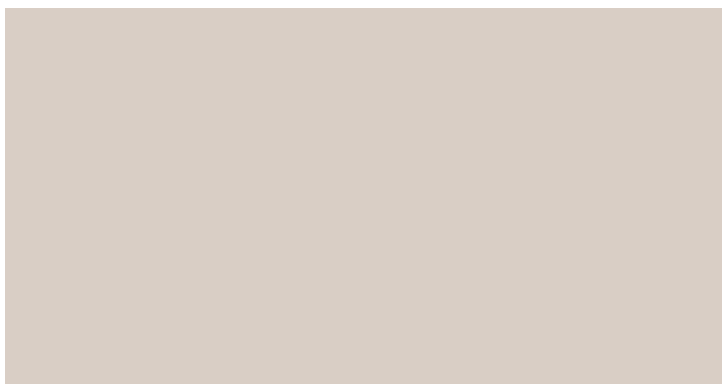
Осуществляются ли правильные действия должным образом?

- Во всем мире охват женщин антиретровирусной терапией выше, чем охват мужчин, хотя охват детей антиретровирусными препаратами значительно ниже, чем охват взрослых и подростков в странах с генерализованными эпидемиями, где их бремя особенно тяжело.
- Источники из неправительственных организаций сообщают, что во многих странах (40%), включая большинство стран Восточной Европы и Центральной Азии, Южной и Юго-Восточной Азии и Северной Америки имеются законы, нормы или правила, затрудняющие потребителям инъекционных наркотиков доступ к услугам в связи с ВИЧ.
- Услуги по лечению ВИЧ и туберкулеза недостаточно эффективно интегрированы в большинстве стран, где проживает большое число людей, коинфицированных ВИЧ и туберкулезом. По данным национальных правительств, только 42% стран с генерализованными эпидемиями проводят плановый скрининг на туберкулез среди ВИЧ-положительных пациентов, и только 27% проводят профилактическую терапию туберкулеза во всех нуждающихся районах; по данным неправительственных организаций, обе эти услуги широко доступны только в 24% стран с генерализованными эпидемиями.

Были ли расширены такие действия в достаточной мере, чтобы изменить ситуацию?

- К концу 2007 года антиретровирусные препараты предоставлялись 3 миллионам человек в странах с низким и средним уровнем доходов, что составляет 31% от оценочных мировых потребностей, и на 45% больше, чем в 2006 году.
- Число смертей от СПИДа начало снижаться, отчасти благодаря расширению доступа к лечению. Благодаря расширению доступа к антиретровирусным препаратам также улучшается качество жизни людей, живущих с ВИЧ.
- Всего 32% больных туберкулезом среди людей, живущих с ВИЧ, получали двойное лечение от ВИЧ и туберкулеза в 2007 году.

Ослабление воздействия эпидемии на домохозяйства, общины и общество



Глава 6



РИСУНОК 6.1 Отдельные события, касающиеся смягчения воздействия СПИДа



Основные положения

- Эпидемия ВИЧ продолжает наносить значительный вред затронутым домохозяйствам, особенно женщинам и девочкам.
- Практика показала, что программы социальной защиты, оказывающие материальную помощь домохозяйствам, затронутым ВИЧ, могут ослаблять воздействие эпидемии, и их следует незамедлительно расширить в наиболее сильно затронутых странах.
- Правовая реформа в сочетании с кампаниями по информированию населения, юридической помощи и поддержке практики правоприменения могут усиливать защиту вдов и детей, осиротевших вследствие ВИЧ.
- Хотя большинство стран с высоким уровнем распространенности имеют стратегии для поддержки детей, осиротевших или ставших уязвимыми вследствие ВИЧ, немногие национальные программы охватывают значительную часть таких детей.
- Эпидемия оказывает особенно сильное воздействие на женщин, следовательно, необходимы расширенные меры для усиления потенциальных возможностей женщин самостоятельно зарабатывать на жизнь.
- Несмотря на то что макроэкономические последствия эпидемии не так сильны, как опасались ранее, тем не менее ВИЧ оказывает сильное отрицательное воздействие на некоторые отрасли промышленности и сельскохозяйственный сектор в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ.
- Для решения проблемы постоянного ослабления потенциала органов управления в странах с высоким уровнем распространенности необходимы стратегические широкомасштабные подходы, позволяющие сохранить и усилить потенциал в государственном секторе; такие подходы должны включать инновационные стратегии для максимального расширения ограниченного потенциала.
- Критическое значение для ослабления воздействия эпидемии имеют программы антиретровирусного лечения, однако их следует дополнять инициативами, конкретно направленными на домохозяйства, общины и сектора, наиболее сильно затронутые ВИЧ.

Эпидемия ВИЧ стала причиной наиболее масштабного регресса в развитии человека (ПРООН, 2005). В большинстве наиболее сильно затронутых стран ВИЧ сократил продолжительность жизни, усилил бедность уязвимых домохозяйств и общин, резко изменил численность групп населения, подорвал национальные системы и ослабил институциональные структуры.

Влияние эпидемии было менее заметным, хотя все равно значительным, в регионах, где показатель распространенности ВИЧ ниже, чем в Африке к югу от Сахары. Например, в Азии ВИЧ привел к уменьшению продолжительности жизни – на 3 года в Камбодже и на 1,7 года в Мьянме (Комиссия по СПИДу в Азии, 2008).

Понимание воздействия эпидемии и того, как можно ослабить это воздействие, оказалось намного более сложной и тонкой задачей, чем предполагалось первоначально; то же самое касается большинства других аспектов эпидемии. Главное внимание в скромном, но существенном числе исследований уделяется воздействию эпидемии; в то же время наиболее перспективные стратегии ослабления разрушающего воздействия эпидемии являются предметом сравнительно незначительного числа точных исследований и описаний. В настоящей главе суммируются последние данные о том, что известно или пока что неизвестно о многостороннем воздействии эпидемии, с уделением особого внимания странам с высокой нагрузкой. Всестороннее рассмотрение многочисленных аспектов воздействия ВИЧ выходит за рамки одной главы; таким образом, настоящая глава рассматривает только воздействие эпидемии на домохозяйства (с особым вниманием к потребностям женщин и детей), на национальную экономику и ее вспомогательные составляющие и на государственный сектор и национальные институты.

Особое внимание в настоящей главе уделяется потенциальным мерам для минимизации воздействия эпидемии, зачастую с подчеркиванием областей, где срочно требуются дополнительные исследования. Как поясняется в этой главе, внедрение в последние годы антиретровирусных препаратов в условиях ограниченных ресурсов часто создает самые большие возможности для ограничения наиболее пагубного воздействия эпидемии. Тем не менее, так же, как и антиретровирусные препараты сами по себе не обеспечивают излечения, только доступ к лечению не позволит

устранить социально-экономический ущерб, вызванный этой эпидемией. Для осуществления долгосрочных усилий по минимизации воздействия эпидемии абсолютно решающее значение имеет расширение масштабов программ профилактики. Кроме того, требуются инициативы в области политики и программ, конкретно направленные на ослабление воздействия эпидемии на домохозяйства, женщин и детей, а также на национальные сектора и институты.

Оценка воздействия эпидемии: проблемы и препятствия

Усилия, направленные на описание воздействия ВИЧ, часто включают сравнение нынешней ситуации с прогнозами относительно того, какими могли бы быть домохозяйства, общины и общество, если бы этой эпидемии не было вообще. Однако по мере распространения ВИЧ-инфекции и усиления ее воздействия общины/сообщества и страны, наиболее сильно затронутые эпидемией, также претерпели глубокие изменения, не связанные с ВИЧ, что затрудняет выделение последствий самой эпидемии (Bhorat & Kanbur, 2005). Во многих странах – например, в Зимбабве и Южной Африке – трудно отделить воздействие эпидемии от основных социальных и экономических перемен, которые произошли за последние два-три десятилетия.

Эта эпидемия показала, что общества, наиболее сильно затронутые ВИЧ, обладают огромными резервами в плане изобретательности и стойкости, что позволяет им избежать некоторых ожидаемых последствий эпидемии или ослабить такие последствия. В то же время такая стойкость также может скрывать глубокие индивидуальные или коллективные травмы, последствия которых еще не осмыслены.

ВИЧ иногда называют явлением “длинной волны”, последствия которого будут ощущаться в далеком будущем, через неопределенные промежутки времени (Gillespie et al., 2007). Традиционные средства, используемые экономической и социальной наукой, плохо предназначены для прогнозирования потенциального будущего этой эпидемии. Таким образом, в то время как мы можем измерить показатель, характеризующий посещение школы, и другие атрибуты благополучия детей, осиротевших в результате ВИЧ, труднее дать количественное выражение затрат, связанных с потерей

одного или обоих родителей, или прогнозировать будущее воздействие на общество такой большой когорты молодых взрослых, которые достигнут своего совершеннолетия без родительской помощи. Высказывалось мнение о том, что эта эпидемия, вызывающая преждевременную смерть миллионов матерей и отцов, разрушает традиционные механизмы передачи знаний и ценностей (Bell, Devarajan & Gersbach, 2004), тем не менее имеющиеся инструменты не позволяют адекватно оценить это явление или его вероятное воздействие.

Некоторые изначальные допущения относительно макроэкономического воздействия эпидемии не подтвердились. Эпидемия не разрушила национальные экономики и не поставила под угрозу существование какого-либо национального правительства. В то же время за внешним видом обществ, функционирующих “нормально”, может скрываться сильное социальное напряжение, поскольку умеренный характер макроэкономического эффекта маскирует как сильную нагрузку на подгруппы населения, так и резкий рост неравенства, обусловленный эпидемией.

Смягчение воздействия на домохозяйства, женщин и детей

В то время как бедным людям и домохозяйствам необязательно грозит более высокий риск заражения ВИЧ (Dinkelman, Lam & Leibbrandt, 2007; Mishra et al., 2007), воздействие ВИЧ-инфекции часто усиливается в условиях бедности. Например, связанная с ВИЧ финансовая нагрузка на бедные домохозяйства в Индии составляет 82% годового дохода, в то время как сопоставимая нагрузка на самые богатые семьи чуть превышает 20% (АБР и ЮНЭЙДС, 2004а). Исследования в Объединенной Республике Танзания показали, что люди, живущие с ВИЧ, обычно заболевают более десяти раз, прежде чем они умрут, а средняя длительность периода ослабления здоровья в последний год перед смертью составляет 12 месяцев (Bollinger, Stover & Riwa, 1999; Beegle, 2003). Анализ данных, полученных в Ботсване, показал, что ВИЧ снижает доходы на человека в домохозяйстве на 10%, а средние потери доходов домохозяйств, имеющих самый низкий уровень доходов, оказываются в два раза выше (Greener, 2005).

ВИЧ-инфекция также приводит к значительным дополнительным расходам, с которыми труднее всего справляются бедные домохозяйства. Даже если услуги по лечению в связи с ВИЧ на первый взгляд предоставляются бесплатно, пациенты часто вынуждены нести значительные личные расходы в виде дополнительных платежей, взносов, уплачиваемых пациентами, транспортных расходов и непокрываемых затрат (напр., на лекарства при оппортунистических инфекциях) (Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению, 2007). В Южной Африке, где затраты на похороны могут быть эквиваленты доходам за 7 месяцев, 61% домохозяйств не имеют страховки на покрытие затрат на похороны (Collins & Leibbrandt, 2007). Для покрытия таких затрат затронутым домохозяйствам часто приходится снижать свои расходы на такие статьи, как питание или образование.

Расширение антиретровирусной терапии и ее воздействие на производительность

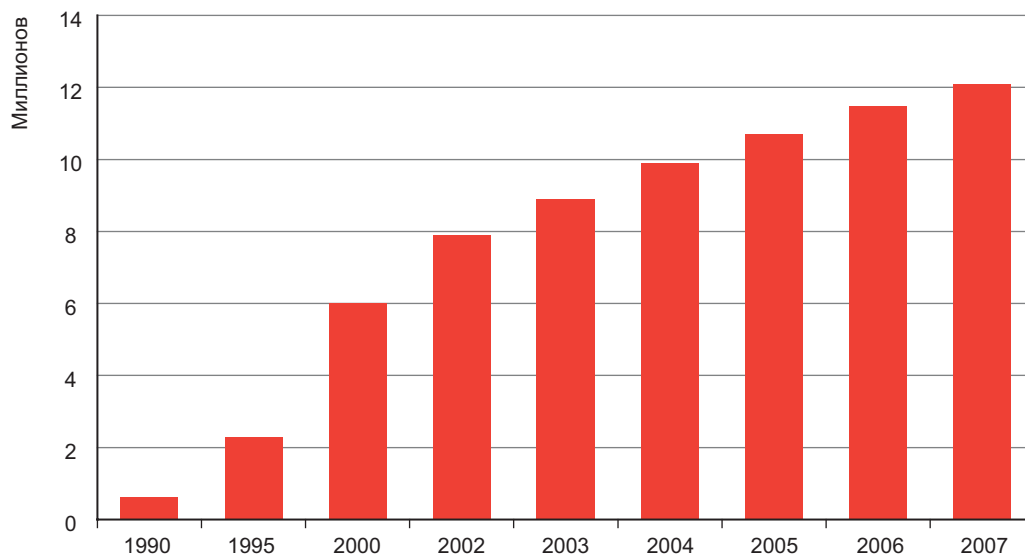
Помимо продления жизни и ослабления страданий, вызванных болезнью, антиретровирусная терапия является критически важным средством для ослабления экономического воздействия эпидемии на домохозяйства. Среди работников чайных плантаций в Кении в первый год после начала антиретровирусной терапии наблюдалось быстрое повышение производительности (Simon et al., 2007). Тем не менее восстановление здоровья или производительности наступит не сразу или может вообще не наступить; в результате некоторые работодатели разрешают своим работникам возвращаться к исполнению своих обязанностей позже – через 3–6 месяцев после начала антиретровирусной терапии.

Социальная защита

Анализ схем оказания материальной помощи в государственном секторе в странах юга Африки показал, что в Южной Африке такими программами были охвачены 50% домохозяйств и что 70% домохозяйств на местном уровне, охваченных пилотными схемами, осуществляемыми на уровне районов в Замбии и Малави, были затронуты ВИЧ. По оценкам ЮНИСЕФ, в странах с низким и средним уровнем доходов с высоким показателем распространенности ВИЧ правильно построенные

РИСУНОК 6.2

Оценочное число детей моложе 18 лет, осиротевших вследствие СПИДа в Африке к югу от Сахары (1990–2007 гг.)



Источник: Неопубликованные оценки ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2007 г.

программы оказания материальной помощи¹ могли бы охватить 80% затронутых ВИЧ домохозяйств, нуждающихся в такой помощи (ЮНИСЕФ, 2007а).

За исключением домохозяйств, где антиретровирусную терапию получают один или несколько членов, серологический ВИЧ-статус не рекомендуется использовать как критерий для получения социальной денежной помощи, что может привести к стигматизации домохозяйств-получателей помощи (ЮНИСЕФ, 2007а). Схемы, увязывающие право на получение помощи с низким уровнем доходов, охватывают большую долю домохозяйств, затронутых ВИЧ, которые, как правило, беднее, чем незатронутые домохозяйства, что объясняется экономическими последствиями инфицирования. Точно так же критерии, признающие право на получение помощи за домохозяйствами, включающими одного или нескольких сирот или не имеющими трудоспособных членов, также охватывают большое число домохозяйств, затронутых ВИЧ (ЮНИСЕФ, 2007а).

Минимизация административных барьеров имеет большое значение для максимального расширения участия в программах материальной помощи населению. В Южной Африке относительно низкий уровень участия в таких программах, вероятно, был обусловлен сложными административными процедурами, а также задержками, связанными с высокой нагрузкой на систему управления социальной помощью в стране (ЮНИСЕФ, 2007а). Столь же важно облегчить доступ к таким программам в городских и сельских районах.

Схемы материальной помощи представляют собой рациональную политику решения проблемы ВИЧ среди бедных домохозяйств, однако некоторые задаются вопросом, могут ли страны с низким уровнем доходов, более всего затронутые ВИЧ, позволить себе такой подход. Согласно результатам расчета издержек, выполненного Международной организацией труда, на реализацию национальной схемы оказания материальной помощи бедным слоям населения требуется не более 0,5% валового внут-

¹ В промышленно развитых странах "программы материальной помощи населению" могут означать социальную помощь или страхование, т.е. оказание денежной помощи нуждающимся домохозяйствам.



Обеспечение всеобщего доступа к лечению в связи с ВИЧ может предупредить появление 5 миллионов новых детей-сирот.

ренного продукта (Pal et al., 2005); о том же говорят результаты анализа, выполненного ЮНИСЕФ в Мозамбике (Webb, 2007).

Сироты и другие дети, ставшие уязвимыми вследствие ВИЧ

Потребности домохозяйств, затронутых ВИЧ, включают также потребности детей, живущих в таких домохозяйствах. В Африке к югу от Сахары почти 12 миллионов детей в возрасте до 18 лет потеряли одного или обоих родителей вследствие ВИЧ (ЮНИСЕФ, 2008). В Ботсване и Замбии оценочное число детей-сирот моложе 17 лет составляет 20%, причем большинство из них стали сиротами вследствие ВИЧ (Нааскер, 2004а). По данным Зимбабве, 24% детей в стране (в возрасте от 0 до 17 лет) потеряли одного или обоих родителей вследствие ВИЧ (рисунок 6.2).

Помимо травмы, вызванной потерей одного или обоих родителей вследствие ВИЧ, сиротство может различным образом усиливать уязвимость детей. Потеря одного родителя может привести к значительному снижению уровня жизни; это также может усиливать вероятность эксплуатации. В случае смерти обоих родителей ребенок может стать главой домохозяйства, что означает огромную нагрузку на него в раннем возрасте. Сиротство может особенно сильно воздействовать на девочек, которые в целом чаще могут не посещать школу по сравнению с мальчиками (см. ПРООН, 2007).

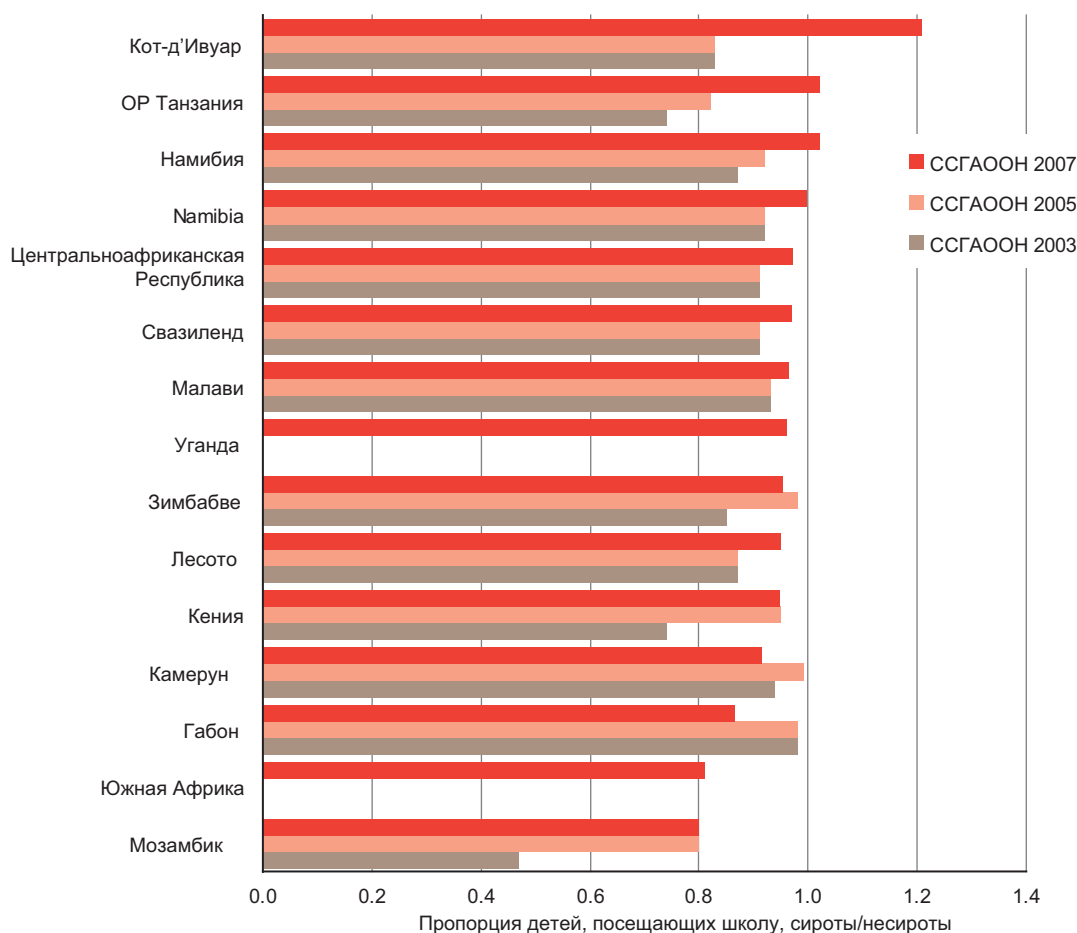
Большая часть нагрузки по уходу за детьми, осиротевшими вследствие ВИЧ, ложится на пожилых людей, особенно на бабушек, которым приходится брать на себя заботу в случае смерти одного или обоих родителей. Обследования, проведенные в сельских районах Южной Африки, указывают на увеличение числа домохозяйств, возглавляемых людьми старше 50 лет (Preston-Whyte et al., 2007). В Зимбабве, Намибии и Объединенной Республике Танзания бабушки обеспечивают уход за 40%–60% детей-сирот (ЮНИСЕФ, 2007b).

Ослабление воздействия на сирот и уязвимых детей

Со времени, когда в 1991 году ЮНИСЕФ организовала первую международную встречу по этой проблеме, меры в области политики в ответ на проблему сиротства и уязвимости детей вследствие ВИЧ значительно расширились (Webb, 2007). Если первоначально основное внимание уделялось “детям, осиротевшим вследствие СПИДа”, в программных ответных мерах постепенно начали получать признание многие самые различные пути, которыми ВИЧ может усиливать уязвимость детей, в том числе болезнь родителей и потеря доходов домохозяйствами. Программы на основе прав человека позволили улучшить понимание лицами, вырабатывающими политику или реализующими программы, проблемы дискриминации детей, затронутых ВИЧ, и тем самым помогли им избежать такой дискриминации.

РИСУНОК 6.3

Отношение показателя посещаемости школы среди детей-сирот к показателю посещаемости среди детей, имеющих родителей, в странах с показателем распространенности $\geq 5\%$



Источник: Страновые данные о выполнении решений ССГАООН, 2008 г.

Среди 33 стран с генерализованными эпидемиями, представивших такие данные, 91% национальных правительств отметили, что у них действует конкретная политика или стратегия, направленная на удовлетворение потребностей детей, ставших сиротами или уязвимыми вследствие ВИЧ (данные для НКИП, полученные из стран в 2008 году). Пятнадцать стран с самым высоким показателем распространенности ВИЧ имеют рабочие определения такой группы населения, рабочий план и оценочное число детей, охваченных программами поддержки. В настоящее время невозможно определить, в какой мере эти планы включают расчетные затраты и бюджеты, или степень их реализации,

хотя, национальные правительства почти 73% стран с генерализованными эпидемиями считают, что национальные усилия, направленные на удовлетворение потребностей сирот и уязвимых детей, осуществляются на достаточно высоком уровне. Данные, представленные правительствами по этим аспектам политики, в основном были подтверждены неправительственными организациями в этих странах (данные для НКИП, полученные из стран в 2008 году).

В последние годы усилилась донорская помощь инициативам по уходу и поддержке для детей. По состоянию на сентябрь 2007 года фонд ПЕПФАР

предоставил уход и поддержку 2,7 миллиона детей, осиротевших или ставших уязвимыми вследствие ВИЧ; этот фонд также провел обучение или подготовку 143 000 лиц, занимающихся уходом (ПЕПФАР, 2007). В Свазиленде Глобальный фонд финансирует услуги по уходу и поддержке для 100 000 детей, осиротевших вследствие ВИЧ (Глобальный фонд, 2008).

Образование

Образование имеет критическое значение для развития потенциала и чувства самоуважения среди детей, а также для передачи знаний и ценностей от поколения к поколению в обществе. Исследования дают противоречивые данные о воздействии сиротства вследствие ВИЧ на уровень посещения школы; некоторые исследования указывают на то, что такое воздействие может зависеть от контекста, а полученные результаты могут определяться различиями в методиках. В 56 странах, где имеются последние данные обследований домохозяйств, дети, потерявшие обоих родителей, в среднем на 12% реже посещают школу по сравнению с детьми, имеющими родителей. В странах с показателем распространенности ВИЧ выше 5% посещаемость школы детьми-сиротами оказалась лишь на 4% ниже по сравнению с детьми, имеющими родителей; это говорит о том, что сильно затронутые страны устраняют некоторые различия в области образования, которые наблюдались на ранней стадии эпидемии.²

В странах с высоким показателем распространенности ВИЧ посещаемость школ детьми-сиротами в 2007 году была повсеместно выше по сравнению с 2005 годом, за исключением Зимбабве и Камеруна (рисунок 6.3). Некоторые из этих стран получали помощь для сирот через инициативу ПЕПФАР или из других источников. Особенно следует отметить усилия таких стран, как Габон, Замбия, Кот-д'Ивуар и Объединенная Республика Танзания, где уровень посещаемости школы фактически выше среди детей-сирот, чем среди детей, имеющих родителей.

Некоторые эксперты считают, что мониторинг посещаемости школ в определенный момент времени является менее полезным критерием определения воздействия ВИЧ на детей по сравнению с анализом конечных результатов обучения.

Например, в Замбии и Уганде, несмотря на постепенное улучшение до 1977 года результатов обучения в когортах с разбивкой на возрастные группы по пять лет, уровни образования начали снижаться по мере уменьшения продолжительности жизни под воздействием эпидемии (Birdsall & Namoudi, 2004). Вследствие эпидемии уровень образования детей в наиболее сильно затронутых странах в целом снижается, что может привести к ослаблению национального потенциала с точки зрения накопления человеческого капитала для будущего роста, процветания и развития (Birdsall & Namoudi, 2004).

Социальная защита

В восточном и южном регионах Африки национальные правительства, гражданское общество и другие заинтересованные стороны уделяют все больше внимания вопросам обеспечения минимального пакета социальной защиты для уязвимых детей, включая детей, затронутых ВИЧ (Webb, 2007). Такие минимальные пакеты сильно варьируются в зависимости от стран. В декабре 2007 года национальная Программа по уходу за детьми Ботсваны оказывала поддержку более чем 53 000 детей, осиротевших вследствие ВИЧ, включая продовольственные пакеты, психологическое консультирование и помощь для получения образования (напр., отмену оплаты за школьное образование). В Зимбабве Национальная политика по уходу за сиротами использует секторальный подход, содействуя усилению потенциала общин по уходу через расширенные семьи. Министерство гендерного равенства и защиты детей Намибии предоставляет гранты для ухода за детьми, которые в 2007 году были выделены для 65 000 детей; Южная Африка охватила такими услугами более одного миллиона сирот и уязвимых детей, в основном в виде грантов для поддержки детей.

Среди 10 стран, где 5 или более процентов взрослых инфицированы ВИЧ и где недавно были проведены обследования среди домохозяйств, в среднем 15% сирот (с поправкой на группы населения) живут в домохозяйствах, получающих ту или иную помощь, например, медицинскую помощь, помощь для посещения школы, финансовую поддержку или психосоциальные услуги. В некоторых

² Настоящий показатель касается сирот в целом, а не только детей, осиротевших вследствие ВИЧ.

ТАБЛИЦА 6.1

Поддержка сирот и уязвимых детей по данным, представленным странами с показателем распространенности ВИЧ среди взрослых $\geq 5\%$ (оценки за 2005 г.)

Страна	Поддержка СУД	Всего СУД ¹	Охват в 2007 г. (n=10)
Данные обследований среди населения			
Ботсвана	Данные не представлены	Данные не представлены	Данные не представлены
Камерун	412	4,431	9%
Центральноафриканская Республика	Данные не представлены	Данные не представлены	7%
Габон	259	2,637	10%
Кения	Данные не представлены	Данные не представлены	17% ²
Лесото	Данные не представлены	Данные не представлены	Данные не представлены
Малави	Данные не представлены	Данные не представлены	19%
Намибия	882	5,343	17%
Свазиленд	1,472	3,576	41%
Уганда	569	5,321	11%
Замбия	578	3,671	16%
Зимбабве	1,972	6,322	31%
Средний показатель с поправкой на группы населения	34,161	4,970	15%
Данные, полученные программами			
Кот-д'Ивуар	37,250	420,943	9%
Южная Африка	1,057,900	1,577,200	67%
Объединенная Республика Танзания	471,315	930,000	51%
Средний показатель с поправкой на группы населения	2,928,143	1,566,465	53%

¹ Общее число СУД по данным, представленным странами

² Информация, основанная на результатах обследований, выполненных ПЕПФАР в Кении для оценки поддержки СУД в 2007 году.

Источник: страновой отчет Кении по показателям ССГАООН, 2008 г.

странах с высоким уровнем нагрузки данные об охвате программами указывают на несколько более высокий уровень охвата по сравнению с данными, полученными при проведении обследований среди домохозяйств. Например, по данным, полученным из Объединенной Республики Танзания и Южной Африки, этот охват достигает соответственно 67% и 50% домохозяйств, где имеется один ребенок или несколько детей, осиротевших или ставших уязвимыми вследствие ВИЧ (Таблица 6.1).³

Оказание целевой материальной помощи домохозяйствам, затронутым ВИЧ, позволит значительно увеличить помощь детям, которые составляют значительную долю членов домохозяйств. По данным пилотного проекта, выполненного в районе Каломо, Замбия, 68% детей, охваченных программами материальной помощи населению, составляли

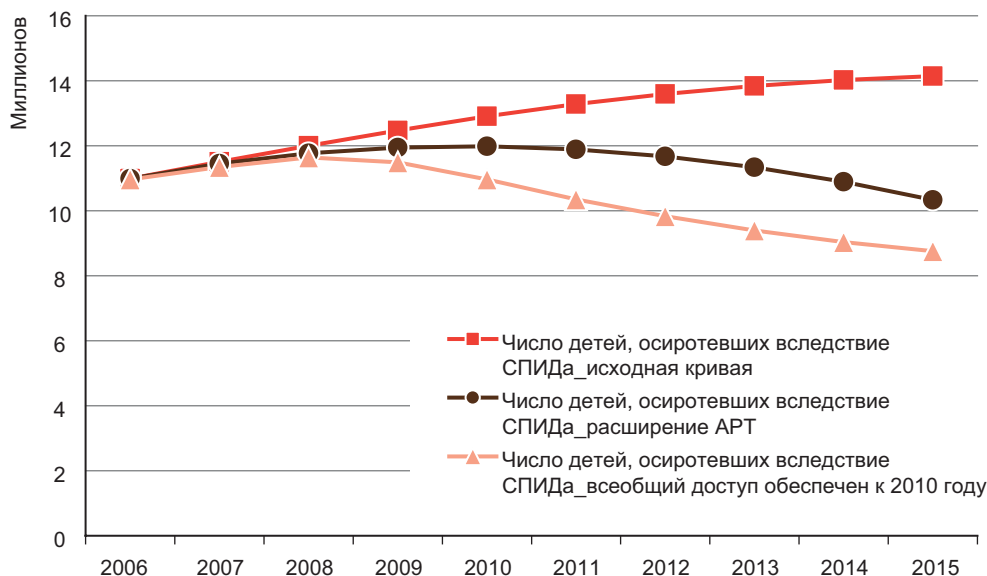
сироты, включая 35% сирот, потерявших обоих родителей (ЮНИСЕФ, 2007а).

Инициативы по оказанию помощи сиротам сталкиваются с многочисленными проблемами в странах с высоким показателем распространенности ВИЧ. Согласно страновому отчету по ключевым показателям, представленному ЮНЭЙДС, в 2007 году процент детей, осиротевших или ставших уязвимыми вследствие ВИЧ, которые были охвачены услугами для детей-сирот в Зимбабве, снизился в результате воздействия гиперинфляции на национальный бюджет. Охват услугами для сирот иногда заметно выше в городских районах по сравнению с сельскими общинами. Вследствие стигмы домохозяйства иногда не хотят регистрировать затронутых детей для их включения в национальные программы поддержки. В некоторых

³ Данные, полученные программами, следует интерпретировать осторожно, учитывая возможность двойного учета вследствие получения данных различными организациями для одного и того же района или вследствие получения различных услуг одними и теми же домохозяйствами.

РИСУНОК 6.4

Число сирот вследствие СПИДа в Африке к югу от Сахары, 2006–2015 гг.



Источник: UNICEF, UNAIDS, WHO, 2008.

странах значительную помощь детям, затронутым эпидемией, оказывают группы гражданского общества, имеющие сильно ограниченные финансовые возможности, в то время как помощь со стороны правительства слабая.

Расширение антиретровирусной терапии и ее воздействие на детей в домохозяйстве

Антиретровирусное лечение ВИЧ-инфицированных взрослых также приносит очевидную пользу детям, живущим в затронутых домохозяйствах. Данные продольных исследований домохозяйств в Кении указывают на то, что время, проводимое детьми в школе, увеличивалось на 20% в неделю в течение первых шести месяцев после начала программы антиретровирусной терапии для взрослого члена домохозяйства. Точно так же – по данным качественных оценок – отмечается резкое улучшение в режиме питания детей, живущих в таких домохозяйствах, как только взрослый член домохозяйства начинает получать антиретровирусные препараты (Thirumurthy, Zivin & Goldstein, 2007). По данным исследования, проведенного недавно в Уганде, смертность среди детей, чьи родители получают антиретровирусные

препараты, снизилась на 81%, а число детей-сирот уменьшилось на 93% (Mermin, 2008).

Расширение доступа к антиретровирусной терапии также позволяет значительно уменьшить число детей, которые могут стать сиротами вследствие ВИЧ в будущем. Как показано на рисунке 6.5, если нынешние темпы расширения программ антиретровирусной терапии сохранятся, то к 2015 году число детей до 18 лет, осиротевших вследствие ВИЧ, может превысить 14 миллионов. В то же время обеспечение всеобщего доступа к лечению к 2010 году позволит уменьшить число сирот к 2015 году более чем на пять миллионов. Широкое расширение всеобщего доступа к 2015 году может привести к тому, что число сирот будет примерно на четыре миллиона меньше по сравнению с нынешними прогнозами.

Решение проблемы диспропорционального воздействия эпидемии на женщин

Помимо более высокой психологической и социальной уязвимости, женщины также диспропорционально сильно ощущают на себе негативные последствия эпидемии. Неся на себе

основные обязанности по уходу в Африке и других регионах, женщины видят, как нагрузка на их домохозяйства и общины в связи с ВИЧ растет, что часто подрывает их здоровье, возможности для получения доходов и снижает другие показатели благополучия. В Африке женщины составляют две трети населения, которое обеспечивает уход за людьми, живущими с ВИЧ (Специальная рабочая группа Генерального секретаря, 2004).

Женщинам, овдовевшим в результате ВИЧ, грозит высокий риск остаться без средств вследствие действия законов, которые не признают и не защищают права женщин на наследование и собственность. По данным одного исследования, проведенного в Замбии, процент земельных участков в домохозяйствах, возглавляемых женщинами, уменьшился на 35% за три года после смерти мужа (Chapoto, Jayne & Mason, 2007).

Меры для расширения экономических возможностей женщин

Что касается женщин с низкими доходами, живущих в Африке, смертность среди тех, кто имеет какую-либо формальную или неформальную работу, ниже, чем среди не имеющих работы (Chapoto & Jayne, 2005). Соответственно увеличение финансовых возможностей женщин помогает ослабить некоторые наиболее пагубные последствия эпидемии. Часто отмечается, что инициативы в области микрофинансирования являются одним из средств расширения возможностей женщин, поскольку они усиливают их экономическую независимость. По данным рандомизированного испытания, проведенного под контролем в рамках инициативы по микрофинансированию на Филиппинах, появление возможности накапливать микросбережения расширяло возможности женщин для принятия ими решений в домохозяйстве, усиливало их понимание того, как обеспечить эти сбережения, и положительно влияло на потребление товаров длительного пользования (Karlan, Ashraf & Yin, 2007). При проведении другого исследования, 90% женщин, участвовавших в инициативах по микрофинансированию, указали на значительное улучшение качества жизни, в том числе на повышение уровня солидарности в общинах в условиях кризиса и снижение уровня насилия со стороны партнеров (Pronyk, 2006).

В ходе одного из широких исследований инициатив по микрофинансированию для женщин исследователи проанализировали воздействие меры вмешательства, которая сочетала микрофинансирование с обучением на основе широкого участия по вопросам ВИЧ-инфекции, гендерных норм, бытового насилия и сексуальности. Несмотря на то что исследователи не отметили воздействия на уровень инфицирования ВИЧ, такая комбинированная инициатива по микрофинансированию ассоциировалась со снижением более чем в два раза уровня физического и сексуального насилия со стороны партнера. Исследование также показало значительное улучшение целого ряда качественных показателей, характеризующих расширение возможностей женщин (Kim et al., 2007).

Для того чтобы микрофинансирование стало реальным, инициативы должны быть направлены на устранение препятствий в области транспорта и грамотности, с которыми сталкиваются многие женщины при получении доступа к финансовой помощи. Кроме того, программы микрофинансирования должны включать работу с мужчинами через общины для устранения традиционных гендерных норм и сопротивления со стороны некоторых мужчин планам оказания финансовой помощи женщинам.

Поддержка для лиц, обеспечивающих уход

Во Вьетнаме, Кении, Мозамбике и других странах участие сетей общин позволяет ослабить нагрузку на тех, кто обеспечивает уход, и предоставить эмоциональную и практическую поддержку тем, кто ухаживает за людьми, живущими с ВИЧ (Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИДа, 2006). В Свазиленде небольшие суммы выделяются тем, кто обеспечивает уход (IRIN News, 2006), в то время как в Южной Африке проект, осуществляемый при поддержке Глобального фонда, включает обучение лиц, оказывающих уход, и предоставление финансовой и другой поддержки домохозяйствам, где проживают дети, осиротевшие вследствие ВИЧ (Форум для партнерства Глобального фонда, 2006). В Кении Сеть общинных организаций, работающих в рамках сотрудничества (GROOTS) представляет собой сеть групп взаимопомощи, которые помогают женщинам, оказывающим уход на дому, и расширяют возможности общин для удовлетворения потребностей по уходу в связи с ВИЧ (МИЦЖ, 2007).

Правовая реформа

Как поясняется в главе 3, принятие законов, защищающих права женщин на наследование и собственность, позволит усилить их экономическую независимость. Помимо снижения уровня риска и уязвимости женщин к ВИЧ, такие законы также позволят ослабить воздействие эпидемии на женщин за счет расширения их экономических возможностей. Несмотря на медленные темпы принятия и применения таких законов во многих странах, группы гражданского общества активно выступают за такие правовые реформы. Например, в Замбии проект “Справедливость для вдов и сирот” является центром для вдов, которые нуждаются в помощи для защиты их прав на наследование и собственность (МИЦЖ, 2007). Сеть ВИЧ-позитивных женщин в Ченнаи, Индия, и другие организации в южной Азии оказывают юридическую помощь женщинам для обеспечения их прав собственности (Swaminathan, Bhatla & Chakraborty, 2007).

Ослабление макроэкономического воздействия эпидемии

Эпидемия продолжает наносить ущерб национальным и субнациональным экономикам, а также отдельным экономическим секторам. Как рассматривается ниже, долгосрочные последствия эпидемии в различных регионах остаются несколько неопределенными и вызывают дебаты среди экономистов.

Экономическое воздействие эпидемии

Оценку макроэкономического воздействия эпидемии затрудняет тот факт, что в странах с высоким уровнем нагрузки имели место важные перемены, протекавшие в то же период, когда они боролись с проблемами ВИЧ. Эти перемены включали глобализацию, колебания цен на товары,

политические перевороты, гражданские и международные конфликты и другие гуманитарные кризисы. Поскольку национальные эпидемии и другие многочисленные факторы, которые могут влиять на экономический рост, зачастую сильно отличаются между странами, очень трудно добиться обобщенных выводов в отношении воздействия ВИЧ на экономический рост.

Невзирая на одну из самых высоких в мире нагрузок со стороны ВИЧ, Ботсвана тем не менее имела средние темпы экономического роста в период с 1990 по 2005 годы на уровне 4,8% (ПРООН, 2007). Точно так же экономический рост в сильно пострадавшей Уганде в 1990–2005 годах фактически превышал темпы роста, отмечавшиеся в 1975–1990 годах, даже несмотря на то что ВИЧ убивал более 100 000 человек в год (ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС, 2006). В Южной Африке, где проживает самое большое число людей, живущих с ВИЧ, после 1999 года наблюдался устойчивый экономический рост (Gillespie et al., 2007). В некоторых сильно затронутых странах – включая Замбию, Зимбабве и Кению – в 1990–2005 годах наблюдался экономический спад, однако эти отрицательные показатели трудно увязать с ВИЧ.

Наиболее оптимальные данные, полученные с помощью стандартных экономических моделей, говорят о том, что ВИЧ может снизить темпы экономического роста в странах с высоким показателем распространенности ВИЧ на 0,5–1,5% за 10–20 лет (Piot, Greener & Russell, 2007), что представляет собой заметное, но не катастрофическое воздействие.⁴ В то как макроэкономическое воздействие может быть управляемым, очевидным является то, что эта эпидемия усугубляет бедность, даже в менее затронутых странах за пределами Африки. Даже в случае устойчивого роста экономики ВИЧ создает “ловушку нищеты”, в которую попадают самые уязвимые (Bell, 2004). Учитывая более тяжелую нагрузку на бедные домохозяйства, ВИЧ также усиливает неравенство внутри обще-

⁴ Такие оценки заметно ниже по сравнению с прогнозными оценками, составленными на ранних стадиях эпидемии. Например, в 2001 году, по оценкам специалистов, ВИЧ мог привести к стремительному снижению экономического роста примерно с 5,5% в год до 1,5–2,5% (MacFarlan, 2001). Однако за эти годы экономический рост в Ботсване оставался устойчивым, несмотря на очень высокие уровни распространения ВИЧ-инфекции.

Последние прогнозы о том, что долгосрочное воздействие эпидемии на национальные экономики будет не столь сильным, как прогнозировалось ранее, разделяют не все. По данным экономического анализа за 2006 год, более низкие прогнозы относительно макроэкономического воздействия основаны на допущениях о том, что в сильно затронутых странах имеется избыточная неквалифицированная рабочая сила. Ставя под вопрос валидность таких допущений в свете долгосрочной смертности от ВИЧ, авторы анализа утверждают, что “более широкая и длительная перспектива” указывает на то, что “СПИД мог вызывать немедленный обвал многих экономик, в частности в Африке к югу от Сахары” (Финансовая группа банка TD, 2006).

ТАБЛИЦА 6.2

Затраты на рабочую силу в связи с ВИЧ

Сектор	Страна	Число работников в секторе	Оценочная распространенность ВИЧ (% взрослого населения)	Затраты на одного умершего или прекратившего работать вследствие СПИДа	Совокупные ежегодные затраты (% затрат на рабочую силу)
Розничная торговля	Южная Африка	500	10.50	0.7	0.50
Агробизнес	Южная Африка	700	23.70	1.1	0.70
	Уганда	500	5.60	1.9	1.20
	Кения	22,000	10.00	1.1	1.00
	Замбия	1,200	28.50	0.9	1.30
Производство	Южная Африка	1,300	14.00	1.2	1.10
	Уганда	300	14.40	1.2	1.90
	Эфиопия	1,500	5.30	0.9	0.60
	Эфиопия	1,300	6.20	0.8	0.60
Средства информации	Южная Африка	3,600	10.20	1.3	1.30
Коммунальные предприятия	Южная Африка	>25,000	11.70	4.7	2.20
Горнорудная отрасль	Южная Африка	600	23.60	1.4	2.40
	Ботсвана	500	29.00	4.4	8.40
Туризм	Замбия	350	36.80	3.6	10.80

Источник: Piot P et al. (2007). Squaring the Circle: AIDS, Poverty, and Human Development.

ства, что может усиливать уязвимость к ВИЧ в будущем, о чем говорится в главе 2. Ирония заключается в том, что заболевания и смерть квалифицированных работников также может усиливать неравенство за счет снижения общего спроса на рабочую силу и падение зарплаты среди неквалифицированных работников (Dorward & Mwale, 2004).

В Ботсване моделирование показало, что ВИЧ увеличил долю домохозяйств, находящихся ниже черты бедности, на 6% и увеличил процент лиц, живущих в бедных домохозяйствах, на 4%. В результате ВИЧ каждый человек, приносящий доходы и относящийся к группе лиц с самым низким уровнем доходов, должен содержать еще восемь иждивенцев (Greener, 2004). Экономический анализ, выполненный Азиатским банком развития и ЮНЭЙДС, показывает, что, помимо Африки, с 2003 по 2015 годы ежегодные темпы снижения уровня бедности по причине ВИЧ замедлились на 60% в Камбодже, 38% в Таиланде и 23% в Индии (АБР и ЮНЭЙДС, 2004). По оценкам, в Азии дополнительные затраты домохозяйств под воздействием ВИЧ составляют 2 миллиарда долларов США в год (Комиссия по СПИДу в Азии, 2008).

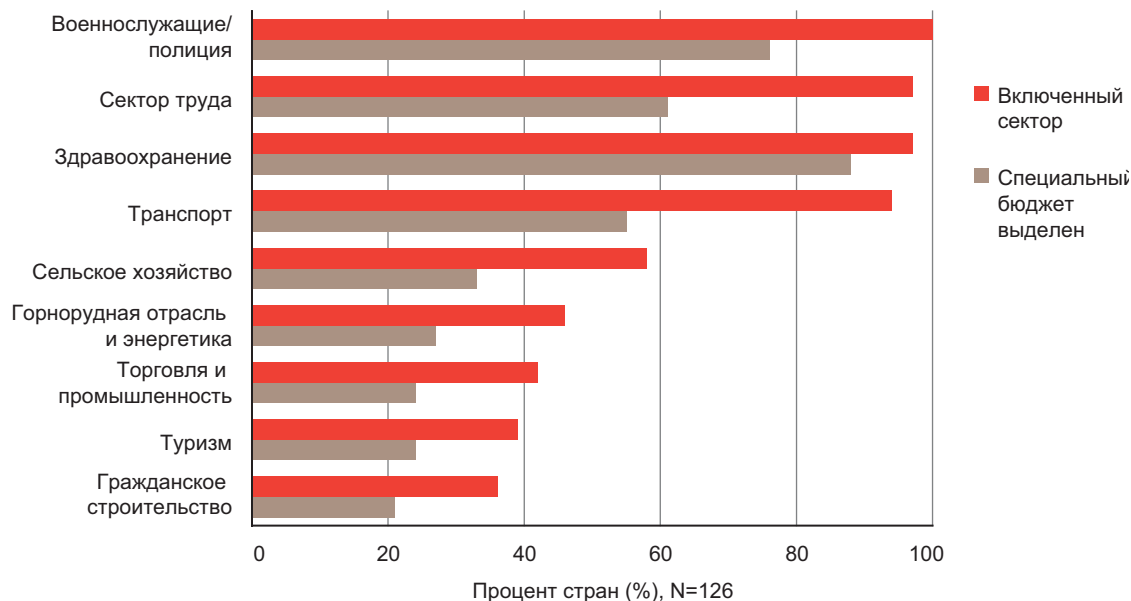
Относительно умеренное макроэкономическое воздействие эпидемии также затеняет намного

более сильное ее воздействие на отдельные отрасли. Издержки компаний вследствие ВИЧ включают снижение производительности (по причине невыхода на работу из-за болезни или смерти работников), медицинские расходы и выплаты в связи со смертью работников (Naacker, 2004b). В Африке затраты компаний в связи с ВИЧ составляют от 0,5% до 10% затрат на рабочую силу (Simon, неопубликованные данные, в: Piot, Greener & Russell, 2007) (Таблица 6.2). Если брать верхнюю часть этого диапазона, воздействие ВИЧ на прибыль может оказаться значительным. Например, среди горнорудных компаний на юге Африки будущие затраты, связанные с ВИЧ, по прогнозам могут составлять 8% (добыча золота) и 3,6% (добыча платины) от общих затрат на рабочую силу, что отражает заметную потерю прибыли компаниями (Fourie, 2005).

Существует ряд потенциальных стратегий, направленных на ослабление воздействия эпидемии на темпы экономического роста, бедность и неравенство. Как отмечалось, расширение доступа к антиретровирусной терапии помогает сохранить производительность труда и жизнедеятельность домохозяйств, затронутых ВИЧ, хотя для предупреждения потенциального роста экономического неравенства необходимо снизить

РИСУНОК 6.5

Процент стран, включивших сектора в национальную стратегию по СПИДу и имеющих специальный бюджет



Источник: Страновые данные о выполнении решений ССГАООН, 2008 г.

до минимума или исключить личные расходы домохозяйств в связи с лечением.

Программы на рабочих местах

Программы профилактики ВИЧ на рабочих местах оказались эффективными, и в настоящее время растет (хотя и недостаточно) число компаний, которые покрывают расходы своих работников на антиретровирусные препараты (см. главу 5). Отвечая на вопрос о том, имеются ли услуги на рабочих местах во всех или в большинстве районов, нуждающихся в таких услугах, менее одной четверти (24%) правительств (и неправительственных организаций в 12% стран) отметили, что услуги профилактики доступны широко, однако лишь 9% стран с генерализованными эпидемиями указали на широкое распространение программ лечения или наличие систем выдачи направлений на лечение по месту работы (данные для НКИП, полученные из стран в 2008 году). Кроме того, поскольку многие люди в Африке к югу от Сахары работают в сельском хозяйстве или в неформальном

секторе, традиционные программы, осуществляемые на рабочих местах, не охватывают большую часть работников.

Тридцать три страны с генерализованными эпидемиями, представившие эти данные, как правило, включают в свои национальные стратегии по ВИЧ сектор труда (97%), военнослужащих и полицию (100%) и транспортников (94%). Другие сектора реже включаются в национальные стратегии по ВИЧ; сельское хозяйство включено в 58% стратегических планов в странах с генерализованными эпидемиями, торговля и промышленность в 42%, горнорудная и энергетическая отрасль в 46%, туризм в 39% и гражданское строительство в 36% таких планов. Даже при включении в национальные стратегии по ВИЧ многие сектора, не связанные со здравоохранением, не получают бюджетной поддержки для ослабления воздействия эпидемии, о чем говорят отчеты, представленные правительствами (данные для НКИП, полученные из стран в 2008 году) (рисунок 6.7).

Работники против ВИЧ

Алан Лезер является Заместителем Генерального секретаря Международного объединения работников государственного сектора, всемирной федерации профсоюзов государственного сектора, и возглавляет руководящий комитет Глобальной программы профсоюзов по СПИДу



“Большинство ВИЧ-позитивных людей работают; таким образом, рабочее место является идеальным местом для осуществления мер в ответ на ВИЧ и СПИД, – говорит ветеран профсоюзного движения Алан Лезер. – На протяжении всей своей истории профсоюзы выступали за права рабочих на то, чтобы жить и работать в достойных условиях. Профсоюзы понимают, что именно этого ожидают от них их члены”.

Лезер возглавляет Глобальную программу профсоюзов по СПИДу (ГППС), направленную на то, чтобы ВИЧ был одним из основных приоритетов для всех профсоюзов и работников. ГППС представляет 12 крупнейших всемирных организаций, которые в свою очередь представляют 200 миллионов работников.

Многие профсоюзы по всему миру смогли провести переговоры с работодателями о внедрении политики в связи с ВИЧ на рабочих местах. Решение проблем стигмы и дискриминации в отношении ВИЧ-позитивных работников имело особое значение и ставило серьезные задачи перед работниками профсоюзов. “Нам необходимо, чтобы руководители открыто говорили о проблеме ВИЧ и СПИДа, как о чем-то вполне нормальном для профсоюзов, – говорит Лезер. – Если мы действительно хотим устранить стигму и дискриминацию на рабочем месте, нам необходимо говорить о том, что это заболевание является обычным”.

По словам Лезера, хотя работодатели сейчас уделяют больше внимания вопросам ВИЧ, чем раньше, политика на рабочем месте осуществляется не всегда. “Некоторые работодатели принимают меры, в то время как другие – нет, – говорит Лезер. – Они считают, что это не их обязанность, они считают, что этим должна заниматься система здравоохранения или кто-то еще”.

ГППС включает две основные сферы деятельности: адвокация на международном уровне и работа в рамках проектов, в основном в странах Африки к югу от Сахары с высоким показателем распространенности ВИЧ. Некоторые из их проектов были инновационными и успешными. Например, Международная федерация работников транспорта проводила активную работу в Африке и других частях мира, реализуя программы для защиты водителей грузовиков в транспортных коридорах. Они уделяли основное внимание вопросам создания центров для просвещения и лечения вдоль транспортных путей, с тем чтобы работники транспорта понимали вопросы уязвимости. Другим примером является работа Всемирной федерации работников образования, которая представляет 30 миллионов учителей во всем мире и осуществляет программы информирования о проблемах ВИЧ в школах и колледжах по всему миру. При проведении Всемирного дня борьбы со СПИДом в прошлом году они выступали за то, чтобы все учителя выделили один час для просвещения по вопросам ВИЧ и СПИДа.

Несмотря на прогресс в усилении мер в ответ на ВИЧ по месту работы, Лезер считает, что еще предстоит пройти длинный путь. “Со своей стороны я бы хотел видеть более активное участие самих работников, чтобы я мог играть скорее вспомогательную роль для оказания помощи молодым работникам профсоюзов, которые будут нести ответственность в будущем”.



Многие пострадавшие от ВИЧ домохозяйства получают средства к существованию через сельское хозяйство. Особенно в странах, наиболее затронутых ВИЧ и СПИДом, это зачастую ведет к снижению продуктивности сельского хозяйства и ставит под угрозу продовольственную безопасность.

Макроэкономическая политика с учетом вопросов бедности

Стратегия, направленная на обеспечение экономического роста с учетом вопросов бедности, может обеспечить достаточно высокий экономический рост и компенсировать отрицательное воздействие эпидемии на экономику. В то же время определенный экономический рост – например, экономический рост, способствующий мобильности населения или поиску работы вдали от своего дома, – может в принципе ухудшить национальную эпидемию. По данным исследования, проведенного в Лимпопо, Южная Африка, факторы, имеющие сильную взаимосвязь с риском заражения ВИЧ, включают доступ к торговому центру и высокий процент временно проживающих лиц (Pronyk, 2007).

Воздействие эпидемии на сельскохозяйственные сектора

Поскольку сельское хозяйство является основным источником доходов для многих людей, живущих с ВИЧ или затронутых ВИЧ, эта эпидемия оказала серьезное воздействие на продовольственную безопасность в странах с высоким показателем распространенности ВИЧ. Растущие, хотя и ограниченные данные указывают на то, что домохо-

зяйства, затронутые ВИЧ, столкнулись с проблемой снижения объема сельскохозяйственного производства, хотя некоторые наиболее радикальные факторы воздействия ВИЧ, которых опасались на ранней стадии эпидемии, такие как широкий переход к натуральному сельскому хозяйству, не были подтверждены при проведении некоторых строгих исследований в сельских районах Африки (Jaune et al., 2004). Например, в Руанде среднее производство бобовых в домохозяйствах, где были случаи смерти от СПИДа, на 18% ниже, чем среднее производство по стране в целом (Donovan, 2004). Потери в производительности иногда компенсируются тем, что члены домохозяйств, живущие в городских районах и не имеющие постоянной работы, как правило, возвращаются в сельские общины, когда домохозяйства сталкиваются с ВИЧ. Однако остается неясным, как долго будет существовать избыток работников в неформальном секторе, если нагрузка со стороны эпидемии будет нарастать (Jaune et al., 2004).

Смягчение воздействия на сельское хозяйство

Было принято немного масштабных мер вмешательства, не говоря уже об оценке таких мер, с тем чтобы ослабить воздействие эпидемии на сельскохозяйственные сектора и продовольственную

безопасность (Barnett, 2004). Для ослабления воздействия эпидемии на сельское хозяйство и продовольственную безопасность рекомендуется использовать подход, включающий четыре направления: инициативы для защиты и повышения уровня доходов сельских домохозяйств (включая фермерское и нефермерское хозяйство); политику социальной защиты для оказания финансовой и продовольственной помощи там, где это необходимо; целевые продовольственные программы для основных групп населения, которым грозит повышенный риск (напр., для девочек и женщин); и усиление разработки, реализации и учета процесса выработки политики в сельскохозяйственном секторе (Gillespie & Kadiyala, 2005).

Из 33 стран с генерализованными эпидемиями, представивших эти данные, 58% указывают на то, что они включили сельскохозяйственный сектор в национальные стратегии по ВИЧ, однако треть (33%) правительств отметили, что у них нет специального бюджета для решения проблем ВИЧ в сельскохозяйственном секторе (данные для НКПП, полученные из стран в 2008 году).

Ослабление воздействия эпидемии на национальные системы и институты

Обязанность правительств действовать от имени своего народа включает разработку и реализацию эффективных стратегических мер в ответ на ВИЧ. Однако эпидемия сама по себе подрывает государственные сектора во многих странах, препятствуя тому, чтобы правительства руководили действиями в ответ на ВИЧ. Эпидемия не только зачастую подрывает финансовые возможности правительства – уменьшая налоговые поступления и в то же время создавая новые потребности в получении доходов, – она также лишает государственный сектор важнейших кадровых ресурсов (Naacker, 2004b).

Воздействие на потенциал в области управления

Предварительные данные, полученные при проведении исследования воздействия эпидемии на системы управления в семи странах Африки, указывают на то, что эта эпидемия подрывает возможности парламентов, что приводит к значительным дополнительным затратам в сфере

управления. В Зимбабве число дополнительных выборов в национальный парламент увеличилось с 2000 по 2007 годы более чем в два раза, при этом более чем в двух третьих случаев эти выборы обусловлены смертью членов парламента без указания причины заболевания. Помимо потенциального влияния на качество представительства в округах, где члены парламента умерли, это также оказывает сильное воздействие на государственную казну, напр., каждые дополнительные выборы в Малави обходятся в 79 000 долларов США (Chirambo, 2007).

ВИЧ оказывает другое, менее прямое воздействие на систему управления. По данным того же исследования, проведенного в семи странах Африки, стигма в связи с ВИЧ не позволяет кандидатам на государственный пост или избранным членам парламента возглавлять сильные национальные меры в ответ на СПИД. Возможный ВИЧ-статус кандидатов часто используется как политическое оружие, чтобы поставить под сомнение приемлемость кандидата от другой партии. В семи странах Африки, которые включают страны с показателем распространенности ВИЧ выше 20%, исследователи не нашли ни одного члена парламента или кабинета министров, который открыто заявил бы о своей ВИЧ-инфекции (Chirambo, 2007).

Воздействие на сектор здравоохранения и другие социальные сектора

Несколько лет назад в Африке были проведены исследования, которые подтвердили значительную потерю кадровых ресурсов в секторе общественного здравоохранения вследствие заболеваний и смерти в связи с ВИЧ (Центральный совет здравоохранения Замбии и Центр для международного здравоохранения и развития, 2004). Позднее было проведено серологическое обследование в двух государственных больницах Южной Африки, результаты которого показали, что ВИЧ-инфицированными оказались 11,5% работников здравоохранения, в том числе почти 14% медсестер. Почти каждый пятый инфицированный работник здравоохранения имел число клеток CD4 ниже 200 и почти половина имели число таких клеток ниже 350 (Connelly et al., 2007), что указывает на высокую вероятность смерти среди работников в ближайшем будущем.

Воздействие эпидемии на государственный сектор выходит далеко за границы систем здравоохранения. Например, ущерб, нанесенный эпидемией

Воздействие ВИЧ на национальные вооруженные силы и глобальную безопасность

В ходе исторического совещания, проведенного в 2000 году, СПИД стал первым вопросом здравоохранения, который когда-либо формально обсуждался Советом Безопасности Организации Объединенных Наций, что повлекло за собой принятие ряда резолюций, подтверждающих влияние этой эпидемии на глобальную безопасность. Эта эпидемия может влиять на глобальную безопасность самыми различными способами; например, парализовав государственную машину или ослабив национальные вооруженные силы и тем самым спровоцировав агрессивные действия со стороны соседнего государства, или ослабив национальную готовность послать свои войска для осуществления международных миссий по поддержанию мира.

Существует мало данных, подтверждающих, что ВИЧ может вызвать паралич государственной машины. Тем не менее многие национальные вооруженные силы, особенно в наиболее сильно затронутых странах, прилагают огромные усилия, с тем чтобы решать административные, практические и оперативные вопросы, связанные с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции среди военнослужащих. Хотя получить надежную информацию о состоянии здоровья национальных вооруженных сил зачастую трудно, международные данные указывают на то, что показатель распространенности ВИЧ среди национальных вооруженных сил обычно не ниже или превышает показатель распространения инфекции среди населения в целом (Garrett, 2005).

Всего 85% стран указали на то, что в 2007 году их национальные стратегические рамки в связи с ВИЧ включали вопросы, связанные с удовлетворением потребностей национальных вооруженных сил. Среди стран, имеющих такую политику, 66% стран имели специальный бюджет для проведения мероприятий в связи с ВИЧ среди военнослужащих, на что указывают отчеты национальных правительств (данные для НКИП, полученные из стран в 2008 году). Для оказания финансовой и технической помощи при осуществлении таких мероприятий были привлечены международные доноры, в том числе Программа профилактики ВИЧ/СПИДа Министерства обороны Соединенных Штатов.

Многие страны продемонстрировали реальные возможности реализации услуг по профилактике ВИЧ в военных структурах, включая просвещение через лиц одного круга, распространение презервативов, лечение при инфекциях, передающихся половым путем, и антиретровирусное лечение. Например, по оценкам, в 2007 году в Кении национальные вооруженные силы предоставляли антиретровирусные препараты для 90% нуждающихся военнослужащих, а также оказали добровольное консультирование и тестирование для тысяч гражданских лиц, проживающих вблизи 17 военных баз, где проводилось тестирование. Из 109 стран, указавших на наличие у них национальной стратегии по профилактике ВИЧ среди национальных силовых структур, большинство стран обеспечили охват значительной доли этой группы населения программами распространения презервативов (86%), услугами для лечения при инфекциях, передающихся половым путем (89%), услугами для добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (89%) и лечения в связи с ВИЧ (77%) (данные для НКИП, полученные из стран в 2008 году). Департамент операций по поддержанию мира Организации Объединенных Наций, который осуществляет надзор за более чем 100 000 сотрудников, участвующих в 18 миссиях ООН по поддержанию мира, оказывает услуги по информированию и базовой профилактике ВИЧ для всех сотрудников этих миссий.

национальным системам образования – в основном в результате потери рабочего времени по болезни и преждевременной смерти учителей, живущих с ВИЧ, – хорошо представлен в документах (Birdsall & Namoudi, 2004). В 2005 году смертность вслед-

ствие ВИЧ снизила рабочий потенциал Управления по охране природы Замбии на 6,2% и увеличила затраты на рабочую силу почти на 10%, что ограничило возможности правительства для защиты диких животных и парков в стране (Rosen et al., 2006).

Усиление потенциала системы управления путем расширения антиретровирусной терапии

Был апробирован или предложен ряд стратегий, направленных на ослабление воздействия эпидемии на систему управления. Как отмечалось в связи с другими секторами, расширение доступа к антиретровирусным препаратам позволяет значительно повысить производительность, уменьшить потери рабочего времени по болезни, продлить жизнь и улучшить ее качество. Поскольку потребность в работниках здравоохранения и других государственных служащих является критической, иногда выдвигались предложения о приоритетном оказании услуг по профилактике ВИЧ и лечению ключевым работникам, хотя высказывались опасения по поводу возможного неравенства при применении такого подхода. В январе 2008 года правительство Малави объявило о плане, предусматривающем дополнительную выплату 35 долларов США (помимо средней ежемесячной зарплаты в размере 200 долларов США) ВИЧ-позитивным государственным служащим для улучшения их режима питания и качества жизни (Reuters, 2008).

Усиление профилактики ВИЧ в государственном секторе

Приоритетное внимание профилактике ВИЧ должно уделяться на рабочих местах, особенно в условиях высокого показателя распространенности ВИЧ. В случае работников здравоохранения все такие работники должны проходить обучение эффективным методам контроля за инфекцией и правилам применения обязательных мер предосторожности, включая мониторинг их исполнения, а учреждения здравоохранения должны обеспечить полный доступ к основным средствам профилактики, включая перчатки, халаты и другие средства защиты, а также системы, необходимые для своевременного начала антиретровирусной профилактики в случае серьезного контакта с кровью.

Инновационные меры для усиления кадрового потенциала

Как описано в главе 5, страны принимают инновационные меры для расширения своего ограниченного кадрового потенциала с целью борьбы с эпидемией ВИЧ. Примером этого является стратегия “Лечить, обучать, сохранять”

(Treat, Train, Retain), направленная на укрепление кадрового потенциала в секторе здравоохранения и реализацию задач не через узких специалистов, а специалистов широкого профиля, с тем чтобы максимально использовать имеющийся потенциал этого сектора. В то время как такие инновационные подходы в основном были направлены на системы здравоохранения, они могут использоваться в других государственных секторах, затронутых проблемой ВИЧ.

Движение вперед: меры, направленные на ослабление воздействия

Национальные правительства, доноры и другие заинтересованные участники должны уделять первостепенное внимание ослаблению воздействия эпидемии как ключевому компоненту мер в ответ на ВИЧ и усиливать действия, направленные на ослабление воздействия эпидемии на домохозяйства и общины. Понимание воздействия эпидемии в отдельных странах и на субнациональном уровне является необходимым шагом для расширения стратегических действий, направленных на ослабление этого воздействия. По состоянию на декабрь 2007 года 60% стран с генерализованными эпидемиями указали на то, что они выполнили оценку социально-экономического воздействия эпидемии, хотя лишь 6 из 33 стран с показателем распространенности ВИЧ выше 1% отметили, что эти оценки активно использовались при принятии решений о выделении ресурсов.

Включение вопросов ВИЧ в инструменты и процессы в области развития – в документы с изложением стратегий снижения масштабов нищеты, планы достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и рамки среднесрочных расходов – обеспечивает потенциально важное средство для повышения внимания различным вопросам, касающимся того, как эта эпидемия может усиливать бедность и неравенство и снижать темпы экономического роста и социального развития. Все страны с низким уровнем доходов и все страны с генерализованными эпидемиями указали на то, что к концу 2007 года они включили вопросы ВИЧ в свои общие планы в области развития. Вопросы ослабления воздействия эпидемии должны быть приоритетными для процессов секторального планирования.

Международные доноры должны выделять больше финансовых и технических ресурсов для осуществления мер, направленных на ослабление воздействия эпидемии. Помимо сугубо проектных мероприятий, таких как распространение продовольствия или оказание психосоциальной поддержки семьям, затронутым ВИЧ, доноры должны оказывать бюджетную помощь, необходимую для реализации сильных программ материальной помощи населению. Правительства, доноры и неправительственные организации должны уделять больше внимания стратегиям, направленным на поддержку родственных связей и социальных сетей, делающих все возможное для обеспечения ухода за большим и постоянно растущим числом детей, осиротевших или ставших уязвимыми вследствие ВИЧ.

Для обоснования национальных подходов к проблеме ослабления воздействия эпидемии требуется сильный национальный потенциал для сбора и анализа данных и разработки междисциплинарной политики. Как отмечалось, многие реформы в области политики, направленные на ослабление воздействия эпидемии, могут непреднамеренным

образом усиливать другие проблемы, такие как риск заражения ВИЧ или уязвимость к ВИЧ, экономическое неравенство и стигма в связи с ВИЧ. Традиционный “раздельный” подход к процессу принятия решений – когда юрисдикция отдельных министерств в сфере принятия решений четко очерчивается, а министерская “территория” тщательно охраняется – не способствует долгосрочной эффективности и устойчивости стратегий, направленных на ослабление воздействия.

Например, министерства сельского хозяйства могут иметь впечатляющий опыт и знания в области распределения посевных культур, продуктивности сельского хозяйства и т.д., однако они могут плохо понимать последствия реализации конкретной политики для уровня зарплат в сельских районах, миграции населения или подгрупп домохозяйств, затронутых ВИЧ. Точно так же министерства финансов, правильно определяя бюджетные ассигнования в краткосрочном плане, могут не иметь возможностей для оценки долгосрочных финансовых последствий нынешних инвестиций для ослабления воздействия.

Данные для действий

Осуществляются ли правильные действия?

- Из 33 стран с генерализованными эпидемиями правительственные респонденты в 91% стран указали на то, что у них имеются политика и стратегии, направленные на удовлетворение потребностей детей, осиротевших или ставших уязвимыми вследствие ВИЧ.
- Все национальные правительства в странах с генерализованными эпидемиями указали на то, что у них есть национальные стратегии в связи с ВИЧ для работников и сотрудников силовых структур, и большинство из них имеют политику для решения проблем ВИЧ в транспортном секторе (94%) и в сельском хозяйстве (58%).
- Правительства 60% стран с генерализованными эпидемиями указали на то, что они выполнили оценку социально-экономического воздействия эпидемии.

Осуществляются ли правильные действия правильным образом?

- В странах с показателем распространенности ВИЧ выше 5% дети-сироты лишь на 4% реже посещали школу по сравнению с детьми, имеющими родителей.
- Там, где другие сектора, помимо сектора здравоохранения, включены в национальные стратегии по ВИЧ, они зачастую не имеют бюджетной поддержки для ослабления воздействия эпидемии на сектор.
- Лишь в 6 из 33 стран с генерализованными эпидемиями национальные правительства отметили, что оценка социально-экономического воздействия эпидемии повлияла на выделение бюджетных ассигнований.

Были ли расширены такие действия в достаточной мере, чтобы изменить ситуацию?

- В 11 странах с показателем распространенности ВИЧ 5% или выше лишь 15% домохозяйств, включающих детей-сирот, получали какую-либо помощь в 2007 году.
- Лечение в связи с ВИЧ или направление на такое лечение предоставляется по месту работы лишь в 9% стран с генерализованными эпидемиями.

Мобилизация достаточных финансовых ресурсов для осуществления мер в ответ на ВИЧ

Объем финансовых ресурсов, выделяемых для осуществления мер в ответ на ВИЧ, в последние годы значительно увеличился. Десять миллиардов долларов США, полученных для программ по ВИЧ в 2007 году из всех источников, в том числе за счет внутренних государственных средств и личных средств населения, представляют собой превышение на 12% расходов в 2006 году и семикратное увеличение в нынешнем десятилетии (Рисунок А). Тем не менее для поддержки активных и устойчивых мер в ответ на ВИЧ в ближайшие годы потребуются значительные дополнительные ресурсы.

Мобилизация внутренних ресурсов

Увеличение внутренних ресурсов в связи с ВИЧ важно не только для финансирования важнейших мероприятий в ответ на ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, но также является конкретным признаком национальной привержен-

ности делу осуществления мер в ответ на ВИЧ. По прогнозам ЮНЭЙДС, для удовлетворения будущих глобальных потребностей в ресурсах, необходимых для осуществления таких мер, странам с низким и средним уровнем доходов в ближайшие годы необходимо будет покрывать примерно треть всех связанных с ВИЧ расходов. Тем не менее внутренняя финансовая нагрузка в связи с осуществлением мер в ответ на ВИЧ будет значительно варьироваться, в основном в зависимости от финансовых возможностей каждой страны. В то время как предполагается, что страны, относящиеся к верхней части списка стран со средним уровнем доходов, должны будут покрывать внутренние расходы в связи с ВИЧ самостоятельно, для основного объема будущих расходов в связи с ВИЧ по наименее развитым странам потребуются внешняя помощь.

Слишком часто национальные расходы в связи с ВИЧ не отвечают национальным потребностям.

РИСУНОК А

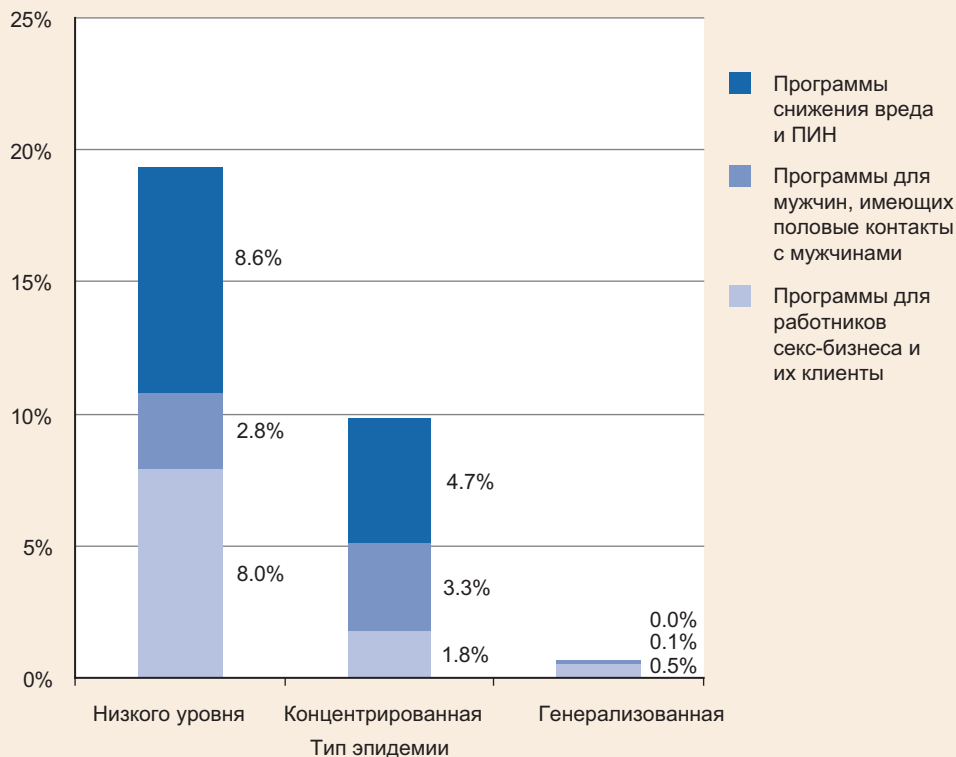
Оценочные общие годовые объемы ресурсов в связи с ВИЧ в 2000-2007 годах, и прогнозные финансовые ресурсы, необходимые к 2010 году, если сохранятся нынешние темпы расширения услуг (в миллиардах долларов США)*



* Это отражает прогнозируемый тренд в изменении потребностей в ресурсах, если сохранятся нынешние темпы расширения услуг.

РИСУНОК В

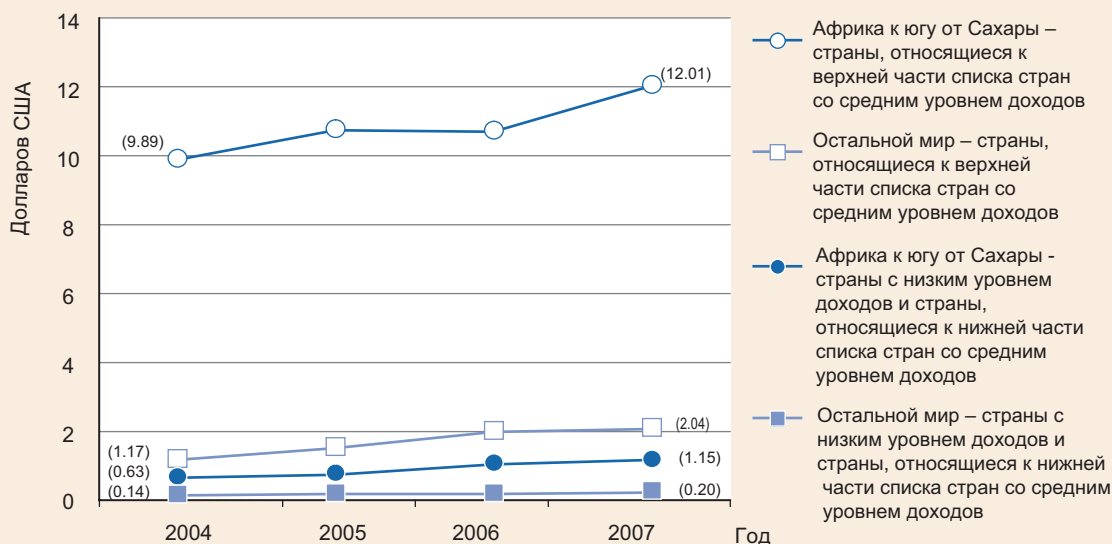
Расходы в рамках программ, нацеленных на группы населения, которым грозит самый высокий риск, в виде процента от всех расходов; с разбивкой по типу эпидемии – государственные и международные средства, 2006 г.



Источник: Страновые данные о выполнении решений ССГАООН, 2008 г.

РИСУНОК С

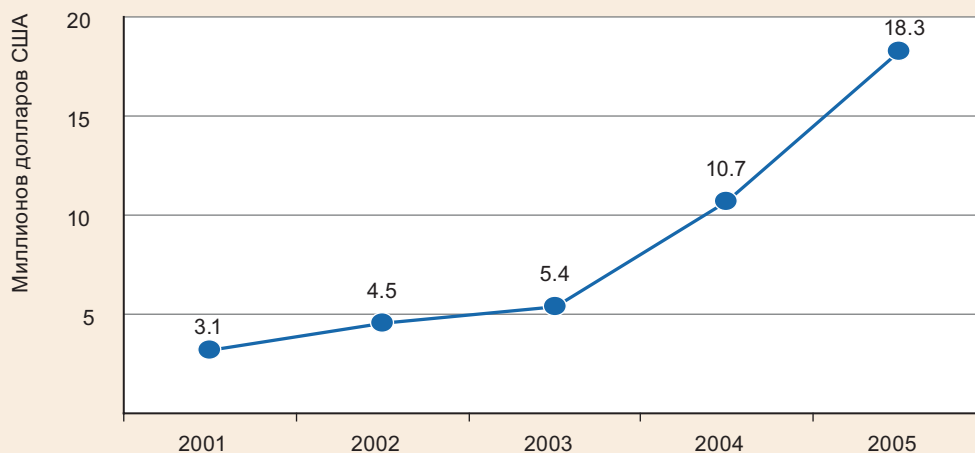
Расходы в связи с ВИЧ на душу населения, покрываемые за счет внутренних государственных средств в странах с низким и средним уровнем доходов, 2004-2007 гг.



Источник: Страновые данные о выполнении решений ССГАООН, 2008 г.

РИСУНОК D

Внутренние государственные расходы, Малави (миллионов долларов США)



Это особенно касается многих стран с эпидемиями низкого уровня или концентрированными эпидемиями. В рамках определенной категории расходов в связи с ВИЧ в условиях концентрированной эпидемии страны зачастую предпочитают осуществлять широкие программы профилактики для населения в целом, а не более эффективные в экономическом плане меры вмешательства, нацеленные на группы населения, которым грозит самый высокий риск. В целом в условиях концентрированных эпидемий на программы снижения риска среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, расходуется лишь 10% всех средств, используемых на профилактику ВИЧ (Рисунок В).

В странах с низким и средним уровнем доходов объем внутренних расходов на душу населения за период с 2005 по 2007 годы увеличился более чем в два раза (Рисунок С). Правительственные расходы на душу населения в пяти странах Африки к югу от Сахары, относящихся к верхней части списка стран со средним уровнем доходов, являются самыми высокими среди стран с низким и средним уровнем доходов, и в 2007 году они увеличились более чем на 10% и, по оценкам, достигли 12 долларов США на человека.

Ряд стран с низким и средним уровнем доходов проявили сильное лидерство в осуществлении мер

в ответ на ВИЧ в этом десятилетии, значительно увеличив внутренние расходы в связи с ВИЧ и удвоив свои усилия по мобилизации внешней помощи. Для этого они используют различные стратегии, с тем чтобы меры в ответ на ВИЧ имели надежную долгосрочную финансовую опору. Внедрив в конце 1990-х годов стратегию антиретровирусного лечения через национальную программу социальной защиты, Мексика обеспечила устойчивость своих национальных ответных мер, в последнее время за счет расширения системы финансовой поддержки, которая сейчас защищает население от катастрофического финансового воздействия некоторых заболеваний, включая ВИЧ. В Малави было принято законодательство, согласно которому все министерства обязаны расходовать по крайней мере 2% своего бюджета на мероприятия в связи с ВИЧ; с 2001 по 2005 годы объем внутренних расходов в связи с ВИЧ в этой стране вырос почти в шесть раз (Рисунок D).

Объем внутренних расходов в связи с ВИЧ – а также баланс между внутренними и внешними источниками финансирования мер в ответ на ВИЧ – сильно варьируются в зависимости от страны. Как показано на Рисунке Е, среди 20 стран с низким и средним уровнем доходов, которые выделяют больше всего средств на осуществление мер в ответ на ВИЧ, в абсолютных

РИСУНОК Е

Годовой объем внутренних расходов: ведущие 20 стран (2,73 миллиарда долларов США). Отчеты по показателям ССГАООН, последние имеющиеся данные (миллионов долларов США)



цифрах лидирует Бразилия, в то время как Ботсвана имеет намного более высокий показатель, характеризующий выделение внутренних ресурсов в связи с ВИЧ на душу населения.

Национальные расходы в связи с ВИЧ по уровню доходов

Ниже на Рисунке F показаны расходы в связи с ВИЧ на душу населения за счет внутренних и международных источников. Как показано на этом рисунке, в странах с более высокими рамками доходов пропорция средств, поступающих из внутренних государственных источников, растет.

Мобилизация международных ресурсов

Для финансирования в целях продвижения в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ необходимо еще более увеличить объем помощи, предоставляемой международным сообществом. По прогнозам Глобального фонда, в 2008 году только ему потребуется 6,7 миллиарда долларов США; причем к 2010 году ежегодная потребность в финансовых средствах увеличится до 7,7 миллиарда долларов США (Глобальный фонд, 2007). По прогнозам ЮНЭЙДС, международные доноры должны будут мобилизовать примерно две трети общей суммы,

РИСУНОК F

Расходы в связи с ВИЧ с разбивкой по финансовым источникам и уровням доходов, 2007 или последние имеющиеся данные

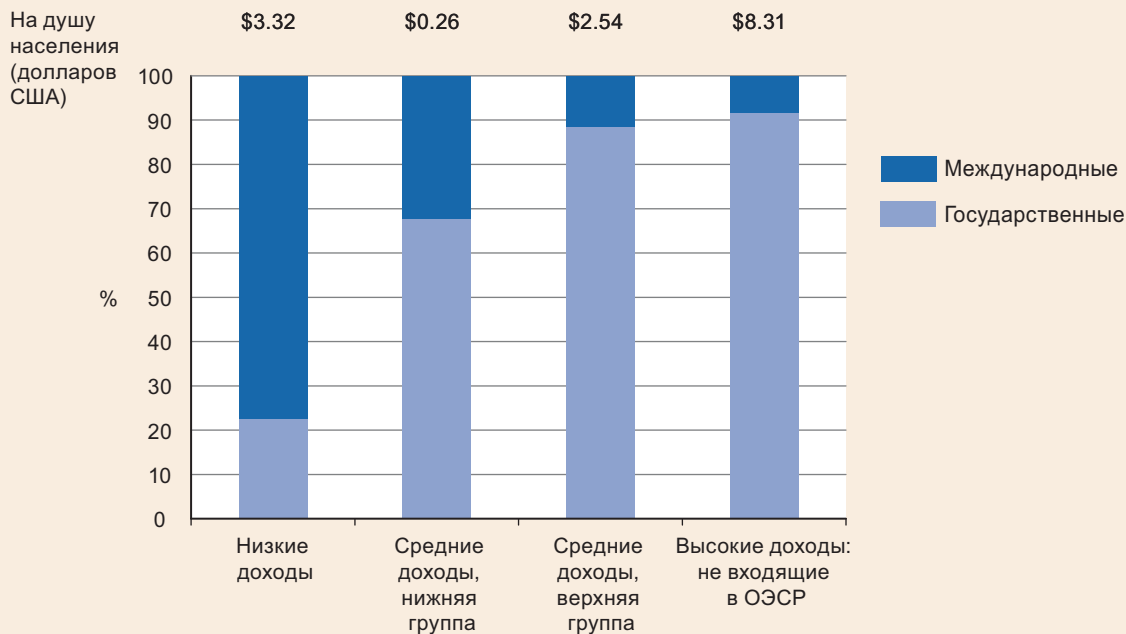
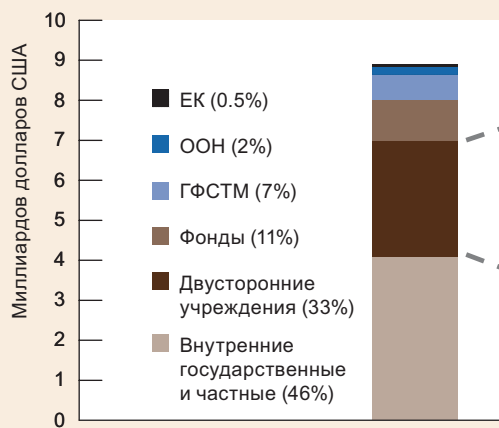


РИСУНОК G

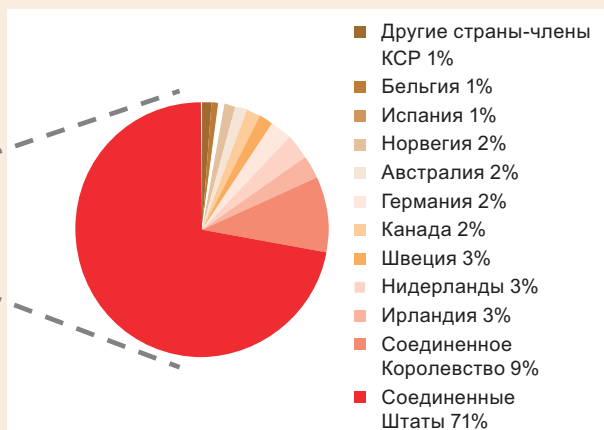
Средства, выделенные программам по ВИЧ в 2006 году двусторонними и многосторонними организациями

Двусторонние и многосторонние средства для программ по ВИЧ в 2006 году (миллиардов долларов США)



Всего ресурсов: 8,9 миллиарда долларов США

Двусторонние средства для программ по ВИЧ в 2006 году



Процент от общего объема средств, выделенных двусторонними учреждениями
Общий объем средств, выделенных двусторонними учреждениями в 2006 г.: 2,9 миллиарда долларов США

Источник: ОЭСР/КСР, онлайн-база данных (от 6 мая 2008 г.), Наличие ресурсов ЮНЭЙДС 2005, Учреждения, финансирующие программы по СПИДу (FCAA), Европейская группа учреждений, финансирующих программы по ВИЧ/СПИДу (EFG) для гуманитарного сектора

РИСУНОК Н

Объем выделяемых средств в расчете на 1 миллион долларов США ВВП, 2006 г.



Источник: Анализ, выполненный ЮНЭЙДС и Фондом семьи Кайзер, июнь 2007 г.; Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, онлайн-данные, май 2007 г.; Международный валютный фонд, база данных «Всемирный экономический обзор», апрель 2007 г.

необходимой в будущем для финансирования сильных мер в ответ на ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов.

Росту объема финансирования для программ по ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов содействуют многие страны. В то время как самая большая доля финансирования приходится на США, другие страны предоставляют более значительную часть своего валового внутреннего продукта (Рисунки G и H).

Международные доноры используют различные подходы к оказанию помощи в связи с ВИЧ. Что касается фактически выделенных в 2006 году объемов средств, то более 80% помощи в связи с ВИЧ, полученной от Ирландии, Италии, Канады, Нидерландов, Соединенного Королевства и США, было направлено через двусторонние программы, в то время как Франция направила более 80% своей помощи в связи с ВИЧ через Глобальный фонд.

Созданный в ответ на принятие *Декларации о приверженности* 2001 года Глобальный фонд к марту 2008 года имел обязательств на сумму 10,1 миллиарда долларов США в виде многолетнего финансирования программ здравоохранения в 136 странах, причем большая часть таких средств была предназначена для программ по ВИЧ. Объем средств, выделяемых Глобальным

фондом странам, увеличился с 430 000 долларов США в 2002 году до 641 миллиона в 2006 году, что отражает быстрый рост финансовой помощи для осуществления национальных мер в ответ на ВИЧ, туберкулез и малярию. К марту 2008 года США, Соединенное Королевство и Франция обещали выделить самые крупные суммы для Глобального фонда.

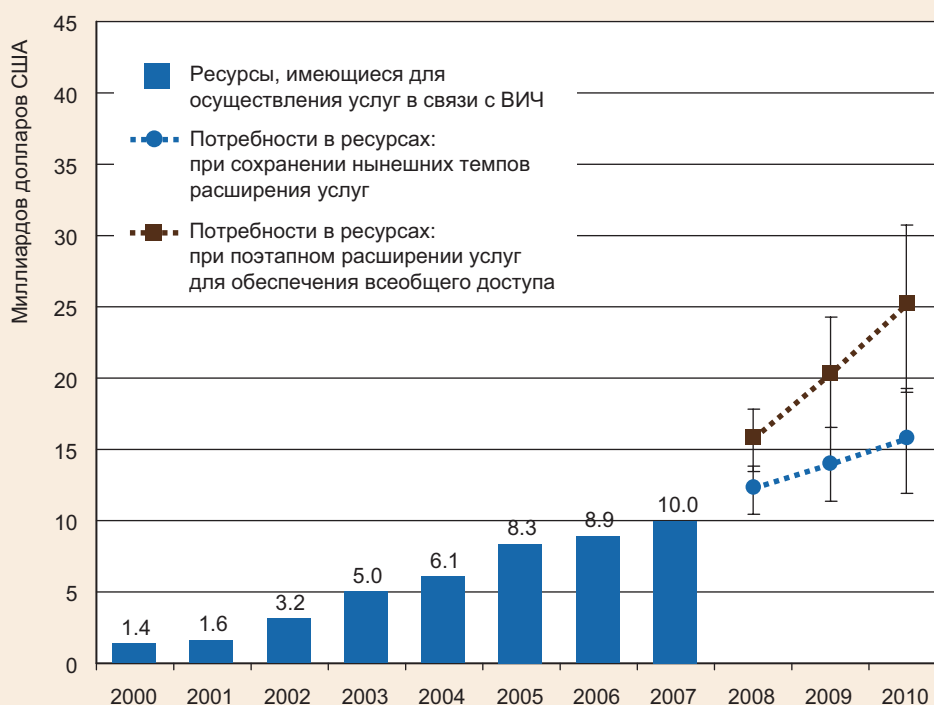
С 2004 по 2006 годы поддержка мер в ответ на ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов за счет филантропических фондов США увеличилась почти в два раза и достигла 979 миллионов долларов США. По данным организации «Доноры, обеспокоенные СПИДом», в 2006 году в рамках ее расходов для целей ВИЧ подавляющая часть средств была направлена на исследования. В 2004 году, последний год, за который имеются данные, европейские фонды израсходовали в связи с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов 101 миллион долларов США, что в три раза превышает объемы, израсходованные в 2002-2003 гг. (Европейские доноры по ВИЧ/СПИДу, 2006).

Растет пробел в ресурсах

Для простого поддержания нынешних темпов расширения услуг к концу настоящего десятилетия

РИСУНОК I

Ежегодные ресурсы, выделяемые в 2000–2007 годах, и разрыв между прогнозируемыми финансовыми ресурсами при сохранении нынешних темпов расширения услуг и сценарием поэтапного расширения услуг для обеспечения всеобщего доступа с 2010 по 2015 годы (миллиардов долларов США)



уровень финансирования должен быть увеличен более чем на 50% (Рисунок I). Однако такой рост не позволит обеспечить всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ даже к 2015 году, то есть пять лет спустя после конечной даты, согласованной всеми странами для достижения такого результата (ЮНЭЙДС, 2007с).

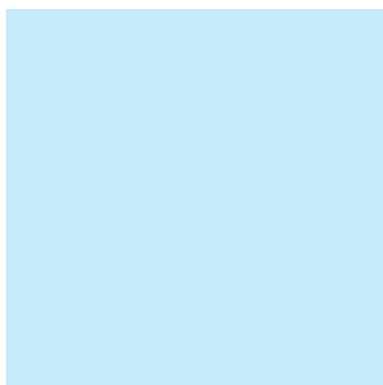
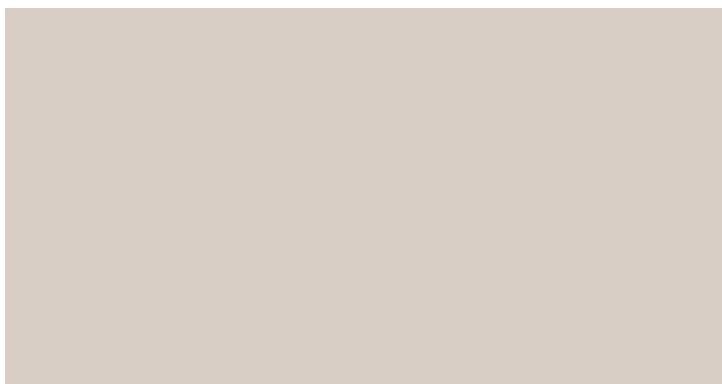
Для того чтобы достичь и сохранить всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ потребуется намного больше ресурсов. Как показано на Рисунке II, разрыв между имеющимися ресурсами и суммами, необходимыми для продвижения в направлении всеобщего доступа, увеличивается из года в год.

Недостаточное финансирование в связи с ВИЧ является частью более широкой картины в области развития. Подтверждая обязательства, выра-

женные в других международных соглашениях, страны-доноры пообещали в *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом* выделять 0,7% своего валового внутреннего продукта для оказания помощи в целях развития. В 2005 году лишь немногие страны достигли этого целевого показателя – Дания (0,81%), Люксембург (0,82%), Нидерланды (0,82%), Норвегия (0,94%). Если брать страны ОЭСР в целом, в 2005 году они выделяли в среднем 0,33% своего валового национального продукта на оказание официальной помощи в целях развития – этот процент не увеличился с 1990 года, несмотря на принятие ряда международных соглашений об увеличении такой помощи.

(Анализ проблем, с которыми сталкиваются страны в плане претворения ресурсов в эффективные программы, а также стратегий устойчивого финансирования в связи с ВИЧ в ближайшие годы и десятилетия см. в главе 7.)

Куда мы движемся дальше? Обеспечение
долгосрочной устойчивости эффективной, мощной
деятельности в ответ на ВИЧ

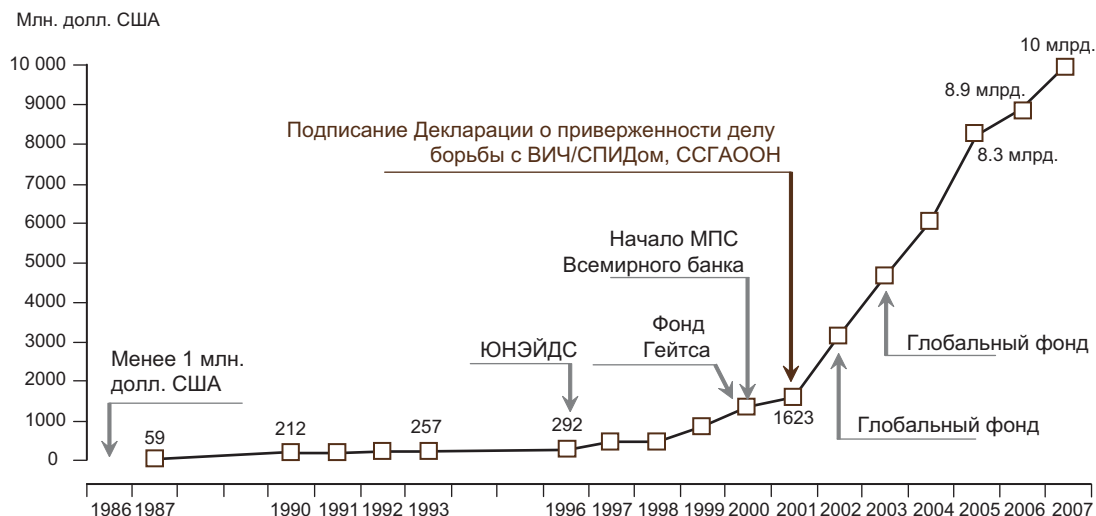


Глава 7



РИСУНОК 7.1

Общая годовая сумма средств на противодействие СПИДу, 1986–2007 гг.



Notes: [1] Цифры за 1986–2000 гг. относятся только к международным средствам
 [2] Данные о внутреннем финансировании включены начиная с 2001 г.
 [i] данные за 1996–2005 гг.: взяты из Доклада о глобальной эпидемии СПИДа, 2006 (ЮНЭЙДС, 2006)
 [ii] данные за 1986–1993 гг.: Mann & Tarantola, 1996
 Источник: Неопубликованные оценки ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2007.

Как уже рассматривалось в предыдущих главах, сегодня в мире есть средства для профилактики новых случаев ВИЧ-инфекции, снижения заболеваемости и смертности в связи с ВИЧ, и смягчения вредных последствий эпидемии для домохозяйств, общин и общества в целом.

Работа по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ является важным этапом в формировании эффективных и устойчивых мер в ответ на ВИЧ. Значительные, хотя и непостоянные успехи были достигнуты в расширении деятельности на пути к всеобщему доступу. Как показано в таблицах 7.1 и 7.2, нескольким странам уже удалось выполнить национальные целевые показатели всеобщего доступа в части профилактики передачи вируса от матери ребенку и антиретровирусного лечения.

Страны, которые значительно расширили масштабы этих услуг, продемонстрировали сильное

национальное и децентрализованное лидерство и координацию мероприятий по противодействию ВИЧ, включая согласование финансирования и деятельности партнеров с национальными стратегиями по СПИДу. В странах, где такие услуги были быстро расширены, совершенно очевидно существует четкая политическая воля на самом высоком уровне в правительстве, направленная на осуществление совместных процессов, которые подчеркивают важность всех аспектов ответной деятельности и вовлекают все заинтересованные стороны. Энтузиазм и прозрачность, с которыми некоторые правительства принимают меры в ответ на эпидемию, побуждают все большее число партнеров в области развития оказывать поддержку решительным, реализуемым силами национальных организаций стратегиям в ответ на ВИЧ.

Однако деятельность по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и

поддержке в связи с ВИЧ осуществлялась в мире неравномерно. Как показано на Рисунке 7.2, некоторые регионы отстают в процессе расширения масштабов важнейших услуг по профилактике и лечению. В период с 2005 по 2007 годы прогресс в расширении доступа к антиретровирусному лечению и профилактике передачи вируса от матери ребенку был особенно наглядным в Африке к югу от Сахары. Тем не менее, для обеспечения всеобщего доступа в этом регионе необходимо постоянно поддерживать эти успехи, поскольку уровни охвата до 2005 года в Африке были чрезвычайно низкими.

Страны, добившиеся заметного прогресса на пути к всеобщему доступу, работали над тем, чтобы усилить кадровый потенциал для оказания услуг, расширить доступ к товарам и оборудованию и усилить системы здравоохранения в целом. Значительное вовлечение гражданского общества также было важным для успешного расширения масштабов услуг. Активное, умеющее убеждать и заинтересованное гражданское общество выступает за реализацию прав человека, усиливает возможности осуществления программ в странах и улучшает доступ к услугам для маргинализированных групп и людей, особенно сильно нуждающихся в услугах.

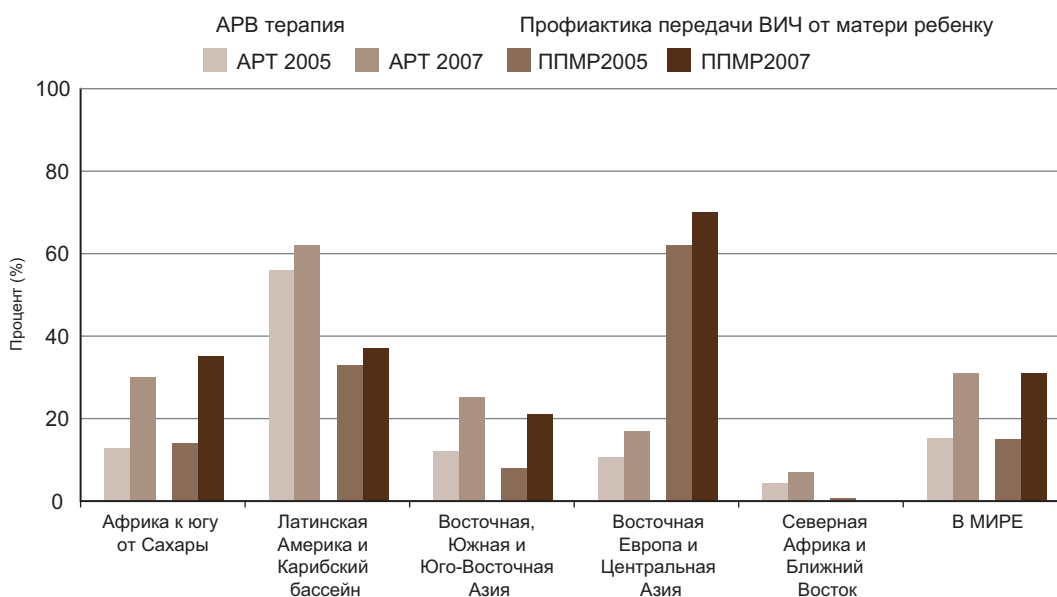
В этой главе внимание сосредоточено на шагах, которые должны быть осуществлены уже сейчас, чтобы распространить последние успехи, описанные в этом докладе, на все страны и регионы и на весь спектр мероприятий по противодействию ВИЧ. В этой главе мы заглянули в будущее после 2015 года – конечного срока выполнения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, анализируя действия и структуры, которые будут необходимы на национальном и глобальном уровнях для обеспечения мощной деятельности в ответ на ВИЧ и в долгосрочной перспективе.

В частности, в этой главе рассматриваются неотложные задачи, которые отдельным странам и международному сообществу в целом придется решать в ближайшие годы в ходе работы по организации эффективной, устойчивой деятельности в ответ на эпидемию. В обобщенном виде, речь идет о следующих задачах:

- обеспечивать сильное, многосекторальное лидерство в ближайшие годы и десятилетия, даже при возникновении других приоритетов и при том, что благодаря расширению доступа к

РИСУНОК 7.2

Сравнение процента охвата антиретровирусной терапией людей на продвинутой стадии ВИЧ и процента охвата антиретровирусными препаратами ВИЧ-позитивных беременных женщин по регионам в 2005 и 2007 гг.



Источник: ЮНЭЙДС/ЮНИСЕФ/ВОЗ

ТАБЛИЦА 7.1

Процент охвата лечением антиретровирусными препаратами для профилактики передачи от матери ребенку Разбивка по квартилям (N=113)

Охват менее 25% 61 страна	Охват от 25 до 49% 27 стран	Охват от 50 до 75% 14 стран	Охват более 75% 11 стран
Афганистан Алжир Ангола Азербайджан Боливия Босния и Герцеговина Буркина-Фасо Бурунди Камерун Чад Китай Колумбия Коморские Острова Республика Конго Коста-Рика Кот-д'Ивуар Демократическая Республика Конго Джибути Египет Сальвадор Экваториальная Гвинея Эритрея Эфиопия Габон Гана Гватемала Гвинея Гвинея-Биссау Гаити Венгрия Индия Индонезия Иран (Исламская Республика) Кыргызстан Лаосская Народно- Демократическая Республика Либерия Мадагаскар Малайзия Мали Мавритания Маврикий Мексика Монголия Марокко Непал Нигер Нигерия Пакистан Панама Папуа-Новая Гвинея Филиппины Сенегал Сербия Сьерра-Леоне Сомали Шри-Ланка Таджикистан Того Тунис Венесуэла Вьетнам	Армения Белиз Бенин Камбоджа Центральноафриканская Республика Чили Доминиканская Республика Гамбия Гайана Гондурас Лесото Малави Мозамбик Мьянма Никарагуа Парагвай Перу Польша Румыния Сингапур Суринам Уганда Объединенная Республика Танзания Уругвай Узбекистан Замбия Зимбабве	Бразилия Эквадор Фиджи Ямайка Казахстан Кения Латвия Литва Намибия Руанда Южная Африка Свазиленд Тринидад и Тобаго Украина	Аргентина Багамские Острова Барбадос Беларусь Ботсвана Куба Чешская Республика Грузия Молдова Российская Федерация Таиланд

ТАБЛИЦА 7.2

Процент охвата лечением антиретровирусными препаратами взрослых и детей на продвинутой стадии ВИЧ-инфекции Разбивка по квартилям (N=136)

Охват менее 25% 55 стран	Охват от 25 до 49% 45 стран	Охват от 50 до 75% 20 стран	Охват более 75% 16 стран
Алжир Ангола Армения Азербайджан Бангладеш Беларусь Боливия Бурунди Центральноафриканская Республика Чад Китай Коморские Острова Конго Кот-д'Ивуар Демократическая Республика Конго Джибути Египет Гамбия Гана Гвинея-Биссау Венгрия Индия Индонезия Иран (Исламская Республика) Казахстан Кыргызстан Либерия Литва Мадагаскар Мальта Мавритания Маврикий Монголия Мозамбик Мьянма Непал Нигер Нигерия Пакистан Парагвай Российская Федерация Сент-Люсия* Сербия Сьерра-Леоне Сомали Южная Африка Шри-Ланка Судан Таджикистан Того Украина Узбекистан Вьетнам Зимбабве	Багамские Острова Белиз Бенин Буркина-Фасо Камерун Кабо-Верде* Колумбия Доминиканская Республика Эквадор Экваториальная Гвинея Эстония Эфиопия Фиджи Финляндия Габон Гватемала Гвинея Гайана Гаити Гондурас Исландия Ямайка Кения Ливан Лесото Малави Малайзия Мальдивские Острова Мали Марокко Никарагуа Норвегия Папуа-Новая Гвинея Перу Филиппины Польша Сан-Томе и Принсипи* Суринам Свазиленд Тунис Уганда Объединенная Республика Танзания Соединенные Штаты Америки Венесуэла Замбия	Аргентина Барбадос Бельгия Бразилия Камбоджа Чешская Республика Доминика* Сальвадор Греция Люксембург Молдова Нидерланды Панама Румыния Руанда Сенегал Швеция Таиланд Тринидад и Тобаго Уругвай	Бутан Ботсвана Чили Коста-Рика Куба Кипр* Дания Грузия Германия Израиль Лаосская Народно-Демократическая Республика Намибия Палау* Португалия Тувалу* Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Все значения основаны на оценке потребностей с использованием методологии ЮНЭЙДС/ВОЗ, за исключением стран, помеченных звездочкой (*), данные по которым основаны на оценке потребностей, приведенной в отчетах стран, поскольку оценки с применением моделирования там не проводились.

антиретровирусным препаратам эпидемия может считаться менее опасной;

- применять инновационные, надежные механизмы адекватного финансирования мер в ответ на ВИЧ в долговременной перспективе;
- не снижать приоритетность профилактики ВИЧ по мере развития эпидемии и добиться того, чтобы эффективные профилактические мероприятия были направлены на группы населения и модели рискованного поведения, которые действительно являются движущими силами эпидемии;
- ввести в действие структуры, необходимые для поддержки мощных, поддающихся адаптации программ по лечению и уходу;
- смягчать краткосрочные и долгосрочные последствия эпидемии для домохозяйств, общин и общества в целом;
- осуществлять национальную ответную деятельность при надлежащем государственном управлении, которое усиливает ее эффективность и устойчивость; и
- признавать, что технологии сами по себе не могут эффективно решить проблемы эпидемии,

и что эффективная, долгосрочная ответная деятельность должна основываться на соблюдении прав человека.

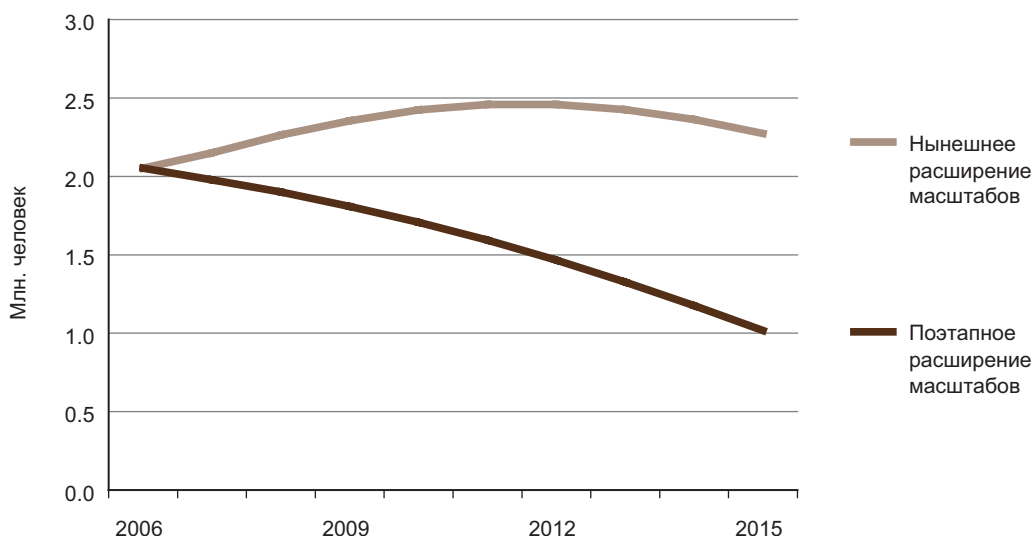
Потребность в осуществлении более сильной и всесторонней ответной деятельности очевидна. Сохранение нынешних темпов расширения масштабов деятельности – вместо ускорения расширения услуг для обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке – приведет к тому, что до 2015 года ежегодно от СПИДа будет дополнительно умирать более одного миллиона человек (Рисунок 7.3). Если не расширить масштабы профилактики ВИЧ, то в ближайшие годы будет происходить в два раза больше новых случаев ВИЧ-инфекции, чем могло бы быть при осуществлении всесторонних ответных мер (Stover et al., 2006).

Лидерство в ответной деятельности

ВИЧ предъявляет особые требования к лидерству. Как сказал нобелевский лауреат Амартья Сен, как правило, коллективные действия легко мобилизовать в ответ на очевидные кризисы, такие как голод, природные катастрофы или вспышки опасных инфекционных заболеваний. Однако даже

РИСУНОК 7.3

Ежегодное число смертей от СПИДа при сопоставлении прогнозируемых нынешних темпов расширения масштабов деятельности и стратегий поэтапного расширения масштабов для обеспечения всеобщего доступа в период с 2010 по 2015 гг.



Источник: ЮНЭЙДС, 2008.

“скрытые” проблемы со временем становятся очевидными, когда их масштабы и последствия становятся такими же серьезными, как проблема ВИЧ. Тем не менее, практически без исключений меры в ответ на ВИЧ принимались слишком поздно. История эпидемии показывает, что ВИЧ не исчезает, если вовремя не осуществить эффективных мер, наоборот, проблемы эпидемии могут еще больше обостриться в будущем.

“Скрытые” проблемы ВИЧ могут еще больше усилиться в ближайшие годы по мере расширения масштабов антиретровирусной терапии в странах с ограниченными ресурсами. За последние десять лет в странах с высоким уровнем доходов поняли, что снижение уровня заболеваемости и смертности благодаря успехам в лечении может скрывать продолжающуюся высокую распространенность и заболеваемость, что может вызвать у людей, прини-

Национальное лидерство в противодействии ВИЧ

В последние годы во все большем числе стран отмечаются примеры выдающегося лидерства в противодействии ВИЧ.

- В девяти разных министерствах правительства Барбадоса действуют рабочие группы по ВИЧ, обеспеченные бюджетными средствами на осуществление деятельности в связи с ВИЧ.
- В Ботсване достигнут один из самых высоких в мире уровней охвата лечением ВИЧ – в 2007 году антиретровирусные препараты предоставлялись более чем 90% нуждающихся в этих лекарствах.
- В 2008 году правительство Бразилии, обеспокоенное растущим числом новых случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, решительно усилило профилактическую работу на национальном уровне, направленную на эту группу населения.
- В Китае, где в течение многих лет растущей эпидемии ВИЧ не уделялось надлежащего внимания, национальное правительство приняло серьезные ответные меры, включая создание около 400 клиник заместительного лечения метадон, которые к октябрю 2007 года оказывали услуги по лекарственному лечению почти 90 000 потребителей наркотиков.
- Несколько стран Европы (включая Ирландию, Нидерланды, Швецию и Соединенное Королевство) вносят вклад в международное финансирование противодействия ВИЧ, превышающий их долю в международной экономике (см. раздел “Мобилизация достаточных финансовых ресурсов на противодействие ВИЧ”).
- С целью формирования достаточного потенциала для эффективной, устойчивой ответной деятельности, в Индии к марту 2007 года более 794 000 человек были обучены методам оказания необходимых услуг в связи с ВИЧ.
- В Папуа-Новой Гвинее осуществление консультирования и тестирования на ВИЧ по инициативе медработников в медицинских учреждениях привело к девятикратному повышению уровня использования услуг по тестированию в учреждениях здравоохранения в период с 2006 по 2007 годы.
- Руанда, которая по данным Индекса человеческого развития (ПРООН, 2007а) находится на 161 месте из 177 стран и до сих пор переживает процесс восстановления после геноцида 1994 года, достигла в 2007 году самого высокого среди стран с низким уровнем дохода уровня охвата антиретровирусной терапией (71%) и профилактикой передачи вируса от матери ребенку (55%).
- Начиная с 2003 года правительство США значительно расширило объемы финансовой и технической помощи странам с низким и средним уровнем доходов, предоставив беспрецедентную сумму в размере 18,8 миллиарда долл. США для финансирования программ по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ (Офис глобального координатора США по СПИДУ и др., 2008).

мающих политические решения, и затронутых общин чувство самоуспокоенности перед лицом все еще существующей угрозы эпидемии. Настоящие лидеры не должны поддаваться такой самоуспокоенности; их задача – реализовывать такую политику и такие программы, которые будут направлены на снижение долгосрочных потерь в связи с эпидемией.

Сильное лидерство в связи с ВИЧ требует сосредоточения на долгосрочных целях, не позволяя промежуточным проблемам подорвать национальное противодействие ВИЧ. В 1996 году, после того, как Бразилия приняла обязательство сделать антиретровирусные препараты доступными в учреждениях государственного сектора, страна испытала серьезные финансовые трудности, включая обвал курса *реала*, национальной денежной единицы. Невзирая на значительное давление со стороны Международного валютного фонда с требованием резко снизить государственные расходы, президент Бразилии Фернандо Энрике Кардозо сохранял твердую приверженность страны делу предоставления лечения ВИЧ. Результатом стало то, что на сегодняшний день выжили десятки тысяч людей, которые в противном случае могли бы умереть от заболеваний, обусловленных ВИЧ.

Лидерство означает умение избегать соблазна думать, что эпидемия “пройдет сама собой” после появления первых сообщений об успехах ответной деятельности. Лидеры в сфере ВИЧ понимают, что эпидемия – это проблема, которая будет существовать в течение нескольких поколений, решение которой требует настойчивости, перспективного видения и гибкости; иными словами, лидерство в сфере ВИЧ означает планирование на долгий срок. И хотя трех- и пятилетние планы будут и в дальнейшем играть ключевую роль в национальных ответных мерах, эти процессы необходимо будет включать в деятельность по более долгосрочному планированию. Намибия показывает пример такого подхода; ее текущий пятилетний план по ВИЧ, который действует до конца 2009 года, имеет конкретные привязки к целям и стратегиям процесса долгосрочного планирования в области развития, который охватывает период до 2030 года.

Лидеры руководствуются фактическими данными. Таким образом, в то время как кое-кто пытается решить проблемы эпидемии, вводя ограничения на поездки для людей, живущих с ВИЧ, или ограничивая профилактику среди молодежи рекомендациями воздерживаться от половой жизни, лидеры в сфере ВИЧ убедят данные обществен-

ного здравоохранения о том, что такие стратегии неэффективны и могут принести противоположные результаты.

Лидерство глав правительств и национальных министерств очень важно, однако эффективная национальная ответная деятельность зависит от приверженности и деятельности разных групп. Лидерство в сфере ВИЧ необходимо обеспечить во всех слоях общества (особенно в странах, где ВИЧ является гиперэндемичным), включая общинные группы, религиозные организации, частный бизнес, молодежь и старшее поколение. Прежде всего, необходимо расширить возможности людей, живущих с ВИЧ, чтобы они помогли возглавить национальные ответные меры.

Оказывая необходимые услуги, пропагандируя терпимость и сочувствие, выступая в защиту более серьезных действий, религиозные организации во всех регионах являются важными партнерами в ответной деятельности. К числу религиозных групп, которые помогают возглавить противодействие ВИЧ, относятся “Каритас интернешнл”, Экуменический правозащитный альянс, “Фонд слез”, Исламская помощь, проект “Сангха метта” и фонд “Искусство жизни”. Точно такую же жизненно важную роль играют парламентарии, которые должны возглавить и усилить национальные ответные меры. Это было подтверждено в ходе Первой глобальной парламентской встречи по ВИЧ/СПИДу в ноябре 2007 года, организованной в сотрудничестве с Сенатом Филиппин, на которой около 200 парламентариев из разных стран из всех регионов мира договорились принять решительные меры для расширения доступа к лечению, снижения стигмы и дискриминации, усиления профилактики ВИЧ на основе доказанных фактов и повышения эффективности национальных ответных мер.

Вовлечение неправительственных участников в мероприятия по противодействию ВИЧ иногда требует применения новаторских подходов. Например, для того чтобы поощрить более широкое участие бизнеса в национальной ответной деятельности, правительство Китая в 2007 году приняло новую политику, предусматривающую снижение налогообложения благотворительных взносов предпринимателей в мероприятия по профилактике и уходу в связи с ВИЧ. На глобальном уровне Глобальная коалиция предпринимателей по ВИЧ/СПИДу и Всемирный экономический форум продолжают способствовать расширению деятельности частного бизнеса и его приверженности делу борьбы с ВИЧ.

Узнавай и выздоравливай

Преподобная Патрисия Саво является региональным координатором организации АНЕРЕЛА+ в Восточной Африке

Одним сентябрьским утром 1999 года Патрисия Саво проснулась от ужасной боли и увидела, что ее тело покрыто опоясывающим лишаем – типичным оппортунистическим заболеванием у людей, живущих с ВИЧ. В то время она была руководителем одной из христианских церквей в Кении и проходила обучение на должность духовного наставника. Из-за страха перед тем, что это заболевание указывает на наличие ВИЧ инфекции, она пришла в смятение.

“Я разделяла мысли тех священников, которые верили, что ВИЧ – это Божья напасть и кара”, – говорит она. Позже она доверила свою тайну двум коллегам, которые сказали ей, что семидневный пост и молитвы принесут ей Божье исцеление. Однако она все равно получала положительные результаты тестирования на ВИЧ.

Когда руководители церкви начали обсуждать стратегии выявления и изоляции всех ВИЧ-позитивных людей, Саво решила открыто объявить о своем статусе. Однако ее смелость имела катастрофические последствия: в течение двух недель Саво потеряла свою руководящую должность в церкви и была вынуждена оставить учебу. Ее муж потерял работу, а семья лишилась жилья из-за стигмы в связи с ВИЧ. От нее отвернулись все друзья, кроме двух. Не получая никакой поддержки, дети были вынуждены бросить школу.

“Два года я жила в одиночестве и изоляции, – говорит Саво. – Однако я поняла, что не собираюсь умирать. Я пошла в одну НПО и спросила, не могли бы они меня обучить в качестве руководителя церкви”. С их помощью она связалась с другими ВИЧ-позитивными священниками и в 2002 году приняла участие во встрече ВИЧ-позитивных церковных лидеров в Уганде. Там она познакомилась с каноником Гидеоном Бягумисаха, который жил с ВИЧ уже 10 лет. “Я услышала три очень сильных слова, и моя жизнь изменилась. Он сказал, что ВИЧ можно предотвратить и лечить, а смерти можно избежать”.

В ходе этой встречи была создана АНЕРЕЛА+, африканская сеть религиозных лидеров. Сеть имеет три основных цели:

- создать сеть религиозных лидеров, живущих с ВИЧ или затронутых эпидемией;
- расширить возможности церковных руководителей, чтобы они могли стать движущей силой перемен; и
- расширить возможности церковных руководителей для побуждения своих прихожан к дискуссиям и действиям в связи с ВИЧ и СПИДом.

“АНЕРЕЛА+ стала моей семьей”, – говорит Саво. Она начала работать от имени АНЕРЕЛА+ над созданием религиозной сети в Кении. Ее работа в АНЕРЕЛА+ помогла ее семье и с финансовой точки зрения, что позволило ее детям вернуться в школу. Ее дочь, которая должна была стать служанкой, сейчас учится в университете.

Когда Саво начала говорить о ВИЧ, люди стали приходить к ней за помощью в таких количествах, что ее дом стал выглядеть, как больница. В результате она и другие члены церкви создали центр, где люди могли получить уход и поддержку. Их первым посетителем был мужчина, страдавший от острого менингита и живший на уличной свалке рядом с больницей. После лечения его привезли в центр, где уход за ним продолжился. Сейчас этот мужчина уже полностью оправился от болезни и вернулся на работу через два года инвалидности. Центр, который называется “Узнавай и выздоравливай”, помогает предупредить множество случаев смерти от СПИДа. Изначально это был центр дневного ухода, но после расширения сейчас здесь работает детский сад для 28 детей, затронутых ВИЧ.



Вовлечение людей, живущих с ВИЧ, как важных партнеров национальной ответной деятельности

На Парижском саммите по СПИДу 1994 года 42 страны заявили, что расширение участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (РУЛС), играет важнейшую роль в национальных мерах в ответ на ВИЧ. Вовлечение людей, живущих с ВИЧ, в разработку, осуществление и мониторинг национальных мероприятий – это не только вопрос соблюдения справедливости. Эффективность национальных инициатив по ВИЧ зависит от их созвучности нуждам людей, наиболее сильно затронутых эпидемией. Таким образом, взгляды и опыт людей, живущих с ВИЧ, являются бесценным капиталом, который может способствовать обеспечению того, что национальные мероприятия окажут максимальное воздействие на эпидемию.

На сегодняшний день существует немного методов для измерения степени участия людей, живущих с ВИЧ, в национальных ответных мерах. В 2005 году в ходе глобального аналитического совещания людей, живущих с ВИЧ, было принято соглашение о разработке “отчетной формы о РУЛС”, позволяющей проводить оценку РУЛС на уровне стран. Эту работу со временем возглавила Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ (ГНП+). В начале 2008 года эта отчетная форма была опробована в Индии, Кении, Лесото и Тринидаде и Тобаго, и ожидается, что в ближайшие годы этот метод будет применяться более широко.

Обеспечение долгосрочного финансирования мер в ответ на ВИЧ

Хотя деньги сами по себе не обеспечивают долгосрочного успеха, мощное противодействие ВИЧ не может быть устойчивым без адекватного финансирования. Даже в странах с низким уровнем доходов внутренние государственные бюджеты должны сыграть важнейшую роль в финансировании долгосрочной ответной деятельности. Тем не менее, глобальное сообщество, которое обязалось обратить эпидемию вспять, должно понимать ограниченные возможности стран с низким уровнем доходов по финансированию необходимых услуг в связи с ВИЧ. В ближайшие годы международные доноры должны будут предоставлять странам с низким и средним уровнем доходов основную часть финансирования для противодействия ВИЧ.

Не следует ожидать, что целевое финансирование мер в ответ на ВИЧ сможет полностью обеспечить реализацию широкого спектра экономических и социальных мер, которые усилят противодействие ВИЧ. Эти меры включают всеобщее начальное и среднее образование, создание значимых экономических возможностей для женщин, всеохватных и хорошо работающих систем социального обеспечения, и оказание поддержки сельскохозяйственному сектору и сельским общинам.

Международные доноры должны предоставить финансирование, необходимое для обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, однако они также должны существенно повысить финансирование всех видов официальной помощи в области развития. Срочно необходимо добиться широкого роста показателей здравоохранения, экономики и социального обеспечения, напрямую не связанных с ВИЧ, чтобы обеспечить максимальное воздействие национальных мер в ответ на ВИЧ. К большому сожалению, следует отметить, что большинство стран с высоким уровнем доходов не выполнили своего обещания выделять как минимум 0,7% валового национального продукта на оказание официальной помощи в области развития. По состоянию на 2005 год, только пять стран-членов Организации экономического сотрудничества и развития (Дания, Люксембург, Швеция, Нидерланды и Норвегия) выделяли как минимум 0,7% валового национального дохода на оказание помощи в области развития (ПРООН, 2007a).

Поиск устойчивого финансирования мер в ответ на ВИЧ привел к появлению целого ряда творческих инициатив. Например, “Продакт РЕД”, изобретение Боно и Бобби Шрайвера, председателя правления организации ДСТА (Долги, СПИД, торговля, Африка) направляет один процент от продажи

Это касается каждого

Гэри М. Коэн, Исполнительный вице-президент компании “Бектон Дикинсон”

“На самом деле, я стал участвовать в противодействии ВИЧ/СПИДу в результате своих поездок в развивающиеся страны, – говорит крупный бизнесмен Гэри Коэн. – Я стал участвовать в этой работе не только на профессиональном, но и на очень личном уровне после того, как своими глазами увидел последствия ВИЧ/СПИДа в Африке к югу от Сахары”.



Во время своих многочисленных поездок в регион вместе с ЮНИСЕФ, Красным Крестом и другими учреждениями, Коэн увидел, что каждая семья потеряла кого-то из родных и затронута эпидемией во многих отношениях. Это привело его к пониманию того, что ВИЧ является одной из самых серьезных угроз здоровью людей нашего времени; эта угроза здоровью несет прямые последствия для делового сообщества. “Лично я считаю, что любые глобальные организации – даже компании малого или среднего бизнеса, – которые считают, что эта проблема их не касается, проявляют крайнюю близорукость”, – говорит Коэн.

Коэн является Исполнительным вице-президентом “Бектон Дикинсон” (БД), ведущей компании в сфере медицинских технологий с ежегодным доходом около 6,5 миллиарда долларов США и 28 000 сотрудников по всему миру. Личная готовность Коэна участвовать в противодействии эпидемии побудила его активно изучить возможности его компании по решению проблем эпидемии ВИЧ. Помимо сильных программ на рабочем месте БД поддерживает противодействие СПИДу в рамках тесного сотрудничества с существующими организациями и учреждениями. Например, БД сотрудничала с ПЕПФАР над усилением лабораторных систем во всех странах Африки к югу от Сахары. Компания профинансировала половину общего бюджета, составляющего 18 млн. долларов США, а также оказывает техническую помощь.

Кроме того, БД сотрудничает с Фондом Клинтона с целью обеспечения устойчивого доступа к тестированию на число CD4, и с фондом ФАЙН для расширения диагностики туберкулеза. В рамках других направлений сотрудничества осуществляются обучение и поддержка для медицинских работников и систем здравоохранения в странах с высокой распространенностью. Например, БД провела обучение более чем 2500 лаборантов и поддержала создание Центра здоровья для медсестер, затронутых ВИЧ.

Коэн считает, что все компании могут внести свой вклад, с соответствии с основными видами деятельности. “Когда речь идет о ВИЧ/СПИДе, легко поддаться гипнозу больших чисел и почти потерять способность действовать, – говорит он. – Я бы посоветовал сократить это число до одной цифры... встретиться с одним человеком, живущим с этой болезнью или затронутым этой болезнью”.

В 2004 году Коэн познакомился с 14-летней девочкой-сиротой из Кении, которой был поставлен позитивный диагноз ВИЧ. Он начал ее опекать, и сейчас она ходит в очень хорошую школу, учится почти лучше всех в классе и мечтает в будущем стать юристом.

каждой единицы продукции в Глобальный фонд. В число участников входят компании по розничной продаже одежды (такие как “Гэп” и “Эмпорио Армани”), “Америкэн экспресс”, ведущие производители компьютеров (“Эппл”, “Делл” и “Микрософт”), представители гостиничного бизнеса, газет и компания “Холлмарк”, выпускающая поздравительные открытки. За первые два года “Продакт РЕД” собрал более 100 млн. долларов США для поддержки необходимых медицинских программ в странах с низким и средним уровнем доходов.

Еще одним творческим механизмом финансирования ответной деятельности в сфере ВИЧ является ЮНИТЭЙД, начавший функционировать в 2006 году под руководством правительств Франции, Бразилии, Чили, Норвегии и Соединенного Королевства. ЮНИТЭЙД – международный механизм по закупке лекарств, финансируемый за счет международных налогов на авиаперевозки, что обеспечивает постоянный приток средств. По состоянию на март 2008 года, более 24 стран либо уже ввели налог на авиаперевозки, либо планировали это сделать. Как отмечено в Главе 5, за недолгое время своего существования ЮНИТЭЙД уже начал играть важную роль в расширении доступа детей к лечению ВИЧ.

В феврале 2008 года Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун назначил бывшего министра иностранных дел Франции Филиппа Дусте-Блази специальным советником по вопросам инновационного финансирования для достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Дусте-Блази выступает в защиту создания всемирного гражданского движения для обеспечения устойчивого финансирования международной помощи в области развития.

Заставить деньги работать

Дополнительные усилия также необходимы для того, чтобы растущие объемы финансирования можно было срочно направить на осуществление стабильных программ, способных оказать серьезное воздействие на ситуацию в странах с низким и средним уровнем доходов. В дополнение к максимальному усилению координации работы разных организаций, предоставляющих финансирование и услуги, необходимо обеспечить финансовую поддержку для развития национального потенциала с целью формирования и обеспечения устойчивости

мощной деятельности в ответ на ВИЧ, внимание которой будет сосредоточено на людях, подвергающихся наиболее высокому риску, и уязвимых группах. Кроме того, политика доноров должна поддерживать, а не тормозить вовлечение гражданского общества и затронутых общин в национальные меры по противодействию ВИЧ.

Гармонизация и согласование

Необходимо добиться еще больших успехов в согласовании деятельности всех участников на страновом уровне с решительными стратегиями, реализуемыми силами национальных учреждений. Почти половина (45%) правительств сообщают, что не все внешние партнеры согласовывают свою деятельность с национальными стратегиями в ответ на ВИЧ (Данные для ССГА ООН из стран, 2008). Там, где национальные участники выполняют только свои личные планы, стратегическое воздействие работы по противодействию ВИЧ зачастую оказывается слабым.

Уменьшение неопределенности с финансированием.

Неопределенность с внешним финансированием ослабляет способность стран составлять планы на будущее, что особенно сильно препятствует национальным усилиям по обеспечению долгосрочной устойчивости противодействия ВИЧ. В то время как глобальная тенденция выделения финансовых средств внутри стран со стороны двухсторонних доноров постоянно усиливается, наличие и объемы финансирования со стороны отдельных доноров продолжают меняться год от года. Одним из возможных решений этой проблемы является применение метода “корзина финансирования”, при котором многочисленные доноры направляют средства на финансирование многолетних грантов для поддержки национальных ответных мер.

Вовлечение и финансирование гражданского общества.

Благодаря мерам по противодействию ВИЧ люди оказались в центре внимания деятельности в области развития. Например, Многограновая программа Всемирного банка по ВИЧ/СПИДу мобилизовала более 66 000 организаций гражданского общества с целью участия в мерах в ответ на ВИЧ в Африке (Всемирный банк, 2007). В свою очередь, Глобальный фонд применяет новаторский

Усиление актуальности и воздействия технической поддержки ООН странам

С целью повышения согласованности и эффективности деятельности ООН в ответ на ВИЧ, коспонсоры и Секретариат ЮНЭЙДС договорились о распределении функций при оказании технической поддержки. Согласованное распределение функций определяет ведущие и сотрудничающие учреждения в конкретных тематических областях, используя опыт и сравнительные преимущества каждого учреждения в решении конкретных вопросов. Осуществление этих рекомендаций прошло независимую оценку, в ходе которой было установлено, что учреждения ООН приняли распределение функций, адаптируя их, при необходимости, к национальным условиям. Несколько учреждений внесли коррективы в свое штатное расписание, таким образом, непосредственно отреагировав на пересмотренные сферы их ответственности (Attawell & Dickinson, 2007).

ООН принимала и другие меры для повышения качества, своевременности и усиления воздействия своей поддержки странам. К концу 2008 года в семи регионах были созданы механизмы технической помощи, а ВОЗ создала региональные «ресурсно-информационные центры», чтобы помочь странам применить стратегическую информацию в программах и стратегиях.

Механизмы технической помощи оказывают своевременную, высококачественную техническую помощь партнерам в странах по приоритетным направлениям (стратегическое и оперативное планирование, расчет расходов и составление бюджетов, мониторинг и оценка, программный и финансовый менеджмент), а также по тематическим направлениям, определенным на региональном уровне. С помощью этих механизмов были созданы группы местных и региональных консультантов, и оказываются услуги по профессиональному развитию для усиления потенциала технической помощи, оказываемой местными организациями. Эти механизмы работают в партнерстве с коспонсорами ЮНЭЙДС, чтобы обеспечить применение своими консультантами самых современных стратегий, методологий и инструментов, пропагандировать общие ценности и понимание роли ООН и международных соглашений. Особое внимание уделяется расширению доступа к грантам Глобального фонда путем оказания технической помощи получателям этих грантов при разработке заявок и реализации грантов.

подход, доверяя страновым органам с широким участием заинтересованных сторон оценивать потребности, разрабатывать программы и подавать заявки на многолетнее финансирование. Эти и другие инновации будут оставаться необходимыми и в ближайшие годы для обеспечения широкого участия и вовлечения гражданского общества в национальные меры в ответ на ВИЧ.

Преодоление узких мест в осуществлении мероприятий

Координация работы финансирующих организаций и учреждений, оказывающих техническую помощь, очень важна для раннего выявления узких мест в осуществлении мероприятий, своевременного оказания технической помощи для ускорения и расширения масштабов мероприятий и развития потенциала с целью обеспечения устойчивости национальных ответных мер. Поддержка стран

для успешной реализации грантов Глобального фонда является одним из основных приоритетов ЮНЭЙДС.

В 2008 году ЮНЭЙДС и Глобальный фонд создали всесторонние рамки деятельности для улучшения координации и повышения эффективности их соответствующей деятельности по оказанию помощи странам в продвижении по пути обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. В соответствии с согласованным распределением функций ЮНЭЙДС помогает странам разрабатывать основанные на фактических данных заявки о предоставлении финансирования, поддерживает Глобальный фонд в процессе проведения технического анализа и предоставляет странам целевую техническую помощь для ускорения реализации программ, одобренных Глобальным фондом.

Глобальная группа для поддержки осуществления (ГИСТ) – новаторское сотрудничество между Глобальным фондом, ЮНЭЙДС, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ, Всемирным банком, ПРООН, ГТЗ, правительством США, Альянсом по СПИДу, ИКАСО, ИКАД и МЦТС из Бразилии – совместно и скоординировано работает над устранением основных узких мест, мешающих предоставлению всеобщего доступа к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. В ходе независимой оценки было установлено, что механизм ГИСТ улучшил координацию работы многосторонних финансирующих организаций и учреждений технической помощи и помог ускорить реформы на глобальном уровне для повышения эффективности и усиления воздействия многосторонней поддержки странам (Attawell & Dickinson, 2007).

Сохранение пристального внимания профилактике ВИЧ

Как было подчеркнуто в Главе 4, для долгосрочного успеха мер в ответ на ВИЧ требуется резкое и устойчивое снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции. Однако вопросам профилактики ВИЧ упорно не уделяют приоритетного внимания во многих национальных ответных мерах. По прошествии почти трех десятилетий развития эпидемии большинство молодых людей в сильно пострадавших странах не имеют базовых знаний о ВИЧ; почти две трети ВИЧ-позитивных беременных женщин не получают антиретровирусных препаратов и других услуг для профилактики передачи вируса от матери ребенку; а в странах с концентрированными эпидемиями большинство групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску контакта с ВИЧ, не получают даже самых базовых услуг по профилактике ВИЧ.

К сожалению, по мере развития эпидемии предотвращение новых случаев ВИЧ-инфекции может не стать более легким делом. Поскольку доступ к лечению расширяется, болезни и смерти, обусловленные ВИЧ, могут стать менее заметными, что может привести к самоуспокоенности общин, а лидеров – к снижению инвестиций в профилактические программы. Благодаря успехам в снижении человеческих потерь в связи с эпидемией, некоторые страны могут преждевременно объявить о победе противодействия ВИЧ. А поскольку неиз-

бежно будет возникать необходимость в принятии трудных бюджетных решений, некоторым лицам, принимающим решения, может показаться проще снизить финансирование профилактических услуг, которые, по определению, не показывают четких, наглядных результатов, поскольку предназначены для того, чтобы предотвратить возникновение негативных последствий.

Уделение приоритетного внимания профилактике ВИЧ во многом представляет собой проявление высшей степени лидерства в сфере ВИЧ. Поддержка основанных на фактах профилактических мер вынуждает страны решать трудные вопросы, разумно инвестировать в будущее и устранять социальные факторы, повышающие риск заражения и уязвимость к ВИЧ. До тех, пока не будет продемонстрирована политическая воля для внедрения стратегий профилактики ВИЧ, доказавших свою эффективность, эпидемия будет продолжать расширяться, подрывая устойчивость деятельности в ответ на ВИЧ.

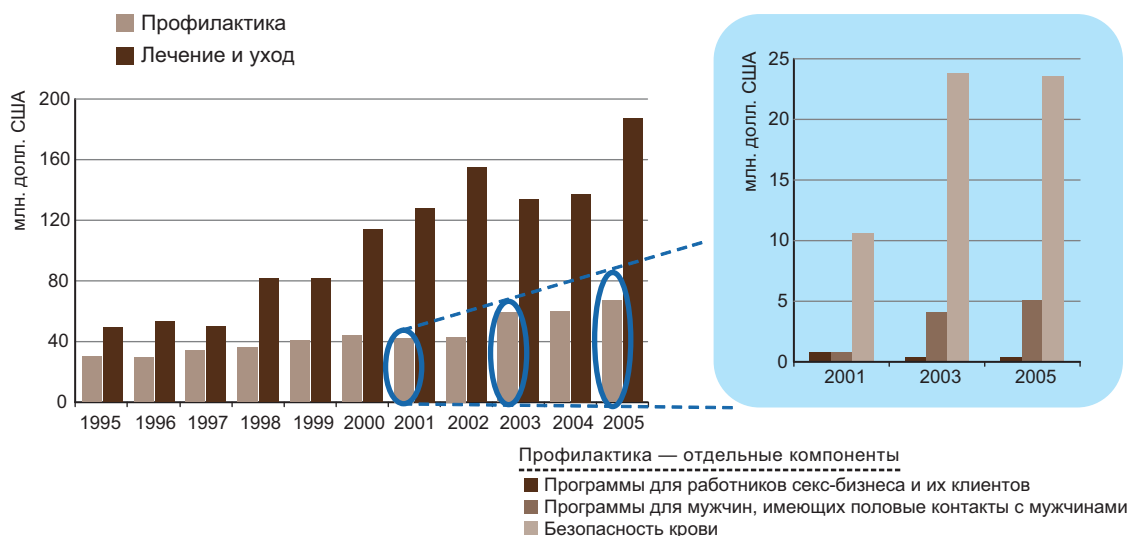
Наличие профилактических услуг не означает автоматически, что ими будут широко пользоваться. Там, где меры по профилактике ВИЧ привели к успеху, действовало народное движение, направленное на то, чтобы сделать снижение риска общественной нормой, благодаря чему возник сильный спрос на профилактические услуги. Для этого также требуется сильное лидерство. Многие уже удалось узнать о том, как сформировать и поддерживать мощную мобилизацию общин, однако для поощрения такого народного движения необходима решимость, чтобы инвестировать в стратегии, повышающие ответственность национального правительства и других участников за решение вопросов ВИЧ. Кое-кто может выступать против такой ответственности, однако настоящие лидеры в сфере ВИЧ будут только приветствовать развитие подлинно народного движения, как важнейшего компонента успеха.

Разработка национальной ответной деятельности с учетом задокументированных потребностей

Странам необходима качественная, своевременная информация об их эпидемии и состоянии ответной деятельности, чтобы рационально выбрать приоритетные программы, наиболее эффективное распределение ограниченных средств и осуществление стратегий, рассчитанных таким

РИСУНОК 7.4

Расходы на профилактику, лечение и уход в связи с ВИЧ в Мексике, 1995–2005 гг. (млн. долларов США)



Источник: Личное общение с Centro Nacional para la Prevención y control del SIDA (CENSIDA), Министерство здравоохранения Мексики (2008 г.).

образом, чтобы наиболее эффективно разобраться с основными движущими силами, повышающими риск заражения и уязвимость к ВИЧ. Это касается всех аспектов эпидемии, но особенно важно для успеха усилий по профилактике ВИЧ. Например, понимание динамики передачи вируса в последней тысяче новых случаев ВИЧ-инфекции поможет странам осуществить профилактические меры, направленные на группы, подвергающиеся наиболее высокому риску контакта с ВИЧ, и на факторы, способствующие расширению эпидемии. В последние годы появились методы эпидемиологического анализа, улучшившие возможность оценки уровней и характеристики новых случаев ВИЧ-инфекции в отдельных странах с умеренными и концентрированными эпидемиями (McDougal et al., 2006), хотя эти методы еще не были проверены для использования в условиях генерализованных эпидемий. В то же время, существуют методы моделирования, позволяющие странам проводить краткосрочные оценки новых случаев ВИЧ-инфекции, включая определение путей передачи (Gouws et al., 2006).

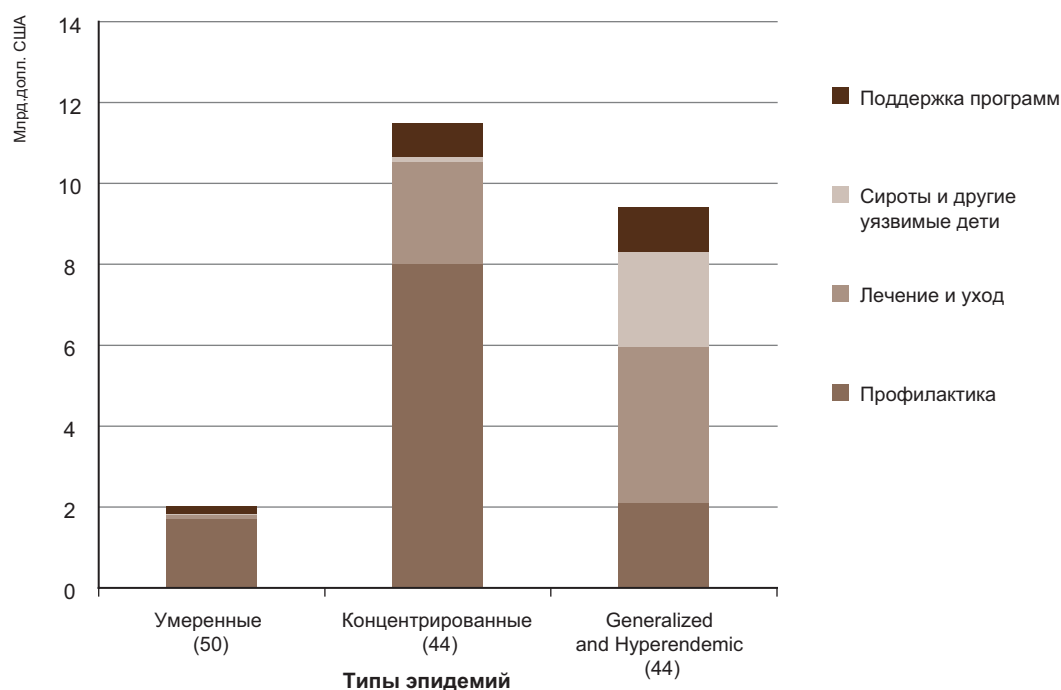
Информацию о новых случаях ВИЧ-инфекции следует дополнить надежными данными о соответствующих моделях поведения. ЮНИСЕФ и Агентство США по международному развитию (АМР США) внесли важный вклад в поведенческую эпидемиологию, оказав спонсорскую

поддержку для проведения обследования домохозяйств с целью сбора информации о начале половой жизни, числе половых партнеров, ВИЧ-статусе и других актуальных вопросах. Однако в некоторых странах эти обследования необходимо скорректировать таким образом, чтобы получить информацию, необходимую для поддержки рациональной разработки стратегий профилактики. Например, вопросы о числе половых партнеров, не позволяют получить достаточно информации о частоте и продолжительности одновременных отношений с несколькими партнерами, а это потенциально серьезный фактор, воздействующий на темпы распространения ВИЧ. Страны должны принять конкретные меры, чтобы национальные информационные системы позволяли получать данные, касающиеся групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску инфекции.

Страны должны использовать более точную информацию о ВИЧ для усиления стратегического воздействия профилактических мероприятий. В последние годы многие страны разработали или подготовили национальные стратегии на основе появляющейся информации. На Мадагаскаре и в Марокко документальные данные о практике потребления инъекционных наркотиков убедили национальные органы власти выделить ресурсы на осуществление инициатив, направленных на снижение риска передачи ВИЧ при потреблении

РИСУНОК 7.5

Средства, необходимые в 2010 году для поэтапного расширения стратегии обеспечения всеобщего доступа.*



* Оценки по 138 странам с низким и средним уровнем доходов о предоставлении наиболее эффективных программных услуг на основе данных, полученных в ходе национальных мероприятий «знай свою эпидемию и действуй соответственно». Источник: ЮНЭЙДС, 2008

наркотиков. Как показано на Рисунке 7.4, в начале этого десятилетия в Мексике были приняты во внимание данные, документально подтверждающие высокий уровень ВИЧ-инфекций среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и увеличены расходы на профилактику ВИЧ, хотя многие годы до того объемы финансирования не менялись.

Однако слишком часто национальные расходы на противодействие ВИЧ не соответствуют национальным потребностям. Это особенно часто встречается во многих странах с умеренными или концентрированными эпидемиями, где рациональное финансирование в первую очередь направлено на услуги по профилактике ВИЧ для групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску контакта с ВИЧ. В странах с генерализованными эпидемиями необходимо выделять больше ресурсов на лечение, уход и смягчение социальных последствий (Рисунок 7.5). В большинстве стран Латинской Америки развиваются умеренные эпидемии (распространенность ВИЧ значительно ниже 1%), однако на профилактику

ВИЧ в 2007 году было направлено всего 15% от общих расходов на противодействие ВИЧ. Страны с концентрированными эпидемиями зачастую осуществляют широкие профилактические программы для населения в целом, а не более экономически целесообразные вмешательства, направленные на группы населения, подвергающиеся наиболее высокому риску. Данные из стран с концентрированными эпидемиями показывают, что на программы снижения риска, направленные на группы населения, подвергающиеся наиболее высокому риску, выделяется всего 10% общих расходов на профилактику ВИЧ.

Признание долгосрочной природы инвестиций в лечение и уход

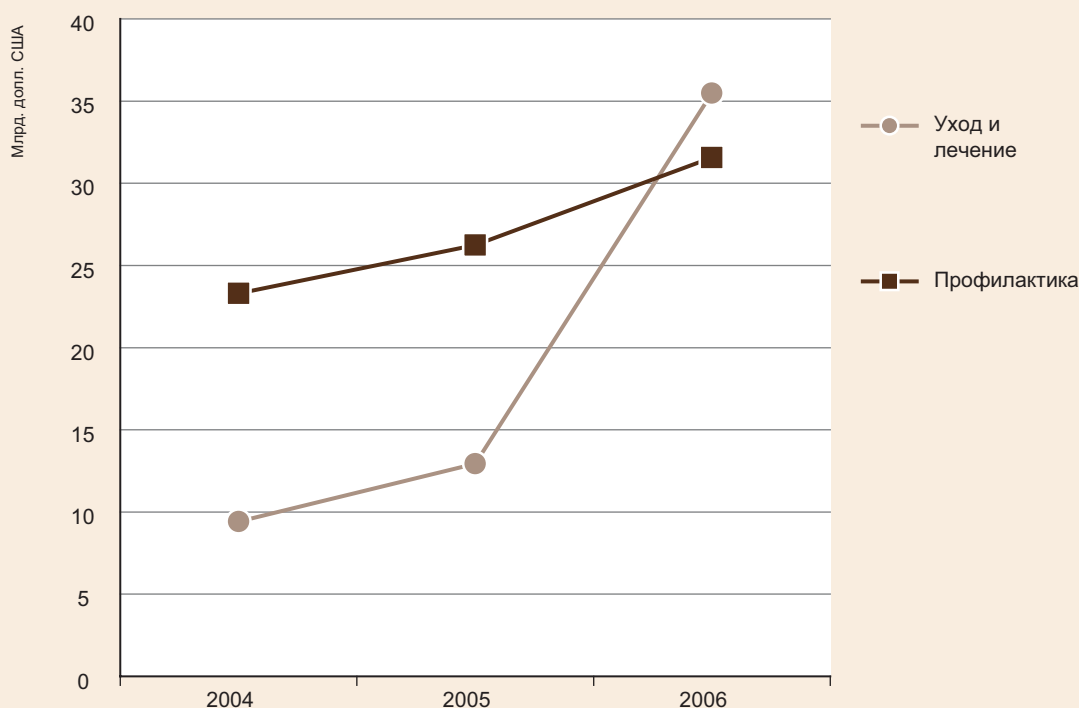
В Главе 5 рассматривались недавние успехи в расширении доступа к лечению и возможные препятствия на пути к обеспечению устойчивости программ лечения. Антитретровирусное лечение продолжается в течение всей жизни, что подчер-

Использование фактических данных для усиления национальной ответной деятельности в Мозамбике

Уровни инфекции в Мозамбике растут, в то время как в соседних странах они стабилизируются. В период с 2004 по 2006 гг. расходы на профилактику ВИЧ в общем бюджете на противодействие ВИЧ в Мозамбике снижались (Рисунок 7.6), а основным компонентом растущих расходов на уход и лечение была закупка антиретровирусных препаратов.

РИСУНОК 7.6

Расходы на финансирование профилактики, ухода и лечения, а также обеспечение антиретровирусной терапией за счет государственных и международных источников – Мозамбик, 2004–2006 гг., млн. долларов США



Источник: Ключевой показатель ССГАООН №1, данные из стран, 2008 г.

Принимая во внимание данные о растущем числе инфекций, Мозамбик признал необходимость усилить профилактику ВИЧ. В октябре 2007 года в стране была создана Референс-группа по профилактике с участием многих заинтересованных сторон, с целью формирования доказательной базы данных, необходимой для усиления профилактики ВИЧ. При участии различных национальных министерств, Национального совета по СПИДу, международных технических учреждений и гражданского общества эта Референс-группа собирает данные с целью выявления и описания ключевых движущих сил эпидемии. Были проведены срочные поведенческие и эпидемиологические обследования основных групп населения и определены актуальные мероприятия в связи с ВИЧ. Эти обобщенные данные позволяют Мозамбику внедрить стратегии, основанные на фактических данных, определить приоритетные направления программ и надлежащим образом распределить имеющиеся средства на профилактику ВИЧ.



*Уменьшение бремени
эпидемии имеет решающее
значение для достижения
полного спектра целей
в области развития,
сформулированных в
Декларации тысячелетия*

кивает настоятельную необходимость обеспечения непрерывности программ по лечению ВИЧ.

Усиление профилактики новых случаев ВИЧ-инфекции имеет важнейшее значение для дальнейшей жизнеспособности программ по лечению ВИЧ. Будущие задачи в области лечения обескураживают уже сегодня – живут с ВИЧ, но до сих пор не получают лечения 30 миллионов человек. Если не остановить расширение эпидемии, будущие перспективы обеспечения всеобщего доступа к антиретровирусным препаратам, в лучшем случае, вызывают сомнения.

Для обеспечения достаточных людских ресурсов для осуществления и мониторинга программ по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ потребуются не только изобретательность, но долгосрочная приверженность. Устойчивые инвестиции в программы образования и обучения, перераспределение функций и другие новаторские стратегии максимального усиления существующего потенциала, а также постоянная национальная приверженность делу осуществления программ антиретровирусного лечения будут необходимы для формирования долгосрочного потенциала, необходимого для поддержания национальной ответной деятельности на высоком уровне в будущем (см. Samb et al., 2007).

В процессе разработки национальных целевых показателей многие страны оказались вынужденными признать наличие конкретных препятствий на пути к быстрому расширению масштабов услуг. Подход на основе “поэтапного расширения масш-

табов” на пути к обеспечению всеобщего доступа, который предполагает, что темпы расширения масштабов в каждой стране будут разными в зависимости от их потенциала и текущего уровня охвата услугами, потребует около 970 млн. долларов США в год на реализацию программ по развитию людских ресурсов до 2010 года (ЮНЭЙДС, 2007с). Этот сценарий предусматривает, что каждая страна обеспечит всеобщий доступ к конкретным вмешательствам в разное время, и практически все страны достигнут всеобщего доступа к 2015 году. Хотя ограниченный потенциал иногда замедляет расширение масштабов лечения, глобальная приверженность расширению доступа к лечению также ведет к серьезным улучшениям в системах здравоохранения, а мощное противодействие ВИЧ потенциально может преодолеть барьеры на пути к предоставлению услуг.

В 2001 году лидеры африканских стран обязались уделить приоритетное внимание улучшению сектора здравоохранения за счет выделения средств из национальных бюджетов (Абуджийская декларация Организации африканского единства, 2001). Правительственные расходы на здравоохранение в странах с низким уровнем доходов, в целом, понемногу возрастали, начиная с конца 1990-х годов, однако ряд стран Африки расходуют на здравоохранение значительно меньшие объемы национальных средств по сравнению с соседними странами и большинством стран из других регионов (ПРООН, 2007а). Индия, где, по оценкам, проживает 2,5 миллиона людей, живущих с ВИЧ, расходует всего 0,9% национального ВВП на

Меры в ответ на ВИЧ в странах с высоким уровнем доходов

В 2008 году 23 страны с высоким уровнем доходов представили данные о прогрессе в выполнении *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*; это больше чем в 2006 году, когда таких стран было 15. Страны, представившие свои отчеты в 2008 году, включают 49% всех стран с высоким уровнем доходов; этот показатель остается намного ниже по сравнению со странами с низким и средним уровнем доходов, приславшими свои отчеты (84%). В среднем страны с высоким уровнем доходов представили данные по 10 показателям, в то время как 124 страны с низким и средним уровнем доходов представили данные по 16 из 25 показателей.

Охват антиретровирусной терапией в странах с высоким уровнем доходов в среднем оказался выше по сравнению с показателями, указанными странами с низким и средним уровнем доходов. Несмотря на то что большинство стран с высоким уровнем доходов имеют либо концентрированные эпидемии ВИЧ, либо эпидемии низкого уровня, лишь 17 из 23 стран с высоким уровнем доходов представили информацию о группах населения, которым грозит самый высокий риск контакта с ВИЧ. Процент стран, представивших данные по показателям тестирования на ВИЧ, оказался выше по сравнению с процентом стран, представивших данные по показателям, характеризующим профилактику и уровень знаний. Страны с высоким уровнем доходов представили неоднородные данные о доступе к услугам в связи с ВИЧ среди учтенных и неучтенных мигрантов, даже среди стран Европейского союза. В то время как в некоторых европейских странах члены этих групп имеют бесплатный доступ к услугам в связи с ВИЧ, в других странах такие услуги для указанных групп населения предоставляются только на платной основе.

В период с 1995 по 2002 годы в некоторых странах отмечены изменения в сексуальном поведении молодежи. Например, по данным национального обследования, проведенного в школах в Соединенных Штатах, пропорция молодых мужчин, имевших половые контакты в возрасте до 15 лет, уменьшилась с 21% в 1995 году до 15% в 2002 году. Такое же уменьшение было отмечено среди молодых женщин – с 19% до 13%¹. Это сопоставимо с уменьшением данного показателя с 15% до 12% среди молодых мужчин и с 12% до 11% среди молодых женщин в 23 странах с низким и средним уровнем доходов, обследованных за тот же период².

Неясно, почему в странах с высоким уровнем доходов уровень отчетности является низким. Отчасти это может объясняться тем, что релевантные данные не хранятся в централизованной базе, а находятся в ведении различных учреждений. Несмотря на заметные исключения, такой низкий уровень отчетности вызывает вопросы относительно прогресса, достигнутого странами с высоким уровнем доходов в реализации единых интегрированных рамок по мониторингу и оценке мер в ответ на ВИЧ, или “третьего принципа”.

охрану здоровья (ПРООН, 2007а). Экономисты, специализирующиеся в области развития, считают, что уровень расходов на здравоохранение в странах с низким уровнем доходов составляет от одной четвертой до одной третьей сумм, необходимых для предоставления базовых медицинских услуг (Центр глобального развития, 2007). Для обеспечения устойчивости долгосрочных мер в ответ на ВИЧ потребуется в значительной степени увеличить расходы на здравоохранение – за счет как внутренних, так и внешних источников.

Для того чтобы обеспечить устойчивость программ по лечению, срочно необходимы более дешевые препараты второго и третьего ряда. Над решением этого неотложного вопроса уже работают заинтересованные стороны на глобальном и национальном уровнях, и эти усилия необходимо активизировать и расширить, чтобы добиться максимального успеха лечения в ближайшие годы. Такое же внимание необходимо уделить, чтобы расширить доступ к полному спектру технологий диагностики ВИЧ. Еще один важный вопрос – необходимо добиться

¹ Abma JC et al., Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002, *Vital and Health Statistics*, 2004, Series 23, No. 24.

² DHS www.measuredhs.com

Обеспечение координации и слаженности национальной деятельности

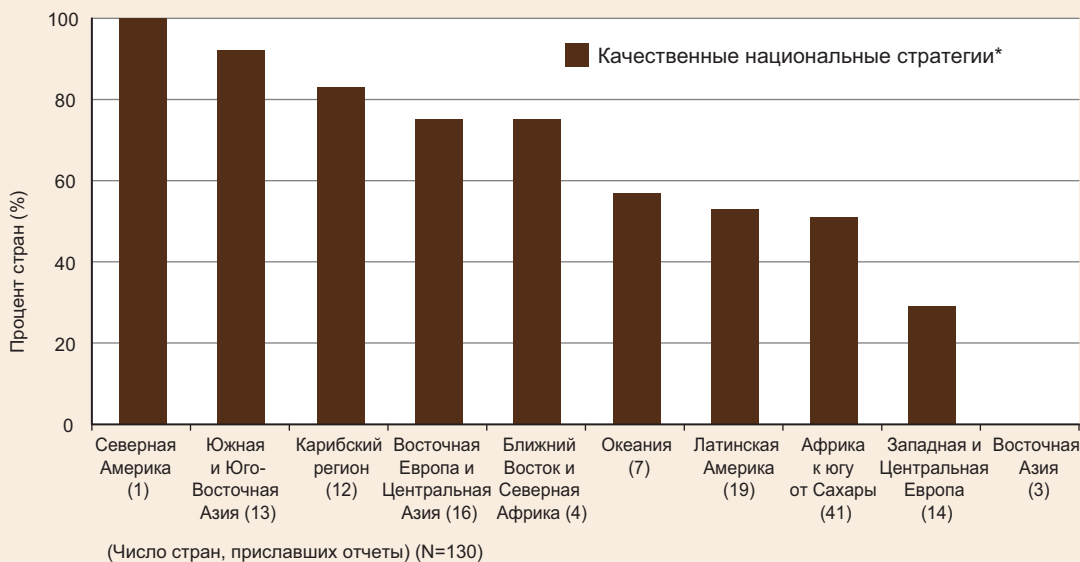
В соответствии с международными мероприятиями по усилению гармонизации и согласования международной помощи в области развития со страновыми стратегиями и планами, деятельность в ответ на ВИЧ на страновом уровне направлена на реализацию “трех принципов” – единые многосекторальные рамки действий, единый национальный координирующий орган по ВИЧ и единая система мониторинга и оценки.

Многосекторальные стратегии национальной ответной деятельности с рассчитанными расходами и определенными приоритетами существуют в большинстве стран. В 97% стран приняты многосекторальные стратегии противодействия ВИЧ, в 92% имеется национальный координирующий орган по ВИЧ, в 92% действуют или разрабатываются национальные планы мониторинга и оценки, и все страны с низким и средним уровнем доходов включили вопросы ВИЧ в планы национального развития.

Однако при оценке страновых мероприятий с использованием критериев качества, разработанных ЮНЭЙДС, становятся очевидными слабые стороны многих национальных подходов. Только в 69% стран – это гораздо меньше 97%, сообщивших о наличии национальной стратегии – эти стратегии были преобразованы в оперативные планы с рассчитанным бюджетом, определенными целями программ, детальной сметой расходов на программы и определенными источниками финансирования. В Африке к югу от Сахары только половина национальных стратегий противодействия ВИЧ соответствуют критериям качества ЮНЭЙДС (Рисунок 7.7).

РИСУНОК 7.7

Страны, сообщившие о качественном осуществлении национальных стратегий по СПИДу



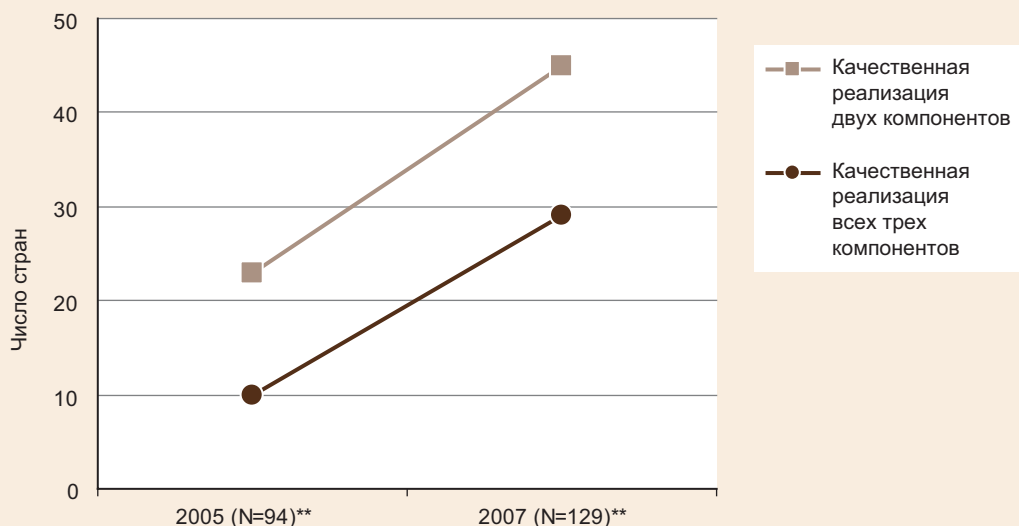
* Единая национальная многосекторальная стратегия и оперативный план с определенными целями, целевыми показателями, рассчитанным бюджетом и определенными источниками финансирования по направлениям программ, и рамки мониторинга и оценки.

Источник: Ответные меры правительства, данные по НКП из стран, 2008 г.

Несмотря на все еще существующие слабые стороны, страновые мероприятия по реализации «трех принципов» демонстрируют значительные улучшения во времени (Рисунок 7.8). И действительно, многие страны применили «три принципа» для улучшения национальной готовности. Например, в 2007 году Таджикистан разработал свой первый национальный план мониторинга и оценки в связи с ВИЧ, обеспеченный детальным бюджетом и сосредоточенный на национальных показателях, согласованный всеми национальными партнерами. В Индонезии в 2006 году президент издал указ о создании Национальной комиссии по СПИДу как единственного органа, отвечающего за руководство и координацию страновых мер в ответ на ВИЧ.

РИСУНОК 7.8

Прогресс стран в повышении качества реализации «трех принципов»: единый национальный орган по СПИДу, единые национальные стратегические рамки действий и единая система мониторинга и оценки



* Качественная реализация означает:

1 Единая национальная многосекторальная стратегия и оперативный план с определенными целями, целевыми показателями, рассчитанным бюджетом и определенными источниками финансирования по направлениям программ, и рамки мониторинга и оценки.
2 Единый национальный координирующий орган с определенными должностными обязанностями, членством, планом действий, действующим секретариатом и проведением регулярных заседаний.

3 Единый национальный план МиО с рассчитанным бюджетом и обеспеченным финансированием, действующим национальным подразделением мониторинга и оценки или технической рабочей группой, и центральной национальной базой данных о СПИДе.

** Указаны только страны, реализовавшие все три компонента или два из них; другие страны реализовали только один компонент или ни одного, или не прислали отчет.

Источник: Отчеты для ССГА ООН из стран, 2008 г..

Национальные правительства все больше расширяют партнерство с гражданским обществом при разработке, осуществлении и мониторинге национальных стратегий в ответ на ВИЧ. По данным правительственных отчетов, в 83% национальных координирующих органов по ВИЧ входят представители гражданского общества (Отчеты для ССГА ООН из стран, 2008). В большинстве случаев правительства сообщают, что национальные стратегии или рамки разрабатывались при активном участии гражданского общества (от 62% в Южной и Юго-Восточной Азии до 100% в Северной Америке). Представители гражданского общества были вовлечены в обзор национальных стратегий в ответ на ВИЧ в 78% стран, и оценили свой вклад в национальное планирование и бюджетирование как хороший или очень хороший в 58% стран.



Достижение всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ является важнейшим шагом на пути к устойчивым долгосрочным мерам в ответ на ВИЧ.

гибкости на глобальном и национальном уровнях, чтобы не отставать от новых достижений в области лечения и диагностики ВИЧ. В частности, необходимо предоставлять более широкую финансовую и техническую поддержку и обеспечить более глубокое региональное сотрудничество с целью усиления потенциала национальных регулятивных органов для внедрения безопасных и эффективных медицинских продуктов, необходимых для клинического ведения ВИЧ-инфекции.

Смягчение долгосрочных последствий эпидемии

Расширение масштабов лечения поможет остановить и минимизировать некоторые наиболее тяжелые последствия эпидемии, однако это не заставит ВИЧ или его пагубные последствия полностью исчезнуть. Сегодня исследованиям эффективности вмешательств и расширению масштабов программ, направленных на смягчение последствий, уделяется значительно меньше внимания, чем другим аспектам противодействия ВИЧ. Например, доступ к лечению, профилактике передачи вируса от матери ребенку и другим важным услугам в связи с ВИЧ в последние годы значительно расширился, однако в деле оказания необходимых услуг по уходу и поддержке детям, осиротевшим или ставшим уязвимыми из-за эпидемии, прогресс пока невелик.

Работа по минимизации последствий эпидемии — это не только гуманитарная потребность, но и часть долговременной деятельности в ответ на эпидемию. Миллионы детей, затронутых ВИЧ — это наше будущее; оказание надлежащих услуг по уходу и поддержке этим детям и домохозяйствам, в которых они живут, имеет огромное значение для долгосрочного здоровья и благосостояния общин и общества в целом. Точно так же домохозяйствам, которые все глубже погружаются в нищету в результате болезней, обусловленных ВИЧ, будет еще труднее добиваться успехов и вносить свой вклад в общество в будущем.

Как подчеркивается в Главе 6, “гнездовой” подход к смягчению последствий не будет оптимально эффективным. Вместо этого странам необходимо межсекторальное планирование и механизмы надзора для решения многочисленных, сложных проблем в связи с ВИЧ, из-за которых страдают общины, домохозяйства и общество в целом. Именно поэтому существенно важно, чтобы меры по смягчению последствий ВИЧ являлись частью более широких стратегий в области развития.

Управление ответной деятельностью

Странам приходится решать множество управленческих задач в стремлении эффективно противодействовать ВИЧ. В течение всего времени развития эпидемии страны вели борьбу для орга-

низации такой ответной деятельности, которая действительно была бы многосекторальной и активно реализовывалась национальными участниками под их же руководством. Координация работы разных участников на страновом уровне также остается постоянной проблемой.

Значительный прогресс был достигнут в реализации каждого из “трех принципов” – единые многосекторальные рамки действий, единый национальный координирующий орган по ВИЧ и единая система мониторинга и оценки (см. вставку “Обеспечение координации и слаженности национальной деятельности”). Однако слишком во многих странах эти достижения существуют больше на бумаге, чем на практике.

Хотя национальные стратегические рамки действий против ВИЧ почти повсеместно предусматривают многосекторальный подход к ВИЧ, ответная деятельность во многих странах до сих пор, в основном, сконцентрирована в министерствах здравоохранения. Хотя другие министерства зачастую участвуют в работе национальных координирующих органов, что уже является важным достижением, многим из них не хватает бюджетной поддержки для осуществления деятельности в связи с ВИЧ. Например, хотя в 98% стран существует национальная стратегия противодействия ВИЧ, включающая работу сектора образования, только 65% стран выделяют бюджетные средства на осуществление программ по ВИЧ в образовательных учреждениях (Отчеты для ССГА ООН из стран, 2008). Приказ руководства Малави разным министерствам о выделении бюджетной поддержки мероприятиям по противодействию ВИЧ (см. раздел “Мобилизация достаточных финансовых средств для противодействия ВИЧ”) показывает пример того, как страны могут обеспечить активное вовлечение многочисленных секторов в национальные меры в ответ на ВИЧ.

Децентрализация ответной деятельности

Эффективное управление ответной деятельностью обеспечивает преобразование национальных стратегий и мандатов в значимые действия в районах и общинах. Децентрализация ответной деятельности помогает расширить возможности подразделений

на субнациональном уровне для осуществления программ, соответствующих местным потребностям.

В Эфиопии расширение услуг в рамках страновой Кампании тысячелетия по СПИДу было ускорено благодаря децентрализации предоставления услуг. На основе местного лидерства и вовлечения общественности были обучены 24 000 “дополнительных” медработников для оказания помощи домохозяйствам и пропаганды медицинских инициатив в общинах, включая осуществление антиретровирусного лечения. Благодаря такому вниманию децентрализации предоставления услуг был отмечен резкий рост числа людей, получающих антиретровирусные препараты – с 8276 в 2005 до 122 243 в 2007 году.

Хотя многие местные правительства принимают серьезные меры в ответ на ВИЧ в течение многих лет, осуществлению сильных, децентрализованных мер в ответ на ВИЧ иногда препятствует то, что основное внимание доноры уделяют поддержке национальных правительств.³ Планирование на уровне районов, предусматривающее инициативы по усилению потенциала и мобилизации средств для местных исполнителей, может помочь преодолеть некоторые исторически сложившиеся проблемы, мешающие эффективному, децентрализованному противодействию ВИЧ (ПРООН, 2005). Например, в регионе Мбейя Объединенной Республики Танзания устойчивые действия и донорская поддержка на субнациональном уровне позволили охватить более 80% населения региона основными профилактическими услугами и снизить распространенность ВИЧ в течение последних десяти лет (ЮНЭЙДС, 2007b). В то же время, так же, как увеличение финансирования для поддержки местных правительств в осуществлении стратегий в ответ на ВИЧ, направленных на решение местных потребностей, более широкая помощь доноров необходима и местным общинам, которые организуются для расширения охвата, воздействия и подотчетности местных инициатив по ВИЧ.

Ответная деятельность на основе соблюдения прав человека

Настоящие лидеры зачастую должны быть готовыми к решению вопросов, которые другие

³ В рамках осуществления своей Межстрановой программы по ВИЧ/СПИДу для Африки Всемирный банк направил 38% помощи в связи с ВИЧ на поддержку местной ответной деятельности в странах (Всемирный банк, 2007).

предпочитают игнорировать. Противодействие ВИЧ означает решение вопросов, о которых многие считают неудобным говорить, например, о половой жизни или потреблении наркотиков. Для этого также требуются сочувствие и эффективные действия в интересах групп, которые общество зачастую предпочитает игнорировать.

Хотя деятельность по удовлетворению потребностей маргинализированных групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, остается ограниченной, последние годы, тем не менее, демонстрируют нам важные примеры лидерства в этой области, включая начало национальной кампании против гомофобии в Мексике и отмену законов против содомии на Багамских Островах. В свою очередь, поддержка программ по обмену игл на основе доказанных фактов в таких странах, как Исламская Республика Иран, Малайзия и Вьетнам служит ярким

примером смелого, вдохновенного лидерства в деятельности в ответ на ВИЧ.

По мере развития эпидемии и роста числа и разнообразия технологий в связи с ВИЧ, может возникнуть соблазн думать о противодействии исключительно в технологической плоскости. Это ошибочное мнение. Учитывая реалии ВИЧ – его концентрацию в маргинализированных группах населения, его переплетение с вопросами людской сексуальности и то, что передача вируса зависит от отношений между людьми, – вряд ли эпидемия отступит перед чисто технологическими решениями.

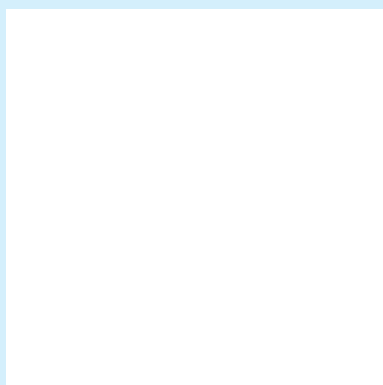
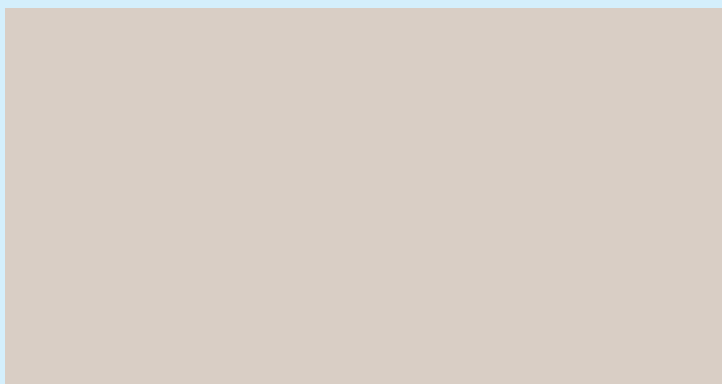
В каждой стране, достигшей крупных успехов в снижении числа новых случаев ВИЧ-инфекции, национальные меры в ответ на ВИЧ основывались на защите прав человека. Сочувствие и вовлечение в работу остаются основными критериями эффективной деятельности в ответ на эпидемию.

Осуществление эффективной ответной деятельности и обеспечение ее устойчивости: долгосрочный план действий

- Удовлетворять документально подтвержденные национальные потребности и основывать национальную деятельность на проверенных фактах о работающих программах, обеспечивая полноценное осуществление стратегий и программ, основанных на доказанных фактах.
- Составлять планы на будущее, применяя стратегические механизмы планирования и оценки, на сроки, превышающие трех- и пятилетние циклы.
- Инвестировать в действительно эффективную деятельность в ответ на ВИЧ, уделяя особое внимание доказанным стратегиями профилактики ВИЧ, помогающим обуздать национальные эпидемии.
- Объединить расширение масштабов программ с многосекторальным лидерством для снижения остроты социальных факторов, повышающих риск заражения и уязвимость к ВИЧ, включая гендерное неравенство, стигму и дискриминацию, и социальную маргинализацию.
- Расширять права людей, живущих с ВИЧ, чтобы помочь им возглавить национальные действия в ответ на ВИЧ, и вовлекать гражданское общество в разработку, осуществление и оценку национальных стратегий в ответ на ВИЧ.
- Гармонизировать и согласовывать усилия всех участников с национальными стратегиями в ответ на ВИЧ и приоритетами, повышать качество и гибкость технической помощи для формирования устойчивого национального потенциала – не только в системах здравоохранения, но во всех ключевых отраслях в государственном и частном секторе, – чтобы обеспечить устойчивое и мощное противодействие ВИЧ в ближайшие годы.
- Мобилизовать достаточные финансовые ресурсы для достижения глобальных целей всеобщего доступа, применяя новаторские механизмы для обеспечения долгосрочного финансирования.

Приложение

Оценки и данные по ВИЧ и СПИДу
за 2007 и 2001 гг.



Оценки и данные по ВИЧ и СПИДУ за 2007 и 2001 гг.

Оценки и данные, представленные в Приложении 1, относятся к 2007 и 2001 годам, если иное не указано особо. Эти оценки были получены и составлены ЮНЭЙДС/ВОЗ. Они были переданы в национальные программы по СПИДУ для анализа и комментариев, однако они не обязательно представляют собой официальные оценки, используемые национальными правительствами. В таблицу не включены оценки по тем странам, где данные за последний период отсутствуют. При расчете суммарных цифр по регионам были использованы оценки для этих стран, полученные на основе ранее имевшихся данных или региональных моделей.

Оценки приведены в округленном виде. Однако при подсчете процентов и суммарных цифр по регионам числа не округлялись, поэтому между региональными и глобальными суммарными цифрами и суммарными цифрами для стран могут быть незначительные расхождения.

Общая методика и средства, использованные для составления оценок по отдельным странам в данной таблице, описываются в ряде документов в выпуске *Инфекции, передаваемые половым путем*, 2008 г. “Усовершенствованные методы и инструменты для оценок и прогнозов по ВИЧ/СПИДУ”, 82 (Прил. 1) за 2006 г. (*Sexually Transmitted Infections* 2008; “Improved methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections” and 2006, 82 (Suppl 1)). Оценки, полученные ЮНЭЙДС/ВОЗ, основаны на методах и параметрах, разработанных по рекомендации Референс-группы ЮНЭЙДС по оценкам, моделям и прогнозам в связи с ВИЧ/СПИДом, которые можно найти по адресу: <http://www.epidem.org/>.

В эту группу входят ведущие исследователи в области ВИЧ и СПИДа, эпидемиологии, демографии и смежных областях. Референс-группа проводит оценку последних опубликованных и неопубликованных работ, проведенных в рамках исследований в различных странах. Она также проводит анализ последних данных, касающихся эпидемий ВИЧ, и предлагает методы для повышения качества и точности оценок.

На основе предложений Референс-группы было разработано программное обеспечение для моделирования хода развития эпидемий ВИЧ и их последствий. В 2007 году в странах были проведены семинары для обучения специалистов-аналитиков правилам использования этих средств. Эти изменения в процедурах и допущениях позволили получить более точные оценки в связи с ВИЧ и СПИДом за 2007 год. Для того чтобы читатели смогли оценить последние тенденции эпидемии,

мы также приводим оценки по состоянию за 2001 год, полученные с использованием той же методики и данных, что и для получения оценок за 2007 год.

Новые оценки в настоящем докладе представлены с указанием “вероятных предельных значений”. Эти предельные значения отражают степень определенности каждой из оценок. Чем шире предельные значения, тем выше степень неопределенности оценки. Степень неопределенности зависит, главным образом, от типа эпидемии, качества, охвата и последовательности в применении системы эпиднадзора в стране, а также, при генерализованных эпидемиях, от того, проводилось ли обследование среди населения с тестированием на ВИЧ. Полное описание методов, используемых для разработки вероятных предельных значений, можно найти в документе “Инфекции, передаваемые половым путем”, 2008 г., 84 (Прил. 1) (*Sexually Transmitted Infections* 2008, 84 (Suppl 1)).

Взрослые в настоящем докладе определяются как мужчины и женщины в возрасте 15 лет и старше. Это отличается от того, что было принято в предыдущих докладах, где оценки для взрослых были ограничены возрастной группой 15–49 лет. Поскольку бремя заболевания затрагивает людей старше 49 лет, а также для лучшей оценки этой потребности Референс-группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделям и прогнозам рекомендовала изменить отчетность, включив все возрастные группы. В то же время, процентный показатель распространенности ВИЧ по-прежнему используется для взрослых в возрастной группе 15–49, что позволяет проводить сравнения между странами.

Примечания к конкретным показателям, приведенным в Приложении 1

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ, за 2007 и 2001 годы.

В эти оценки включают всех людей, инфицированных ВИЧ, за 2007 и 2001 годы, независимо от того, появились ли у них симптомы СПИДа. Для некоторых стран, где не было достаточных данных за последние шесть лет, оценки не проводились.

Взрослые и дети

Оценочное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, в 2007 и 2001 годах. Взрослые включают людей в возрасте 15 лет и старше. Дети определяются как лица в возрасте от 0 до 14 лет.

Взрослые (15 лет и старше)

Оценочное число взрослых, живущих с ВИЧ, в 2007 и 2001 годах.

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди взрослых (15–49 лет)

Для расчета процентного показателя распространенности ВИЧ среди взрослых оценочное число взрослых (15–49 лет), живущих с ВИЧ в 2007 году, разделили на общее число взрослых (15–49 лет) в 2007 году; то же самое было сделано для 2001 года.

Женщины (15 лет и старше)

Оценочное число женщин (15 лет и старше), живущих с ВИЧ, в 2007 и 2001 годах.

Дети (0–14 лет)

Оценочное число детей (молочные 15 лет), живущих с ВИЧ, в 2007 и 2001 годах.

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди молодых женщин (15–24 лет) за 2007 год

Оценочный процент молодых женщин (15–24 лет), живущих с ВИЧ, в 2007 году.

Показатель распространенности ВИЧ (%) среди молодых мужчин (15–24 лет) за 2007 год

Оценочный процент молодых мужчин (15–24 лет), живущих с ВИЧ, в 2007 году.

2. Число смертей в результате СПИДа среди взрослых и детей

Оценочное число взрослых и детей, умерших от СПИДа в 2007 и 2001 годах.

3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа**Сироты (0–17 лет), живущие в настоящее время**

Оценочное число детей в возрасте от 0 до 17 лет в 2007 и 2001 годах, которые потеряли одного или обоих родителей в результате СПИДа.

Вероятные предельные значения для приведенных выше показателей

В зависимости от надежности имеющихся данных каждая оценка может иметь большую или меньшую степень неопределенности. В то время как мера неопределенности применима ко всем оценкам, в

настоящем докладе вероятные предельные значения представлены для следующих оценок:

- Оценочное число взрослых (15 лет и старше) и детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ, в 2007 и 2001 годах
- Оценочное число взрослых (15 лет и старше), живущих с ВИЧ, в 2007 и 2001 годах
- Оценочное число женщин (15 лет и старше), живущих с ВИЧ, в 2007 и 2001 годах
- Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ, в 2007 и 2001 годах
- Оценочный показатель распространенности ВИЧ среди молодых женщин и мужчин (15–24 лет) в 2007 году
- Оценочное число смертей от СПИДа среди взрослых (15 лет и старше) и детей (0–14 лет) в 2007 и 2001 годах
- Дети (0–17 лет), осиротевшие в результате СПИДа, в 2007 и 2001 годах

4. Тенденции изменения показателя распространенности ВИЧ в группах, подвергающихся наиболее высокому риску, в столичных городах

Применение этих показателей рекомендовано для подготовки отчетов о достижении целей, поставленных в 2001 году на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, в странах с эпидемиями низкого уровня или с концентрированными эпидемиями ВИЧ. Теоретически, оценку прогресса в снижении частоты новых случаев инфекции лучше всего можно провести путем мониторинга изменений в уровнях инфицирования во времени. Однако на практике в распоряжении чаще имеются данные о распространенности, а не об инфицировании. При анализе данных о распространенности в группах наиболее высокого риска, желательно сообщать в отчетах данные о новых случаях инфекции, обусловленных моделями поведения, из-за которого эти лица подверглись риску инфицирования. В ходе данного раунда подготовки отчетов о выполнении положений ССГАООН были предложены рекомендации, поощряющие такой вид отчетности, хотя в настоящей таблице не указано, был или использован этот ограниченный анализ при подготовке отчетов.

Указанные в таблице конкретные группы населения, которым грозит повышенный риск заражения ВИЧ, включают:

- потребителей инъекционных наркотиков
- женщин-работниц секс-бизнеса
- мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ						
Взрослые и дети, 2007			Взрослые и дети, 2001		Взрослые (15+), 2007	
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Глобальная цифра	33 000 000	[30 300 000 – 36 100 000]	29 500 000	[27 000 000 – 33 700 000]	30 800 000	[28 200 000 – 34 000 000]
Африка к югу от Сахары	22 000 000	[20 500 000 – 23 600 000]	20 400 000	[19 200 000 – 23 200 000]	20 300 000	[18 700 000 – 21 700 000]
Ангола	190 000	[150 000 – 240 000]	120 000	[84 000 – 360 000]	180 000	[140 000 – 210 000]
Бенин	64 000	[58 000 – 73 000]	53 000	[46 000 – 61 000]	59 000	[53 000 – 67 000]
Ботсвана	300 000	[280 000 – 310 000]	280 000	[270 000 – 290 000]	280 000	[270 000 – 300 000]
Буркина-Фасо	130 000	[110 000 – 160 000]	140 000	[120 000 – 160 000]	120 000	[100 000 – 140 000]
Бурунди	110 000	[78 000 – 130 000]	150 000	[120 000 – 170 000]	90 000	[66 000 – 120 000]
Камерун	540 000	[430 000 – 640 000]	530 000	[460 000 – 590 000]	500 000	[390 000 – 590 000]
Центральноафриканская Республика	160 000	[150 000 – 170 000]	130 000	[120 000 – 140 000]	140 000	[130 000 – 150 000]
Чад	200 000	[130 000 – 240 000]	150 000	[100 000 – 260 000]	180 000	[110 000 – 220 000]
Коморские Острова	<200	[<1000]	<100	[<500]	<200	[<1000]
Конго	79 000	[65 000 – 94 000]	84 000	[73 000 – 100 000]	73 000	[59 000 – 86 000]
Кот-д'Ивуар	480 000	[400 000 – 550 000]	590 000	[540 000 – 670 000]	420 000	[350 000 – 490 000]
Демократическая Республика Конго	...	[400 000 – 500 000]	...	[320 000 – 410 000]	...	[360 000 – 450 000]
Джибути	16 000	[12 000 – 19 000]	13 000	[9300 – 17 000]	15 000	[11 000 – 18 000]
Экваториальная Гвинея	11 000	[8200 – 14 000]	9500	[7600 – 12 000]	9800	[7400 – 13 000]
Эритрея	38 000	[25 000 – 58 000]	27 000	[19 000 – 42 000]	35 000	[22 000 – 54 000]
Эфиопия	980 000	[880 000 – 1 100 000]	920 000	[830 000 – 1 000 000]	890 000	[800 000 – 970 000]
Габон	49 000	[37 000 – 68 000]	38 000	[26 000 – 51 000]	46 000	[35 000 – 65 000]
Гамбия	8200	[3700 – 13 000]	6400	[3100 – 11 000]	7500	[3400 – 12 000]
Гана	260 000	[230 000 – 290 000]	260 000	[230 000 – 290 000]	250 000	[220 000 – 280 000]
Гвинея	87 000	[73 000 – 110 000]	55 000	[40 000 – 72 000]	81 000	[67 000 – 110 000]
Гвинея-Бисау	16 000	[11 000 – 23 000]	13 000	[9000 – 18 000]	15 000	[10 000 – 21 000]
Кения ²	...	[1 500 000 – 2 000 000]	...	[1 300 000 – 1 700 000]	...	[1 400 000 – 1 800 000]
Лесото	270 000	[260 000 – 290 000]	250 000	[240 000 – 270 000]	260 000	[250 000 – 270 000]
Либерия	35 000	[29 000 – 41 000]	24 000	[17 000 – 58 000]	32 000	[26 000 – 37 000]
Мадагаскар	14 000	[9100 – 23 000]	8100	[5800 – 13 000]	13 000	[8800 – 22 000]
Малави	930 000	[860 000 – 1 000 000]	850 000	[790 000 – 910 000]	840 000	[780 000 – 900 000]
Мали	100 000	[88 000 – 120 000]	82 000	[70 000 – 96 000]	93 000	[79 000 – 110 000]
Мавритания	14 000	[8300 – 26 000]	9400	[5400 – 16 000]	14 000	[8100 – 25 000]
Маврикий	13 000	[7500 – 28 000]	1800	[<1000 – 3900]	13 000	[7400 – 28 000]
Мозамбик	1 500 000	[1 300 000 – 1 700 000]	1 000 000	[880 000 – 1 200 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]
Намибия	200 000	[160 000 – 230 000]	150 000	[130 000 – 180 000]	180 000	[150 000 – 220 000]
Нигер	60 000	[44 000 – 85 000]	43 000	[33 000 – 57 000]	56 000	[42 000 – 81 000]
Нигерия	2 600 000	[2 000 000 – 3 200 000]	2 200 000	[1 700 000 – 4 200 000]	2 400 000	[1 600 000 – 2 900 000]
Руанда	150 000	[130 000 – 170 000]	190 000	[170 000 – 210 000]	130 000	[120 000 – 150 000]
Сенегал	67 000	[47 000 – 96 000]	24 000	[17 000 – 31 000]	64 000	[45 000 – 92 000]
Сьерра-Леоне	55 000	[42 000 – 76 000]	34 000	[18 000 – 56 000]	51 000	[38 000 – 72 000]
Сомали	24 000	[13 000 – 45 000]	17 000	[11 000 – 30 000]	24 000	[13 000 – 43 000]
Южная Африка	5 700 000	[4 900 000 – 6 600 000]	4 700 000	[4 000 000 – 5 500 000]	5 400 000	[4 700 000 – 6 200 000]
Свазиленд	190 000	[180 000 – 200 000]	160 000	[150 000 – 170 000]	170 000	[160 000 – 180 000]
Того	130 000	[110 000 – 150 000]	110 000	[92 000 – 130 000]	120 000	[97 000 – 140 000]
Уганда	940 000	[870 000 – 1 000 000]	1 100 000	[990 000 – 1 300 000]	810 000	[740 000 – 910 000]
Объединенная Республика Танзания	1 400 000	[1 300 000 – 1 500 000]	1 400 000	[1 300 000 – 1 500 000]	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]
Замбия	1 100 000	[1 000 000 – 1 200 000]	940 000	[870 000 – 1 000 000]	980 000	[920 000 – 1 100 000]
Зимбабве	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]	1 900 000	[1 800 000 – 2 000 000]	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ

Страны	Взрослые (15+), 2001		Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2007		Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2001		Женщины (15+), 2007	
	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Глобальная цифра	27 900 000	[25 500 000 – 31 700 000]	0.8	[0.7 – 0.9]	0.8	[0.7 – 0.9]	15 500 000	[14 200 000 – 16 900 000]
Африка к югу от Сахары	19 100 000	[17 900 000 – 21 400 000]	5.0	[4.6 – 5.4]	5.7	[5.3 – 6.4]	12 000 000	[11 100 000 – 12 900 000]
Ангола	110 000	[80 000 – 310 000]	2.1	[1.7 – 2.5]	1.6	[1.1 – 4.3]	110 000	[82 000 – 130 000]
Бенин	49 000	[43 000 – 57 000]	1.2	[1.1 – 1.4]	1.3	[1.2 – 1.5]	37 000	[33 000 – 42 000]
Ботсвана	270 000	[250 000 – 280 000]	23.9	[22.5 – 24.9]	26.5	[25.6 – 27.8]	170 000	[160 000 – 180 000]
Буркина-Фасо	130 000	[110 000 – 150 000]	1.6	[1.4 – 1.9]	2.1	[1.8 – 2.4]	61 000	[52 000 – 73 000]
Бурунди	130 000	[100 000 – 160 000]	2.0	[1.3 – 2.5]	3.5	[2.7 – 4.2]	53 000	[39 000 – 69 000]
Камерун	490 000	[430 000 – 550 000]	5.1	[3.9 – 6.2]	6.0	[5.3 – 6.8]	300 000	[240 000 – 360 000]
Центральноафриканская Республика	120 000	[110 000 – 130 000]	6.3	[5.9 – 6.7]	6.4	[5.9 – 6.9]	91 000	[85 000 – 97 000]
Чад	140 000	[97 000 – 220 000]	3.5	[2.4 – 4.3]	3.4	[2.4 – 6.0]	110 000	[66 000 – 130 000]
Коморские Острова	<100	[<500]	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.1]	<100	[<200]
Конго	77 000	[67 000 – 92 000]	3.5	[2.8 – 4.2]	4.4	[3.8 – 5.3]	43 000	[36 000 – 51 000]
Кот-д'Ивуар	550 000	[500 000 – 630 000]	3.9	[3.2 – 4.5]	6.0	[5.5 – 6.8]	250 000	[210 000 – 290 000]
Демократическая Республика Конго	...	[290 000 – 370 000]	...	[1.2 – 1.5]	...	[1.2 – 1.5]	...	[210 000 – 270 000]
Джибути	12 000	[9000 – 15 000]	3.1	[2.3 – 3.8]	3.1	[2.2 – 3.9]	8700	[6500 – 11 000]
Экваториальная Гвинея	8900	[7100 – 12 000]	3.4	[2.6 – 4.6]	3.7	[2.9 – 4.7]	5900	[4400 – 7900]
Эритрея	25 000	[17 000 – 39 000]	1.3	[0.8 – 2.0]	1.2	[0.8 – 1.8]	21 000	[13 000 – 33 000]
Эфиопия	840 000	[760 000 – 930 000]	2.1	[1.8 – 2.2]	2.4	[2.1 – 2.6]	530 000	[470 000 – 580 000]
Габон	36 000	[25 000 – 49 000]	5.9	[4.4 – 8.3]	5.6	[3.9 – 7.6]	27 000	[20 000 – 38 000]
Гамбия	6100	[3000 – 10 000]	0.9	[0.4 – 1.3]	0.9	[0.4 – 1.4]	4500	[2000 – 7200]
Гана	240 000	[220 000 – 270 000]	1.9	[1.7 – 2.2]	2.3	[2.1 – 2.6]	150 000	[130 000 – 160 000]
Гвинея	52 000	[38 000 – 68 000]	1.6	[1.3 – 2.2]	1.2	[0.9 – 1.6]	48 000	[40 000 – 64 000]
Гвинея-Бисау	12 000	[8400 – 16 000]	1.8	[1.3 – 2.6]	1.8	[1.3 – 2.5]	8700	[6100 – 12 000]
Кения ²	...	[1 200 000 – 1 600 000]	...	[7.1 – 8.5]	...	[7.4 – 9.8]	...	[800 000 – 1 100 000]
Лесото	240 000	[230 000 – 260 000]	23.2	[21.9 – 24.5]	23.9	[22.8 – 25.2]	150 000	[140 000 – 160 000]
Либерия	22 000	[16 000 – 48 000]	1.7	[1.4 – 2]	1.4	[1.0 – 3.1]	19 000	[16 000 – 22 000]
Мадагаскар	8000	[5700 – 13 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	3400	[2200 – 5800]
Малави	780 000	[730 000 – 840 000]	11.9	[11.0 – 12.9]	13.3	[12.4 – 14.3]	490 000	[450 000 – 530 000]
Мали	76 000	[66 000 – 90 000]	1.5	[1.2 – 1.8]	1.5	[1.3 – 1.8]	56 000	[47 000 – 67 000]
Мавритания	9300	[5300 – 16 000]	0.8	[0.5 – 1.5]	0.7	[0.4 – 1.2]	3900	[2300 – 7400]
Маврикий	1800	[<1000 – 3900]	1.7	[1.0 – 3.6]	0.3	[0.1 – 0.5]	3800	[2100 – 8100]
Мозамбик	960 000	[840 000 – 1 100 000]	12.5	[10.9 – 14.7]	10.3	[8.8 – 11.9]	810 000	[690 000 – 960 000]
Намибия	140 000	[120 000 – 170 000]	15.3	[12.4 – 18.1]	14.6	[12.2 – 17.1]	110 000	[88 000 – 130 000]
Нигер	41 000	[31 000 – 55 000]	0.8	[0.6 – 1.1]	0.7	[0.6 – 1.0]	17 000	[12 000 – 26 000]
Нигерия	2 000 000	[1 600 000 – 3 500 000]	3.1	[2.3 – 3.8]	3.2	[2.5 – 5.7]	1 400 000	[980 000 – 1 700 000]
Руанда	160 000	[140 000 – 180 000]	2.8	[2.4 – 3.2]	4.3	[3.9 – 4.7]	78 000	[69 000 – 88 000]
Сенегал	23 000	[16 000 – 30 000]	1.0	[0.7 – 1.4]	0.4	[0.3 – 0.5]	38 000	[27 000 – 54 000]
Сьерра-Леоне	32 000	[17 000 – 53 000]	1.7	[1.3 – 2.4]	1.3	[0.7 – 2.1]	30 000	[23 000 – 43 000]
Сомали	17 000	[10 000 – 30 000]	0.5	[0.3 – 1.0]	0.5	[0.3 – 0.8]	6700	[3600 – 13 000]
Южная Африка	4 600 000	[3 900 000 – 5 300 000]	18.1	[15.4 – 20.9]	16.9	[14.3 – 19.9]	3 200 000	[2 800 000 – 3 700 000]
Свазиленд	150 000	[140 000 – 160 000]	26.1	[25.1 – 27.1]	26.3	[25.0 – 27.4]	100 000	[99 000 – 110 000]
Того	100 000	[86 000 – 120 000]	3.3	[2.7 – 4.1]	3.6	[3.0 – 4.3]	69 000	[57 000 – 84 000]
Уганда	950 000	[840 000 – 1 100 000]	5.4	[5.0 – 6.1]	7.9	[7.5 – 9.2]	480 000	[440 000 – 540 000]
Объединенная Республика Танзания	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]	6.2	[5.8 – 6.6]	7.0	[6.5 – 7.4]	760 000	[710 000 – 810 000]
Замбия	860 000	[790 000 – 940 000]	15.2	[14.3 – 16.4]	15.4	[14.4 – 16.7]	560 000	[520 000 – 610 000]
Зимбабве	1 700 000	[1 600 000 – 1 900 000]	15.3	[14.6 – 16.1]	26.0	[25.2 – 27.6]	680 000	[650 000 – 720 000]

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ						
Женщины (15+), 2001			Дети (0–14), 2007		Дети (0–14), 2001	
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Глобальная цифра	14 100 000	[13 000 000 – 15 900 000]	2 000 000	[1 900 000 – 2 300 000]	1 600 000	[1 400 000 – 2 100 000]
Африка к югу от Сахары	11 200 000	[10 500 000 – 12 600 000]	1 800 000	[1 700 000 – 2 000 000]	1 400 000	[1 300 000 – 1 900 000]
Ангола	67 000	[48 000 – 190 000]	17 000	[12 000 – 35 000]	7700	[3700 – 41 000]
Бенин	31 000	[27 000 – 36 000]	5400	[4700 – 6300]	3500	[2800 – 4600]
Ботсвана	160 000	[150 000 – 160 000]	15 000	[13 000 – 16 000]	13 000	[12 000 – 14 000]
Буркина-Фасо	59 000	[52 000 – 69 000]	10 000	[8400 – 12 000]	10 000	[6600 – 13 000]
Бурунди	77 000	[61 000 – 92 000]	15 000	[12 000 – 19 000]	15 000	[12 000 – 18 000]
Камерун	300 000	[260 000 – 340 000]	45 000	[38 000 – 51 000]	36 000	[28 000 – 44 000]
Центральноафриканская Республика	80 000	[74 000 – 86 000]	14 000	[12 000 – 16 000]	9800	[8200 – 11 000]
Чад	85 000	[60 000 – 130 000]	19 000	[14 000 – 27 000]	11 000	[5300 – 36 000]
Коморские Острова	...	[<100]	...	[<100]	...	[<100]
Конго	45 000	[39 000 – 54 000]	6600	[5600 – 7700]	7600	[6500 – 9200]
Кот-д'Ивуар	320 000	[290 000 – 360 000]	52 000	[44 000 – 58 000]	47 000	[36 000 – 58 000]
Демократическая Республика Конго	...	[170 000 – 220 000]	...	[37 000 – 52 000]	...	[31 000 – 43 000]
Джибути	7200	[5300 – 9100]	1100	[<1000 – 1400]	<1000	[<500 – 1200]
Экваториальная Гвинея	5300	[4200 – 6900]	<1000	[<1100]	<1000	[<500]
Эритрея	15 000	[10 000 – 23 000]	3100	[2300 – 4400]	1900	[1200 – 3300]
Эфиопия	500 000	[450 000 – 550 000]	92 000	[80 000 – 100 000]	75 000	[66 000 – 85 000]
Габон	21 000	[15 000 – 29 000]	2300	[1600 – 3200]	1500	[1000 – 2200]
Гамбия	3600	[1800 – 6000]	<1000	[<1000]	<500	[<1000]
Гана	140 000	[130 000 – 150 000]	17 000	[15 000 – 19 000]	12 000	[10 000 – 14 000]
Гвинея	31 000	[23 000 – 41 000]	6300	[5000 – 7900]	3100	[1900 – 5000]
Гвинея-Бисау	7100	[5000 – 9800]	1500	[1100 – 2200]	<1000	[1200]
Кения ²	...	[800 000 – 1 000 000]	...	[130 000 – 180 000]	...	[110 000 – 160 000]
Лесото	140 000	[130 000 – 150 000]	12 000	[11 000 – 13 000]	8000	[7300 – 8800]
Либерия	13 000	[9300 – 28 000]	3100	[2300 – 6300]	2000	[1300 – 10 000]
Мадагаскар	1900	[1200 – 3200]	<500	[<1000]	<200	[<500]
Малави	440 000	[410 000 – 480 000]	91 000	[80 000 – 100 000]	65 000	[57 000 – 74 000]
Мали	46 000	[39 000 – 54 000]	9400	[7800 – 11 000]	5600	[3600 – 6800]
Мавритания	2400	[1400 – 4200]	<500	[<1000]	<200	[<500]
Маврикий	<500	[<200 – 1100]	<100	[<200]	<100	[<100]
Мозамбик	570 000	[500 000 – 660 000]	100 000	[87 000 – 120 000]	53 000	[41 000 – 81 000]
Намибия	85 000	[70 000 – 99 000]	14 000	[12 000 – 16 000]	7500	[6100 – 9100]
Нигер	12 000	[8900 – 17 000]	3200	[2500 – 4200]	1600	[1200 – 2400]
Нигерия	1 200 000	[970 000 – 2 100 000]	220 000	[170 000 – 370 000]	150 000	[83 000 – 580 000]
Руанда	97 000	[87 000 – 110 000]	19 000	[17 000 – 21 000]	26 000	[23 000 – 30 000]
Сенегал	14 000	[9800 – 18 000]	3100	[2500 – 3700]	1200	[<1000 – 1700]
Сьерра-Леоне	19 000	[10 000 – 31 000]	4000	[3000 – 5300]	2100	[<1000 – 3600]
Сомали	4500	[2500 – 7900]	<1000	[<1600]	<500	[<1000]
Южная Африка	2 700 000	[2 300 000 – 3 200 000]	280 000	[230 000 – 320 000]	150 000	[120 000 – 190 000]
Свазиленд	91 000	[86 000 – 96 000]	15 000	[14 000 – 17 000]	10 000	[9000 – 11 000]
Того	61 000	[51 000 – 73 000]	10 000	[8400 – 12 000]	7600	[6100 – 10 000]
Уганда	560 000	[500 000 – 660 000]	130 000	[120 000 – 150 000]	150 000	[140 000 – 170 000]
Объединенная Республика Танзания	740 000	[680 000 – 790 000]	140 000	[130 000 – 150 000]	120 000	[100 000 – 130 000]
Замбия	470 000	[430 000 – 520 000]	95 000	[86 000 – 110 000]	80 000	[71 000 – 91 000]
Зимбабве	1 000 000	[970 000 – 1 100 000]	120 000	[110 000 – 140 000]	130 000	[120 000 – 140 000]

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ					2. Число смертей в результате СПИДа			
		Показатель распространенности (%) среди молодых женщин (15–24 лет), 2007	Показатель распространенности (%) среди молодых мужчин (15–24 лет), 2007		Число смертей среди взрослых и детей, 2007		Число смертей среди взрослых и детей, 2001	
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Глобальная цифра	0.6	[0.5 – 0.8]	0.4	[0.3 – 0.5]	2 000 000	[1 800 000 – 2 300 000]	1 700 000	[1 500 000 – 2 300 000]
Африка к югу от Сахары	3.2	[2.6 – 3.8]	1.1	[0.8 – 1.4]	1 500 000	[1 300 000 – 1 700 000]	1 300 000	[1 200 000 – 1 900 000]
Ангола	0.3	[0.1 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.4]	11 000	[7100 – 28 000]	5900	[2400 – 36 000]
Бенин	0.9	[0.6 – 1.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	3300	[2700 – 4400]	2900	[2100 – 3900]
Ботсвана	15.3	[10.0 – 20.8]	5.1	[2.1 – 7.9]	11 000	[6600 – 17 000]	16 000	[13 000 – 19 000]
Буркина-Фасо	0.9	[0.5 – 1.3]	0.5	[0.2 – 0.8]	9200	[7400 – 11 000]	10 000	[6100 – 13 000]
Бурунди	1.3	[0.6 – 2.0]	0.4	[0.2 – 0.7]	11 000	[8600 – 14 000]	14 000	[12 000 – 17 000]
Камерун	4.3	[1.0 – 5.9]	1.2	[0.5 – 2.2]	39 000	[33 000 – 45 000]	29 000	[22 000 – 39 000]
Центральноафриканская Республика	5.5	[4.1 – 7.0]	1.1	[0.5 – 1.5]	11 000	[9500 – 12 000]	8800	[6900 – 11 000]
Чад	2.8	[1.3 – 4.1]	2.0	[0.9 – 2.9]	14 000	[11 000 – 20 000]	8600	[3900 – 30 000]
Коморские Острова	<0.1	[0.1]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]	...	[<100]
Конго	2.3	[1.3 – 3.3]	0.8	[0.3 – 1.1]	6400	[3000 – 10 000]	8300	[6900 – 10 000]
Кот-д'Ивуар	2.4	[1.0 – 3.4]	0.8	[0.3 – 1.3]	38 000	[33 000 – 43 000]	43 000	[30 000 – 57 000]
Демократическая Республика Конго	...	[0.7 – 1.2]	...	[0.1 – 0.4]	...	[24 000 – 34 000]	...	[26 000 – 35 000]
Джибути	2.1	[1.4 – 3.0]	0.7	[0.3 – 1.1]	1100	[<1000 – 1300]	<1000	[<200 – 1100]
Экваториальная Гвинея	2.5	[1.7 – 3.7]	0.8	[0.4 – 1.4]	...	[<1000]	<1000	[<500]
Эритрея	0.9	[0.4 – 1.6]	0.3	[0.1 – 0.6]	2600	[1800 – 3900]	1700	[1100 – 3300]
Эфиопия	1.5	[1.1 – 1.9]	0.5	[0.2 – 0.7]	67 000	[57 000 – 77 000]	70 000	[57 000 – 84 000]
Габон	3.9	[2.0 – 6.3]	1.3	[0.6 – 2.4]	2300	[1400 – 3700]	1800	[1100 – 2700]
Гамбия	0.6	[0.3 – 1.0]	0.2	[0.1 – 0.4]	<1000	[<500]	<500	[<1000]
Гана	1.3	[0.9 – 1.7]	0.4	[0.2 – 0.6]	21 000	[18 000 – 24 000]	15 000	[12 000 – 20 000]
Гвинея	1.2	[0.9 – 1.8]	0.4	[0.2 – 0.6]	4500	[3300 – 5900]	2600	[1500 – 4300]
Гвинея-Бисау	1.2	[0.3 – 2.5]	0.4	[0.2 – 0.8]	1100	[<1000 – 1500]	<1000	[<500]
Кения ²	...	[4.6 – 8.4]	...	[0.8 – 2.5]	...	[85 000 – 130 000]	...	[100 000 – 160 000]
Лесото	14.9	[10.6 – 18.4]	5.9	[2.5 – 9.6]	18 000	[16 000 – 20 000]	13 000	[9900 – 16 000]
Либерия	1.3	[0.8 – 1.7]	0.4	[0.2 – 0.6]	2300	[1700 – 4700]	1700	[1100 – 10 000]
Мадагаскар	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<1000	[1300]	<200	[<500]
Малави	8.4	[6.7 – 10.4]	2.4	[0.9 – 3.8]	68 000	[59 000 – 77 000]	60 000	[49 000 – 71 000]
Мали	1.1	[0.7 – 1.5]	0.4	[0.2 – 0.5]	5800	[4600 – 7300]	4300	[2500 – 5400]
Мавритания	0.5	[0.2 – 1.0]	0.9	[0.4 – 1.9]	<1000	[<500 – 1300]	<200	[<500]
Маврикий	1.0	[0.5 – 2.2]	1.8	[0.8 – 4.5]	<500	[<200]	...	[<100]
Мозамбик	8.5	[5.9 – 11.1]	2.9	[1.2 – 4.2]	81 000	[67 000 – 98 000]	47 000	[33 000 – 77 000]
Намибия	10.3	[6.2 – 14.5]	3.4	[1.4 – 5.3]	5100	[3100 – 7100]	6700	[5000 – 9000]
Нигер	0.5	[0.3 – 0.8]	0.9	[0.4 – 1.5]	4000	[3000 – 5600]	1800	[1300 – 2900]
Нигерия	2.3	[1.2 – 3.3]	0.8	[0.3 – 1.2]	170 000	[130 000 – 270 000]	130 000	[67 000 – 540 000]
Руанда	1.4	[0.9 – 1.9]	0.5	[0.3 – 0.7]	7800	[5700 – 10 000]	22 000	[20 000 – 25 000]
Сенегал	0.8	[0.5 – 1.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	1800	[1200 – 2600]	<1000	[1400]
Сьерра-Леоне	1.3	[0.7 – 1.9]	0.4	[0.2 – 0.7]	3300	[2300 – 4700]	2100	[<1000 – 3400]
Сомали	0.3	[0.1 – 0.6]	0.6	[0.3 – 1.4]	1600	[<1000 – 3000]	<1000	[<500 – 1300]
Южная Африка	12.7	[9.1 – 17.0]	4.0	[1.7 – 6.0]	350 000	[270 000 – 420 000]	180 000	[130 000 – 250 000]
Свазиленд	22.6	[17.7 – 27.2]	5.8	[2.2 – 9.3]	10 000	[8600 – 12 000]	7700	[6300 – 9700]
Того	2.4	[1.4 – 3.3]	0.8	[0.4 – 1.2]	9100	[6900 – 12 000]	7200	[5400 – 9500]
Уганда	3.9	[2.7 – 5.2]	1.3	[0.6 – 1.9]	77 000	[68 000 – 89 000]	120 000	[110 000 – 150 000]
Объединенная Республика Танзания	0.9	[0.5 – 1.3]	0.5	[0.4 – 0.7]	96 000	[86 000 – 110 000]	110 000	[99 000 – 130 000]
Замбия	11.3	[8.5 – 14.2]	3.6	[1.6 – 5.2]	56 000	[47 000 – 66 000]	78 000	[68 000 – 89 000]
Зимбабве	7.7	[3.8 – 11.7]	2.9	[1.2 – 4.4]	140 000	[130 000 – 150 000]	150 000	[130 000 – 170 000]

3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа					4. Распространенность ВИЧ (%) в группах наиболее высокого риска в столичных городах					
Сироты (0–17 лет), живущие в 2007 г.		Сироты (0–17 лет), живущие в 2001 г.		Потребители инъекционных наркотиков		Женщины-работницы секс-бизнеса		Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами		
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Год	ВИЧ (%)	Год	ВИЧ (%)	Год	ВИЧ (%)
Глобальная цифра	15 000 000	[13 000 000 – 19 000 000]	8 000 000	[6 900 000 – 12 000 000]	...	...	...	...	...	...
Африка к югу от Сахары	11 600 000	[10 600 000 – 15 300 000]	6 500 000	[5 600 000 – 10 000 000]	...	...	...	...	...	...
Ангола	50 000	[20 000 – 260 000]	23 000	[5900 – 200 000]	...	...	2007	23.1	...	...
Бенин	29 000	[22 000 – 40 000]	11 000	[6800 – 25 000]	...	...	2006	25.5	...	...
Ботсвана	95 000	[81 000 – 110 000]	57 000	[45 000 – 74 000]	...	...	...	...	...	...
Буркина-Фасо	100 000	[62 000 – 130 000]	77 000	[23 000 – 120 000]	...	...	2005	8.9	...	...
Бурунди	120 000	[100 000 – 150 000]	72 000	[53 000 – 93 000]	...	...	2002	16.8	...	...
Камерун	300 000	[230 000 – 390 000]	110 000	[74 000 – 170 000]	...	...	2004	26.4	...	...
Центральноафриканская Республика	72 000	[58 000 – 86 000]	32 000	[22 000 – 46 000]	...	...	...	...	...	...
Чад	85 000	[42 000 – 270 000]	31 000	[7000 – 170 000]	...	...	...	...	...	...
Коморские Острова	<100	[<200]	...	[<100]	...	...	2007	0.0	...	...
Конго	69 000	[57 000 – 84 000]	55 000	[42 000 – 70 000]	...	...	...	...	...	...
Кот-д'Ивуар	420 000	[320 000 – 530 000]	220 000	[100 000 – 370 000]	...	...	...	...	...	...
Демократическая Республика Конго	...	[270 000 – 380 000]	...	[210 000 – 310 000]	...	...	2007 ¹	14.7	...	...
Джибути	5200	[1900 – 9600]	1500	[<200 – 4600]	...	...	...	...	...	...
Экваториальная Гвинея	4800	[3800 – 6100]	1900	[<1000 – 2700]	...	...	...	...	...	...
Эритрея	18 000	[12 000 – 32 000]	5700	[2800 – 16 000]	...	...	2006	9.7	...	...
Эфиопия	650 000	[540 000 – 780 000]	310 000	[220 000 – 430 000]	...	...	...	...	...	...
Габон	18 000	[11 000 – 28 000]	8000	[4700 – 13 000]	...	...	2007	20.0	...	...
Гамбия	2700	[1300 – 4700]	<1000	[<500 – 1000]	...	...	...	...	...	...
Гана	160 000	[130 000 – 200 000]	45 000	[29 000 – 74 000]	...	...	2006	38.0	2006	25.0
Гвинея	25 000	[15 000 – 39 000]	10 000	[5000 – 26 000]	...	...	2007	34.5	...	...
Гвинея-Бисау	6200	[4400 – 8700]	1900	[1400 – 2700]	...	...	...	...	...	...
Кения ²	...	[990 000 – 1 400 000]	...	[510 000 – 870 000]	2007	50.0	...	...	2007	43.0
Лесото	110 000	[93 000 – 120 000]	37 000	[26 000 – 49 000]	...	...	...	...	...	...
Либерия	15 000	[10 000 – 87 000]	6200	[2600 – 55 000]	...	...	...	...	...	...
Мадагаскар	3400	[2100 – 6000]	<500	[<1000]	...	...	2007	0.5	...	...
Малави	560 000	[480 000 – 650 000]	240 000	[150 000 – 340 000]	...	...	2006	69.1	...	...
Мали	44 000	[27 000 – 56 000]	16 000	[3600 – 22 000]	...	...	2006	35.3	...	...
Мавритания	3000	[1500 – 5900]	<500	[<200 – 1300]	...	...	...	...	2007	19.1
Маврикий	<500	[<1000]	<100	[<500]	...	...	...	...	...	...
Мозамбик	400 000	[280 000 – 590 000]	120 000	[53 000 – 350 000]	...	...	...	...	...	...
Намибия	66 000	[50 000 – 85 000]	23 000	[16 000 – 34 000]	...	...	...	...	...	...
Нигер	25 000	[18 000 – 39 000]	7300	[4800 – 11 000]	...	...	2006	38.4	...	...
Нигерия	1 200 000	[640 000 – 4 100 000]	460 000	[110 000 – 3 400 000]	2007	5.6	2007	32.7	2007	13.5
Руанда	220 000	[190 000 – 250 000]	230 000	[180 000 – 270 000]	...	...	...	...	...	...
Сенегал	8400	[4600 – 14 000]	3800	[1900 – 7100]	...	...	2006	19.8	2004	21.5
Сьерра-Леоне	16 000	[6400 – 26 000]	6000	[1300 – 10 000]	...	...	2005	8.5	...	...
Сомали	8800	[4900 – 16 000]	2000	[<1000 – 5700]	...	...	...	...	...	...
Южная Африка	1 400 000	[1 100 000 – 1 800 000]	400 000	[260 000 – 590 000]	...	...	...	...	...	...
Свазиленд	56 000	[48 000 – 65 000]	19 000	[13 000 – 26 000]	...	...	...	...	...	...
Того	68 000	[50 000 – 91 000]	31 000	[18 000 – 53 000]	...	...	2005	29.3	...	...
Уганда	1 200 000	[1 100 000 – 1 400 000]	1 100 000	[910 000 – 1 300 000]	...	...	...	...	...	...
Объединенная Республика Танзания	970 000	[850 000 – 1 100 000]	610 000	[500 000 – 740 000]	...	...	...	...	...	...
Замбия	600 000	[530 000 – 660 000]	390 000	[290 000 – 490 000]	...	...	2004	65.4	...	...
Зимбабве	1 000 000	[920 000 – 1 100 000]	720 000	[610 000 – 830 000]	...	...	...	...	...	...

¹ Эти данные были приведены в отчете о выполнении положений ССГАООН за 2007 г.² Во время подготовки настоящего доклада, анализ по объединению новых данных обследования населения с данными из других источников еще не был закончен. Поэтому опубликованы только диапазоны оценок, основанные на предыдущих анализах. Как только будут получены окончательные оценки, мы опубликуем их на веб-сайте ЮНЭЙДС.

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ						
Взрослые и дети, 2007			Взрослые и дети, 2001		Взрослые (15+), 2007	
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Восточная Азия	740 000	[480 000 – 1 100 000]	490 000	[330 000 – 750 000]	730 000	[480 000 – 1 100 000]
Китай	700 000	[450 000 – 1 000 000]	470 000	[320 000 – 730 000]	690 000	[450 000 – 1 000 000]
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	[<100]	...	[<100]	...	[<100]
Япония	9600	[7900 – 10 000]	8100	[7600 – 8500]	9600	[7900 – 10 000]
Монголия	<1000	[1500]	...	[<100]	<1000	[<500 – 1500]
Республика Корея	13 000	[7500 – 42 000]	6800	[3400 – 13 000]	13 000	[7500 – 42 000]
Океания	74 000	[66 000 – 93 000]	25 000	[19 000 – 41 000]	73 000	[65 000 – 91 000]
Австралия	18 000	[11 000 – 36 000]	14 000	[8100 – 29 000]	18 000	[11 000 – 36 000]
Фиджи	...	[<500]	...	[<500]	...	[<500]
Новая Зеландия	1400	[<1000 – 2600]	1200	[<1000 – 2000]	1400	[<1000 – 2600]
Папуа – Новая Гвинея	54 000	[53 000 – 55 000]	10 000	[9800 – 10 000]	53 000	[52 000 – 54 000]
Южная и Юго-Восточная Азия	4 200 000	[3 500 000 – 5 300 000]	4 200 000	[3 100 000 – 5 500 000]	4 100 000	[3 400 000 – 5 200 000]
Афганистан	...	...	...	...	...	...
Бангладеш	12 000	[7700 – 19 000]	7500	[4800 – 12 000]	12 000	[7600 – 19 000]
Бутан	<500	[<1000]	...	[<100]	<500	[<1000]
Бруней-Даруссалам	...	...	...	...	...	...
Камбоджа	75 000	[67 000 – 84 000]	120 000	[110 000 – 140 000]	70 000	[63 000 – 80 000]
Индия	2 400 000	[1 800 000 – 3 200 000]	2 700 000	[1 700 000 – 3 800 000]	2 300 000	[1 700 000 – 3 100 000]
Индонезия	270 000	[190 000 – 400 000]	93 000	[37 000 – 140 000]	270 000	[190 000 – 400 000]
Иран (Исламская Республика)	86 000	[68 000 – 110 000]	46 000	[36 000 – 58 000]	85 000	[67 000 – 110 000]
Лаосская Народно-Демократическая Республика	5500	[3300 – 13 000]	1200	[<100 – 2500]	5400	[3300 – 13 000]
Малайзия	80 000	[52 000 – 120 000]	44 000	[33 000 – 65 000]	79 000	[51 000 – 120 000]
Мальдивские Острова	...	[<100]	...	[<100]	...	[<100]
Мьянма	240 000	[160 000 – 370 000]	300 000	[230 000 – 380 000]	240 000	[150 000 – 360 000]
Непал	70 000	[50 000 – 99 000]	56 000	[41 000 – 80 000]	68 000	[49 000 – 97 000]
Пакистан	96 000	[69 000 – 150 000]	51 000	[37 000 – 79 000]	94 000	[68 000 – 150 000]
Филиппины	8300	[6000 – 11 000]	<1000	[1200]	8200	[5900 – 11 000]
Сингапур	4200	[2600 – 7300]	2900	[1800 – 5300]	4100	[2500 – 7200]
Шри-Ланка	3800	[2800 – 5100]	3000	[2200 – 4000]	3700	[2800 – 5000]
Таиланд	610 000	[410 000 – 880 000]	660 000	[490 000 – 850 000]	600 000	[400 000 – 860 000]
Восточный Тимор	...	...	...	...	...	...
Вьетнам	290 000	[180 000 – 470 000]	160 000	[97 000 – 250 000]	280 000	[170 000 – 470 000]
Восточная Европа и Центральная Азия	1 500 000	[1 100 000 – 1 900 000]	650 000	[510 000 – 1 100 000]	1 500 000	[1 100 000 – 1 900 000]
Армения	2400	[1800 – 3500]	1800	[1300 – 2600]	2400	[1700 – 3500]
Азербайджан	7800	[4700 – 16 000]	<500	[<1000]	7800	[4700 – 16 000]
Беларусь	13 000	[10 000 – 19 000]	13 000	[9600 – 18 000]	13 000	[10 000 – 18 000]
Босния и Герцеговина	<500	[<1000]	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...
Хорватия	<500	[<1000]	...	...	...	...
Эстония	9900	[5400 – 19 000]	3500	[1400 – 10 000]	9900	[5300 – 18 000]
Грузия	2700	[1500 – 6100]	<500	[<1000]	2700	[1500 – 6100]
Казахстан	12 000	[7000 – 29 000]	3500	[<500 – 6500]	12 000	[6900 – 29 000]
Кыргызстан	4200	[2300 – 7700]	1000	[<1000 – 1800]	4200	[2200 – 7600]
Латвия	10 000	[7400 – 15 000]	4200	[2900 – 9700]	10 000	[7300 – 15 000]
Литва	2200	[1200 – 4600]	1400	[<1000 – 3200]	2200	[1200 – 4600]

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ								
Взрослые (15+), 2001			Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2007		Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2001		Женщины (15+), 2007	
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Восточная Азия	490 000	[330 000 – 740 000]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	200 000	[130 000 – 320 000]
Китай	470 000	[320 000 – 730 000]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	200 000	[120 000 – 310 000]
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	<100]	...	<0.1]	...	<0.1]	...	<100]
Япония	8100	[7600 – 8500]	...	<0.1]	...	<0.1]	2300	[2000 – 2500]
Монголия	...	<100]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<0.1]	<200	<500]
Республика Корея	6800	[3400 – 13 000]	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.1]	3600	[2000 – 12 000]
Океания	25 000	[19 000 – 40 000]	0.4	[0.3 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.3]	22 000	[21 000 – 24 000]
Австралия	14 000	[8100 – 29 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.3]	1200	<1000 – 2400]
Фиджи	...	<500]	0.1	<0.1 – <0.2]	0.1	<0.1 – <0.2]	...	<200]
Новая Зеландия	1200	<1000 – 1900]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<500	<200]
Папуа – Новая Гвинея	9800	[9600 – 9900]	1.5	[1.4 – 1.6]	0.3	[0.2 – 0.4]	21 000	[20 000 – 22 000]
Южная и Юго-Восточная Азия	4 100 000	[3 000 000 – 5 400 000]	0.3	[0.2 – 0.4]	0.4	[0.3 – 0.5]	1 500 000	[1 200 000 – 1 900 000]
Афганистан	...	...	...	...	...	...	...	...
Бангладеш	7500	[4800 – 12 000]	...	<0.1]	...	<0.1]	2000	[1200 – 3400]
Бутан	...	<100]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<0.1]	<100	<200]
Бруней-Даруссалам	...	...	...	...	...	...	...	...
Камбоджа	120 000	[110 000 – 130 000]	0.8	[0.7 – 0.9]	1.5	[1.5 – 2.0]	20 000	[17 000 – 23 000]
Индия	2 600 000	[1 600 000 – 3 700 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.5	[0.3 – 0.7]	880 000	[670 000 – 1 200 000]
Индонезия	93 000	[37 000 – 140 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.2]	54 000	[36 000 – 87 000]
Иран (Исламская Республика)	45 000	[36 000 – 58 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.2]	24 000	[18 000 – 32 000]
Лаосская Народно-Демократическая Республика	1100	<100 – 2500]	0.2	[0.1 – 0.4]	<0.1	[0.1]	1300	<1000 – 3100]
Малайзия	43 000	[33 000 – 64 000]	0.5	[0.3 – 0.8]	0.3	[0.2 – 0.5]	21 000	[13 000 – 34 000]
Мальдивские Острова	...	<100]	...	<0.1]	...	<0.1]	...	<100]
Мьянма	290 000	[220 000 – 370 000]	0.7	[0.4 – 1.1]	0.9	[0.7 – 1.2]	100 000	[63 000 – 150 000]
Непал	55 000	[41 000 – 78 000]	0.5	[0.4 – 0.7]	0.5	[0.3 – 0.7]	17 000	[12 000 – 25 000]
Пакистан	50 000	[36 000 – 77 000]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	[0.1]	27 000	[19 000 – 42 000]
Филиппины	<1000	[1200]	...	<0.1]	...	...	2200	[1600 – 3100]
Сингапур	2900	[1700 – 5200]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.2]	1200	<1000 – 2100]
Шри-Ланка	3000	[2200 – 4000]	...	<0.1]	...	<0.1]	1400	<1000 – 1800]
Таиланд	650 000	[480 000 – 830 000]	1.4	[0.9 – 2.1]	1.7	[1.2 – 2.1]	250 000	[170 000 – 360 000]
Восточный Тимор	...	...	...	...	...	...	...	...
Вьетнам	150 000	[96 000 – 240 000]	0.5	[0.3 – 0.9]	0.3	[0.2 – 0.5]	76 000	[46 000 – 120 000]
Восточная Европа и Центральная Азия	650 000	[500 000 – 1 100 000]	0.8	[0.6 – 1.1]	0.4	[0.3 – 0.7]	460 000	[350 000 – 590 000]
Армения	1800	[1300 – 2600]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<1000	<500]
Азербайджан	<500	<1000]	0.2	[0.1 – 0.3]	...	...	1300	<1000 – 2900]
Беларусь	12 000	[9600 – 17 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	3900	[2800 – 5500]
Босния и Герцеговина	...	...	<0.1	<0.2]	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	<0.1	<0.2]	...	...	...	...
Эстония	3500	[1400 – 10 000]	1.3	[0.7 – 2.5]	0.5	[0.2 – 1.4]	2400	[1300 – 4800]
Грузия	<500	<1000]	0.1	<0.1 – 0.3]	...	<0.1]	<1000	<500 – 1500]
Казахстан	3400	<500 – 6400]	0.1	<0.1 – 0.3]	<0.1	[0.1]	3300	[1800 – 7700]
Кыргызстан	1000	<1000 – 1800]	0.1	<0.1 – 0.3]	<0.1	[0.1]	1100	<1000 – 2000]
Латвия	4200	[2800 – 9700]	0.8	[0.6 – 1.2]	0.3	[0.2 – 0.8]	2700	[1800 – 4000]
Литва	1400	<1000 – 3200]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	[0.2]	<1000	<500 – 1200]

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ						
Женщины (15+), 2001			Дети (0–14), 2007		Дети (0–14), 2001	
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Восточная Азия	130 000	[83 000 – 200 000]	7800	[5300 – 11 000]	3500	[2500 – 5100]
Китай	120 000	[80 000 – 200 000]	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	[<100]	...	...	...	...
Япония	1800	[1700 – 2000]	...	...	...	...
Монголия	...	[<100]	...	...	...	...
Республика Корея	1800	[<1000 – 3300]	...	...	...	...
Океания	4600	[4000 – 5900]	1100	[1200]	<500	...
Австралия	<1000	[<500 – 2100]	...	...	...	...
Фиджи	...	[<100]	...	...	...	...
Новая Зеландия	<200	[<500]	...	...	...	...
Папуа – Новая Гвинея	3400	[3300 – 3600]	1100	[<1000 – 1200]	<200	[<500]
Южная и Юго-Восточная Азия	1 500 000	[1 100 000 – 2 000 000]	140 000	[110 000 – 180 000]	98 000	[50 000 – 150 000]
Афганистан	...	...	...	...	...	...
Бангладеш	<100	[<500]	...	...	...	...
Бутан	...	[<100]	...	...	...	...
Бруней-Даруссалам	...	...	...	...	...	...
Камбоджа	31 000	[26 000 – 37 000]	4400	[4000 – 5000]	3600	[2900 – 4600]
Индия	1 000 000	[630 000 – 1 500 000]	...	...	...	...
Индонезия	10 000	[2600 – 20 000]	...	...	...	...
Иран (Исламская Республика)	12 000	[8700 – 16 000]	...	...	...	...
Лаосская Народно-Демократическая Республика	<500	[<100 – <1000]	...	...	...	...
Малайзия	10 000	[6900 – 16 000]	...	...	...	...
Мальдивские Острова	...	[<100]	...	...	...	...
Мьянма	97 000	[72 000 – 130 000]	...	...	...	...
Непал	12 000	[8200 – 18 000]	...	...	...	...
Пакистан	13 000	[9100 – 21 000]	...	...	...	...
Филиппины	<500	[<1000]	...	...	...	...
Сингапур	<1000	[<500 – 1500]	...	...	...	...
Шри-Ланка	<1000	[<1000 – 1100]	...	...	...	...
Таиланд	240 000	[170 000 – 310 000]	14 000	[12 000 – 17 000]	10 000	[7500 – 14 000]
Восточный Тимор	...	...	...	...	...	...
Вьетнам	37 000	[22 000 – 61 000]	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия	180 000	[130 000 – 300 000]	12 000	[9100 – 15 000]	2800	[2200 – 4800]
Армения	<500	[<1000]	...	...	...	...
Азербайджан	...	[<100]	...	...	...	...
Беларусь	3300	[2400 – 4700]	...	...	...	...
Босния и Герцеговина	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...
Эстония	<1000	[<500 – 2100]	...	...	...	...
Грузия	<100	[<200]	...	...	...	...
Казахстан	<1000	[<200 – 1600]	...	...	...	...
Кыргызстан	<500	[<200]	...	...	...	...
Латвия	<1000	[<1000 – 2200]	...	...	...	...
Литва	<500	[<200 – <1000]	...	...	...	...

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ					2. Число смертей в результате СПИДа			
Страны	Показатель распространенности (%) среди молодых женщин (15–24 лет), 2007		Показатель распространенности (%) среди молодых мужчин (15–24 лет), 2007		Число смертей среди взрослых и детей, 2007		Число смертей среди взрослых и детей, 2001	
	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Восточная Азия	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.1]	40 000	[24 000 – 63 000]	15 000	[8200 – 24 000]
Китай	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	39 000	[23 000 – 62 000]	15 000	[8100 – 24 000]
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	[<100]	...	[<100]
Япония	...	[<0.1]	...	[<0.1]	<100	[<500]	...	[<100]
Монголия	...	[<0.1]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]	...	[<100]
Республика Корея	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.2]	<500	[<1000]	<200	[<500]
Океания	0.2	[0.1 – 0.3]	0.3	[0.1 – 0.4]	1000	[<1000 – 1400]	...	[<500]
Австралия	<0.1	[0.1]	0.2	[0.1 – 0.4]	<100	[<500]	<100	[<200]
Фиджи	...	[0.1]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]	...	[<100]
Новая Зеландия	...	[<0.1]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]	...	[<100]
Папуа – Новая Гвинея	0.7	[0.5 – 0.9]	0.6	[0.2 – 0.8]	<1000	[1100]	...	[<500]
Южная и Юго-Восточная Азия	0.5	[0.3 – 0.7]	0.3	[0.1 – 0.5]	340 000	[230 000 – 450 000]	250 000	[140 000 – 370 000]
Афганистан	...	...	...	...	...	[<100]	...	...
Бангладеш	...	[<0.1]	...	[<0.1]	<500	[<1000]	...	[<100]
Бутан	<0.1	[0.1]	0.1	[<0.1 – 0.3]	...	[<100]	...	...
Бруней-Даруссалам	...	...	...	...	...	...	...	...
Камбоджа	0.3	[0.1 – 0.6]	0.8	[0.3 – 1.2]	6900	[4300 – 8100]	14 000	[11 000 – 16 000]
Индия	0.3	[<0.1 – 0.5]	0.3	[<0.1 – 0.5]	...	...	...	...
Индонезия	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	8700	[4900 – 13 000]	<100	[<200]
Иран (Исламская Республика)	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	4300	[3100 – 6000]	1000	[<1000 – 1500]
Лаосская Народно-Демократическая Республика	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.5]	<100	[<200]	<100	[<200]
Малайзия	0.3	[0.2 – 0.5]	0.6	[0.3 – 1.0]	3100	[2100 – 4500]	<1000	[<500 – 1400]
Мальдивские Острова	...	[<0.1]	...	[<0.1]	...	[<100]	...	...
Мьянма	0.6	[0.3 – 1.0]	0.7	[0.3 – 1.2]	24 000	[18 000 – 32 000]	24 000	[17 000 – 34 000]
Непал	0.3	[0.2 – 0.4]	0.5	[0.3 – 0.9]	4900	[3400 – 7300]	2600	[1800 – 4100]
Пакистан	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	5000	[3400 – 8100]	1900	[1200 – 3100]
Филиппины	...	[<0.1]	...	[<0.1]	<200	[<100 – <500]	...	[<100]
Сингапур	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	[<100 – <500]	<100	[<200]
Шри-Ланка	...	[<0.1]	<0.1	[0.1]	...	[<500]	<200	[<500]
Таиланд	1.2	[0.4 – 2.0]	1.2	[0.5 – 2.1]	31 000	[17 000 – 48 000]	66 000	[46 000 – 92 000]
Восточный Тимор	...	...	...	...	...	...	...	...
Вьетнам	0.3	[0.1 – 0.5]	0.6	[0.3 – 1.1]	20 000	[12 000 – 33 000]	5500	[1700 – 17 000]
Восточная Европа и Центральная Азия	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.9	[0.5 – 1.3]	58 000	[41 000 – 88 000]	6700	[4700 – 12 000]
Армения	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	[<100 – <500]	...	[<100]
Азербайджан	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.6]	<100	[<200]	...	...
Беларусь	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.4]	<1000	[1300]	<500	[<1000]
Босния и Герцеговина	...	...	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	[<100]	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...	...	...
Эстония	0.7	[0.3 – 1.6]	1.6	[0.7 – 3.7]	<500	[<200 – <1000]	...	[<100]
Грузия	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.4]	...	[<100]	...	[<100]
Казахстан	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	<500	[<200 – <1000]	<100	[<200]
Кыргызстан	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	...	[<100]	...	[<100]
Латвия	0.5	[0.2 – 0.7]	0.9	[0.4 – 1.6]	<500	[<1000]	...	[<100]
Литва	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.3]	<200	[<100 – <500]	...	[<100]

3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа					4. Распространенность ВИЧ (%) в группах наиболее высокого риска в столичных городах					
Сироты (0–17 лет), живущие в 2007 г.		Сироты (0–17 лет), живущие в 2001 г.		Потребители инъекционных наркотиков	Женщины-работницы секс-бизнеса	Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами				
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Год	ВИЧ (%)	Год	ВИЧ (%)	Год	ВИЧ (%)
Восточная Азия
Китай	2007	8.1	2007	0.3	2007	2.1
Корейская Народно-Демократическая Республика
Япония	2005	5.3
Монголия	2005	0.0
Республика Корея
Океания
Австралия	2007	1.5	2006	0.0	...	...
Фиджи
Новая Зеландия	2007 ¹	0.0	2007 ¹	0.0	2007 ¹	0.9
Папуа – Новая Гвинея
Южная и Юго-Восточная Азия
Афганистан	2006	3.0	2007	0.0	...	...
Бангладеш	2006	6.4	2006	0.2	2006	0.2
Бутан
Бруней-Даруссалам
Камбоджа	2007	12.7	2005	4.5
Индия	2006	6.9	...	...	2006	6.4
Индонезия	2007	52.4	2007	9.5	2007	5.2
Иран (Исламская Республика)	2007	18.8	...	...	...	...
Лаосская Народно-Демократическая Республика	2007	5.6
Малайзия	2007	4.5	...	...	2007	7.1
Мальдивские Острова
Мьянма
Непал	2007	34.7	2007	1.7	2007	3.3
Пакистан	2007	0.9	...	...
Филиппины	2007	0.1	2007	0.1	2007	0.3
Сингапур
Шри-Ланка	2006	0.2	...	...
Таиланд	2007	28.8	2007	5.0	2007	24.6
Восточный Тимор
Вьетнам	2006	23.1	2006	4.2	2006	9.0
Восточная Европа и Центральная Азия
Армения	2007	6.8	2007	0.4	2007	2.0
Азербайджан	2003	13.0	...	...	...	...
Беларусь	2006	16.6	2006	1.0	2006	0.2
Босния и Герцеговина	2006	0.1	...	...	...	...
Болгария	2006	3.4	2006	0.2	2006	0.0
Хорватия	2006	0.6	2006	1.4	2006	3.0
Эстония	2005	62.1	2006	7.7	2007	1.7
Грузия	2006	0.0	2006	0.6	2007	3.6
Казахстан	2006	7.4	2006	1.4	2006	1.0
Кыргызстан
Латвия	2007	22.5	...	...	...	...
Литва	2007	9.7	2007	0.0	2007	1.2

¹ Эти данные были приведены в отчете о выполнении положений ССГАООН за 2007 г.

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ						
Взрослые и дети, 2007			Взрослые и дети, 2001		Взрослые (15+), 2007	
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Республика Молдова	8900	[6000 – 15 000]	<1000	[<200 – 1400]	8800	[6000 – 15 000]
Румыния	15 000	[12 000 – 16 000]	15 000	[14 000 – 16 000]	14 000	[11 000 – 16 000]
Российская Федерация	940 000	[630 000 – 1 300 000]	390 000	[260 000 – 860 000]	940 000	[630 000 – 1 300 000]
Таджикистан	10 000	[5000 – 23 000]	2500	[<100 – 5300]	10 000	[4900 – 23 000]
Туркменистан	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Украина	440 000	[340 000 – 540 000]	210 000	[180 000 – 260 000]	430 000	[330 000 – 530 000]
Узбекистан	16 000	[8100 – 45 000]	1400	[<1000 – 3800]	16 000	[8000 – 44 000]
Западная и Центральная Европа	730 000	[580 000 – 1 000 000]	610 000	[490 000 – 810 000]	730 000	[580 000 – 990 000]
Албания	...	[<1000]	...	...	...	...
Австрия	9800	[7600 – 13 000]	5500	[4700 – 6400]	9800	[7600 – 13 000]
Бельгия	15 000	[8900 – 29 000]	13 000	[7500 – 23 000]	15 000	[8900 – 29 000]
Чешская Республика	1500	[<1000 – 2800]	1300	[<1000 – 2400]	1500	[<1000 – 2800]
Дания	4800	[3700 – 6900]	3300	[2700 – 4000]	4800	[3700 – 6900]
Финляндия	2400	[1400 – 4400]	2000	[1200 – 3700]	2400	[1400 – 4400]
Франция	140 000	[78 000 – 240 000]	120 000	[66 000 – 200 000]	140 000	[78 000 – 240 000]
Германия	53 000	[31 000 – 97 000]	44 000	[27 000 – 80 000]	52 000	[31 000 – 97 000]
Греция	11 000	[6100 – 19 000]	8400	[4900 – 15 000]	11 000	[6100 – 19 000]
Венгрия	3300	[2000 – 5900]	2800	[1700 – 4900]	3300	[2000 – 5900]
Исландия	<500	[<1000]	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Ирландия	5500	[4100 – 7700]	4600	[3100 – 6400]	5500	[4100 – 7700]
Израиль	5100	[2500 – 12 000]	3600	[1800 – 9400]	4900	[2500 – 12 000]
Италия	150 000	[110 000 – 210 000]	140 000	[100 000 – 190 000]	150 000	[110 000 – 210 000]
Люксембург	...	[<1000]	<500	[<1000]	...	[<1000]
Мальта	<500	[<1000]	<200	[<500]	200	[<500]
Черногория	...	...	...	...	...	...
Нидерланды	18 000	[10 000 – 32 000]	16 000	[9300 – 27 000]	18 000	[10 000 – 32 000]
Норвегия	3000	[1700 – 5000]	2400	[1500 – 4000]	3000	[1700 – 5000]
Польша	20 000	[11 000 – 34 000]	15 000	[8600 – 25 000]	19 000	[11 000 – 34 000]
Португалия	34 000	[20 000 – 63 000]	29 000	[18 000 – 51 000]	34 000	[20 000 – 63 000]
Сербия	6400	[3900 – 12 000]	5100	[3100 – 11 000]	6400	[3900 – 12 000]
Словакия	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Словения	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Испания	140 000	[80 000 – 230 000]	120 000	[70 000 – 200 000]	140 000	[80 000 – 230 000]
Швеция	6200	[3500 – 11 000]	5300	[3100 – 9100]	6200	[3500 – 11 000]
Швейцария	25 000	[14 000 – 43 000]	22 000	[13 000 – 38 000]	25 000	[14 000 – 43 000]
Бывшая Югославская Республика Македония	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	77 000	[37 000 – 160 000]	47 000	[27 000 – 82 000]	77 000	[37 000 – 160 000]
Северная Африка и Ближний Восток	380 000	[280 000 – 510 000]	300 000	[210 000 – 400 000]	350 000	[250 000 – 490 000]
Алжир	21 000	[11 000 – 43 000]	12 000	[7000 – 28 000]	21 000	[11 000 – 43 000]
Бахрейн	...	...	...	...	...	...
Кипр	...	...	...	...	...	...
Египет	9200	[7200 – 13 000]	5700	[4500 – 7800]	9000	[7100 – 12 000]
Ирак	...	...	...	...	...	...
Иордания	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Кувейт	<1000	[<2000]	...	...	...	...

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ

Страны	Взрослые (15+), 2001		Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2007		Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2001		Женщины (15+), 2007	
	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Республика Молдова	<1000	[<200 – 1400]	0.4	[0.3 – 0.7]	<0.1	[0.1]	2600	[1700 – 4400]
Румыния	14 000	[13 000 – 15 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	7000	[5500 – 7700]
Российская Федерация	390 000	[260 000 – 850 000]	1.1	[0.8 – 1.6]	0.5	[0.3 – 1.0]	240 000	[150 000 – 350 000]
Таджикистан	2400	[<100 – 5200]	0.3	[0.1 – 0.6]	0.1	[<0.1 – 0.2]	2100	[<1000 – 5000]
Туркменистан	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Украина	210 000	[180 000 – 250 000]	1.6	[1.2 – 2.0]	0.8	[0.7 – 1.0]	190 000	[140 000 – 230 000]
Узбекистан	1400	[<1000 – 3700]	0.1	[<0.1 – 0.3]	...	[<0.1]	4600	[2100 – 12 000]
Западная и Центральная Европа	610 000	[490 000 – 810 000]	0.3	[0.2 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.3]	200 000	[160 000 – 270 000]
Албания	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Австрия	5500	[4700 – 6400]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	2900	[2100 – 3900]
Бельгия	13 000	[7500 – 23 000]	0.2	[0.1 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.4]	4100	[2400 – 8400]
Чешская Республика	1300	[<1000 – 2400]	...	[<0.1]	...	[<0.1]	<500	[<1000]
Дания	3300	[2700 – 4000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	1100	[<1000 – 1600]
Финляндия	2000	[1200 – 3700]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[<500 – 1300]
Франция	120 000	[66 000 – 200 000]	0.4	[0.2 – 0.7]	0.4	[0.2 – 0.6]	38 000	[21 000 – 68 000]
Германия	44 000	[27 000 – 79 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	15 000	[8500 – 27 000]
Греция	8300	[4900 – 15 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	3000	[1700 – 5400]
Венгрия	2800	[1700 – 4900]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[1600]
Исландия	<500	[<1000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	[<500]
Ирландия	4600	[3100 – 6300]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	1500	[1100 – 2100]
Израиль	3500	[1800 – 9100]	0.1	[<0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.3]	2900	[1500 – 6700]
Италия	140 000	[100 000 – 190 000]	0.4	[0.3 – 0.6]	0.4	[0.3 – 0.6]	41 000	[30 000 – 58 000]
Люксембург	<500	[<1000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	[<500]
Мальта	<200	[<500]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]
Черногория	...	...	...	...	...	...	...	...
Нидерланды	16 000	[9200 – 27 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	4900	[2800 – 8600]
Норвегия	2400	[1500 – 4000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[<500 – 1400]
Польша	15 000	[8600 – 25 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	5500	[3000 – 9700]
Португалия	29 000	[17 000 – 50 000]	0.5	[0.3 – 0.9]	0.5	[0.3 – 0.8]	9400	[5500 – 18 000]
Сербия	5100	[3100 – 11 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	1800	[1100 – 3500]
Словакия	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Словения	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Испания	120 000	[70 000 – 200 000]	0.5	[0.3 – 0.8]	0.5	[0.3 – 0.8]	28 000	[16 000 – 47 000]
Швеция	5300	[3000 – 9100]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	2900	[1600 – 4800]
Швейцария	22 000	[13 000 – 38 000]	0.6	[0.3 – 1.0]	0.6	[0.3 – 1.0]	9200	[5100 – 16 000]
Бывшая Югославская Республика Македония	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	47 000	[27 000 – 82 000]	0.2	[0.1 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.3]	22 000	[11 000 – 48 000]
Северная Африка и Ближний Восток	280 000	[200 000 – 360 000]	0.3	[0.2 – 0.4]	0.3	[0.2 – 0.4]	190 000	[130 000 – 260 000]
Алжир	12 000	[6900 – 27 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	6000	[3100 – 12 000]
Бахрейн	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Кипр	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Египет	5600	[4500 – 7700]	...	[<0.1]	...	[<0.1]	2600	[1900 – 3600]
Ирак	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Иордания	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Кувейт	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ						
Женщины (15+), 2001			Дети (0–14), 2007		Дети (0–14), 2001	
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Республика Молдова	<500	[<100]	...	[<100]	...	[<100]
Румыния	7100	[6600 – 7400]	...	[<500]	...	[<1000]
Российская Федерация	86 000	[50 000 – 200 000]	5200	[3500 – 7500]	<1000	[2800]
Таджикистан	<500	[<100 – <1000]	<100	[<200]	...	[<100]
Туркменистан	...	...	...	...	...	...
Украина	75 000	[62 000 – 95 000]	5100	[3900 – 6400]	1100	[<1000 – 1500]
Узбекистан	<500	[<200 – <1000]	<200	[<100 – <500]	...	[<100]
Западная и Центральная Европа	160 000	[120 000 – 210 000]	1300	[<1000 – 1800]	2100	[1600 – 3000]
Албания	...	...	...	...	...	...
Австрия	1500	[1200 – 1800]	...	...	...	...
Бельгия	3400	[2000 – 6100]	...	...	...	...
Чешская Республика	<500	[<1000]	...	...	...	...
Дания	...	[<100]	...	...	...	...
Финляндия	<1000	[<500]	...	...	...	...
Франция	30 000	[17 000 – 52 000]	...	...	...	...
Германия	12 000	[6800 – 21 000]	...	...	...	...
Греция	2200	[1300 – 4000]	...	...	...	...
Венгрия	<1000	[<500 – 1300]	...	...	...	...
Исландия	<100	[<200]	...	...	...	...
Ирландия	1200	[<1000 – 1700]	...	...	...	...
Израиль	2100	[1000 – 5300]	...	...	...	...
Италия	36 000	[26 000 – 51 000]	...	...	...	...
Люксембург	<200	[<100 – <500]	...	...	...	...
Мальта	...	[<100]	...	...	...	...
Черногория	...	...	...	...	...	...
Нидерланды	4100	[2300 – 7100]	...	...	...	...
Норвегия	<1000	[<500 – 1100]	...	...	...	...
Польша	3900	[2300 – 6700]	...	...	...	...
Португалия	7700	[4600 – 14 000]	...	...	...	...
Сербия	1300	[<1000 – 2900]	...	...	...	...
Словакия	...	...	...	...	...	...
Словения	...	...	...	...	...	...
Испания	25 000	[14 000 – 42 000]	...	...	...	...
Швеция	2300	[1300 – 3900]	...	...	...	...
Швейцария	7300	[4200 – 13 000]	...	...	...	...
Бывшая Югославская Республика Македония	...	...	...	...	...	...
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	12 000	[6900 – 22 000]	...	...	...	...
Северная Африка и Ближний Восток	150 000	[110 000 – 200 000]	26 000	[18 000 – 34 000]	20 000	[8800 – 34 000]
Алжир	3000	[1700 – 7400]	...	...	...	...
Бахрейн	...	...	...	...	...	...
Кипр	...	...	...	...	...	...
Египет	1500	[1100 – 2100]	...	...	...	...
Ирак	...	...	...	...	...	...
Иордания	...	...	...	...	...	...
Кувейт	...	...	...	...	...	...

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ					2. Число смертей в результате СПИДа			
Страны	Показатель распространенности (%) среди молодых женщин (15–24 лет), 2007		Показатель распространенности (%) среди молодых мужчин (15–24 лет), 2007		Число смертей среди взрослых и детей, 2007		Число смертей среди взрослых и детей, 2001	
	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Республика Молдова	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.9]	<100	[<200]	...	[<100]
Румыния	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	...	[<1000]	...	[<500]
Российская Федерация	0.6	[0.3 – 1.0]	1.3	[0.6 – 2.3]	35 000	[21 000 – 63 000]	1900	[1100 – 6400]
Таджикистан	0.1	[<0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 1.2]	<100	[<200]	<100	[<200]
Туркменистан	...	...	...	...	...	...	...	...
Украина	1.5	[1.0 – 2.0]	1.5	[0.6 – 2.2]	19 000	[14 000 – 25 000]	4000	[2400 – 6100]
Узбекистан	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.3]	<500	[<100 – <1000]	...	[<100]
Западная и Центральная Европа	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	8000	[4800 – 17 000]	9600	[6800 – 16 000]
Албания	...	...	...	...	...	...	...	...
Австрия	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	...	[<100]	...	[<100]
Бельгия	0.1	[<0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.5]	<100	[<500]	<100	[<200]
Чешская Республика	...	[<0.1]	<0.1	[0.1]	...	[<100]	...	[<100]
Дания	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	...	[<100]	...	[<100]
Финляндия	<0.1	[0.1]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]	...	[<100]
Франция	0.2	[0.1 – 0.5]	0.4	[0.2 – 0.8]	1800	[<1000 – 4700]	1900	[<1000 – 4900]
Германия	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<500	[<100 – 1300]	<200	[<100 – <1000]
Греция	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<100	[<500]	<100	[<200]
Венгрия	<0.1	[0.1]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]	...	[<100]
Исландия	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	...	[<100]	...	[<100]
Ирландия	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<100	[<200]	...	[<100]
Израиль	0.1	[<0.1 – 0.2]	<0.1	[0.1]	<200	[<500]	<100	[<200]
Италия	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.7]	1900	[<1000 – 5000]	3100	[1900 – 5200]
Люксембург	0.1	[<0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.5]	...	[<100]	...	[<100]
Мальта	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]	...	[<100]
Черногория	...	...	...	...	...	...	...	...
Нидерланды	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	<200	[<100 – <500]	<100	[<500]
Норвегия	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]	...	[<100]
Польша	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<200	[<100 – <500]	...	[<100]
Португалия	0.3	[0.1 – 0.7]	0.5	[0.2 – 1.1]	<500	[<200 – 1100]	<1000	[<500 – 1200]
Сербия	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<100	[<200]	...	[<100]
Словакия	...	...	...	...	...	...	...	...
Словения	...	...	...	...	<100	[<200]	...	...
Испания	0.2	[<0.1 – 0.4]	0.6	[0.2 – 1.1]	2300	[<1000 – 6600]	3000	[1500 – 5700]
Швеция	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<100	[<200]	...	[<100]
Швейцария	0.5	[0.2 – 1.0]	0.4	[0.1 – 0.9]	<500	[<100 – <1000]	<500	[<200 – <1000]
Бывшая Югославская Республика Македония	...	...	...	...	...	...	...	...
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	0.1	[<0.1 – 0.3]	0.3	[0.1 – 0.6]	<500	[<100 – 1200]	<200	[<100 – <500]
Северная Африка и Ближний Восток	0.3	[0.1 – 0.5]	0.1	[<0.1 – 0.2]	27 000	[20 000 – 35 000]	22 000	[10 000 – 37 000]
Алжир	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.3]	<1000	[<500 – 2100]	<200	[<100 – <500]
Бахрейн	...	...	...	...	...	...	...	...
Кипр	...	...	...	...	...	...	...	...
Египет	...	[<0.1]	...	[<0.1]	<1000	[<500]	<500	[<200]
Ирак	...	...	...	...	...	...	...	...
Иордания	...	...	...	...	...	...	...	...
Кувейт	...	...	...	...	...	...	...	...

3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа						4. Распространенность ВИЧ (%) в группах наиболее высокого риска в столичных городах					
Сироты (0–17 лет), живущие в 2007 г.		Сироты (0–17 лет), живущие в 2001 г.		Потребители инъекционных наркотиков		Женщины-работницы секс-бизнеса		Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами			
Страны	Оценка [нижняя – верхняя оценка]	Оценка [нижняя – верхняя оценка]	Оценка [нижняя – верхняя оценка]	Год	ВИЧ (%)	Год	ВИЧ (%)	Год	ВИЧ (%)	Год	ВИЧ (%)
Республика Молдова	2007	17.5	2007	2.9	2007	4.8		
Румыния		
Российская Федерация	2006	10.3	...	...	2006	0.9		
Таджикистан	2006	23.5	2006	3.7	...	...
Туркменистан		
Украина	2006	61.2	2006	4.0	2007	4.4		
Узбекистан	2005	17.9	2005	4.7	2005	10.8		
Западная и Центральная Европа		
Албания	2005	0.8		
Австрия		
Бельгия		
Чешская Республика		
Дания		
Финляндия	2007 ¹	1.4	...	...	2007 ¹	4.5		
Франция		
Германия	2007	10.7		
Греция	2006	0.7	...	...	...	...
Венгрия	2006	0.0	...	...	...	...
Исландия		
Ирландия		
Израиль		
Италия		
Люксембург		
Мальта		
Черногория		
Нидерланды		
Норвегия		
Польша		
Португалия		
Сербия		
Словакия		
Словения	2006	0.0	...	...	2006	2.1		
Испания	2005	17.8	2005	2.2	2005	9.2		
Швеция	2007	5.1	...	...	...	...
Швейцария	2006	10.9	...	...	2007	8.1		
Бывшая Югославская Республика Македония	2006	0.8	2006	0.0	2006	2.8		
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии		
Северная Африка и Ближний Восток		
Алжир	2007	4.0	...	...
Бахрейн		
Кипр		
Египет		
Ирак		
Иордания		
Кувейт		

¹ Эти данные были приведены в отчете о выполнении положений ССГАООН за 2007 г.

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ						
Взрослые и дети, 2007			Взрослые и дети, 2001		Взрослые (15+), 2007	
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Ливан	3000	[1700 – 7200]	2200	[1100 – 5600]	3000	[1600 – 7100]
Ливийская Арабская Джамахирия	...	...	...	...	...	...
Марокко	21 000	[15 000 – 31 000]	13 000	[8800 – 19 000]	21 000	[15 000 – 31 000]
Оман	...	...	...	...	...	...
Катар	...	...	...	...	...	...
Саудовская Аравия	...	...	...	...	...	...
Судан	320 000	[220 000 – 440 000]	270 000	[180 000 – 350 000]	290 000	[190 000 – 420 000]
Сирийская Арабская Республика	...	...	...	...	...	...
Тунис	3700	[2700 – 5400]	2200	[1600 – 3300]	3600	[2600 – 5400]
Турция	<2000	[<5000]	...	...	...	...
Объединенные Арабские Эмираты	...	...	...	...	...	...
Йемен	...	...	...	...	...	...
Северная Америка	1 200 000	[760 000 – 2 000 000]	1 100 000	[670 000 – 1 700 000]	1 200 000	[750 000 – 2 000 000]
Канада	73 000	[43 000 – 110 000]	49 000	[29 000 – 75 000]	73 000	[43 000 – 110 000]
Соединенные Штаты Америки	1 200 000	[690 000 – 1 900 000]	1 000 000	[620 000 – 1 600 000]	1 100 000	[690 000 – 1 900 000]
Карибский регион	230 000	[210 000 – 270 000]	210 000	[180 000 – 240 000]	220 000	[200 000 – 250 000]
Багамские Острова	6200	[4000 – 8700]	5700	[4400 – 7500]	6100	[3900 – 8600]
Барбадос	2200	[1500 – 3200]	2100	[1600 – 2800]	2200	[1500 – 3200]
Куба	6200	[3600 – 12 000]	2400	[<100 – 3900]	6200	[3600 – 12 000]
Доминиканская Республика	62 000	[52 000 – 71 000]	65 000	[53 000 – 76 000]	59 000	[50 000 – 69 000]
Гаити	120 000	[100 000 – 140 000]	98 000	[83 000 – 110 000]	110 000	[95 000 – 130 000]
Ямайка	27 000	[19 000 – 36 000]	23 000	[16 000 – 29 000]	26 000	[19 000 – 35 000]
Тринидад и Тобаго	14 000	[9500 – 19 000]	12 000	[8200 – 17 000]	13 000	[9200 – 19 000]
Латинская Америка	1 700 000	[1 500 000 – 2 100 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 900 000]	1 700 000	[1 400 000 – 2 000 000]
Аргентина	120 000	[90 000 – 150 000]	100 000	[77 000 – 130 000]	120 000	[88 000 – 150 000]
Белиз	3600	[2200 – 5300]	2900	[1700 – 4400]	3400	[2100 – 5000]
Боливия	8100	[6500 – 11 000]	6200	[4900 – 8300]	7900	[6300 – 10 000]
Бразилия	730 000	[600 000 – 890 000]	660 000	[520 000 – 810 000]	710 000	[580 000 – 870 000]
Чили	31 000	[23 000 – 39 000]	25 000	[20 000 – 32 000]	31 000	[23 000 – 39 000]
Колумбия	170 000	[110 000 – 230 000]	140 000	[96 000 – 190 000]	160 000	[110 000 – 230 000]
Коста-Рика	9700	[6100 – 15 000]	5200	[3200 – 8200]	9600	[6000 – 15 000]
Эквадор	26 000	[15 000 – 40 000]	19 000	[12 000 – 32 000]	25 000	[14 000 – 39 000]
Сальвадор	35 000	[24 000 – 72 000]	28 000	[17 000 – 220 000]	34 000	[23 000 – 67 000]
Гватемала	59 000	[41 000 – 84 000]	52 000	[38 000 – 68 000]	53 000	[35 000 – 77 000]
Гайана	13 000	[7600 – 18 000]	12 000	[9500 – 17 000]	12 000	[7200 – 17 000]
Гондурас	28 000	[18 000 – 44 000]	31 000	[18 000 – 61 000]	26 000	[17 000 – 42 000]
Мексика	200 000	[150 000 – 310 000]	180 000	[130 000 – 260 000]	200 000	[140 000 – 300 000]
Никарагуа	7700	[5300 – 15 000]	4400	[3200 – 15 000]	7500	[5200 – 15 000]
Панама	20 000	[16 000 – 26 000]	17 000	[13 000 – 21 000]	19 000	[15 000 – 26 000]
Парагвай	21 000	[12 000 – 38 000]	11 000	[7000 – 22 000]	20 000	[12 000 – 37 000]
Перу	76 000	[57 000 – 97 000]	57 000	[45 000 – 74 000]	74 000	[55 000 – 96 000]
Суринам	6800	[4200 – 12 000]	3500	[1700 – 5600]	6700	[4200 – 12 000]
Уругвай	10 000	[5900 – 19 000]	6300	[3400 – 25 000]	10 000	[5800 – 19 000]
Венесуэла	...	...	...	...	...	...

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ

Страны	Взрослые (15+), 2001		Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2007		Показатель распространенности (%) среди взрослых (15–49 лет), 2001		Женщины (15+), 2007	
	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Ливан	2200	[1100 – 5500]	0.1	<0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.3]	<1000	<500 – 2000]
Ливийская Арабская Джамахирия	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Марокко	12 000	[8700 – 19 000]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	5900	[4100 – 9100]
Оман	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Катар	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Саудовская Аравия	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Судан	250 000	[170 000 – 320 000]	1.4	[1.0 – 2.0]	1.4	[1.0 – 1.8]	170 000	[120 000 – 250 000]
Сирийская Арабская Республика	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Тунис	2200	[1600 – 3300]	0.1	<0.1 – 0.2]	<0.1	[0.1]	1000	<1000 – 1600]
Турция	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Объединенные Арабские Эмираты	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Йемен	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Северная Америка	1 100 000	[660 000 – 1 700 000]	0.6	[0.4 – 1.0]	0.6	[0.4 – 0.9]	250 000	[150 000 – 420 000]
Канада	49 000	[28 000 – 74 000]	0.4	[0.2 – 0.6]	0.3	[0.2 – 0.4]	20 000	[11 000 – 32 000]
Соединенные Штаты Америки	1 000 000	[620 000 – 1 600 000]	0.6	[0.4 – 1.0]	0.6	[0.4 – 1.0]	230 000	[140 000 – 400 000]
Карибский регион	200 000	[170 000 – 230 000]	1.1	[1.0 – 1.2]	1.1	[0.9 – 1.2]	110 000	[95 000 – 120 000]
Багамские Острова	5600	[4300 – 7300]	3.0	[1.9 – 4.2]	3.1	[2.3 – 4.1]	1600	[1000 – 2400]
Барбадос	2100	[1600 – 2800]	1.2	[0.8 – 1.7]	1.2	[0.9 – 1.6]	<1000	<500]
Куба	2300	<100 – 3900]	0.1	<0.1 – 0.2]	<0.1	[0.1]	1800	[1000 – 3600]
Доминиканская Республика	63 000	[50 000 – 73 000]	1.1	[0.9 – 1.2]	1.3	[1.0 – 1.5]	30 000	[25 000 – 35 000]
Гаити	94 000	[79 000 – 110 000]	2.2	[1.9 – 2.5]	2.2	[1.9 – 2.6]	58 000	[50 000 – 68 000]
Ямайка	22 000	[16 000 – 29 000]	1.6	[1.1 – 2.1]	1.4	[1.0 – 1.9]	7600	[5200 – 10 000]
Тринидад и Тобаго	12 000	[8000 – 17 000]	1.5	[1.0 – 2.1]	1.4	[1.0 – 2.0]	7700	[5400 – 11 000]
Латинская Америка	1 400 000	[1 200 000 – 1 800 000]	0.5	[0.4 – 0.6]	0.5	[0.4 – 0.7]	550 000	[470 000 – 680 000]
Аргентина	100 000	[76 000 – 130 000]	0.5	[0.4 – 0.7]	0.5	[0.4 – 0.6]	32 000	[23 000 – 43 000]
Белиз	2800	[1600 – 4100]	2.1	[1.2 – 3.1]	2.1	[1.2 – 3.1]	2000	[1200 – 3000]
Боливия	6100	[4800 – 8100]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.2]	2200	[1700 – 2900]
Бразилия	640 000	[510 000 – 790 000]	0.6	[0.5 – 0.8]	0.6	[0.5 – 0.8]	240 000	[200 000 – 310 000]
Чили	25 000	[20 000 – 31 000]	0.3	[0.2 – 0.4]	0.3	[0.2 – 0.4]	8700	[6400 – 11 000]
Колумбия	130 000	[95 000 – 190 000]	0.6	[0.4 – 0.8]	0.5	[0.4 – 0.8]	47 000	[32 000 – 66 000]
Коста-Рика	5100	[3200 – 8100]	0.4	[0.2 – 0.6]	0.2	[0.1 – 0.4]	2700	[1600 – 4500]
Эквадор	19 000	[12 000 – 31 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.3	[0.2 – 0.4]	7100	[3900 – 12 000]
Сальвадор	28 000	[17 000 – 220 000]	0.8	[0.6 – 1.5]	0.8	[0.5 – 5.9]	9700	[6500 – 20 000]
Гватемала	48 000	[35 000 – 62 000]	0.8	[0.5 – 1.1]	0.8	[0.6 – 1.1]	52 000	[35 000 – 76 000]
Гайана	12 000	[9100 – 17 000]	2.5	[1.4 – 3.7]	2.5	[1.9 – 3.4]	7100	[4300 – 10 000]
Гондурас	30 000	[18 000 – 56 000]	0.7	[0.4 – 1.1]	0.9	[0.5 – 1.6]	7400	[4600 – 12 000]
Мексика	170 000	[120 000 – 250 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.3	[0.2 – 0.4]	57 000	[39 000 – 87 000]
Никарагуа	4300	[3100 – 15 000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.5]	2100	[1400 – 3900]
Панама	16 000	[13 000 – 21 000]	1.0	[0.8 – 1.3]	1.0	[0.8 – 1.2]	5500	[4100 – 7600]
Парагвай	11 000	[6800 – 21 000]	0.6	[0.4 – 1.1]	0.4	[0.2 – 0.7]	5800	[3400 – 10 000]
Перу	56 000	[44 000 – 73 000]	0.5	[0.3 – 0.6]	0.4	[0.3 – 0.5]	21 000	[15 000 – 29 000]
Суринам	3400	[1700 – 5500]	2.4	[1.5 – 4.3]	1.3	[0.7 – 2.2]	1900	[1200 – 3500]
Уругвай	6300	[3400 – 25 000]	0.6	[0.3 – 1.1]	0.4	[0.2 – 1.4]	2800	[1600 – 5500]
Венесуэла	...	...	...	...	...	...	...	...

1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ						
Женщины (15+), 2001			Дети (0–14), 2007		Дети (0–14), 2001	
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]
Ливан	<1000	[<500 – 1500]	...	...	...	...
Ливийская Арабская Джамахирия	...	...	...	...	...	...
Марокко	3300	[2200 – 5100]	...	...	...	...
Оман	...	...	...	...	...	...
Катар	...	...	...	...	...	...
Саудовская Аравия	...	...	...	...	...	...
Судан	140 000	[100 000 – 180 000]	25 000	[18 000 – 33 000]	20 000	[8400 – 33 000]
Сирийская Арабская Республика	...	...	...	...	...	...
Тунис	<1000	[<500]	...	...	...	...
Турция	...	...	...	...	...	...
Объединенные Арабские Эмираты	...	...	...	...	...	...
Йемен	...	...	...	...	...	...
Северная Америка	190 000	[120 000 – 320 000]	4400	[2600 – 7300]	5400	[3400 – 8900]
Канада	13 000	[7200 – 20 000]	...	...	...	...
Соединенные Штаты Америки	180 000	[110 000 – 300 000]	...	...	...	...
Карибский регион	92 000	[79 000 – 100 000]	11 000	[9400 – 12 000]	8200	[6800 – 10 000]
Багамские Острова	1300	[<1000 – 1800]	<200	[<100]	<200	[<100]
Барбадос	<1000	[<500 – <1000]	...	[<100]	...	[<100]
Куба	<1000	[<100 – 1200]	...	...	...	...
Доминиканская Республика	34 000	[27 000 – 39 000]	2700	[2200 – 3300]	2700	[2200 – 3500]
Гаити	43 000	[36 000 – 51 000]	6800	[5800 – 8100]	4700	[3600 – 6200]
Ямайка	5800	[4000 – 7900]	...	[<1000]	<500	[<1000]
Тринидад и Тобаго	6900	[4800 – 9700]	...	[<500]	<500	[<500]
Латинская Америка	450 000	[380 000 – 590 000]	44 000	[37 000 – 58 000]	36 000	[29 000 – 56 000]
Аргентина	25 000	[18 000 – 34 000]	...	...	...	...
Белиз	1600	[<1000 – 2400]	<200	[<500]	<200	[<100 – <500]
Боливия	1500	[1100 – 2000]	...	...	...	...
Бразилия	220 000	[170 000 – 270 000]	...	...	...	...
Чили	6500	[5000 – 8600]	...	...	...	...
Колумбия	35 000	[24 000 – 51 000]	...	...	...	...
Коста-Рика	1400	[<1000 – 2300]	...	...	...	...
Эквадор	4900	[2900 – 8500]	...	...	...	...
Сальвадор	7200	[3900 – 52 000]	...	...	...	...
Гватемала	47 000	[35 000 – 62 000]	...	...	...	...
Гайана	7000	[5300 – 9600]	<1000	[<500]	<1000	[<500]
Гондурас	7700	[4500 – 15 000]	1600	[1000 – 3000]	1500	[<1000 – 4000]
Мексика	46 000	[31 000 – 68 000]	...	...	...	...
Никарагуа	1100	[<1000 – 3900]	...	...	...	...
Панама	4300	[3200 – 5600]	...	...	...	...
Парагвай	2900	[1700 – 5700]	...	...	...	...
Перу	15 000	[11 000 – 20 000]	...	...	...	...
Суринам	<1000	[<500 – 1600]	<200	[<500]	<100	[<200]
Уругвай	1600	[<1000 – 6800]	...	...	...	...
Венесуэла	...	...	...	...	...	...

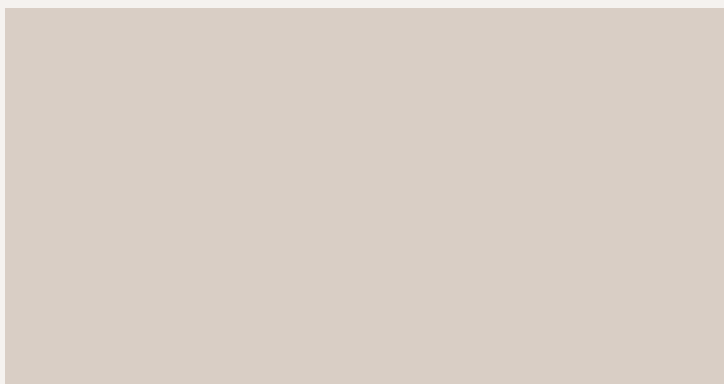
1. Оценочное число людей, живущих с ВИЧ					2. Число смертей в результате СПИДа			
Страны	Оценка	Показатель распространенности (%) среди молодых женщин (15–24 лет), 2007	Оценка	Показатель распространенности (%) среди молодых мужчин (15–24 лет), 2007	Оценка	Число смертей среди взрослых и детей, 2007	Оценка	Число смертей среди взрослых и детей, 2001
		[нижняя – верхняя оценка]		[нижняя – верхняя оценка]		[нижняя – верхняя оценка]		[нижняя – верхняя оценка]
Ливан	0.1	<0.1 – 0.2	0.1	<0.1 – 0.4	<200	[<100 – <500]	<200	[<100 – <500]
Ливийская Арабская Джамахирия	...	...	...	...	...	...	...	...
Марокко	0.1	<0.1 – 0.2	0.1	<0.1 – 0.2	<1000	[1500]	<500	[<1000]
Оман	...	...	...	...	...	...	...	...
Катар	...	...	...	...	...	...	...	...
Саудовская Аравия	...	...	...	...	...	...	...	...
Судан	1.0	[0.6 – 1.5]	0.3	[0.2 – 0.5]	25 000	[17 000 – 32 000]	21 000	[9200 – 35 000]
Сирийская Арабская Республика	...	...	...	...	...	...	...	...
Тунис	<0.1	[0.1]	0.1	<0.1 – 0.2	<200	[<100 – <500]	<200	[<100]
Турция	...	...	...	...	...	...	...	...
Объединенные Арабские Эмираты	...	...	...	...	...	...	...	...
Йемен	...	...	...	...	...	...	...	...
Северная Америка	0.7	[0.6 – 0.9]	0.6	[0.3 – 1.0]	23 000	[9100 – 55 000]	18 000	[8900 – 37 000]
Канада	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.7]	<500	[<100 – <1000]	<200	[<100 – <500]
Соединенные Штаты Америки	0.3	[0.1 – 0.6]	0.7	[0.3 – 1.3]	22 000	[9000 – 54 000]	17 000	[8800 – 36 000]
Карибский регион	0.4	[0.3 – 0.6]	0.5	[0.3 – 0.7]	14 000	[11 000 – 16 000]	15 000	[12 000 – 18 000]
Багамские Острова	1.5	[0.3 – 2.8]	3.2	[0.8 – 5.5]	<200	[<100 – <500]	<1000	[<500]
Барбадос	0.6	[0.3 – 1.1]	1.3	[0.5 – 2.3]	<100	[<200]	<200	[<100]
Куба	0.1	<0.1 – 0.2	0.1	<0.1 – 0.2	<100	[<500]	<100	[<200]
Доминиканская Республика	0.6	[0.3 – 0.9]	0.3	[0.1 – 0.4]	3900	[2800 – 4900]	4800	[3700 – 6400]
Гаити	1.4	[1.0 – 1.8]	0.6	[0.2 – 0.9]	7500	[6000 – 9300]	7500	[5700 – 9900]
Ямайка	0.9	[0.5 – 1.4]	1.7	[0.8 – 2.8]	1400	[<1000 – 2000]	1200	[<1000 – 1700]
Тринидад и Тобаго	1.0	[0.6 – 1.6]	0.3	[0.1 – 0.5]	<1000	[<500]	<1000	[<500]
Латинская Америка	0.2	[0.1 – 0.3]	0.7	[0.4 – 0.9]	63 000	[49 000 – 98 000]	47 000	[36 000 – 100 000]
Аргентина	0.3	[0.2 – 0.4]	0.6	[0.3 – 0.9]	5400	[3000 – 8400]	3700	[2500 – 5500]
Белиз	1.5	[0.8 – 2.4]	0.5	[0.2 – 0.9]	<200	[<100 – <500]	<200	[<500]
Боливия	0.1	<0.1 – 0.2	0.2	[0.1 – 0.3]	<500	[<1000]	...	[<500]
Бразилия	0.6	[0.3 – 0.9]	1.0	[0.6 – 1.5]	15 000	[9700 – 22 000]	9400	[3500 – 16 000]
Чили	0.2	[0.1 – 0.3]	0.3	[0.2 – 0.5]	<1000	[<500 – 1600]	<1000	[<500]
Колумбия	0.3	[0.2 – 0.5]	0.7	[0.3 – 1.0]	9800	[6000 – 15 000]	5800	[4000 – 8600]
Коста-Рика	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.7]	<200	[<100 – <500]	...	[<100]
Эквадор	0.2	[0.1 – 0.3]	0.4	[0.1 – 0.7]	1200	[<1000 – 2100]	<1000	[1400]
Сальвадор	0.5	[<0.1 – 0.9]	0.9	[<0.1 – 1.8]	1700	[<1000 – 18 000]	1200	[<100 – 26 000]
Гватемала	1.5	[0.6 – 2.4]	...	[<0.1]	3900	[2500 – 5500]	2900	[1800 – 4300]
Гайана	1.7	[0.2 – 2.8]	0.5	[0.2 – 0.9]	<1000	[<500 – 1100]	1300	[<1000 – 2000]
Гондурас	0.4	[0.1 – 0.9]	0.7	[0.1 – 1.6]	1800	[<1000 – 3500]	3200	[1000 – 9900]
Мексика	0.2	[0.1 – 0.3]	0.3	[0.2 – 0.6]	11 000	[5700 – 18 000]	9900	[6800 – 15 000]
Никарагуа	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	<500	[<1000]	<200	[<100 – <500]
Панама	0.6	[0.3 – 0.9]	1.1	[0.5 – 1.7]	<1000	[1400]	<1000	[1300]
Парагвай	0.3	[0.2 – 0.7]	0.7	[0.3 – 1.3]	<1000	[<500 – 1900]	<500	[<200 – <1000]
Перу	0.3	[0.1 – 0.4]	0.5	[0.2 – 0.8]	3300	[2000 – 5000]	2900	[2000 – 4200]
Суринам	1.4	[0.7 – 2.8]	2.7	[1.2 – 5.2]	...	[<500]	<200	[<100 – <1000]
Уругвай	0.3	[<0.1 – 0.7]	0.6	[0.1 – 1.4]	<500	[<100 – 1500]	<500	[<100 – 4000]
Венесуэла	...	...	...	...	...	...	...	...

3. Дети, осиротевшие в результате СПИДа					4. Распространенность ВИЧ (%) в группах наиболее высокого риска в столичных городах					
Сироты (0–17 лет), живущие в 2007 г.		Сироты (0–17 лет), живущие в 2001 г.		Потребители инъекционных наркотиков	Женщины-работницы секс-бизнеса	Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами				
Страны	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Оценка	[нижняя – верхняя оценка]	Год	ВИЧ (%)	Год	ВИЧ (%)	Год	ВИЧ (%)
Ливан
Ливийская Арабская Джамахирия
Марокко	2007	2.6	...	...
Оман
Катар
Саудовская Аравия
Судан
Сирийская Арабская Республика
Тунис	2007 ¹	0.0	...	...
Турция	2007	1.5	2007	1.6	2007	1.8
Объединенные Арабские Эмираты
Йемен
Северная Америка
Канада	2007 ¹	13.2	...	...	...	...
Соединенные Штаты Америки
Карибский регион
Багамские Острова	2007	8.2
Барбадос
Куба	2006	0.1	2006	0.9
Доминиканская Республика	2006	2.7	2004	11.0
Гаити	2007	5.0	...	...
Ямайка	2004	9.1	...	...
Тринидад и Тобаго	2004	20.4
Латинская Америка
Аргентина	2007	6.7	...	...	2007	10.9
Белиз
Боливия	2007	0.4	2007	21.5
Бразилия
Чили	2006	0.9	...	...
Колумбия	2007	10.8
Коста-Рика	2006	0.2	...	...
Эквадор	2007	19.3
Сальвадор	2007	3.9	2007	17.8
Гватемала
Гайана	2005	26.6	2005	21.3
Гондурас	2006	3.0	2006	6.3
Мексика	2005	2.8	2005	5.5	2006	9.9
Никарагуа
Панама
Парагвай	2006	9.1	2006	4.3	...	...
Перу	2006	0.5	2006	10.8
Суринам	2006	24.1	2006	6.7
Уругвай
Венесуэла

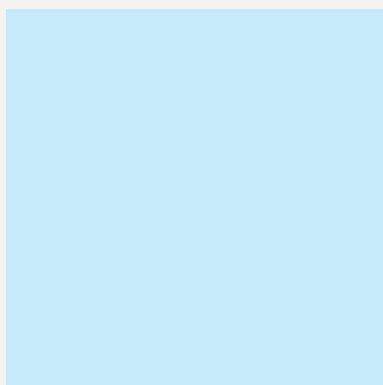
¹ Эти данные были приведены в отчете о выполнении положений ССГАООН за 2007 г.

Приложение

Показатели прогресса, достигнутого странами



2



Приложение 2



Показатели прогресса, достигнутого странами

Отчеты стран и проверка достоверности данных

По состоянию на март 2008 года 147 стран отчитались о ходе выполнения *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом* в своих национальных отчетах о ходе работы за 2008 год, присланных в ЮНЭЙДС. Показатели, по которым отчитывались страны, были разработаны на основе первоначальных положений *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, принятой на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2001 году. Данные, приведенные в таблицах ниже, отражают данные страновых отчетов о ходе работы, а также информацию из других источников.

Специалисты по оценке из ЮНЭЙДС провели всестороннее рассмотрение данных для проверки национальных отчетов с точки зрения их полноты, точности и гармонизации с отдельными показателями. ЮНЭЙДС направила в 118 стран вопросы для уточнения данных; в результате этих контактов были получены ответы на 80% вопросов о сообщенных данных. Данные, которые не были уточнены к моменту выхода этой публикации, не были включены в анализы данных, обобщенные в данном докладе. Кроме того, был осуществлен процесс согласования данных, присланных в ЮНЭЙДС, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; ЮНИСЕФ; Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом; ВОЗ; и проект МООИР (данные, собранные в рамках программы обследований в области демографии и здравоохранения). Вследствие того, что в процессе согласования были обнаружены некоторые расхождения в данных, были направлены письма в представительства ЮНЭЙДС в 122 странах с просьбой уточнить и ответить на остающиеся вопросы относительно данных; 88% из этих 122 стран прислали информацию с уточнениями об уровне охвата антиретровирусными препаратами и услугами по профилактике передачи от матери

ребенку, а 50 ответили на вопросы о других показателях. В анализах, которые рассматриваются в данном докладе, использованы только согласованные данные.

Национальный комбинированный индекс политики (НКИП) – анкета для оценки хода разработки национальных стратегий и политики в связи с ВИЧ – оценивалась в ходе отдельного процесса. Два специалиста по оценке проверили отчеты по НКИП на предмет внутренней согласованности и полноты ответов. Запутанные или нелогичные данные были откорректированы; в случаях отсутствия значительных данных или получения нескольких, несведенных анкет по НКИП, специалисты связывались со странами. В целом, ЮНЭЙДС направила вопросы относительно данных по НКИП в 34 страны, и ответы были получены из 31 страны. Поскольку каждая страна должна была заполнить более 200 пунктов анкеты, данные по НКИП не включены в Приложение В, однако приводятся наряду с отдельными национальными отчетами на веб-сайте ЮНЭЙДС. Проверенные данные из 130 стран-членов ООН были включены в анализы, обобщенные в этом докладе.

Таблицы данных

В приведенных ниже таблицах содержатся данные, присланные в ЮНЭЙДС в национальных отчетах о ходе работы, в рамках мониторинга прогресса в выполнении Декларации о приверженности. Для того чтобы читатель смог ознакомиться с изменениями во времени, приведены все имеющиеся данные за предшествующие годы при условии последовательного использования показателей и методов за отчетные годы. По возможности, год, в котором были собраны данные, указан отдельно от года подготовки отчета. Проценты и цифры в таблицах округлены до ближайшего целого числа. На момент публикации этого Приложения некоторые данные из национальных отчетов о ходе работы еще уточнялись со странами. В этих случаях это четко указано в сносках к таблицам с данными по показателям.

Если данные по конкретной стране и по конкретному показателю отсутствовали, эту страну не

включали в соответствующую таблицу данных. Страны не присылали данных по некоторым показателям либо потому, что не имели данных для разработки этих показателей в соответствии с определениями ССГАООН, либо потому, что решили не отчитываться по данным показателям, поскольку сочли их не имеющими отношения к эпидемии в стране.

Значения, указанные в таблице, утверждены странами. В результате процесса согласования в некоторых случаях эти значения отличаются от присланных первоначально. Поэтому некоторые значения в данных таблицах могут отличаться от значений, приведенных в национальных отчетах о ходе работы.

Если страна не сообщала данных по конкретному показателю, но эти данные были получены из других источников, таких как обследования в области демографии и здравоохранения, то эти данные были включены в таблицы и не обязательно являются официальными данными, сообщенными правительствами. В таких случаях источник данных и год их получения четко указаны в таблице данных по показателям, приводится конкретное определение показателя и дается ссылка на источник в разделе “Примечания” после этого Приложения. Эти таблицы были составлены и подготовлены на основе разных источников данных сотрудниками штаб-квартиры ЮНЭЙДС в Женеве, которые не несут ответственности за точность данных, полученных из первоисточников.

Показатели

С момента составления первого отчета о ходе выполнения положений ССГАООН *Мониторинг выполнения положений ССГАООН 2001: Доклад о ходе выполнения глобальных мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа, 2003* ключевые показатели для отчетности обобщались и уточнялись в ходе каждого раунда отчетности, в сотрудничестве с глобальными партнерами и Референс-группой ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке (РГМО) – группой, устанавливающей международные стандарты мониторинга и оценки. Уточнения, внесенные в показатели ССГАООН с момента последнего раунда отчетности, в обобщенном виде приведены ниже (таблица 1). Инструкции о разработке показателей размещены на веб-сайте ЮНЭЙДС в документе: *Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/*

СПИДом – Руководящие принципы разработки ключевых показателей (апрель 2007 г.).

Во время предыдущего раунда отчетности по ССГАООН показатели были сгруппированы в две категории в зависимости от характера эпидемии. Различия между набором показателей для генерализованных эпидемий и концентрированных/умеренных эпидемий для этого раунда отчетности не проводились. Это объясняется тем, что такие определения эпидемий четко не укладываются в простые дихотомические классификации. Так, например, в 2006 году некоторые страны с генерализованными эпидемиями и относительно высокой распространенностью признали, что подэпидемии в группах, подвергающихся наиболее высокому риску (работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков и мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами), занимают серьезное место в их эпидемиях, и что профилактические программы для этих групп являются важным компонентом их национальных ответных мер. Естественно, эти страны подготовили отчеты по показателям для этих групп в дополнение к набору показателей для генерализованной эпидемии.

В этом раунде отчетности всем странам, независимо от их экономического или эпидемиологического статуса, было предложено отчитаться по всем показателям, если это для них актуально. Предполагалось, что страны рассмотрят каждый показатель с точки зрения динамики развития их эпидемии. Если страны не присылали данных по какому-либо показателю, их просили объяснить, почему они это делают, чтобы проанализировать, отсутствуют ли в этой стране данные вообще, или какие-либо показатели неприменимы к ситуации, развивающейся в этой стране.

Таблица 1

Показатели ССГАООН, пересмотренные со времени последнего раунда отчетности.

2005	2007	Примечания к изменениям
Показатели, характеризующие приверженность и действия на национальном уровне		
Объем национальных средств, выделяемых правительствами в странах с низким и средним уровнем доходов	Расходы в связи со СПИДом с разбивкой по источникам финансирования	Изменено определение
Национальный комбинированный индекс политики	Национальный комбинированный индекс политики	Добавлены вопросы
Процент единиц переливаемой крови, проверенной на ВИЧ	Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества	Вместо крови для переливания используется термин "донорская кровь". Для данного показателя добавлена вторая часть – пропорция крови, проверенной согласно стандартным рабочим процедурам и с обеспечением качества.
Процент женщин и мужчин с продвинутой стадией ВИЧ, получающих комбинированное антиретровирусное лечение	Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию	Включены дети
Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих полный курс антиретровирусной профилактики для снижения риска передачи от матери ребенку	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи от матери ребенку	Изменено определение
	Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ	Показатель добавлен в ключевой перечень
	Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	Показатель добавлен в ключевой перечень
Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты ВИЧ	Без изменений
Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, которые охвачены программами профилактики	Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, охваченных программами профилактики ВИЧ	Изменено определение
Процент сирот и уязвимых детей, чьи домохозяйства получали бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком	Процент сирот и уязвимых детей, чьи домохозяйства получали бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком	Без изменений
Процент школ, учителя которых прошли подготовку в области просвещения по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков и вели такую просветительскую работу в течение последнего учебного года	Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года	Изменено определение
Процент крупных предприятий/компаний, имеющих программы и политику по борьбе с ВИЧ на рабочем месте		Удалено из перечня ключевых показателей; включено в НК ИП
Процент женщин и мужчин с инфекциями, передающимися половым путем, в учреждениях системы здравоохранения, получивших необходимые услуги по диагностике, лечению и консультированию		Удалено из перечня ключевых показателей; пересматривается для представления отчетности за 2010 г.

Показатели, характеризующие знания и поведение		
Отношение числа сирот, посещающих школу, к числу детей, посещающих школу и имеющих родителей; возраст 10–14 лет	Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет	Не требуется рассчитывать отношение
Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	Предлагается заменить два вопроса, касающихся неверных представлений, используя местные варианты, где необходимо
Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	Предлагается заменить два вопроса, касающихся неверных представлений, используя местные варианты, где необходимо
Процент молодых женщин и мужчин, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	Расширен возрастной диапазон
Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства за последние 12 месяцев	Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев	Расширен возрастной диапазон, изменено определение
Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые указали на использование презервативов во время последнего полового контакта с партнером вне брака или вне постоянного сожительства	Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презервативов во время последнего полового контакта	Расширен возрастной диапазон, изменено определение
Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презервативов во время контактов с последним клиентом	Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презервативов во время контактов с последним клиентом	Без изменений
Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	Без изменений
Процент потребителей инъекционных наркотиков, принявших поведение, снижающее передачу ВИЧ, т.е. избегающих пользоваться общим инструментарием и одновременно использующих презерватив, за последние 12 месяцев (для стран, где потребление инъекционных наркотиков является одним из устоявшихся способов передачи ВИЧ)	Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта	Комбинированный показатель разделен на составляющие показатели (часть 1)
	Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	Комбинированный показатель разделен на составляющие показатели (часть 2)
Показатели воздействия		
Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ	Без изменений
Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые инфицированы ВИЧ	Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые инфицированы ВИЧ	Без изменений
Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые остаются в живых спустя 12 месяцев после начала антиретровирусного лечения	Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала	Изменено определение
Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями	Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями	Остается в наборе ключевых показателей, но рассчитывается в ЮНЭЙДС/Женева

Проблемы при мониторинге групп, подвергающихся наиболее высокому риску

Обеспечение репрезентативной выборки на уровне страны и создание информационной системы глобальной ответной деятельности для учета охвата программ и рискованного поведения групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, связано со значительными техническими и этическими проблемами. Сегодня разрабатываются методы формирования репрезентативной выборки труднодостижимых групп населения (например, выборки по инициативе респондентов). Хотя эти методы и совершенствуются, понятно, что некоторые страны не смогут обеспечить представительность выборки, используемой для обследований групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску. Данные таких надзорных обследований поведения (НОП), которые зачастую получают на основе подходящей городской выборки в районах действия программ, могут оказаться недостаточно объективными при измерении охвата услугами или уровня рискованного поведения. Таким образом, странам рекомендуется сообщать данные по этим показателям, используя самые последние обследования групп, подвергающихся наиболее высокому риску, после анализа и утверждения техническими экспертами в стране, такими как технические рабочие группы по мониторингу и оценке или национальные исследовательские советы.

В ходе анализа глобальных данных были обнаружены некоторые методологические различия между странами в подходах к сбору данных о группах, подвергающихся наиболее высокому риску. Эти различия, в основном, касаются определения групп, методов измерения и сроков сбора данных. Все обнаруженные различия систематически упоминаются в сносках к таблицам.

На страновом уровне важно интерпретировать эти данные по показателям вместе с со страновыми данными по НК ИП, что позволяет получить представление о стратегических условиях и программных ответных мерах в интересах групп, подвергающихся

наиболее высокому риску, как с точки зрения правительства, так и с точки зрения неправительственных групп и гражданского общества.

Национальный комбинированный индекс политики

Анкету НК ИП заполняют на основе обзора соответствующих документов и по результатам опроса людей, обладающих наиболее полными знаниями о рассматриваемых темах. Одну часть НК ИП заполняют представители правительства¹, а вторую часть² – представители гражданского общества и двусторонних/многосторонних организаций. Рекомендованный консультационный процесс для заполнения НК ИП направлен на формирование условий, позволяющих включить точки зрения правительственных и неправительственных организаций в сводный отчет по НК ИП, который правительство подает в рамках отчета по ССГА ООН. Однако это не всегда соблюдается. В региональном отчете Карибского бассейна по ССГА ООН за 2006 год было отмечено, что “не всегда понятно, чьи ответы преобладают в случае расхождений в мнениях” (*Ведение счета: Противодействие СПИДу в Карибском бассейне: сводный анализ на основе отчетов по ССГА ООН из Карибского бассейна за 2006 г., стр. 25*). Так, например, для того чтобы обеспечить полную независимость ответов государственных и негосударственных организаций, правительство Руанды намеренно не принимало участия в согласительном совещании, в ходе которого были обобщены ответы организаций гражданского общества по НК ИП (Отчет Руанды по ССГА ООН, 2008). В целом, ответы на вопросы анкеты по НК ИП, представленные правительством, зачастую более оптимистичны, чем ответы неправительственных организаций. При наличии, в тексте данного доклада приводятся данные по НК ИП с обеих точек зрения.

¹ Должностные лица правительства отвечают на вопросы о национальном стратегическом плане, политической поддержке и ключевых направлениях политики и стратегиях программ по ВИЧ.

² Представители неправительственных организаций отвечают на вопросы анкеты о ситуации с правами человека в связи с ВИЧ в стране; о степени вовлечения гражданского общества в ответные меры и о ключевых стратегиях и политике программ по противодействию ВИЧ.

Примечания к конкретным показателям

1. Расходы в связи со СПИДом

По мере продолжающегося расширения национальных и международных мер в ответ на СПИД все более важным становится правильное и детальное отслеживание следующих моментов: i) каким образом средства расходуются на национальном уровне и ii) откуда поступают средства. Эти данные используются для измерения приверженности и действий на национальном уровне, что является важным компонентом *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, принятой ССГАООН. Кроме того, эти данные помогают лицам, принимающим решения на национальном уровне, контролировать масштабы и эффективность своих программ. После агрегирования данных из ряда стран международное сообщество получает также возможность оценивать состояние глобальных ответных мер. Такая стратегическая информация поддерживает координирующую роль национального органа по СПИДу в каждой стране и является основой для выделения средств и улучшения процессов стратегического планирования.

Поскольку страны могут выбрать различные методики и инструменты для мониторинга потоков финансирования в связи со СПИДом, – т.е. оценки национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС), субсчета по СПИДу в рамках национальных счетов здравоохранения (НСЗ) и специальный анализ ресурсных потоков – национальная матрица финансирования включает электронную таблицу, которая позволяет легко вводить, анализировать и представлять финансовые данные при использовании любой из указанных трех методик. Для анализа расходов здравоохранения в связи со СПИДом был создан “мостик” между ОНРС и НСЗ, и по этой причине в настоящее время нет никакого различия между этими инструментами для отслеживания расходов здравоохранения в связи со СПИДом. ОНРС просто дает более детальную характеристику расходов на мероприятия вне системы здравоохранения, например, на смягчение социальных последствий, образование, правосудие и другие мероприятия. Аналогичный процесс согласования был

использован в рамках проекта по анализу потоков ресурсов, осуществленному ЮНФПА/ЮНЭЙДС/Институтом междисциплинарных демографических исследований Нидерландов.

Целью этого показателя является сбор точных и согласованных данных о расходовании средств на национальном уровне и источниках поступления средств.

Определение: *Национальные и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования.*

Этот показатель измеряется с помощью Оценки национальных расходов в связи со СПИДом, классифицируемых по восьми категориям расходов в связи со СПИДом и по источникам финансирования, включая государственные расходы из собственных источников (т.е. государственных доходов, таких как налоги) и международных источников:

1. Профилактика
2. Уход и лечение
3. Сироты и уязвимые дети³
4. Усиление администрирования и управления программами
5. Стимулы для людских ресурсов
6. Социальная защита и социальные услуги (исключая сирот и уязвимых детей)
7. Создание благоприятных условий и развитие сообщества
8. Исследования (исключая оперативные исследования в рамках управления программами).

Три основных группы источников финансирования:

1. Внутренние государственные
2. Международные
3. Внутренние частные (необязательные для отчетности в рамках ССГАООН).

2. Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом

Национальный комбинированный индекс политики

Целью Национального комбинированного индекса политики является оценка прогресса в разработке и применении политики и стратегий в связи с ВИЧ и СПИДом на национальном уровне.

³ В контексте оценки потребностей в средствах и оценок расходов в связи со СПИДом уязвимые дети определяются как дети, у которых хотя бы один родитель жив, но серьезно болен (в основном по причине ВИЧ) и не может заботиться о них.

Комбинированный индекс включает следующие широкие области реализации политики, стратегий и программ.

Часть А – заполняется представителями правительства

1. Стратегический план
2. Политическая поддержка
3. Профилактика
4. Лечение, уход и поддержка
5. Мониторинг и оценка.

Часть В – заполняется представителями гражданского общества

1. Права человека
2. Участие гражданского общества
3. Профилактика
4. Уход и поддержка.

3. Безопасность крови

Целью этого показателя является оценка прогресса в обеспечении поставок безопасной крови.

Показатель применяется во всех странах и измеряется ежегодно с использованием протокола Глобальной базы данных по безопасности крови ВОЗ.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент единиц донорской крови, проверенных на ВИЧ с обеспечением качества.

Числитель: Число единиц донорской крови, проверенных на ВИЧ в центрах переливания крови/лабораториях скрининга крови, которые одновременно: (i) выполняли документированные стандартные рабочие процедуры и (ii) участвовали в проекте внешней оценки качества.

Знаменатель: Общее число единиц донорской крови.

4. Лечение ВИЧ: антиретровирусная терапия

Целью этого показателя является оценка прогресса в предоставлении комбинированной антиретровирусной терапии всем людям, имеющим продвинутой стадии ВИЧ-инфекции. Данный показатель применим ко всем странам; данные для числителя собираются постоянно (ежемесячно или

ежеквартально), а данные знаменателя определяются расчетным путем.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию.

Числитель: Число взрослых и детей, имеющих продвинутую стадию ВИЧ-инфекции, которые получают антиретровирусное лечение в соответствии с утвержденным общенациональным протоколом лечения (или в соответствии со стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС) на конец отчетного периода.

Знаменатель: Оценочное число взрослых и детей, имеющих продвинутую стадию ВИЧ-инфекции.

Примечания к методологии: все анализы этого показателя, подготовленного для Глобального доклада, включая цитируемые цифры по странам, отражают числители, прошедшие процесс согласования в трех учреждениях (ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ) и знаменатели, которые были определены с непосредственным применением методологии Референс-группы ЮНЭЙДС/ВОЗ по оценкам, моделям и прогнозам (Spectrum).

Этот процесс согласования позволяет обеспечить, чтобы все учреждения, присылающие отчеты по одной и той же стране, подтвердили самые последние цифры, отвечающие определению людей на продвинутой стадии ВИЧ, получающих лечение в настоящее время. В случае расхождений между этими тремя учреждениями делалось все возможное, чтобы получить от страны подтверждение окончательного значения показателя. В случаях, когда это не представлялось возможным, значение показателя, сообщенное страной, приводится в сносках в Приложении 2.

Что касается данных за 2007 год, то некоторые страны не представили данных по состоянию на декабрь 2007 года. В этом случае такие данные были спрогнозированы и отражают соответственный период времени.⁴

Расчетные значения знаменателя, подготовленные с помощью методологии Референс-группы ЮНЭЙДС/ВОЗ по оценкам, моделям и прогнозам,

⁴ Метод прогнозирования – все сообщенные значения, касающиеся периодов времени до декабря 2007 года, прогнозируются с использованием полученных данных за два последних периода времени, после чего производится расчет роста показателей в месяц, и эти данные впоследствии используются для составления прогноза на декабрь 2007 г.

были использованы для анализа и всех цитируемых цифр в тексте для обеспечения логичной последовательности. Значения знаменателя, сообщенные странами, приведены в Приложении 2.

5. Профилактика передачи вируса от матери ребенку

При отсутствии каких-либо профилактических мер вмешательства вероятность заражения детей, рожденных и вскармливаемых грудью ВИЧ-инфицированными матерями, составляет приблизительно один к трем. Это может произойти во время беременности, при родах и родоразрешении или после родоразрешения в результате грудного вскармливания. Риск передачи от матери ребенку можно значительно снизить с помощью таких дополнительных подходов, как назначение антиретровирусной профилактики матери с назначением или без назначения такой профилактики младенцу, применение безопасной практики родоразрешения и использование безопасных альтернатив грудному вскармливанию. Антиретровирусная профилактика с последующим применением исключительно грудного вскармливания также может снижать риск вертикальной передачи, если грудное вскармливание применяется только в первые шесть месяцев жизни ребенка.

Целью этого показателя является оценка прогресса в предупреждении вертикальной передачи ВИЧ

Определение и компоненты показателя.

Определение: Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи от матери ребенку.

Числитель: Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты за последние 12 месяцев в целях снижения риска передачи от матери ребенку.

Знаменатель: Оценочное число ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 12 месяцев.

Все анализы этого показателя, подготовленного для Глобального доклада, включая цитиру-

емые цифры по странам, отражают числители, прошедшие процесс согласования в трех учреждениях (ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ), и знаменатели, которые были определены с непосредственным применением методологии Референс-группы ЮНЭЙДС/ВОЗ по оценкам, моделям и прогнозам (Spectrum).

Благодаря этому процессу согласования все учреждения представили одинаковые одобренные странами цифры, которые были самыми последними и отвечали определению ВИЧ-инфицированных женщин, получающих антиретровирусную терапию за последние 12 месяцев, и, таким образом, отражали полный год. В случае расхождений между этими тремя учреждениями делалось все возможное, чтобы получить от страны подтверждение окончательного значения показателя. В случаях, когда это не представлялось возможным, значение показателя, сообщенное страной, приводится в сносках в Приложении 2.

Что касается данных за 2007 год, то некоторые страны не представили данных за все 12 месяцев, и в этом случае для отражения всего периода времени делались прогнозные оценки таких данных.⁵

В целях обеспечения последовательности для всех анализов и цитируемых цифр в тексте использовались расчетные значения знаменателя, подготовленные с помощью методологии Референс-группы ЮНЭЙДС/ВОЗ по оценкам, моделям и прогнозам. Значения знаменателя, сообщенные странами, приведены в Приложении 2.

6. Одновременное лечение туберкулеза и ВИЧ

Туберкулез (ТБ) является одной из наиболее распространенных причин заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ, даже если они получают антиретровирусную терапию. Усиление процесса идентификации больных туберкулезом и обеспечения доступа к качественной диагностике и лечению в связи с туберкулезом в соответствии с международными/национальными руководящими принципами имеет важнейшее значение для улучшения качества и продления жизни людей, живущих с ВИЧ. Определение процента ВИЧ-позитивных больных туберку-

⁵ Метод прогнозирования – все сообщенные значения, которые отражают период меньше 12 месяцев, прогнозируются путем деления числа ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты, в месяц на число месяцев, за которые представлены данные, и умножения полученного на 12 месяцев.

лезом, которые имеют доступ к соответствующему лечению в связи с туберкулезом и ВИЧ, имеет большое значение

Целью этого показателя является оценка прогресса в идентификации и лечении туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ

Числитель: Число взрослых с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, которые в настоящее время получают антиретровирусное лечение в соответствии с национальными протоколами лечения (или стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС) и начали лечение в связи с ТБ (в соответствии с национальными программными принципами лечения в связи с ТБ) в течение отчетного года.

Знаменатель: Оценочное число случаев заболевания ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.

7. Тестирование на ВИЧ среди населения в целом

Для того чтобы защитить самих себя и предупредить заражение других, людям важно знать свой ВИЧ-статус. Людям также важно знать свой статус, чтобы решиться на то, чтобы обратиться за лечением.

Целью этого показателя является оценка прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

Числитель: Число респондентов в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста.

Знаменатель: Число всех респондентов в возрасте 15–49 лет.

Некоторые страны прислали данные по этому показателю на основе данных, полученных в рамках программ по тестированию на ВИЧ. Эти данные не могут сравниваться с данными, полученными

в ходе обследований населения в целом, и приводятся в таблицах с данными со сносками.

8. Тестирование на ВИЧ в группах, подвергающихся наиболее высокому риску

Для того чтобы защитить самих себя и предупредить заражение других, представителям групп, подвергающихся наиболее высокому риску, важно знать свой ВИЧ-статус. Знание своего статуса также имеет критическое значение при принятии решения по поводу лечения. Данный показатель следует рассчитывать отдельно для каждой группы населения, которая относится к группам высокого риска в определенной стране, например, работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

Целью этого показателя является оценка прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования среди групп, подвергающихся наиболее высокому риску.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

Числитель: Число респондентов, подвергающихся наиболее высокому риску, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

Знаменатель: Число лиц, подвергающихся наиболее высокому риску, включенных в выборку.

9. Группы, подвергающиеся наиболее высокому риску: профилактические программы

Группы населения, подвергающиеся наиболее высокому риску, зачастую трудно охватить программами по профилактике ВИЧ. Однако для того чтобы предупредить распространение ВИЧ среди этих групп населения, а также среди широких слоев населения, важно, чтобы они имели доступ к таким услугам. Этот показатель следует рассчитывать отдельно для каждой группы населения, которая относится к группам высокого риска в данной стране, например, работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

Целью этого показателя является оценка прогресса в реализации программ профилактики ВИЧ среди групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, которые охвачены программами профилактики ВИЧ

Числитель: Число респондентов, представляющих группы населения, подвергающиеся наиболее высокому риску, и ответивших “да” на оба вопроса (все три вопроса для ПИН):

1. Знаете ли вы, куда следует обратиться, если вы хотите пройти тесты на ВИЧ?
2. Получали ли вы презервативы за последние 12 месяцев?
3. (Для потребителей инъекционных наркотиков) В последние 12 месяцев выдавали ли вам стерильные иглы и шприцы?

Знаменатель: Общее число обследованных респондентов

10. Оказание поддержки детям, затронутым ВИЧ и СПИДом

Поскольку число сирот и уязвимых детей продолжает расти, требуется обеспечить адекватную поддержку семей и общин. На практике уход и поддержка детей-сирот обеспечивается семьями и общинами. Важнейшим фактором для обеспечения такой поддержки является получение домохозяйствами дополнительной помощи из внешних источников.

Целью этого показателя является оценка прогресса в оказании поддержки домохозяйствам, обеспечивающим уход за сиротами и уязвимыми детьми в возрасте 0–17 лет.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет, чьи домохозяйства получают бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком.

Числитель: Число сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет, живущих в домохозяйствах, которые получили, по крайней мере, один из четырех видов помощи на каждого ребенка.

Знаменатель: Общее число сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет.

Для данного показателя и в соответствии с определением ЮНИСЕФ (см. ссылку ниже) сирота определяется как ребенок моложе 18 лет, потерявший одного или обоих родителей.

Ребенок, ставший уязвимым вследствие ВИЧ, это ребенок моложе 18 лет и:

- (i) потерявший одного или обоих родителей; или
- (ii) имеющий хронически больного родителя (независимо от того, живет ли родитель в том же домохозяйстве, что и ребенок); или
- (iii) живущий в домохозяйстве, где за последние 12 месяцев умер, по крайней мере, один взрослый, который болел три из четырех месяцев до своей смерти; или
- (iv) живущий в домохозяйстве, где серьезно болел, по крайней мере, один взрослый не менее трех из 12 последних месяцев.

Некоторые страны прислали данные по этому показателю на основе данных, полученных в рамках программ по тестированию на ВИЧ. Эти данные не могут сравниваться с данными, полученными в ходе обследований населения в целом, и приводятся в таблицах с данными со сносками.

11. Просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в школах

Просвещение на основе жизненных навыков является эффективной методикой обучения с использованием совместных упражнений для обучения молодежи моделям поведения, которые помогают им справиться с проблемами и требованиями повседневной жизни. Они могут включать навыки, необходимые для принятия решений и решения проблем, навыки для развития творческого и критического мышления, самосознания, коммуникации и межличностных отношений. Они помогают молодым людям справиться со своими эмоциями и устранить причины стресса. Подход на основе жизненных навыков, специально адаптированный для школ для просвещения по вопросам ВИЧ, помогает молодым людям понимать и оценивать индивидуальные, социальные и внешние факторы, повышающие и снижающие риск передачи ВИЧ. При правильном применении такой подход может оказать положительное воздействие на поведение, включая более позднее начало половой жизни и уменьшение числа сексуальных партнеров.

Целью этого показателя является оценка прогресса в реализации программ просвещения по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков во всех школах.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года.

Числитель: Число школ, проводивших просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года.

Знаменатель: Число обследованных школ.

12. Дети-сироты: посещаемость школ

СПИД уносит жизни все большего числа взрослых в период, когда они создают семью и воспитывают детей. В результате во многих странах наблюдается постоянный рост числа детей-сирот; в то же время уменьшение числа родственников в их лучшие взрослые годы означает, что будущее детей-сирот становится все более неопределенным. Сиротство зачастую сопровождается предрассудками и ведет к усилению нищеты – эти факторы еще более уменьшают возможности детей для получения полного школьного образования и могут приводить к тому, что эти дети начинают использовать стратегии для выживания, которые повышают их уязвимость к ВИЧ. По этой причине важно осуществлять постоянный контроль за тем, в какой мере программы помощи в связи со СПИДом обеспечивают возможности для получения образования детьми-сиротами.

Целью этого показателя является оценка прогресса в предупреждении относительно более низкой посещаемости школы детьми-сиротами по сравнению с детьми, имеющими родителей.

Определение и компоненты показателя

Определение: Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей; возраст 10–14 лет.

Часть А: Текущий показатель посещения школы для детей-сирот в возрасте 10–14 лет.

Числитель: Число детей, потерявших обоих родителей и посещающих школу.

Знаменатель: Число детей, потерявших обоих родителей.

Часть В: Текущий показатель посещения школы для детей в возрасте 10–14 лет, у которых оба родителя живы и которые живут, по крайней мере, с одним родителем.

Числитель: Число детей, у которых оба родителя живы и которые живут, по крайней мере, с одним родителем и посещают школу.

Знаменатель: Число детей, у которых оба родителя живы и которые живут, по крайней мере, с одним родителем.

13. Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ

Эпидемии ВИЧ распространяются главным образом в результате передачи инфекции половым путем новым поколениям молодых людей. Наличие правильных знаний о ВИЧ является важнейшей предпосылкой – хотя зачастую и недостаточной – для принятия поведения, снижающего риск передачи ВИЧ.

Целью этого показателя является оценка прогресса в обеспечении широких знаний основных фактов о передаче ВИЧ.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.

Числитель: Число респондентов в возрасте 15–24 лет, которые дали правильные ответы на все пять следующих вопросов:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если постоянно использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек быть ВИЧ-инфицированным?
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

Знаменатель: Число всех респондентов в возрасте 15–24 лет.

14. Группы, подвергающиеся наиболее высокому риску: знания о профилактике ВИЧ

Концентрированные эпидемии чаще всего обусловлены передачей инфекции в результате половых контактов или использованием зараженного инъекционного инструментария. Наличие правильных знаний о ВИЧ является важнейшей предпосылкой для того, чтобы люди приняли для себя поведение, снижающее риск заражения. Этот показатель следует рассчитывать отдельно для каждой группы населения, которая относится к группам высокого риска в данной стране, напр., работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

Целью этого показателя является оценка прогресса в повышении уровня знаний об основных фактах, касающихся передачи ВИЧ среди групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.

Числитель: Число респондентов из групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, которые дали правильные ответы на все пять следующих вопросов:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
3. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если постоянно использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек быть ВИЧ-инфицированным?
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

Знаменатель: Число респондентов из групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, которые дали ответы, в том числе “не знаю”, на все пять вопросов.

15. Секс в возрасте до 15 лет

Во многих странах одной из основных целей является отсрочка возраста начала половой жизни

и исключение половой жизни до брака, поскольку это позволяет уменьшить потенциальный риск заражения молодых людей ВИЧ. Кроме того, имеются данные, которые указывают на то, что более позднее начало половой жизни уменьшает восприимчивость к инфекции в результате полового акта, по крайней мере, для женщин.

Целью этого показателя является оценка прогресса в увеличении возраста начала половой жизни среди молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет.

Числитель: Число респондентов (в возрасте 15–24 лет), которые указали на то, что они начали половую жизнь в возрасте до 15 лет.

Знаменатель: Число всех респондентов в возрасте 15–24 лет.

16. Секс с повышенным уровнем риска

Распространение ВИЧ во многом зависит от распространенности незащищенного секса среди людей, у которых имеется большое число партнеров. Лица, у которых много партнеров (в один и тот же период или в разное время), имеют более высокий риск заражения ВИЧ по сравнению с теми, кто не связан с более широкой сетью половых контактов.

Целью этого показателя является оценка прогресса в снижении процентного показателя людей, которые занимаются сексом с повышенным уровнем риска.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев.

Числитель: Число респондентов в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев.

Знаменатель: Число всех респондентов в возрасте 15–49 лет.

17. Использование презервативов во время секса с повышенным уровнем риска

Использование презервативов является важной мерой защиты от ВИЧ, особенно среди людей, у которых несколько сексуальных партнеров.

Целью этого показателя является оценка прогресса в предупреждении риска заражения ВИЧ через незащищенные половые контакты с нерегулярными партнерами.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта.

Числитель: Число респондентов (15–49 лет), которые указали на наличие у них более одного сексуального партнера за последние 12 месяцев, а также на то, что во время последнего контакта с этим партнером они использовали презерватив.

Знаменатель: Число респондентов (15–49 лет), которые указали на наличие у них более одного сексуального партнера за последние 12 месяцев.

18. Работники секс-бизнеса: использование презервативов

Существуют различные факторы, которые повышают риск заражения ВИЧ для работников секс-бизнеса, включая наличие большого числа непостоянных партнеров и высокую частоту половых контактов. В то же время работники секс-бизнеса могут существенно уменьшить риск передачи ВИЧ, как от клиентов, так и клиентам, если они будут постоянно и правильно пользоваться презервативами.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди работников секс-бизнеса. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

Целью этого показателя является оценка прогресса в снижении вероятности заражения ВИЧ среди работников секс-бизнеса в результате незащищенных половых контактов с клиентами.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контакта со своим последним клиентом.

Числитель: Число респондентов, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время контактов с последним клиентом за последние 12 месяцев.

Знаменатель: Число респондентов, которые указали на то, что у них были платные половые контакты за последние 12 месяцев.

19. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презервативов

Применение презервативов может значительно уменьшить риск передачи ВИЧ половым путем. Следовательно, постоянное и правильное пользование презервативами имеет большое значение для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, ввиду высокого риска передачи ВИЧ при незащищенном анальном сексе. Кроме того, мужчины, практикующие анальный секс с другими мужчинами, могут также иметь партнеров-женщин, которые также могут заразиться. Использование презерватива во время секса с последним партнером-мужчиной считается надежным показателем поведения в долгосрочном плане.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

Целью этого показателя является оценка прогресса в снижении вероятности заражения ВИЧ среди мужчин, имеющих незащищенные анальные половые контакты с мужчинами.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной.

Числитель: Число респондентов, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего анального секса.

Знаменатель: Число респондентов, которые указали на то, что у них был анальный секс с партнером-мужчиной за последние шесть месяцев.

20. Потребители инъекционных наркотиков: использование презервативов

Более безопасная инъекционная и сексуальная практика среди потребителей инъекционных наркотиков имеет важнейшее значение, даже в странах, где широко распространены другие пути передачи ВИЧ, поскольку: (i) риск передачи ВИЧ в результате использования зараженного инъекционного инструментария очень высок; и (ii) потребители инъекционных наркотиков могут распространять ВИЧ (напр., в результате половых контактов) среди широких слоев населения.

Целью этого показателя является оценка прогресса в профилактике передачи ВИЧ половым путем.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование презервативом во время последнего полового контакта.

Числитель: Число респондентов, указавших на то, что во время последнего полового контакта использовался презерватив.

Знаменатель: Число респондентов, указавших на то, что они имели половые контакты за последний месяц.

21. Потребители инъекционных наркотиков: безопасная инъекционная практика

Более безопасная инъекционная и сексуальная практика среди потребителей инъекционных наркотиков имеет важнейшее значение, даже в странах, где широко распространены другие пути передачи ВИЧ, поскольку: (i) риск передачи ВИЧ в результате использования зараженного инъекционного инструментария очень высок; и (ii) потребители инъекционных наркотиков могут распространять ВИЧ (напр., в результате половых контактов) среди широких слоев населения.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди потребителей

инъекционных наркотиков. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

Целью этого показателя является оценка прогресса в профилактике передачи ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков.

Числитель: Число респондентов, указавших на то, что они пользовались стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков.

Знаменатель: Число респондентов, указавших на то, что они употребляли инъекционные наркотики за последний месяц.

24. Лечение ВИЧ: выживаемость спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии

Одной из целей любой программы антиретровирусной терапии является увеличение показателя выживаемости среди инфицированных лиц. По мере расширения масштабов антиретровирусного лечения во всем мире важно также понимать, почему и в каком количестве люди выбывают из программ лечения. Эти данные могут быть использованы для того, чтобы продемонстрировать эффективность таких программ и указать факторы, препятствующие их расширению и усовершенствованию.

Целью этого показателя является оценка прогресса в увеличении продолжительности жизни инфицированных взрослых и детей за счет применения антиретровирусного лечения.

Определение и компоненты показателя

Определение: Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые продолжают курс лечения спустя 12 месяцев после начала антиретровирусного лечения.

Числитель: Число взрослых и детей, остающихся в живых и получающих антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала.

Знаменатель: Общее число взрослых и детей, которые начали курс АРТ и, как предполагалось, должны были достичь показателя в 12 месяцев в пределах отчетного периода, включая тех, кто умер после начала АРТ, тех, кто прекратил АРТ, и тех, кто был зарегистрирован, как потерянный для наблюдения, на отметке 12-й месяц.

Этот показатель был пересмотрен и сейчас отражает только минимальный уровень выживаемости. По этой причине данный показатель может отображать более низкий уровень выживаемости по сравнению с определением максимального уровня, в который не включаются лица, прекратившие АРВ-терапию, умершие или потерянные для наблюдения. В случаях, когда известно, что сообщенные значения данных не отражают это определение, эта информация приводится в сносках к таблицам в приложении.

Все анализы этого показателя, подготовленного для Глобального доклада, включая цитируемые цифры по странам, отражают числители, прошедшие процесс согласования в двух учреждениях (ЮНЭЙДС/ВОЗ).

Благодаря этому процессу согласования все учреждения представили одинаковые одобренные странами цифры, которые были самыми последними и отвечали определению минимальной выживаемости одной когорты в течение 12 месяцев. В случае расхождений между этими двумя учреждениями делалось все возможное, чтобы получить от страны подтверждение окончательного значения показателя. В случаях, когда это не представлялось возможным, значение показателя, сообщенное страной, приводится в сносках в Приложении 2.

Список стран, которые предоставили отчеты о ходе осуществления Декларации о приверженности (n=147)

Страны с высоким уровнем доходов

Антигуа и Барбуда
Барбадос
Багамские Острова
Кипр
Эстония
Израиль
Катар
Словения
Тринидад и Тобаго

Австралия
Бельгия
Канада
Швейцария
Германия
Испания
Финляндия
Соединенное Королевство
Великобритании и Северной Ирландии
Греция
Ирландия
Япония
Нидерланды
Новая Зеландия
Швеция

Карибский бассейн

Гаити
Куба
Доминиканская Республика
Ямайка
Доминика
Гренада
Сент-Китс и Невис
Сент-Люсия
Сент-Винсент и Гренадины

Восточная Азия

Монголия
Китай

Восточная Европа и Центральная Азия

Кыргызстан
Таджикистан
Узбекистан
Армения
Азербайджан
Босния и Герцеговина
Беларусь
Грузия
Молдова
Украина
Болгария
Хорватия
Казахстан
Литва
Латвия
Румыния
Российская Федерация

Латинская Америка

Боливия
Колумбия
Эквадор
Гватемала
Гайана
Гондурас
Никарагуа
Перу
Парагвай
Суринам
Сальвадор
Аргентина
Бразилия
Белиз
Чили
Коста-Рика
Мексика
Панама
Уругвай

Северная Африка и Ближний Восток

Судан
Алжир
Иордания
Марокко
Тунис
Ливан
Турция

Океания

Папуа-Новая Гвинея
Фиджи
Микронезия, Федеративные
Штаты
Маршалловы Острова
Тувалу
Палау

Южная и Юго-Восточная Азия

Афганистан
Бангладеш
Индия
Камбоджа
Лаосская Народно-
Демократическая Республика
Непал
Пакистан
Вьетнам

Индонезия
Иран, Исламская Республика
Шри-Ланка
Филиппины
Таиланд
Малайзия

Африка к югу от Сахары

Буркина-Фасо
Бурунди
Бенин
Демократическая Республика
Конго
Центральноафриканская
Республика
Кот-д'Ивуар
Эритрея
Эфиопия
Гана
Гамбия
Гвинея
Гвинея-Биссау
Кения
Коморские Острова
Мадагаскар
Мали
Мавритания
Малави
Мозамбик
Нигер
Нигерия
Руанда
Сьерра-Леоне
Сенегал
Сомали
Сан-Томе и Принсипе
Чад
Того
Объединенная Республика
Танзания
Уганда
Замбия
Зимбабве
Ангола
Республика Конго
Камерун
Кабо-Верде
Лесото
Намибия
Свазиленд

Ботсвана
Габон
Маврикий
Сейшельские Острова
Южная Африка

Западная и Центральная Европа

Албания
Бывшая югославская
Республика Македония
Венгрия
Черногория
Польша
Сербия

Показатель ССГАООН 1. Страновые отчеты о внутренних и международных расходах в связи со СПИДом в разбивке по категориям услуг и источникам финансирования.

Регион/Страна, приславшая отчет	Год расходов	Общая сумма внутренних государствен- ных и меж- дународных расходов, в миллионах долларов США	Доля расходов по источникам финансирования					Всего расходов в связи с ВИЧ по отдельным видам услуг		
			Внутренние государ- ственные (%)	Международные			Всего на про- филактику	Коммуника- ция с целью социальных или пове- денческих изменений	Доброволь- ное консуль- тирование и тестирование	
				Двусто- ронние доноры (%)	Многосторонние доноры					Все другие международ- ные или не указанные источники (%)
					Глобаль- ный фонд (%)	ООН и другие мно- госторонние доноры (%)				
Карибский бассейн										
Антигуа и Барбуда	2006	\$0.157	65.9%	25.4%	8.7%	0.0%	0.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Антигуа и Барбуда ¹	2007	\$0.160	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Аруба ¹	2005	\$0.010	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Аруба ¹	2006	\$0.010	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Аруба ¹	2007	\$0.010	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Багамские Острова ¹	2006	\$2.145	71.6%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	28.4%	\$0.005	НП/НС	НП/НС
Барбадос ¹	2006	\$7.073	98.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	2.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Куба	2007	\$41.927	80.9%	0.0%	19.1%	0.0%	0.0%	\$6.385	\$5.584	\$0.801
Доминиканская Республика ¹	2007	\$13.737	44.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	56.0%	\$4.121	НП/НС	НП/НС
Гренада ¹	2006	\$1.050	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Гаити	2006	\$70.284	0.6%	67.3%	24.0%	6.50%	1.55%	\$12.597	\$1.882	\$3.427
Ямайка	2005	\$11.306	54.5%	5.8%	39.7%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Ямайка	2006	\$10.362	65.9%	5.2%	28.9%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Ямайка	2007	\$14.749	62.5%	2.0%	35.5%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Сент-Люсия	2006	\$1.000	21.4%	0.0%	7.8%	46.7%	24.10%	\$0.604	\$0.105	\$0.014
Сент-Люсия	2007	\$0.772	21.6%	0.0%	13.9%	64.6%	0.0%	\$0.446	\$0.202	\$0.042
Тринидад и Тобаго	2006	\$12.148	95.6%	0.0%	0.0%	4.4%	0.0%	\$5.626	\$3.218	\$0.118
Теркс и Кайкос	2006	\$0.958	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Теркс и Кайкос	2007	\$1.109	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Восточная Азия										
Китай	2006	\$138.927	77.1%	4.6%	17.5%	0.8%	0.0%	\$0.927	\$0.927	НП/НС
Китай ²	2007	\$124.116	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$48.078	\$46.392	\$0.897
Япония	2006	\$68.135	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$4.130	НП/НС	НП/НС
Монголия	2007	\$3.377	7.3%	23.6%	36.0%	19.2%	14.0%	\$1.946	\$0.179	\$0.184
Восточная Европа и Центральная Азия										
Армения	2007	\$2.476	16.2%	7.3%	55.7%	20.8%	0.0%	\$1.296	\$0.101	\$0.197
Азербайджан	2007	\$2.220	65.7%	0.0%	34.3%	НП/НС	0.0%	\$0.851	НП/НС	\$0.851
Беларусь	2006	\$13.133	68.19%	0.0%	28.53%	2.25%	1.03%	\$9.745	\$0.491	\$0.977
Болгария	2005	\$7.778	35.40%	0.0%	57.71%	6.89%	0.0%	\$3.758	\$0.336	\$0.627
Болгария	2006	\$6.604	48.8%	0.0%	43.0%	8.2%	0.0%	\$3.114	\$0.440	\$0.491
Болгария	2007	\$6.659	50.8%	0.0%	43.4%	5.9%	0.0%	\$2.877	\$0.418	\$0.552
Хорватия	2006	\$8.424	73.8%	0.0%	23.0%	2.3%	0.9%	\$3.743	НП/НС	\$0.442
Грузия	2006	\$5.263	10.9%	19.3%	56.5%	13.3%	0.0%	\$2.563	\$0.058	\$0.066
Казахстан	2007	\$17.959	70.0%	1.3%	27.3%	0.6%	0.7%	\$3.392	\$0.111	НП/НС
Кыргызстан	2006	\$7.917	8.8%	8.7%	38.7%	43.8%	0.0%	\$6.469	\$0.049	\$0.088

Показатель ССГАОН 1. Страновые отчеты о внутренних и международных расходах в связи со СПИДом в разбивке по категориям услуг и источникам финансирования.

Общие расходы на ВИЧ в по отдельным видам услуг (млн.долл.США)

Профилактика			Уход и лечение		Сироты и другие уязвимые дети	Поддержка программ			Другие расходы в связи с ВИЧ
Программы для секс-работников и их клиентов, для МСМ, и программы снижения вреда для ПИН	Социальный маркетинг презервативов, распространение презервативов государственными службами, и женские презервативы	Профилактика передачи вируса от матери ребенку	Всего на уход и лечение	Антиретровирусная терапия		Всего на поддержку программ и управления	Управление, планирование и координация программ	Мониторинг и оценка ⁴	
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$0.704	\$0.408	НП/НС	\$0.145	\$0.115	\$0.001	\$1.290
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$32.604	\$11.314	НП/НС	\$0.176	\$0.176	НП/НС	\$2.762
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$3.434	НП/НС	НП/НС	\$2.473	НП/НС	НП/НС	\$3.709
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
\$0.914	\$0.818	\$3.288	\$31.192	\$13.910	\$2.450	\$20.286	\$10.159	\$4.639	\$3.759
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
\$0.001	\$0.103	\$0.010	\$0.066	\$0.015	\$0.052	\$0.080	\$0.048	\$0.025	\$0.198
\$0.005	\$0.050	\$0.001	\$0.077	\$0.029	\$0.075	\$0.139	\$0.051	\$0.086	\$0.036
\$0.651	\$0.170	\$0.113	\$3.989	\$1.184	\$0.131	\$1.778	\$1.405	\$0.054	\$0.624
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$1.012	НП/НС	\$0.505	\$7.300	\$4.781	\$2.329	\$129.153
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$56.583	\$43.669	НП/НС	\$17.362	\$0.947	\$4.502	\$2.093
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$9.389	НП/НС	НП/НС	\$17.398	НП/НС	НП/НС	\$37.218
\$0.312	\$0.291	\$0.076	\$0.205	\$0.010	\$0.016	\$0.801	\$0.453	\$0.198	\$0.409
\$0.154	\$0.016	\$0.045	\$0.392	\$0.098	\$0.004	\$0.287	\$0.188	\$0.099	\$0.498
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$0.500	\$0.417	НП/НС	\$0.411	\$0.411	НП/НС	\$0.458
НП/НС	\$0.233	\$0.366	\$1.443	\$0.823	\$0.084	\$0.854	\$0.233	\$0.221	\$1.007
\$0.842	НП/НС	НП/НС	\$2.689	\$1.614	НП/НС	\$0.561	\$0.337	\$0.135	\$0.770
\$0.588	\$0.122	НП/НС	\$2.585	\$1.955	НП/НС	\$0.363	\$0.218	\$0.087	\$0.543
\$0.597	НП/НС	НП/НС	\$2.932	\$2.025	НП/НС	\$0.348	\$0.209	\$0.084	\$0.501
\$0.509	НП/НС	НП/НС	\$4.354	НП/НС	НП/НС	\$0.328	\$0.125	\$0.080	НП/НС
\$1.025	\$0.079	\$0.225	\$0.839	\$0.552	НП/НС	\$1.036	\$0.206	\$0.088	\$0.824
\$0.030	\$0.899	НП/НС	\$2.400	\$2.066	НП/НС	\$11.850	\$0.158	\$0.181	\$0.317
\$0.610	\$0.016	НП/НС	\$0.847	\$0.169	\$0.033	\$0.470	\$0.355	\$0.030	\$0.098

Показатель ССГАООН 1. Страновые отчеты о внутренних и международных расходах в связи со СПИДом в разбивке по категориям услуг и источникам финансирования.

Регион/Страна, приславшая отчет	Год расходов	Общая сумма внутренних государственных и международных расходов, в миллионах долларов США	Доля расходов по источникам финансирования					Всего расходов в связи с ВИЧ по отдельным видам услуг		
			Внутренние государственные (%)	Международные			Все другие международные или не указанные источники (%)	Профилактика		
				Двусторонние доноры (%)	Многосторонние доноры	ООН и другие многосторонние доноры (%)		Всего на профилактику	Коммуникация с целью социальных или поведенческих изменений	Добровольное консультирование и тестирование
Латвия ¹	2006	\$5.748	98.7%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	1.3%	\$0.996	\$0.032	\$0.186
Республика Молдова	2007	\$8.186	26.9%	19.0%	17.1%	31.9%	5.1%	\$6.292	\$0.903	\$0.325
Румыния	2006	\$76.088	93.1%	0.0%	5.4%	1.4%	0.0%	\$5.239	НП/НС	НП/НС
Российская Федерация ¹	2006	\$304.835	83.4%	0.0%	11.6%	0.3%	4.7%	\$61.749	НП/НС	НП/НС
Таджикистан	2006	\$5.211	5.7%	19.4%	36.6%	19.8%	18.5%	\$2.509	\$0.173	\$0.140
Украина	2005	\$39.414	42.9%	17.1%	32.9%	5.5%	1.7%	\$7.442	\$0.025	\$0.373
Украина	2006	\$55.417	50.8%	8.2%	36.3%	3.1%	1.6%	\$17.067	\$0.197	\$0.715
Латинская Америка										
Аргентина	2006	\$149.527	96.7%	0.1%	2.9%	0.2%	0.2%	\$24.855	\$2.141	\$3.011
Боливия	2005	\$1.833	9.6%	44.7%	21.4%	НП/НС	24.2%	\$0.918	\$0.182	НП/НС
Боливия	2006	\$4.025	9.1%	16.6%	51.6%	3.0%	19.8%	\$1.242	\$0.228	НП/НС
Боливия	2007	\$3.183	16.9%	40.7%	16.5%	5.7%	20.1%	\$1.252	\$0.209	НП/НС
Бразилия ¹	2006	\$565.186	99.5%	0.1%	0.0%	0.3%	0.0%	\$34.159	\$9.903	\$2.455
Чили	2005	\$54.070	83.6%	0.0%	16.4%	0.0%	0.0%	\$9.472	\$0.555	\$0.430
Колумбия	2006	\$97.645	98.91%	0.0%	0.92%	0.14%	0.0%	\$34.662	\$2.799	\$0.031
Коста-Рика	2006	\$11.271	89.6%	0.0%	9.1%	0.8%	0.6%	\$3.418	\$0.707	НП/НС
Эквадор ¹	2005	\$2.951	88.9%	0.0%	4.2%	6.8%	0.0%	\$0.545	\$0.013	\$0.250
Эквадор ¹	2006	\$10.209	31.9%	0.0%	61.8%	4.6%	1.7%	\$2.942	\$0.052	\$0.489
Эквадор ¹	2007	\$7.473	42.8%	0.0%	38.6%	3.7%	14.8%	\$2.413	\$0.022	\$0.435
Сальвадор	2006	\$33.128	82.0%	1.3%	8.4%	7.7%	0.6%	\$9.691	\$1.483	\$1.135
Гватемала ¹	2005	\$19.142	66.4%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	33.6%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Гватемала ¹	2006	\$18.957	65.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	35.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Гондурас	2006	\$14.354	28.9%	23.5%	28.5%	4.4%	14.5%	\$6.183	\$0.430	\$0.943
Мексика ¹	2005	\$176.052	99.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.7%	\$40.663	\$0.291	\$2.950
Панама	2006	\$14.164	97.3%	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%	\$0.438	НП/НС	\$0.038
Парагвай	2006	\$1.018	75.5%	0.0%	0.0%	17.2%	7.3%	\$0.234	НП/НС	\$0.111
Парагвай	2007	\$2.326	47.8%	0.0%	31.2%	11.2%	9.7%	\$0.796	НП/НС	\$0.154
Перу	2005	\$21.875	41.33%	6.63%	34.06%	2.86%	15.12%	\$5.115	\$0.063	НП/НС
Перу	2006	\$32.387	41.07%	1.72%	32.0%	1.74%	23.47%	\$4.769	\$0.197	НП/НС
Перу	2007	\$28.008	44.5%	3.6%	21.8%	4.4%	25.7%	\$9.060	\$0.978	НП/НС
Уругвай ¹	2005	\$6.245	94.9%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	5.1%	\$0.770	\$0.030	\$0.162
Уругвай ¹	2006	\$5.731	93.3%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	6.7%	\$0.852	\$0.081	\$0.168
Ближний Восток и Северная Африка										
Алжир	2006	\$3.674	30.9%	0.0%	65.2%	3.9%	0.0%	\$1.561	\$0.038	\$0.046
Иордания	2007	\$2.697	5.1%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	94.9%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Ливан	2007	\$2.735	30.5%	36.2%	0.0%	17.1%	16.2%	\$1.445	\$0.050	\$0.055

Показатель ССГАОН 1. Страновые отчеты о внутренних и международных расходах в связи со СПИДом в разбивке по категориям услуг и источникам финансирования.

Общие расходы на ВИЧ в по отдельным видам услуг (млн.долл.США)

Профилактика			Уход и лечение		Сироты и другие уязвимые дети	Поддержка программ			Другие расходы в связи с ВИЧ
Программы для секс-работников и их клиентов, для МСМ, и программы снижения вреда для ПИН	Социальный маркетинг презервативов, распространение презервативов государственными и коммерческими службами, и женские презервативы	Профилактика передачи вируса от матери ребенку	Всего на уход и лечение	Антиретровирусная терапия		Всего на поддержку программ и управления	Управление, планирование и координация программ	Мониторинг и оценка ⁴	
\$0.338	НП/НС	\$0.028	\$4.400	\$4.400	НП/НС	\$0.352	\$0.352	НП/НС	НП/НС
\$0.332	НП/НС	\$0.231	\$0.680	\$0.456	НП/НС	\$1.137	\$0.185	\$0.337	\$0.078
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$57.796	НП/НС	НП/НС	\$0.322	НП/НС	НП/НС	\$12.732
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$96.798	НП/НС	\$32.610	\$18.636	НП/НС	НП/НС	\$95.041
\$0.285	\$0.105	\$0.030	\$0.144	\$0.114	\$0.020	\$0.335	\$0.144	\$0.095	\$2.203
\$3.174	НП/НС	\$0.837	\$15.751	\$2.416	\$0.952	\$7.678	\$3.342	\$0.991	\$7.591
\$7.267	НП/НС	\$0.529	\$23.289	\$5.352	\$0.901	\$10.434	\$2.675	\$0.356	\$3.727
\$0.544	\$1.034	\$4.842	\$107.280	\$58.897	\$1.272	\$6.915	\$1.682	\$0.659	\$9.206
\$0.006	\$0.004	\$0.001	\$0.483	\$0.247	НП/НС	\$0.266	\$0.102	\$0.038	\$0.166
\$0.002	\$0.002	\$0.004	\$1.881	\$1.664	НП/НС	\$0.653	\$0.239	\$0.100	\$0.248
\$0.028	\$0.044	\$0.001	\$0.766	\$0.450	НП/НС	\$0.868	\$0.526	\$0.090	\$0.297
\$0.405	\$7.440	\$5.155	\$470.055	\$438.384	\$0.148	\$25.403	\$19.971	\$4.899	\$35.420
\$0.108	\$0.983	\$1.919	\$40.429	\$36.318	НП/НС	\$2.204	\$1.554	\$0.276	\$1.966
НП/НС	\$6.967	\$2.132	\$62.074	\$36.541	\$0.035	\$0.774	\$0.774	НП/НС	\$0.100
НП/НС	\$0.080	НП/НС	\$7.681	\$4.141	\$0.057	\$0.072	НП/НС	\$0.011	\$0.042
НП/НС	НП/НС	\$0.011	\$1.661	\$1.468	\$0.019	\$0.534	\$0.033	НП/НС	\$0.191
НП/НС	\$0.027	\$0.534	\$3.986	\$1.932	\$0.003	\$1.201	\$0.095	\$0.102	\$2.078
\$0.013	\$0.283	\$0.188	\$3.125	\$2.358	НП/НС	\$0.376	\$0.118	\$0.146	\$1.559
\$0.055	\$1.450	\$1.019	\$20.867	\$7.551	\$0.399	\$1.024	\$0.510	\$0.335	\$1.147
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
\$0.499	\$0.305	\$0.420	\$4.204	\$2.420	\$0.030	\$3.687	\$1.659	\$1.145	\$0.250
\$5.227	\$3.369	\$4.472	\$122.333	\$103.396	\$0.036	\$12.404	\$3.737	\$1.149	\$0.615
\$0.073	НП/НС	\$0.011	\$13.425	\$13.422	\$0.012	\$0.206	\$0.071	НП/НС	\$0.083
НП/НС	\$0.020	\$0.059	\$0.481	\$0.163	НП/НС	\$0.009	\$0.005	\$0.004	\$0.294
\$0.088	\$0.036	\$0.091	\$0.683	\$0.374	НП/НС	\$0.168	\$0.045	\$0.063	\$0.679
\$1.128	\$0.808	\$0.555	\$13.168	\$7.806	НП/НС	\$0.543	\$0.311	\$0.225	\$3.049
\$0.798	\$0.763	\$0.970	\$20.738	\$13.858	НП/НС	\$0.688	\$0.286	\$0.378	\$6.192
\$1.935	\$1.781	\$1.428	\$12.448	\$3.163	\$0.090	\$0.948	\$0.491	\$0.436	\$5.461
\$0.042	\$0.079	\$0.073	\$4.237	\$3.816	НП/НС	\$0.135	НП/НС	\$0.014	\$1.103
\$0.037	\$0.069	\$0.052	\$3.549	\$3.074	НП/НС	\$0.196	НП/НС	\$0.015	\$1.135
\$0.088	\$0.407	\$0.027	\$1.578	\$1.044	НП/НС	\$0.206	НП/НС	\$0.172	\$0.329
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
\$0.298	\$0.029	НП/НС	\$0.850	\$0.820	НП/НС	\$0.243	\$0.163	\$0.080	\$0.197

Показатель ССГАООН 1. Страновые отчеты о внутренних и международных расходах в связи со СПИДом в разбивке по категориям услуг и источникам финансирования.

Регион/Страна, приславшая отчет	Год расходов	Общая сумма внутренних государствен- ных и меж- дународных расходов, в миллионах долларов США	Доля расходов по источникам финансирования					Всего расходов в связи с ВИЧ по отдельным видам услуг		
			Внутренние государ- ственные (%)	Международные			Всего на про- филактику	Коммуника- ция с целью социальных или пове- денческих изменений	Доброволь- ное консуль- тирование и тестирование	
				Двусто- ронние доноры (%)	Многосторонние доноры					
					Глобаль- ный фонд (%)	ООН и другие мно- госторонние доноры (%)	Все другие международ- ные или не указанные источники (%)			
Марокко	2006	\$6.900	33.0%	9.8%	32.5%	11.9%	12.8%	\$2.996	НП/НС	НП/НС
Марокко	2007	\$8.833	30.5%	3.4%	54.5%	8.4%	3.2%	\$4.147	НП/НС	НП/НС
Северный Судан ¹	2007	\$15.985	8.8%	0.0%	57.9%	33.4%	0.0%	\$8.923	\$1.024	\$0.731
Южный Судан ¹	2006	\$0.260	НП/НС	НП/НС	НП/НС	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Южный Судан ¹	2007	\$1.313	НП/НС	НП/НС	НП/НС	100.0%	НП/НС	\$0.518	\$0.259	\$0.152
Турция ¹	2006	\$54.175	92.3%	0.0%	3.2%	4.6%	0.0%	\$27.657	\$0.145	\$0.055
Турция ¹	2007	\$56.472	89.3%	0.0%	3.5%	7.2%	0.0%	\$25.265	\$0.087	\$0.089
Океания										
Австралия	2006	\$101.415	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$1.898	\$0.079	НП/НС
Маршалловы Острова	2007	\$0.123	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Палау	2007	\$0.333	16.4%	0.0%	10.7%	0.0%	72.9%	\$0.148	\$0.005	\$0.026
Южная и Юго-Восточная Азия										
Камбоджа	2006	\$44.179	13.7%	42.5%	21.5%	19.2%	3.2%	\$19.948	\$0.685	\$2.587
Индонезия	2006	\$56.577	26.6%	47.7%	18.5%	7.2%	0.0%	\$23.180	\$3.765	\$0.128
Исламская Республика Иран	2006	\$32.778	90.8%	0.0%	5.9%	3.3%	0.0%	\$20.483	НП/НС	НП/НС
Лаосская Народно- Демократическая Республика ¹	2006	\$4.676	0.5%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	99.5%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Лаосская Народно- Демократическая Республика ¹	2007	\$5.824	0.4%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	99.6%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Непал ¹	2006	\$8.897	2.4%	46.5%	12.7%	14.4%	24.0%	\$6.120	\$0.289	\$0.281
Пакистан	2007	\$5.077	36.1%	0.0%	0.0%	59.8%	4.1%	\$3.597	НП/НС	НП/НС
Филиппины	2005	\$6.842	18.9%	35.6%	28.7%	15.2%	1.7%	\$3.187	\$0.566	\$0.064
Филиппины	2006	\$7.686	34.6%	40.8%	8.0%	15.5%	1.0%	\$4.936	\$2.362	\$0.085
Шри-Ланка	2007	\$1.706	99.4%	0.0%	НП/НС	0.6%	0.0%	\$0.011	НП/НС	НП/НС
Таиланд	2007	\$199.645	82.7%	0.5%	16.0%	0.8%	0.0%	\$28.186	\$0.188	\$5.497
Вьетнам ¹	2006	\$47.156	10.5%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	89.5%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Африка к югу от Сахары										
Ангола ¹	2006	\$27.724	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Ангола ¹	2007	\$47.494	82.14%	0.0%	5.87%	8.21%	3.78%	\$23.687	\$5.270	НП/НС
Бенин ¹	2006	\$25.931	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Бенин ¹	2007	\$25.992	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Ботсвана ¹	2005	\$206.939	79.8%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	20.2%	\$28.346	\$5.576	\$8.062
Ботсвана	2006	\$143.406	91.3%	8.1%	0.3%	НП/НС	0.4%	\$9.853	\$0.208	\$0.324
Ботсвана	2007	\$229.458	88.8%	10.5%	0.2%	НП/НС	0.4%	\$15.995	\$0.404	\$0.162

Показатель ССГАОН 1. Страновые отчеты о внутренних и международных расходах в связи со СПИДом в разбивке по категориям услуг и источникам финансирования.

Общие расходы на ВИЧ в по отдельным видам услуг (млн.долл.США)

Профилактика			Уход и лечение		Сироты и другие уязвимые дети	Поддержка программ			Другие расходы в связи с ВИЧ
Программы для секс-работников и их клиентов, для MSM, и программы снижения вреда для ПИН	Социальный маркетинг презервативов, распространение презервативов государственными службами, и женские презервативы	Профилактика передачи вируса от матери ребенку	Всего на уход и лечение	Антиретровирусная терапия		Всего на поддержку программ и управления	Управление, планирование и координация программ	Мониторинг и оценка ⁴	
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$2.673	НП/НС	НП/НС	\$0.518	НП/НС	НП/НС	\$0.713
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$3.644	НП/НС	НП/НС	\$0.708	НП/НС	НП/НС	\$0.334
НП/НС	\$0.792	\$0.243	\$1.479	\$1.351	\$0.095	\$4.306	\$3.469	\$0.508	\$1.182
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$0.060	\$0.100	\$0.100	НП/НС	\$0.100
НП/НС	НП/НС	\$0.051	\$0.234	\$0.200	\$0.100	\$0.220	\$0.150	\$0.070	\$0.240
\$0.816	\$0.085	\$0.015	\$25.085	\$6.500	\$0.070	\$1.102	\$0.332	\$0.770	\$0.261
\$0.878	НП/НС	\$0.040	\$27.429	\$8.012	\$0.200	\$1.175	\$0.356	\$0.750	\$2.003
\$1.345	НП/НС	НП/НС	\$93.003	\$93.003	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$6.514
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	\$0.015	\$0.021	\$0.016	\$0.009	НП/НС	\$0.117	\$0.074	\$0.032	\$0.053
\$0.626	\$4.381	НП/НС	\$9.603	\$2.708	\$2.019	\$8.826	\$4.494	\$4.230	\$3.784
\$0.143	\$0.260	\$0.022	\$14.074	\$0.092	\$0.046	\$12.161	\$0.941	\$0.361	\$7.116
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$2.944	НП/НС	НП/НС	\$4.509	НП/НС	НП/НС	\$4.843
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
\$2.227	\$1.326	НП/НС	\$1.122	\$0.013	\$0.022	\$0.962	\$0.460	\$0.336	\$0.671
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$0.046	НП/НС	\$0.149	\$0.412	НП/НС	НП/НС	\$0.873
\$1.331	\$0.360	НП/НС	\$0.550	\$0.394	\$0.011	\$2.109	\$0.782	\$1.135	\$0.985
\$1.531	\$0.003	\$0.062	\$0.123	\$0.008	\$0.023	\$1.814	\$0.832	\$0.883	\$0.791
\$0.001	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$1.695
\$1.029	\$2.529	\$3.542	\$143.334	\$93.625	\$3.006	\$19.449	\$10.991	\$5.896	\$5.669
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	\$1.700	\$17.095	\$6.225	НП/НС	\$1.529	\$1.529	НП/НС	\$5.183
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	\$4.538	\$6.745	\$102.796	\$38.741	\$39.698	\$27.991	\$24.542	\$2.237	\$8.108
НП/НС	\$0.052	\$4.305	\$90.978	\$33.150	\$29.367	\$13.007	\$1.695	\$0.457	\$0.202
НП/НС	\$0.017	\$8.704	\$140.364	\$44.482	\$51.442	\$20.762	\$2.498	\$1.321	\$0.895

Показатель ССГАООН 1. Страновые отчеты о внутренних и международных расходах в связи со СПИДом в разбивке по категориям услуг и источникам финансирования.

Регион/Страна, приславшая отчет	Год расходов	Общая сумма внутренних государственных и международных расходов, в миллионах долларов США	Доля расходов по источникам финансирования					Всего расходов в связи с ВИЧ по отдельным видам услуг		
			Внутренние государственные (%)	Международные			Все другие международные или не указанные источники (%)	Профилактика		
				Двусторонние доноры (%)	Многосторонние доноры	ООН и другие многосторонние доноры (%)		Всего на профилактику	Коммуникация с целью социальных или поведенческих изменений	Добровольное консультирование и тестирование
					Глобальный фонд (%)					
Буркина-Фасо	2006	\$43.275	22.3%	32.3%	6.7%	29.3%	9.4%	\$12.251	\$0.125	\$1.196
Камерун ¹	2005	\$43.174	10.2%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	89.8%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Камерун ¹	2006	\$33.938	17.7%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	82.3%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Камерун ¹	2007	\$37.826	25.4%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	74.6%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Кабо-Верде ¹	2006	\$0.800	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$0.209	НП/НС	НП/НС
Кабо-Верде ¹	2007	\$1.791	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$0.856	\$0.242	НП/НС
Центральноафриканская Республика	2006	\$14.694	4.3%	0.0%	13.4%	69.2%	13.1%	\$2.032	НП/НС	НП/НС
Чад ¹	2006	\$1.733	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Чад ¹	2007	\$5.108	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Коморские Острова ¹	2007	\$0.150	100.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Конго	2007	\$16.151	31.1%	7.6%	29.1%	32.2%	0.0%	\$5.329	НП/НС	\$0.563
Кот-д'Ивуар	2005	\$15.723	26.5%	37.6%	2.4%	26.8%	6.6%	\$3.998	\$0.037	\$0.354
Кот-д'Ивуар	2006	\$39.130	12.0%	26.9%	0.8%	55.1%	5.2%	\$9.174	\$0.169	\$0.907
Конго, Демократическая Республика ¹	2006	\$41.033	НП/НС	29.7%	25.0%	39.0%	6.3%	\$11.896	\$1.110	\$1.483
Эритрея	2005	\$15.412	4.1%	4.3%	23.4%	68.2%	0.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Эритрея	2006	\$7.183	9.7%	0.0%	66.4%	23.9%	0.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Эритрея	2007	\$7.793	9.7%	0.0%	50.6%	39.7%	0.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Габон	2007	\$9.691	58.9%	0.3%	25.4%	11.5%	3.9%	\$3.489	НП/НС	НП/НС
Гамбия	2007	\$16.931	92.7%	0.0%	7.3%	НП/НС	0.0%	\$16.023	\$0.007	\$0.200
Гана	2006	\$22.982	21.4%	7.9%	39.6%	2.3%	28.8%	\$7.198	\$3.659	\$0.454
Гвинея-Бисау	2006	\$2.859	0.0%	2.9%	24.2%	69.8%	3.1%	\$0.183	НП/НС	НП/НС
Гвинея-Бисау	2007	\$2.800	0.0%	7.3%	25.6%	63.7%	3.4%	\$0.490	НП/НС	НП/НС
Лесото	2006	\$24.436	18.7%	28.5%	14.5%	30.3%	7.9%	\$3.170	\$0.224	\$1.962
Мадагаскар	2007	\$16.823	18.2%	14.0%	32.9%	34.9%	0.0%	\$10.407	НП/НС	НП/НС
Малави ¹	2005	\$56.491	32.3%	0.0%	8.1%	НП/НС	59.5%	\$5.758	\$0.675	\$0.618
Мали	2006	\$26.773	32.3%	28.7%	22.2%	3.8%	13.0%	\$11.740	\$1.156	\$0.069
Маврикий	2006	\$1.501	70.7%	0.0%	0.0%	29.3%	0.0%	\$0.506	\$0.008	\$0.045
Мозамбик	2005	\$58.246	19.8%	41.5%	0.0%	30.9%	7.7%	\$26.236	\$3.594	\$2.177
Мозамбик	2006	\$95.505	15.0%	46.8%	0.7%	31.4%	6.2%	\$31.555	\$4.811	\$2.413
Намибия ¹	2005	\$79.122	48.73%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	51.27%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Намибия ¹	2007	\$130.500	50.80%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	49.20%	\$18.639	НП/НС	НП/НС
Нигер	2006	\$21.632	52.4%	6.6%	14.9%	26.0%	0.0%	\$21.632	\$19.982	\$0.002
Нигерия ³	2006	\$19.141	56.2%	0.3%	28.9%	14.6%	0.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Нигерия ³	2007	\$19.141	56.2%	0.3%	28.9%	14.6%	0.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС

Показатель ССГАОН 1. Страновые отчеты о внутренних и международных расходах в связи со СПИДом в разбивке по категориям услуг и источникам финансирования.

Общие расходы на ВИЧ в по отдельным видам услуг (млн.долл.США)

Профилактика			Уход и лечение		Сироты и другие уязвимые дети	Поддержка программ			Другие расходы в связи с ВИЧ
Программы для секс-работников и их клиентов, для MSM, и программы снижения вреда для ПИН	Социальный маркетинг презервативов, распространение презервативов государственными службами, и женские презервативы	Профилактика передачи вируса от матери ребенку	Всего на уход и лечение	Антиретровирусная терапия		Всего на поддержку программ и управления	Управление, планирование и координация программ	Мониторинг и оценка ⁴	
\$0.207	\$2.692	\$2.058	\$14.323	\$7.916	\$1.931	\$9.345	\$4.726	\$4.619	\$5.425
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$0.590	\$0.465	\$0.125	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$0.254	НП/НС	\$0.016	\$0.665	\$0.588	\$0.077	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$5.596	НП/НС	\$4.858	\$1.217	НП/НС	НП/НС	\$0.990
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
\$0.009	\$1.456	\$0.326	\$5.607	\$4.967	\$0.626	\$4.524	\$3.733	\$0.187	\$0.066
\$0.005	\$2.623	\$0.591	\$5.968	НП/НС	\$2.141	\$2.323	\$1.895	\$0.428	\$1.291
\$0.004	\$3.462	\$2.191	\$22.502	\$1.873	\$2.815	\$3.027	\$2.026	\$0.715	\$1.611
\$0.018	\$1.619	\$0.805	\$9.026	\$4.018	\$4.271	\$13.065	\$9.142	\$2.019	\$2.775
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
\$0.004	\$0.195	НП/НС	\$2.544	\$1.828	\$0.708	\$2.468	\$0.423	\$0.523	\$0.481
НП/НС	\$0.116	\$0.191	\$0.062	НП/НС	\$0.077	\$0.145	\$0.006	\$0.116	\$0.625
\$0.017	\$0.768	НП/НС	\$15.784	\$4.297	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$0.246	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$2.430
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$1.160	НП/НС	\$0.006	НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$1.144
НП/НС	\$0.225	\$0.291	\$4.834	\$1.192	\$3.967	\$5.180	\$3.143	\$0.443	\$7.286
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$0.323	НП/НС	\$0.199	\$4.023	НП/НС	НП/НС	\$1.872
НП/НС	\$0.125	\$0.021	\$27.490	НП/НС	\$1.009	\$5.523	\$2.614	\$0.821	\$16.712
\$0.340	\$0.170	\$0.222	\$3.022	\$1.331	\$0.820	\$6.327	\$2.627	\$0.515	\$4.864
\$0.166	НП/НС	\$0.023	\$0.304	\$0.304	\$0.456	\$0.198	\$0.184	\$0.014	\$0.037
\$0.305	\$2.488	\$2.558	\$12.939	\$6.718	\$4.101	\$10.509	\$8.799	\$1.491	\$4.460
\$0.140	\$2.627	\$4.935	\$35.489	\$19.422	\$7.273	\$14.573	\$10.561	\$2.145	\$6.616
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$74.574	НП/НС	НП/НС	\$14.871	НП/НС	НП/НС	\$22.416
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС

Показатель ССГАООН 1. Страновые отчеты о внутренних и международных расходах в связи со СПИДом в разбивке по категориям услуг и источникам финансирования.

Регион/Страна, приславшая отчет	Год расходов	Общая сумма внутренних государственных и международных расходов, в миллионах долларов США	Доля расходов по источникам финансирования					Всего расходов в связи с ВИЧ по отдельным видам услуг		
			Внутренние государственные (%)	Международные			Все другие международные или не указанные источники (%)	Профилактика		
				Двусторонние доноры (%)	Многосторонние доноры	ООН и другие многосторонние доноры (%)		Всего на профилактику	Коммуникация с целью социальных или поведенческих изменений	Добровольное консультирование и тестирование
				Глобальный фонд (%)						
Руанда	2006	\$84.742	5.1%	0.0%	15.3%	17.3%	62.3%	\$20.651	\$4.002	\$4.656
Сенегал ¹	2006	\$11.935	48.5%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	51.5%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Сенегал ¹	2007	\$17.815	47.8%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	52.2%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Сейшельские Острова	2007	\$0.146	87.1%	0.0%	0.0%	12.9%	0.0%	\$0.146	НП/НС	НП/НС
Сьерра-Леоне ¹	2006	\$7.760	4.2%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	95.8%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Сьерра-Леоне ¹	2007	\$5.619	4.2%	НП/НС	НП/НС	НП/НС	95.8%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Сомали ¹	2006	\$12.203	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Сомали ¹	2007	\$9.812	НП/НС	0.0%	59.9%	36.2%	3.9%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Южная Африка	2006	\$575.680	74.0%	7.1%	14.0%	3.4%	1.5%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Южная Африка	2007	\$621.623	77.3%	4.0%	13.0%	3.2%	2.6%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Свазиленд	2006	\$49.113	39.8%	5.8%	31.0%	9.7%	13.6%	\$8.301	\$2.900	\$2.243
Танзания	2005	\$266.371	40.6%	7.1%	14.2%	3.1%	35.0%	\$82.399	\$1.295	\$4.961
Танзания ¹	2006	\$323.501	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Того	2006	\$8.435	11.9%	3.9%	65.2%	10.5%	8.5%	\$6.320	\$1.245	\$1.584
Того	2007	\$11.793	13.3%	4.4%	53.2%	11.8%	17.4%	\$8.632	\$1.790	\$1.688
Уганда	2005	\$202.419	6.1%	77.3%	4.4%	4.8%	7.4%	\$37.841	\$12.707	\$12.006
Замбия	2006	\$189.930	15.3%	60.9%	12.9%	7.0%	3.9%	\$47.062	\$5.118	\$8.254
Зимбабве ¹	2005	\$89.432	16.4%	71.9%	0.0%	11.7%	0.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Зимбабве ¹	2006	\$129.517	49.0%	32.4%	0.0%	18.6%	0.0%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Западная и Центральная Европа										
Албания	2005	\$2.377	46.7%	0.0%	0.0%	0.0%	53.3%	НП/НС	НП/НС	НП/НС
Польша	2007	\$42.786	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$4.400	\$0.271	\$0.154
Швейцария	2006	\$18.506	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$5.747	\$3.448	НП/НС
Бывшая югославская Республика Македония	2005	\$3.627	46.4%	0.0%	37.1%	13.24%	3.30%	\$2.939	\$0.173	\$0.281

Показатель ССГАООН 1. Страновые отчеты о внутренних и международных расходах в связи со СПИДом в разбивке по категориям услуг и источникам финансирования.

Общие расходы на ВИЧ в по отдельным видам услуг (млн.долл.США)

Профилактика			Уход и лечение		Сироты и другие уязвимые дети	Поддержка программ			Другие расходы в связи с ВИЧ
Программы для секс-работников и их клиентов, для MSM, и программы снижения вреда для ПИН	Социальный маркетинг презервативов, распространение презервативов государственными и коммерческими службами, и женские презервативы	Профилактика передачи вируса от матери ребенку	Всего на уход и лечение	Антиретровирусная терапия		Всего на поддержку программ и управления	Управление, планирование и координация программ	Мониторинг и оценка ⁴	
НП/НС	\$0.657	\$2.089	\$25.500	\$6.337	\$7.034	\$25.311	\$18.412	\$0.358	\$6.247
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	\$0.713	\$0.344	\$9.384	\$6.244	\$15.027	\$6.866	\$3.136	\$0.963	\$9.535
\$0.044	\$1.735	\$3.499	\$63.340	\$8.031	НП/НС	\$48.277	\$24.976	\$0.108	\$72.355
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
\$0.083	\$0.093	\$0.153	\$0.552	\$0.247	\$0.164	\$1.033	\$0.622	\$0.144	\$0.365
\$0.113	\$0.681	\$0.239	\$0.862	\$0.386	\$0.257	\$1.471	\$0.936	\$0.225	\$0.571
\$0.079	\$0.154	\$5.705	\$85.149	\$59.231	\$13.716	\$44.878	\$12.906	\$10.855	\$20.835
\$0.117	\$1.385	\$17.864	\$89.306	\$38.992	\$8.300	\$27.052	\$5.441	\$5.898	\$18.211
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС
\$2.881	НП/НС	\$0.709	\$38.022	\$36.650	\$0.013	\$0.019	НП/НС	\$0.017	\$0.332
НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	НП/НС	\$1.264	\$0.805	\$0.460	\$11.494
\$2.071	\$0.016	НП/НС	\$0.107	\$0.039	НП/НС	\$0.395	\$0.256	\$0.082	\$0.186

Примечания:

“НП / НС” означает, что данные либо “не применялись”, либо “не были сообщены”; иногда это означает, что расходы составили 0 долларов США или не были достаточно хорошо описаны с страновых отчетов.

В этом приложении представлены данные и разъяснения из страновых отчетов, полученных к 27 мая 2008 г.

¹ Эти цифры являются предварительными и в настоящее время анализируются в связи с необходимостью убедиться в их полноте, или в связи с отсутствием достаточного времени для уточнений, различиями в базовом периоде, или в связи с сообщениями из стран о том, что эти оценки пока неполные.

² За 2007 год данные о международных расходах в Китае отсутствовали, поэтому здесь представлены только данные о внутренних государственных расходах.

³ Нигерия прислала отчеты за 2 года (2006 и 2007). Таким образом, сумма расходов была поделена на 2, и данные были распределены поровну за каждый год.

⁴ Эта категория под заголовком "Мониторинг и оценка" включает оперативные исследования, серологический эпиднадзор, надзор над развитием устойчивости ВИЧ к лекарствам и информационные технологии.

Показатель ССГАООН 3.
 Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества

Страна (или территория)	Значение показателя ¹
Афганистан	39
Алжир	100
Антигуа и Барбуда	33
Аргентина	100
Армения	100
Австралия	100
Австрия	100 ²
Багамские Острова	100
Бахрейн	100 ²
Барбадос	100
Беларусь	100
Бельгия	100
Белиз	100
Бенин	99
Бутан	50 ²
Боливия	88
Босния и Герцеговина	0
Ботсвана	100
Болгария	100
Буркина-Фасо	66
Бурунди	100
Камбоджа	97
Канада	100
Кабо-Верде	61
Центральноафриканская Республика	76
Чад	100
Китай	100
Колумбия	100
Коморские Острова	100
Республика Конго	100
Коста-Рика	100
Кот-д'Ивуар	100
Хорватия	86
Куба	100
Кипр	100
Чешская Республика	100 ²
Конго, Демократическая Республика	47
Доминика	100

Показатель ССГАООН 3.
 Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества

Страна (или территория)	Значение показателя ¹
Доминиканская Республика	100
Эквадор	100
Сальвадор	100
Эритрея	100
Эстония	100
Эфиопия	100
Фиджи	100
Финляндия	100
Габон	100
Грузия	0
Германия	100
Гана	100
Гренада	91
Гватемала	100
Гвинея	53
Гвинея-Бисау	100
Гайана	100
Гаити	100
Гондурас	46
Венгрия	100
Индия	100
Иран, Исламская Республика	100
Ирландия	100
Израиль	100
Ямайка	100
Япония	100
Иордания	100
Казахстан	95
Кения	100
Кувейт	100 ²
Кыргызстан	88
Лаосская Народно-Демократическая Республика	100
Латвия	100
Ливан	100
Лесото	100
Литва	100
Люксембург	100 ²
Мадагаскар	99

**Показатель ССГАООН 3.
Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с
обеспечением качества**

Страна (или территория)	Значение показателя ¹
Малави	99
Малайзия	100
Мальдивы	0 ²
Мали	94
Мальта	100 ²
Маршалловы Острова	100
Мавритания	100
Маврикий	100
Мексика	100
Молдова	74
Монголия	72
Черногория	100
Марокко	100
Мозамбик	36
Намибия	100 ²
Непал	100
Нидерланды	100 ²
Новая Зеландия	100
Никарагуа	90
Нигер	100
Нигерия	100
Норвегия	100 ²
Пакистан	87
Палау	100
Панама	100
Папуа-Новая Гвинея	100
Парагвай	95
Перу	99
Польша	100 ²
Корейская Народно-Демократическая Республика	100 ²
Румыния	100
Руанда	100
Сент-Китс и Невис	100
Сент-Люсия	100
Сент-Винсент и Гренадины	100
Самоа	100 ²
Сан-Томе и Принсипи	0
Сенегал	78

**Показатель ССГАООН 3.
Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с
обеспечением качества**

Страна (или территория)	Значение показателя ¹
Сербия	100
Сейшельские Острова	100
Сьерра-Леоне	100
Сингапур	100
Словения	100
Южная Африка	100
Испания	100
Шри-Ланка	42
Суринам	100
Свазиленд	100
Швеция	100
Швейцария	100
Таджикистан	97
Таиланд	99
Тимор-Лесте	58 ²
Того	85
Тринидад и Тобаго	100
Тунис	100
Турция	100
Уганда	100
Украина	0
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии	100
Танзания, Объединенная Республика	100
Уругвай	100
Замбия	100
Зимбабве	100

¹ Дата отчета – 2007 год, но сбор данных мог происходить в период 2005–2007 гг.

² Данные, предоставленные Департаментом ВОЗ по безопасному переливанию крови

Показатель ССГАООН 4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию (АРТ)

Страна (или территория)	2004		2005		2006	
	Все люди, получающие АРТ ¹	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Все люди, получающие АРТ ¹	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Все люди, получающие АРТ ⁴	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)
Албания	50	...	...	...	45 ⁶	...
Алжир	...	...	424	13 [6-24]	588 ⁶	14 [7-26]
Андорра	...	...	...	...	24 ⁶	...
Ангола	3000	9 [2-16]	3000	8 [3-13]	6514 ⁵	16 [6-23]
Антигуа и Барбуда	0	...	40	60 ¹³	114	...
Аргентина	29500	70 [52->95]	30127	65 [49-90]	35211	71 [55->95]
Армения	...	0 ¹²	29	6 [4-8]	47	8 [5-12]
Азербайджан	...	0 ¹²	...	...	7	1 ¹³
Багамские Острова	...	...	...	...	1252	48 [34-67]
Бангладеш	5	<1 [<1-1]	5	<1 [<1-<1]	59 ³	3 [2-5]
Барбадос	333	39 [29-52]	582	65 [48-86]	623	67 [50-90]
Беларусь	33	<1 [<1-1]	120	3 [2-4]	638	15 [11-22]
Бельгия	...	94 ¹²	...	...	6450 ⁶	67 [39->95]
Белиз	178	20 [12-35]	180	19 [12-33]	435 ³	42 [27-68]
Бенин	2000	13 [11-17]	4673	28 [23-36]	7634 ³	42 [35-53]
Бутан	5	... ²	5	... ²	19 ⁶	... ²
Боливия	130	7 [5-10]	300	16 [11-22]	382	18 [13-25]
Босния и Герцеговина	13	10 ¹²	29	...	19 ⁵	...
Ботсвана	37000	44 [37-54]	59946	64 [55-76]	79490	76 [66-88]
Бразилия	154000	74 [64-88]	174000	80 [69-95]	174270 ⁵	78 [68-94]
Болгария	90	45	187	...	196	...
Буркина-Фасо	3000	7 [6-10]	8214	19 [15-25]	14079	31 [25-39]
Бурунди	3000	6 [5-8]	6416	13 [10-18]	8048	17 [13-23]
Камбоджа	5000	14 [11-18]	12396	34 [28-44]	20131	54 [45-66]
Камерун	14000	9 [7-11]	23820	14 [11-18]	28403	16 [13-21]
Канада	...	...	...	...	21000 ⁶	...
Кабо-Верде	...	...	215	...	223	...
Центральноафриканская Республика	1000	3 [2-3]	1647	4 [3-5]	2782	6 [5-8]
Чад	300	1 [<1-1]	5275	11 [6-18]	5500	11 [7-16]
Чили	9000	>95 [74->95]	6964	67 [51-89]	7782	68 [52-90]
Китай	9000	7 [5-11]	19282	13 [9-20]	31140 ⁶	19 [12-29]
Колумбия	12000	28 [19-40]	13000	27 [19-39]	17540	34 [24-48]
Коморские Острова	200	... ²	...	...	5	>95 ¹³
Республика Конго	464	2 [1-2]	2967	11 [9-14]	3186	12 [10-15]
Коста-Рика	2000	>95 [83->95]	2717	>95 [88->95]	2866	>95 [75->95]
Кот-д'Ивуар	5000	3 [2-4]	18533	10 [8-13]	36348	19 [16-25]
Хорватия	204	>95 ¹²	247	...	291 ⁵	...
Куба	2000	>95 [95->95]	2079	>95 [95->95]	1711	>95 [76->95]

Показатель ССГАООН 4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию (АРТ)									
2007									
Число людей на лечении				Общее число людей, получающих АРТ, по сообщениям из стран	Месяц и год, за которые страны сообщили свои данные	Число людей, получавших АРТ на конец 2007 г. ⁴	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Общие оценочные потребности с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ¹⁸	Общие потребности, сообщенные странами
Мужчины	Женщины	Оба пола <15 лет	Оба пола >15 лет						
...	...	12	62	74	дек 07	74	...	...	...
...	...	45	884	929	окт 07	993 ³	20 [10-36]	4900 [2700-10000]	...
...
...	...	363 ⁸	10877 ⁸	11540	дек 07	11540	25 [11-35]	47000 [33000-110000]	45287
14	16	...	...	30	сент 07	30	...	...	161
22557	15685	3654	34588	38242	дек 07	38242	73 [57->95]	53000 [38000-67000]	38242
52	26	4	74	78	дек 07	78	12 [8-17]	660 [<500-1000]	860
...	...	0	81	81	дек 07	81	14 [6-24]	580 [<500-1300]	...
577	667	98	1146	1244	сент 07	1244	43 [31-64]	2900 [1900-4100]	2083
...	...	...	...	178	дек 07	178	7 [4-12]	2400 [1500-4000]	1125
358 ⁷	302 ⁷	17 ¹⁵	...	660	июнь 07	660 ⁷	73 [56->95]	980 [730-1300]	772
655	229	69	815	884	дек 07	884	20 [14-29]	4300 [3000-6200]	1210
...	...	...	...	...	...	...	...	10000 [6100-18000]	...
263	295	65	493	558	дек 07	558	49 [32-76]	1100 [740-1700]	4131
...	...	542	9223	9765	39417	9765	49 [41-60]	20000 [16000-24000]	21706
10	8	0	18	18	дек 07	18	... ²	<100 [<100-<100]	...
345	151	22	474	496	дек 07	496	22 [16-30]	2300 [1700-3100]	1055
22	8	1	29	30	дек 07	30	...	...	30
32623 ⁸	50795 ⁸	9496 ⁸	73922 ⁸	92932	дек 07	92932	79 [69->95]	120000 [100000-130000]	110000
109057	71943	6815	174185	181000	дек 07	181000	80 [69->95]	230000 [190000-260000]	...
150	71	3	218	221	дек 07	221	...	...	...
5084	10804	629 ¹⁴	15259	15888	сент 07	16938 ³	35 [29-43]	48000 [39000-58000]	47942
3486	7408	1198	9696	10894	дек 07	10894	23 [18-31]	47000 [35000-59000]	23532
13118	13546	2541	24123	26664	дек 07	26664	67 [57-80]	40000 [34000-47000]	29200
16035.95	29781	1694	44123	45817	дек 07	45817	25 [21-32]	180000 [140000-220000]	86453
...
125	166	23	268	291	дек 07	291	...	...	1028
3215	4822	380 ¹⁴	5876 ¹⁰	8037	сент 07	9591 ³	21 [18-27]	45000 [36000-54000]	36920
2738	4662	148	7252	7400	дек 07	7400	13 [9-18]	55000 [41000-79000]	21000
8495	1728	...	...	10223	дек 07	10223	82 [64->95]	12000 [9100-16000]	9023
19245 ^{8,10}	15148 ^{8,10}	766 ⁸	33846 ⁸	35112	дек 07	35112	19 [12-29]	190000 [120000-290000]	85000
...	...	3 ¹⁵	...	...	...	...	...	54000 [39000-78000]	...
4	3	1	6	7	дек 07	7	... ²	<100 [<100-<100]	8
1886	2830	462	4254	4716	сент 07	4956 ³	17 [14-21]	29000 [23000-35000]	11895
...	...	...	...	2952	дек 07	2952 ⁶	>95 [64->95]	2800 [1600-4600]	3060
12349 ⁸	22525 ⁸	1785 ⁸	33089 ⁸	46007	сент 07	51812 ³	28 [23-35]	190000 [150000-230000]	165448
...	...	...	...	310	июнь 07	322 ³	...	...	...
...	...	17	3089	3106	дек 07	3106	>95 [>95->95]	1400 [760-2500]	1887

Показатель ССГАООН 4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию (АРТ)

Страна (или территория)	2004		2005		2006	
	Все люди, получающие АРТ ¹	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Все люди, получающие АРТ ¹	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Все люди, получающие АРТ ⁴	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)
Кипр	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	270	34 [18–57]	322	37 [19–62]	570 ⁶	60 [32–95]
Конго, Демократическая Республика	4000	4 [3–5]	7721	7 [6–9]	17561	15 [13–19]
Джибути	200	6 [4–9]	350	9 [6–13]	598 ³	14 [11–20]
Доминика	5	...	21	37 ¹³	37	...
Доминиканская Республика	1000	5 [4–7]	2582	12 [10–17]	5001	24 [19–31]
Эквадор	1000	16 [9–28]	1567	23 [14–41]	1745 ³	24 [14–43]
Египет	58	4 [3–5]	200	11 [8–16]	205 ⁶	10 [7–14]
Сальвадор	2000	23 [2–76]	2873	31 [3–65]	4712	46 [6–75]
Экваториальная Гвинея	5	<1 [<1 – <1]	5	<1 [<1 – <1]	414 ³	14 [10–19]
Эритрея	50	<1 [<1 – <1]	563	6 [4–10]	1175	12 [8–19]
Эстония	76	12 [4–33]	201	19 [7–48]	495	33 [15–76]
Эфиопия	11000	4 [3–5]	20477	7 [6–9]	53720	18 [15–23]
Фиджи	...	...	...	...	...	...
Финляндия	...	95 ¹²	...	...	450 ⁶	54 ¹³
Франция	...	...	...	...	...	64 ¹³
Габон	2000	20 [13–31]	2000	17 [12–26]	5278	39 [28–56]
Гамбия	150	9 [5–19]	150	8 [5–16]	400 ³	19 [11–38]
Грузия	83	8 ¹²	140	>95 ¹³	267	69 ¹³
Германия	...	95 ¹²	...	...	27000 ⁶	...
Гана	2000	3 [2–3]	4328	5 [4–7]	9882 ³	12 [9–15]
Греция	...	...	...	...	3426	...
Гренада	...	...	...	...	33	...
Гватемала	4000	24 [17–37]	5632	32 [22–46]	6030	31 [22–44]
Гвинея	1000	7 [5–11]	2101	13 [9–19]	4699	26 [19–36]
Гвинея-Бисау	...	...	62	2 [1–2]	349	9 [6–13]
Гайана	500	12 [8–17]	1200	29 [19–41]	1569	37 [26–51]
Гаити	3000	10 [8–13]	6896	22 [17–28]	8796	26 [21–33]
Гондурас	3000	27 [11–53]	4305	39 [19–70]	4674	41 [22–66]
Венгрия	300	20 [11–33]	402	24 [14–39]	412	22 [13–37]
Индия	28000	3 [2–7]	51888	6 [4–11]	90597	10 [7–16]
Индонезия	3000	19 [8–95]	3520	14 [7–69]	5100	15 [7–41]
Иран, Исламская Республика	...	...	420	3 [2–4]	525 ³	3 [2–5]
Ирак	...	...	75	...	0 ⁶	...
Израиль	...	...	...	...	2431	61 ¹³
Ямайка	500	7 [5–11]	1456	20 [14–29]	2633	33 [25–48]
Япония	...	...	...	...	48	...
Иордания	40	21 ¹²	45	...	45 ⁶	...

Показатель ССГАООН 4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию (АРТ)									
2007									
Число людей на лечении				Общее число людей, получающих АРТ, по сообщениям из стран	Месяц и год, за которые страны сообщили свои данные	Число людей, получавших АРТ на конец 2007 г. ⁴	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Общие оценочные потребности с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ¹⁸	Общие потребности, сообщенные странами
Мужчины	Женщины	Оба пола <15 лет	Оба пола >15 лет						
117	34	1	150	151	дек 07	151	...	...	154
...	...	...	...	570	июнь 07	570 ⁶	56 [30->95]	1000 [590-1900]	...
...	...	1632 ¹⁵	...	14678	июнь 07	28925 ³	24 [20-29]	120000 [99000-150000]	347490
343	362	25	680	705	дек 07	705 ⁶	16 [12-21]	4500 [3300-5900]	...
9 ⁷	28 ⁷	2	37	39	дек 07	39	...	...	53
3661	3803	589	7610	8199	дек 07	8199	38 [31-48]	22000 [17000-27000]	21780
...	...	252	2962	3214	дек 07	3214	42 [25-71]	7600 [4500-13000]	7632
...	...	18 ¹⁵	...	209	дек 07	209 ⁶	9 [7-13]	2200 [1600-3100]	...
2136 ¹⁰	2315 ¹⁰	693 ¹⁰	3758 ¹⁰	5773	дек 07	5773	51 [9-74]	11000 [7800-63000]	4840
...	...	...	...	859	сент 07	985 ^{3,6}	31 [23-43]	3100 [2300-4300]	...
...	...	65	1236	1301	дек 07	1301	13 [9-20]	10000 [6700-15000]	12940
...	...	...	...	772	дек 07	772	38 [19-81]	2000 [960-4100]	...
40138	50074	4534	85678	90212	дек 07	90212	29 [25-36]	310000 [250000-370000]	258284
...	...	1	27	28	дек 07	28 ⁶	... ²	<200 [<100-<200]	...
...	...	...	...	...	...	...	...	1000 [600-1800]	...
...	...	...	...	...	...	...	...	88000 [51000-140000]	...
2886	3487	73	6300	6373	дек 07	6373	42 [30-60]	15000 [11000-21000]	14598
...	...	...	...	423	сент 07	431 ³	18 [12-37]	2300 [1200-3700]	4787
239	95	15	319	334	ноя 07	343 ³	... ²	<500 [<200-<500]	476
...	...	...	...	...	...	...	...	35000 [20000-64000]	...
...	...	576	12781	13357	дек 07	13357	...	...	74060
...	...	...	...	...	...	...	...	6400 [3500-11000]	...
24 ⁷	21 ⁷	2	45	47	дек 07	47	...	...	129
...	...	597	7215	7812	дек 07	7812	37 [28-51]	21000 [15000-28000]	11113
2296	2932	307	4921	5228	сент 07	5660 ⁵	27 [21-37]	21000 [15000-27000]	23250
321	569	41	849	890	дек 07	890	20 [13-30]	4400 [2900-6600]	3171
894	1071	162	1803	1965	дек 07	1965	45 [33-61]	4300 [3200-6000]	3240
6240	8274	439	...	14514	дек 07	14514	41 [33-51]	36000 [29000-43000]	27738
...	...	751	4829	5580	дек 07	5580	47 [29-71]	12000 [7900-19000]	9916
381	71	7	445	452	дек 07	452	22 [13-38]	2000 [1200-3600]	...
73061 ⁸	40888 ⁸	8887 ⁸	114133 ⁸	158020	дек 07	158020	... ⁹	...	...
...	...	19 ¹⁵	...	...	...	6600 ⁶	15 [8-28]	43000 [23000-84000]	0
697	132	21	808	829	сент 07	945 ³	5 [4-7]	19000 [13000-26000]	8730
0	0	0	0	0	дек 07	0	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	2400 [1200-6100]	...
...	...	336 ¹⁵	...	3637	дек 07	3637	43 [32-60]	8500 [6000-11000]	6000
...	...	...	...	...	...	...	...	6300 [4600-7200]	...
42	11	4	49	53	дек 07	53	...	...	0

Показатель ССГАООН 4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию (АРТ)

Страна (или территория)	2004		2005		2006	
	Все люди, получающие АРТ ¹	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Все люди, получающие АРТ ¹	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Все люди, получающие АРТ ⁴	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)
Казахстан	7	<1 [$<1-5$]	240	23 [12-62]	326	23 [13-39]
Кения	29000	6 [5-8]	65773	14 [12-19]	125026	27 [22-36]
Кирибати	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	...	...	46	... ²	47	23 ¹³
Лаосская Народно-Демократическая Республика	104	... ²	104	... ²	479	94 [48-95]
Латвия	202	25 [9-38]	235	19 [9-29]	301 ⁶	18 [10-27]
Ливан	...	...	200	28 [11-54]	213	25 [10-46]
Лесото	3000	4 [3-5]	8400	11 [9-14]	17667 ³	22 [18-29]
Либерия	...	...	397	5 [2-8]	796 ³	10 [4-14]
Ливийская Арабская Джамахирия	100	...	450	...	...	...
Литва	37	55 ¹²	55	... ²	75 ⁵	79 ¹³
Люксембург	...	...	...	...²	312 ⁶	... ²
Мадагаскар	6	<1 [$<1-1$]	6	<1 [$<1-1$]	92 ³	3 [2-5]
Малави	13183	5 [4-7]	29087	11 [9-14]	59980	21 [18-27]
Малайзия	2700	23 [16-33]	2700	19 [13-26]	...	...
Мальдивы	...	...	...	...²	1 ⁶	... ²
Мали	808	4 [3-5]	7038	28 [22-38]	11508	42 [33-54]
Мальта	...	...	...	...	...	...
Маршалловы Острова	...	...	...	...	...	...
Мавритания	39	2 [1-4]	...	...	256	8 [5-15]
Маврикий	120	...	120	18 [8-40]	243	24 [13-42]
Мексика	29000	45 [31-67]	30624	45 [31-64]	39295	54 [38-77]
Федеративные Штаты Микронезии	...	...	...	0 ¹³	...	...
Молдова	120	8 ¹²	222	... ²	262	48 ¹³
Монголия	...	...	...	...	2	13 ¹³
Черногория	...	...	...	...	26	...
Марокко	465	13 [9-19]	880	22 [14-31]	1370	29 [20-42]
Мозамбик	7000	3 [2-3]	19854	7 [5-9]	40891 ³	12 [10-16]
Мьянма	2000	3 [2-4]	3500	5 [3-7]	5295 ³	7 [5-10]
Намибия	9000	22 [17-28]	29200	62 [50-80]	33593	64 [52-81]
Науру	...	...	...	...²	...	...
Непал	75	<1 [$<1-1$]	75	<1 [$<1-1$]	541 ³	3 [2-4]
Нидерланды	...	>95 ¹²	...	...	...	...
Никарагуа	33	3 [1-4]	163	13 [4-19]	387	26 [9-38]
Нигер	...	...	609	5 [3-6]	1168	8 [6-11]
Нигерия	13000	2 [$<1-3$]	41224	6 [3-9]	95008	13 [8-19]
Оман	100	...	225	...	...	...
Пакистан	100	<1 [$<1-1$]	132	<1 [$<1-1$]	167 ³	<1 [$<1-1$]

Показатель ССГАООН 4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию (АРТ)									
2007									
Число людей на лечении				Общее число людей, получающих АРТ, по сообщениям из стран	Месяц и год, за которые страны сообщили свои данные	Число людей, получавших АРТ на конец 2007 г. ⁴	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Общие оценочные потребности с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ¹⁸	Общие потребности, сообщенные странами
Мужчины	Женщины	Оба пола <15 лет	Оба пола >15 лет						
283	159	71	371	442	дек 07	442	23 [14-36]	1900 [1200-3200]	1078
60200 ⁸	111800 ⁸	15090 ⁸	156910 ⁸	177000	дек 07	177000	38 [31-48]	470000 [370000-570000]	407000
...	...	...	...	5	дек 07	5	...	...	...
67	20	26	61	87	дек 07	87	14 [8-26]	610 [<500-1100]	345
427	273	36	664	700	дек 07	700	>95 [59->95]	690 [<200-1200]	1182
...	...	...	...	323	май 07	323	...	2200 [1500-3400]	...
192	54	9	237	246	дек 07	246	26 [11-45]	940 [550-2300]	432
7582	14128	1553	20157	21710	дек 07	21710 ⁶	26 [21-33]	85000 [66000-100000]	84791
...	...	92 ¹⁵	...	1414	дек 07	1414 ⁶	17 [9-23]	8500 [6100-17000]	...
...	...	...	...	1000	дек 07	1000 ⁶	...	...	...
81	17	1	97	98	дек 07	98	18 [8-31]	550 [<500-1200]	131
...	...	...	...	...	...	...	...²	<500 [<500-770]	...
...	...	...	...	138	дек 07	138	4 [3-7]	3200 [2000-5400]	1206
51204 ^{8,11}	79284 ^{8,11}	10238 ^{8,11,14}	120250 ^{8,11}	100649	дек 07	100649	35 [29-42]	290000 [240000-340000]	252720
...	...	500 ¹⁵	...	6590	окт 07	6762 ³	35 [24-49]	20000 [14000-28000]	13080
...	...	...	...	...	...	1 ⁶	... ²	<100 [<100-<100]	...
4369	7803	579	11593	12172	ноя 07	12398 ³	41 [32-51]	30000 [24000-38000]	31198
...	...	...	...	65	июнь 07	65 ⁶	... ²	<500 [<500-640]	...
...	...	...	...	1	дек 07	1	...	...	...
469	370	23	816	839	дек 07	839	23 [13-40]	3600 [2100-6300]	1627
...	...	...	...	321	дек 07	321	22 [14-32]	1500 [1000-2400]	1200
...	...	...	...	...	...	...	...	76000 [54000-110000]	...
...	...	...	...	1	дек 07	1	...	...	...
261	203	19	445	464	дек 07	464	58 [43-86]	800 [540-1100]	856
3	0	0	3	3	дек 07	3	... ²	<100 [<100-<100]	26
...	...	1 ¹⁵	...	...	...	...	...	...	...
867	781	58	1590	1648	дек 07	1648	31 [21-44]	5300 [3700-7900]	2230
32990	52832	6320	79502	85822	ноя 07	89592 ³	24 [20-31]	370000 [290000-460000]	294986
6634	4466	...	...	11100	дек 07	11100	15 [11-20]	76000 [55000-100000]	...
13783	25939	5283	34439	52316	дек 07	52316	88 [73->95]	59000 [48000-72000]	56239
...	...	...	...	...	...	0 ⁶	...	...	...
762	478	51	1189	1240	сент 07	1432 ³	7 [5-11]	20000 [13000-30000]	19200
...	...	...	...	7919	апр 07	7919 ⁶	61 [36->95]	13000 [7100-22000]	...
336	186	45	477	522	дек 07	522	30 [11-43]	1700 [1200-4700]	1233
723	751	62 ¹⁴	1412	1474	окт 07	1536 ³	10 [7-13]	16000 [12000-22000]	8929
40643 ^{8,10}	65429 ^{8,10}	15345 ^{8,10}	61381 ^{8,10}	145392	сент 07	197000 ³	26 [17-36]	750000 [550000-1100000]	...
200	60	...	...	260	дек 07	260 ⁶	...	...	...
415	135	21	529	550	дек 07	550	3 [2-4]	20000 [13000-34000]	7400

Показатель ССГАООН 4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию (АРТ)

Страна (или территория)	2004		2005		2006	
	Все люди, получающие АРТ ¹	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Все люди, получающие АРТ ¹	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Все люди, получающие АРТ ⁴	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)
Палау	...	...	...	33 ¹³	2	...
Панама	2000	33 [25–44]	2765	43 [33–57]	2835	42 [32–54]
Папуа-Новая Гвинея	171	7 [6–9]	320	10 [9–12]	1098	26 [22–31]
Парагвай	300	10 [5–18]	640	18 [10–32]	1026 ³	25 [13–43]
Перу	2000	12 [9–16]	6410	35 [26–47]	8424	42 [31–54]
Филиппины	71	4 ¹²	...	...	170	24 [17–35]
Польша	2000	35 [20–59]	2707	39 [22–66]	3072	38 [21–64]
Румыния	6000	82 [70–>95]	6116	77 [66–>95]	6790	81 [69–>95]
Российская Федерация	3000	4 [2–7]	5000	5 [2–7]	14681	10 [6–15]
Руанда	7000	10 [9–13]	19289	29 [24–36]	34636	52 [45–63]
Сент-Китс и Невис	24	...	32	...	39	...
Сент-Люсия	20	...	50	81 ¹³	50	...
Сент-Винсент и Гренадины	32	...	64	>95 ¹³	80 ³	...
Самоа	...	...	...	...	...	...
Сан-Томе и Принсипи	...	...	17	...	51	...
Сенегал	1600	26 [18–38]	4200	54 [40–75]	5500	57 [44–75]
Сербия	317	11 [6–19]	580	19 [9–32]	608	18 [9–31]
Сейшельские Острова	43	...	43	...	82	...
Сьерра-Леоне	...	...	210	2 [1–4]	1416	12 [7–19]
Словакия	65	95 ¹²	65	...	96 ⁶	...
Словения	...	...	...	...	147	...
Соломоновы Острова	...	...	...	...	...	...
Сомали	...	...	35	<1 [<1–1]	111	2 [1–4]
Южная Африка	55000	4 [3–6]	206718	15 [12–20]	324754 ³	21 [17–28]
Испания	...	92 ¹²	...	...	77500 ⁶	...
Шри-Ланка	25	4 [3–6]	25	4 [3–5]	69	10 [7–14]
Судан	400	<1 [<1–<1]	400	<1 [<1–<1]	... ¹⁷	...
Суринам	220	25 [12–63]	391	36 [20–70]	460	35 [22–60]
Свазиленд	6000	14 [12–17]	13006	27 [23–34]	18493 ³	35 [30–42]
Швеция	...	95 ¹²	...	...	2800	74 ¹³
Сирийская Арабская Республика	468	...	60	...	...	...
Таджикистан	...	0 ¹²	5	<1 [<1–7]	37	4 [2–10]
Таиланд	50000	21 [15–30]	81158	34 [26–47]	112196 ³	46 [35–62]
Бывшая югославская Республика Македония	2	20 ¹²	7	...	11	...
Того	2000	6 [4–8]	6545	18 [14–23]	6993	18 [14–23]
Тринидад и Тобаго	1000	28 [19–43]	1700	46 [30–70]	2113	53 [36–78]
Тунис	...	...	229	31 [21–45]	298	33 [23–46]
Турция	250	...	344	...	685	...

Показатель ССГАООН 4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию (АРТ)									
2007									
Число людей на лечении				Общее число людей, получающих АРТ, по сообщениям из стран	Месяц и год, за которые страны сообщили свои данные	Число людей, получавших АРТ на конец 2007 г. ⁴	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Общие оценочные потребности с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ¹⁸	Общие потребности, сообщенные странами
Мужчины	Женщины	Оба пола <15 лет	Оба пола >15 лет						
1	2	0	3	3	дек 07	3	...	...	3
...	...	167	...	3994	дек 07	3994	56 [43-71]	7200 [5600-9300]	6500
1037	1213	185	2065	2250	дек 07	2250	38 [33-45]	5900 [5000-6800]	6348
678 ⁷	271 ⁷	104	949	1053	ноя 07	1056 ³	22 [12-37]	4800 [2900-8800]	3066
...	...	322 ¹⁰	772 ¹¹⁰	10860	дек 07	10860 ⁶	48 [36-62]	23000 [17000-30000]	...
134	202	4	332	336	дек 07	336	31 [22-45]	1100 [740-1500]	600
2 392	990	118	3264	3382	дек 07	3382 ⁶	36 [20-62]	9300 [5500-17000]	4390
3231 ¹⁰	3187 ¹⁰	196	6304	6500	дек 07	6500	73 [62->95]	8900 [5400-10000]	6418
...	...	...	...	31094	дек 07	31094	16 [10-25]	190000 [120000-300000]	33365
17980 ⁸	30089 ⁸	4350 ⁸	43719 ⁸	48069	дек 07	48569	71 [62-84]	68000 [58000-78000]	0
...	...	...	...	...	...	53 ⁶	...	...	...
40	32	2	70	72	сент 07	78 ³	...	...	384
...	...	...	...	...	...	104 ⁶	...	...	...
...	...	...	...	6	дек 07	6 ⁶	...	...	...
27	47	2	72	74	дек 07	74	...	...	300
2220	4479	384	6315	6699	дек 07	6699	56 [44-70]	12000 [9600-15000]	10465
...	...	...	...	628	май 07	628	...	3700 [2100-7700]	...
...	...	...	...	...	...	94	...	...	...
...	...	...	...	2649	дек 07	2649	...	13000 [9000-20000]	596
79 ¹⁰	17 ¹⁰	0	98	98	июнь 07	98	...	...	...
...	...	...	...	157	июль 07	157	...	...	...
...	...	...	...	3	дек 07	3 ⁶	...	...	...
86	125	5	206	211	дек 07	211	3 [2-6]	6300 [3500-11000]	5284
73882 ^{8,16}	130401 ^{8,16}	32060 ^{8,10}	339671 ^{8,10}	428951	сент 07	45895 ³	28 [22-36]	1700000 [1300000-2100000]	889000
...	...	...	...	...	...	...	...	100000 [54000-170000]	...
...	...	...	...	107	дек 07	107	14 [10-20]	780 [540-1100]	776
...	...	...	...	...	дек 07	... ¹⁷	1 [1-2]	87000 [58000-120000]	...
...	...	58 ¹⁰	650 ¹⁰	729	дек 07	729	46 [30-74]	1600 [980-2400]	0
7702	12908	2123	22412	24535	дек 07	24535	42 [36-50]	59000 [49000-68000]	58249
...	...	...	...	...	...	...	...	4500 [2500-8100]	784
57	18	4	71	75	дек 07	75 ⁶	...	...	...
57	29	4	82	86	дек 07	86	6 [4-11]	1300 [750-2400]	79
...	...	6687 ⁸	126852 ⁸	143539	сент 07	152974 ³	61 [47-81]	250000 [190000-320000]	252387
4	11	1	14	15	дек 07	15	...	...	...
2793	5187	559	7421	7980	дек 07	7980	19 [15-24]	41000 [33000-52000]	26232
...	...	...	...	2592	дек 07	2592	58 [41-82]	4500 [3100-6300]	0
...	...	...	...	...	...	...	...	1000 [760-1500]	...
...	...	9 ¹⁵	...	...	...	...	...	...	...

Показатель ССГАООН 4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию (АРТ)

Страна (или территория)	2004		2005		2006	
	Все люди, получающие АРТ ¹	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Все люди, получающие АРТ ¹	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Все люди, получающие АРТ ⁴	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)
Уганда	44000	12 [9–15]	74869	21 [16–26]	96294 ³	27 [22–33]
Украина	1000	2 [2–3]	3450	5 [4–7]	4777	6 [5–8]
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии	...	92 ¹²	...	...	36000 ⁵	>95 ¹³
Танзания, Объединенная Республика	3000	<1 [<1–<1]	21543	5 [4–6]	60342	14 [12–18]
Соединенные Штаты Америки	...	...	...	70 ¹³	...	...
Уругвай	900	48 [8–>95]	1427	64 [14–>95]	1495 ⁶	55 [17–>95]
Узбекистан	...	...	...	...	259 ⁶	30 [12–66]
Вануату	...	...	...	...	2 ⁶	...
Венесуэла	9000	45 [8–79]	15417	64 [14–>95]	...	53 [16–88]
Вьетнам	300	<1 [<1–1]	3000	6 [4–10]	8310	14 [9–23]
Йемен	...	...	...	...	0 ⁶	...
Замбия	20000	7 [6–9]	48585	16 [13–20]	82030	26 [22–32]
Зимбабве	8000	1 [1–2]	24500	4 [3–5]	66920	11 [9–15]

¹ Значения за 2004 и 2005 гг., направленные в ВОЗ² Цифры охвата не рассчитаны для стран, расчетные потребности которых составляют менее 500³ Прогнозные значения на декабрь (см. примечания к приложению о применяемых методах)⁴ Значения согласованы ЮНЭЙДС, ВОЗ и ЮНИСЕФ в консультации со странами, если не указано иное⁵ Страны сообщили разные данные в ЮНЭЙДС: Ангола = 7491; Босния и Герцеговина = 33; Бразилия = 184252; Хорватия = 73; Литва = 84; Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии = 324000⁶ Данные не получены ЮНЭЙДС. Данные предоставлены ВОЗ. Данные по сост. на конец декабря, за исключением следующих для 2006 г.: Албания = окт; Алжир = ноя; Бельгия = апр; Канада = сент; Финляндия = авг; Ирак = июнь; Иордания = сент; Уругвай = сент; Вануату = окт; Йемен = сент.⁷ Данные представляют только число взрослых⁸ Данные за 2007 г. в разбивке по возрасту и полу не включают данные из частного сектора, и поэтому не равны суммарному числу, включающему данные из частного сектора⁹ К моменту публикации эпидемиологические оценки пересматривались¹⁰ Данные в разбивке не следует добавлять к сообщенным общим данным, поскольку информация о поле и возрасте некоторых пациентов отсутствует. Обратите внимание, что это не всегда дает точное представление и национальном распределении АРТ по полу и возрасту, поскольку отсутствующие данные могут неравномерно распределяться по полу и возрасту¹¹ Накопленные значения, сообщенные странами, которые не отражают числа людей, прекративших лечение из-за усталости, пропавших из поля зрения медицинских учреждений или умерших¹² Другой источник: значение 2003 года сообщено страной в ЮНЭЙДС для отчета для ССГАООН 2004 года¹³ Другой источник: значение сообщено только в ЮНЭЙДС¹⁴ Данные из стран отличаются от данных, сообщенных в ЮНИСЕФ¹⁵ Данные сообщены в ЮНИСЕФ для декабря, за исключением Ямайки и Либерии, которые были сообщены для сентября¹⁶ Для Южной Африки, сообщенные страной данные по мужчинам равны 167278, и по женщинам – 204452¹⁷ Значения данных сообщены отдельно для северного и южного Судана: северный Судан дек 2006 = 807, дек 2007 = 775; южный Судан дек 2006 = 161, сент 2007 = 303¹⁸ Оценки приведены в округленных значениях. Однако при расчете уровней охвата, глобальных и региональных общих значений были использованы неокругленные значения, поэтому могут отмечаться незначительные отличия между представленными цифрами и данными, рассчитанными на основе округленных оценок

Показатель ССГАООН 4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию (АРТ)									
2007									
Число людей на лечении				Общее число людей, получающих АРТ, по сообщениям из стран	Месяц и год, за которые страны сообщили свои данные	Число людей, получавших АРТ на конец 2007 г. ⁴	Процент людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние-верхние границы значений)	Общие оценочные потребности с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ¹⁸	Общие потребности, сообщенные странами
Мужчины	Женщины	Оба пола <15 лет	Оба пола >15 лет						
30 943 ¹⁰	52606 ¹⁰	8532	102700	111232	сент 07	115348 ³	33 [27-40]	350000 [290000-430000]	312000
4111	3546	908	6749	7657	дек 07	7657	8 [7-11]	91000 [69000-120000]	21770
...	...	...	...	...	...	...	...	35000 [20000-58000]	...
30100 ¹⁰	53346 ¹⁰	11176	124520	135696	дек 07	135696	31 [26-38]	440000 [360000-530000]	1867918
...	...	...	...	...	...	...	...	780000 [440000-1300000]	...
...	...	...	...	1776	дек 07	1776	56 [23->95]	3100 [1700-7800]	1970
...	...	225 ¹⁵	...	...	...	319 ⁶	24 [9-51]	1400 [630-3500]	...
...	...	...	...	2	дек 07	2 ⁶	...	...	...
...	...	...	...	...	...	15417 ⁶	44 [17-75]	35000 [21000-89000]	...
6872 ¹⁰	2118 ¹⁰	789	14180	14969	сент 07	17354 ³	26 [17-42]	67000 [41000-110000]	49960
69	38	1	106	107	дек 07	107 ⁶	...	...	...
65648 ⁸	83551 ⁸	11602 ⁸	137597 ⁸	149199	дек 07	151199	46 [40-56]	330000 [270000-380000]	370000
32377 ^{8,10}	52837 ^{8,10}	8237 ^{8,10}	77479 ^{8,10}	97692	дек 07	97692	18 [15-23]	570000 [440000-690000]	260000

Показатель ССГАООН 5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку

Страна (или территория)	2004		2005		2006
	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹	Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹	Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹
Афганистан	...	...	...	...	0
Алжир	...	...	...	...	18 ⁵
Ангола	...	...	...	2 [2-3]	1923
Антигуа и Барбуда	...	...	...	50 ⁵	4 ^{3,5}
Аргентина	...	55 ⁴	...	[94->95]	2120
Армения	...	3 ⁴	...	...	5
Австралия	...	...	...	...	...
Азербайджан	...	...	...	...	1
Багамские Острова	...	...	...	...	95 ⁵
Бангладеш	...	...	...	...	5
Барбадос	...	...	...	90 ⁵	37
Беларусь	119	[83->95]	...	...	158
Белиз	...	70 ⁴	38	[18-47]	57
Бенин	...	...	1214	27 [23-31]	2378
Бутан	...	...	...	...	3
Боливия	...	...	...	...	27 ⁵
Босния и Герцеговина	...	...	...	...	0 ⁵
Ботсвана	10508	89 [82->95]	7543	64 [59-70]	12994
Бразилия	7233	[60->95]	6771	[56->95]	6510
Болгария	...	...	...	...	1 ⁵
Буркина-Фасо	398	5 [4-6]	937	11 [9-13]	1615
Бурунди	374	4 [3-6]	524	6 [5-9]	1112 ³
Камбоджа	159	[6-9]	228	[10-15]	312
Камерун	4200	11 [10-13]	3592	10 [9-12]	7588 ³
Кабо-Верде	...	...	12	...	43 ³
Центральноафриканская Республика	243	2 [2-3]	803	7 [7-8]	1943
Чад	...	...	193	1 [<1-2]	254 ³
Чили	...	...	...	...	139 ⁵
Китай	118	[1-3]	135	[1-3]	650
Колумбия	...	...	...	...	112 ³
Коморские Острова	...	...	...	...	0
Республика Конго	312	7 [6-8]	1093	23 [20-28]	325
Коста-Рика	...	...	...	...	21 ³
Кот-д'Ивуар	...	...	2543	8 [7-9]	2773
Хорватия	...	...	...	...	3 ⁵
Куба	...	...	...	...	34 ⁵
Чешская Республика	...	...	...	...	15
Конго, Демократическая Республика	846	2 [2-3]	1725	5 [4-6]	3422 ³
Джибути	49	6 [5-8]	16	2 [2-3]	52 ⁵
Доминика	...	...	...	>95 ⁵	1 ⁵

Показатель ССГАООН 5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку						
2006	2007					
Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ⁶	Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	нижние границы	верхние границы	Общее число ВИЧ-позитивных беременных женщин, оцененное с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ¹³	Общее число ВИЧ-позитивных беременных женщин по данным, сообщенным ЮНЭЙДС ¹²
...	0	...				...
[3-12]	19	[3-12]	<200	660	... [<200-660]	0
11 [9-14]	1645	9 [7-13]	13000	22000	18000 [13000-22000]	22332
83 ⁵	4 ⁷	...		...	...	5
[94->95]	2193	[93->95]	1200	2400	... [1200-2400]	2530
[16-38]	6	[19-45]	<100	<100	... [<100-<100]	6
...	28	...	<100	<100	... [<100-<100]	33
<1-4]	6	[4-17]	<100	<200	... [<100-<200]	...
>95 [86->95]	77 ⁷	>95 [68->95]	<100	<200	<100 [<100-<200]	76
[1-5]	...	...	<200	<500	... [<200-<500]	...
[>95->95]	20	[73->95]	<100	<100	... [<100-<100]	21
[>95->95]	127	[90->95]	<100	<200	... [<100-<200]	144
[26-69]	55	[24-64]	<100	<500	... [<100-<500]	57
53 [45-61]	1830	40 [35-47]	3900	5300	4500 [3900-5300]	1158
[44->95]	...	—	<100	<100	... [<100-<100]	...
[11-20]	34 ⁵	[13-12]	<200	<500	... [<200-<500]	763
0 ⁵	0 ⁵	...	...	...	...	1
>95 [>95->95]	12419	>95 [>95->95]	10000	12000	11000 [10000-12000]	...
[55->95]	6188	[49->95]	5600	13000	... [5600-13000]	12535
...	1 ⁵	...	...	...	...	...
19 [16-23]	1480	18 [15-22]	6800	10000	8300 [6800-10000]	18495
14 [10-20]	1102	14 [11-22]	5100	10000	7800 [5100-10000]	18010
[14-22]	505	[25-41]	1200	2000	... [1200-2000]	4509
22 [18-30]	7516 ⁷	22 [18-34]	22000	42000	34000 [22000-42000]	67875
31 ⁵	51	...	...	...	...	99
18 [16-20]	3714 ⁷	34 [30-38]	9800	12000	11000 [9800-12000]	36093
1 [1-2]	...	1 [1-2]	10000	22000	18000 [10000-22000]	...
[28-57]	117	[23-12]	<500	500	... [<500-500]	117
[6-15]	593	[6-14]	4300	11000	... [4300-11000]	787
[3-7]	144	[4-9]	1600	3700	... [1600-3700]	184
0	0	0	<100	<100	... [<100-<100]	4
7 [6-9]	240 ⁸	5 [4-7]	3400	5400	4400 [3400-5400]	1617
[9-27]	...	[9-25]	<100	<500	... [<100-<500]	37
9 [8-11]	3240 ⁷	12 [9-16]	21000	34000	28000 [21000-34000]	21977
>95 ⁵	2	...	...	...	...	3
[33->95]	41	[37->95]	<100	<200	... [<100-<200]	35
[84->95]	...	...	<100	<100	... [<100-<100]	...
9 [8-11]	3435	9 [8-10]	33000	46000	38000 [33000-46000]	68865
...	...	...	610	1000	820 [610-1000]	...
>95	1	...	...	...	...	1

Показатель ССГАООН 5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку

Страна (или территория)	2004		2005		2006
	Число ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹	Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹	Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹
Доминиканская Республика	968	[38-61]	676	[27-43]	738
Эквадор	...	...	223	[30-94]	213 ³
Египет	...	...	...	...	...
Сальвадор	...	...	144	[11-36]	193 ³
Экваториальная Гвинея	...	...	...	...	103 ⁵
Эритрея	61	3 [2-4]	88	4 [3-5]	75
Эстония	...	...	...	...	...
Эфиопия	1390	2 [2-2]	2341	4 [3-4]	2330
Фиджи	...	...	...	25 ⁵	5
Габон	...	...	90	4 [3-5]	89
Гамбия	...	...	87	[11-37]	103
Грузия	7	[47->95]	15	[7-21]	15 ³
Германия	...	...	...	80 ⁵	225 ⁵
Гана	196	1 [1-1]	1078	7 [7-8]	1239
Греция	...	...	...	...	18 ⁵
Гренада	...	...	...	...	5 ⁵
Гватемала	11	[<1-<1]	111	[1-3]	167 ³
Гвинея	146	3 [2-3]	77	1 [1-2]	486
Гвинея-Бисау	...	...	...	20 ⁵	195 ³
Гайана	73	[14-42]	112	[22-74]	144
Гаити	620	13 [11-16]	800	17 [14-20]	991
Гондурас	...	...	198	[18-54]	200
Венгрия	...	...	...	...	0 ⁵
Индия	4289	[4-7]	2279	[2-4]	7007 ³
Индонезия	15	[<1-2]	4	[<1-<1]	40 ⁵
Иран, Исламская Республика	...	...	...	...	19 ⁵
Ямайка	323	[52->95]	300	[48->95]	371 ³
Япония	...	...	...	...	29 ⁵
Иордания	...	...	...	...	0
Казахстан	37	[19-66]	47	[16-69]	80 ³
Кения	21069	25 [22-29]	19403	24 [21-28]	37130
Кыргызстан	...	...	...	...	9
Лаосская Народно-Демократическая Республика	2	[2-17]	11	[9-30]	24 ⁵
Латвия	...	...	...	...	37 ⁵
Лесото	821	6 [6-7]	1811	14 [13-16]	2005 ³
Либерия	3	<1 [<1-<1]	130	5 [4-6]	76
Литва	1	[3-13]	...	...	2 ⁵
Мадагаскар	...	...	8	[1-3]	7 ³
Малави	2719	4 [3-4]	5076	7 [6-8]	9231
Малайзия	141	[9-21]	...	...	170

Показатель ССГАООН 5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку

2006	2007					
Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ⁶	Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	нижние границы	верхние границы	Общее число ВИЧ-позитивных беременных женщин, оцененное с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ¹³	Общее число ВИЧ-позитивных беременных женщин по данным, сообщенным ЮНЭЙДС ¹²
[32-54]	795	[36-65]	1200	2200	... [1200-2200]	1649
[28-87]	268	[34->95]	<500	800	... [<500-800]	347
...	5	[2-2]	<200	<500	... [<200-<500]	...
[17-48]	130	[12-32]	<500	1100	... [<500-1100]	130
14 [11-20]	—	...	530	940	710 [530-940]	...
3 [2-5]	168 ⁷	7 [4-11]	1600	4000	2500 [1600-4000]	3578
...	...	...	<100	<200	<100 [<100-<200]	...
4 [3-4]	4888	7 [7-8]	58000	74000	66000 [58000-74000]	75420
[60-76]	7	[82->95]	<100	<100	... [<100-<100]	7
4 [3-5]	494	21 [14-32]	1600	3500	2300 [1600-3500]	2570
[13-44]	133 ⁷	[17-58]	<500	800	... [<500-800]	709
[40->95]	22	[41->95]	<100	<100	... [<100-<100]	25
[40->95]	...	...	<200	590	... [<200-590]	...
9 [8-10]	2896	21 [18-24]	12000	16000	14000 [12000-16000]	19918
[14-45]	21	[16-69]	<100	<200	... [<100-<200]	21
50 ⁵	7	...	...	...	...	10
[2-5]	373	[5-12]	3200	8100	... [3200-8100]	2270
8 [6-10]	679 ⁷	11 [8-14]	5000	8600	6200 [5000-8600]	1722
13 [9-19]	349	24 [17-34]	1000	2100	1500 [1000-2100]	3716
[29->95]	...	...	<200	<500	... [<200-<500]	...
20 [17-24]	1107 ⁹	22 [18-26]	4200	6100	5100 [4200-6100]	5224
[18-64]	220	[19-79]	<500	1200	... [<500-1200]	...
0 ⁵	1	[2-8]	<100	<100	... [<100-<100]	1
[8-16]	8816	[10-24]	37000	92000	... [37000-92000]	86121
[<1-2]	89	[2-4]	2100	5300	... [2100-5300]	...
[1-2]	22	[1-2]	940	1800	... [940-1800]	220
[58->95]	292 ⁷	[45->95]	<500	640	... [<500-640]	171
[49-62]	...	...	<100	<100	... [<100-<100]	...
...	2 ¹⁰	...	...	...	...	0
[23->95]	126	[30->95]	<100	<500	... [<100-<500]	210
48 [42-56]	52858 ⁷	69 [61-80]	66000	86000	76000 [66000-86000]	105000
[8-27]	3	[2-8]	<100	<200	... [<100-<200]	197
[14-42]	24	[9-36]	<100	<500	... [<100-<500]	235
[34-78]	37	[33-75]	<100	<200	... [<100-<200]	38
16 [15-18]	3966	32 [29-36]	11000	14000	12000 [11000-14000]	12750
3 [2-3]	224	7 [6-9]	2400	3900	3100 [2400-3900]	...
[6-25]	9	[27->95]	<100	<100	... [<100-<100]	10
[1-3]	25	[3-9]	<500	760	... [<500-760]	1521
13 [11-15]	23158	32 [28-36]	64000	82000	73000 [64000-82000]	71847
[9-23]	183	[9-24]	770	2000	... [770-2000]	158

Показатель ССГАООН 5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку

Страна (или территория)	2004		2005		2006
	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹	Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹	Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹
Мали	87	[1-1]	415	[4-6]	656
Мавритания	...	...	10	[1-4]	12 ³
Маврикий	...	>95 ⁴	...	...	23 ⁵
Мексика	...	...	...	...	146 ³
Молдова	31	[56->95]	32	...	62
Монголия	...	...	...	...	1
Черногория	...	...	...	...	0
Марокко	...	...	...	...	...
Мозамбик	3117	3 [3-4]	8490	9 [8-11]	12150
Мьянма	274	[4-8]	629	[9-18]	993
Намибия	1126	12 [10-14]	4055	43 [36-52]	6022 ³
Непал	...	...	...	...	35
Новая Зеландия	...	...	...	...	8 ⁵
Никарагуа	...	...	29	[11-31]	26
Нигер	0	0	57	[1-3]	214 ³
Нигерия	1050	<1 [<1-<1]	532	<1 [<1-<1]	6168 ³
Пакистан	...	...	...	...	8
Панама	...	...	...	...	153 ⁵
Папуа-Новая Гвинея	46	5 [5-6]	46	4 [4-4]	31
Парагвай	...	...	47	[6-20]	73 ³
Перу	161	[10-20]	188	[11-22]	560 ³
Филиппины	...	...	...	...	2 ³
Польша	...	...	...	...	62 ³
Румыния	21	[6-11]	...	<1 ⁵	75
Российская Федерация	5601	[55->95]	5709	[54->95]	6224 ³
Руанда	4141	35 [31-40]	5782	51 [45-58]	7768
Сент-Китс и Невис	...	...	...	...	...
Сент-Люсия	...	...	...	20 ⁵	3 ⁵
Сент-Винсент и Гренадины	...	...	...	62 ⁵	17 ⁵
Сан-Томе и Принсипи	2	...	8	...	11 ⁵
Сенегал	...	...	57	[1-2]	212 ⁵
Сербия	5	[4-15]	6	[5-17]	2
Сейшельские Острова	...	...	...	>95 ⁵	5 ⁵
Сьерра-Леоне	17	<1 [<1-<1]	57	1 [1-2]	354
Сингапур	...	...	...	...	...
Сомали	...	...	...	3 ⁵	5
Южная Африка	32541	15 [13-17]	75077	34 [29-40]	111357 ³
Шри-Ланка	...	...	...	...	1 ³
Суринам	33	[22-67]	...	...	35
Свазиленд	592	5 [4-5]	4780	36 [33-40]	8221

Показатель ССГАООН 5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку

2006	2007					
Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ⁶	Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	нижние границы	верхние границы	Общее число ВИЧ-положительных беременных женщин, оцененное с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ¹³	Общее число ВИЧ-положительных беременных женщин по данным, сообщенным ЮНЭЙДС ¹²
[6-10]	1018	[10-15]	6800	11000	... [6800-11000]	8570
[2-5]	45	[6-20]	<500	770	... [<500-770]	800
[8-28]	19	[6-23]	<100	<500	... [<100-<500]	60
[3-7]	...	...	2000	4900	... [2000-4900]	...
[50->95]	73	[51->95]	<100	<200	... [<100-<200]	86
[10-56]	0	0	<100	<100	... [<100-<100]	13
...	1	...	...	...	...	...
...	42	[8-18]	<500	550	... [<500-550]	544
13 [11-15]	44975	46 [39-56]	81000	120000	97000 [81000-120000]	150995
[14-31]	1280	[18-43]	2900	7100	... [2900-7100]	...
65 [54-79]	...	64 [53-80]	7600	11000	9400 [7600-11000]	...
[2-4]	36	[2-4]	990	2300	... [990-2300]	1800
[57->95]	9 ⁵	[61->95]	<100	<100	... [<100-<100]	...
[9-27]	43	[15-44]	<100	<500	... [<100-<500]	174
[5-10]	1006 ⁷	[20-47]	2100	5000	... [2100-5000]	6710
3 [3-5]	12278	7 [5-10]	130000	240000	190000 [130000-240000]	...
[<1-<1]	5	[<1-<1]	1500	3700	... [1500-3700]	...
[32-65]	71 ⁷	[14-29]	<500	510	... [<500-510]	377
2 [2-2]	84	4 [4-5]	1800	2100	1900 [1800-2100]	3621
[9-30]	141 ⁷	[17-57]	<500	830	... [<500-830]	374
[33-64]	502	[28-56]	890	1800	... [890-1800]	...
[1-2]	1	[<1-<1]	<200	<500	... [<200-<500]	2
[26-87]	63	[26-85]	<100	<500	... [<100-<500]	63
[23-45]	68	[22-42]	<200	<500	... [<200-<500]	70
[57->95]	6419	[59->95]	4500	11000	... [4500-11000]	...
71 [62-81]	6485 ⁷	60 [51-71]	9100	13000	11000 [9100-13000]	...
>95 ⁵	...	...	...	...	...	...
64 ⁵	11	...	...	...	...	14
85 ⁵	...	...	...	...	...	...
9 ⁵	22	...	...	...	...	90
[4-8] ⁵	264	[4-9]	3000	6300	... [3000-6300]	385
[2-6]	...	[2-5]	<100	<200	... [<100-<200]	...
>95 ⁵	...	...	...	...	...	...
8 [6-11]	919	21 [15-29]	3100	6200	4400 [3100-6200]	520
...	12 ⁷	[24-72]	<100	<100	... [<100-<100]	...
[0-1]	11	[1-2]	510	1700	... [510-1700]	2865
50 [43-60]	127164 ⁷	57 [49-69]	180000	260000	220000 [180000-260000]	290000
[1-3]	1	[1-3]	<100	<100	... [<100-<100]	55
[20-61]	...	[18-57]	<100	<200	... [<100-<200]	...
62 [57-69]	8772	67 [60-74]	12000	15000	13000 [12000-15000]	13178

Показатель ССГАООН 5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку

Страна (или территория)	2004		2005		2006
	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹	Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹	Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ¹
Швеция	...	...	...	...	31 ⁵
Таджикистан	...	...	4	[1-7]	4
Таиланд	5020	[34-68]	5081	[34-71]	4305 ³
Тимор-Лесте	...	...	...	...	...
Того	180	2 [2-3]	720	9 [7-11]	910
Тринидад и Тобаго	...	...	...	71 ⁵	173 ⁵
Тунис	...	...	...	...	0
Турция	...	...	...	...	4
Уганда	7907	9 [8-10]	12073	15 [13-17]	19991
Украина	2817	[53-91]	2168	[36-63]	2517
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	...	...	...	...	1065 ⁵
Танзания, Объединенная Республика	1800	2 [2-2]	6202	6 [6-7]	14758
Уругвай	...	>95 ⁴	...	19 ⁵	53
Узбекистан	...	...	...	...	...
Венесуэла	...	...	...	...	310
Вьетнам	...	...	368	[6-16]	1385
Йемен	...	...	...	...	...
Замбия	12983	18 [16-20]	14071	19 [17-22]	25578
Зимбабве	5534	8 [7-8]	8461	13 [12-14]	10127

¹ Данные предоставлены ЮНИСЕФ, если не указано иное. Данные отражают 12-месячный период, если не указано иное.

² Все значения округлены до ближайшего целого числа. Диапазоны представлены для стран с умеренными и концентрированными эпидемиями.

³ Значение отличается от данных, присланных в ЮНЭЙДС в 2008 г.

⁴ Данные за 2003 г. используются для отражения данных за 2004 г. согласно отчетов по ССГАООН, присланных странами в ЮНЭЙДС в 2004 г.

⁵ Данные, присланные в ЮНЭЙДС

⁶ Все данные отражают 12-месячный период, который заканчивается в декабре 2007 г. и согласованы между данными, сообщенными странами, и данными ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ, если не указано иное.

⁷ Данные, которые не представляют 12-месячный период, были спрогнозированы, чтобы получить значение за 12 месяцев (методология описана в примечаниях). Данные, приведенные в отчете, показаны в таблице ниже:

Страны, для которых число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших АРТ для ППМР, было спрогнозировано.		
Страна	Дата и месяц отправки данных	Данные, приведенные в отчете
Камерун	янв 07–окт 07	6 263
Центральноафриканская Республика	янв 07–июнь 07	1 857
Кот-д'Ивуар	янв 07–июль 07	1 890
Эритрея	янв 07–окт 07	140
Гамбия	янв 07–сент 07	100
Гвинея	янв 07–сент 07	509
Ямайка	янв 07–июнь 07	146
Кения	янв 07–июнь 07	26 429
Мьянма	янв 07–окт 07	1 067
Нигер	янв 07–июнь 07	503
Панама	янв 07–сент 07	53
Парагвай	янв 07–ноя 07	129
Руанда	янв 07–ноя 07	5 945
Южная Африка	янв 07–сент 07	95 373
Швеция	янв 07–сент 07	23

Показатель ССГАООН 5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку

2006	2007					
Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты ⁶	Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих АРВ-препараты с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ²	нижние границы	верхние границы	Общее число ВИЧ-положительных беременных женщин, оцененное с применением методологии ВОЗ/ЮНЭЙДС (нижние и верхние границы значений) ¹³	Общее число ВИЧ-положительных беременных женщин по данным, сообщенным ЮНЭЙДС ¹²
[21-66]	31 ^{7,11}	[21-63]	<100	<200	... [<100-<200]	31
[1-6]	9	[2-11]	<100	<500	... [<100-<500]	438
[29-63]	9352	[62->95]	6400	15000	... [6400-15000]	6196
...	2	...	...	...	...	...
11 [9-14]	705	9 [7-11]	6300	10000	8000 [6300-10000]	10329
[47->95]	137	[37-78]	<200	<500	... [<200-<500]	...
0	1	[1-3]	<100	<100	... [<100-<100]	...
>95	...	...	...	...	...	...
25 [22-28]	26484	34 [29-39]	68000	92000	78000 [68000-92000]	91000
[40-69]	3046	[45-79]	3800	6700	... [3800-6700]	3293
[76->95]	48 ^{5,9}	[3-14]	<500	1600	... [<500-1600]	487
15 [14-16]	31863	32 [29-35]	91000	110000	100000 [91000-110000]	114800
[22-79]	...	[20-76]	<100	<500	... [<100-<500]	...
[3-19]	95	[11-68]	<200	830	... [<200-830]	...
[8-25]	...	[7-24]	1300	4600	... [1300-4600]	...
[22-60]	744	[12-31]	2400	6400	... [2400-6400]	5352
...	2	...	...	...	...	...
35 [31-39]	35314	47 [41-52]	68000	86000	76000 [68000-86000]	90252
17 [16-19]	15381	29 [27-32]	48000	57000	52000 [48000-57000]	16769

⁸ Страны сообщили о 274 случаях за янв.-дек. 2007⁹ Страны сообщили о 1066 случаях за янв.-дек. 2007¹⁰ Страны сообщили о 0 случаях за янв.-дек. 2007¹¹ Данные только по Стокгольму¹² Данные о потребностях, сообщенные странами, не всегда отражают расчетную оценку ВИЧ-положительных беременных женщин. В некоторых случаях это может относиться к числу выявленных ВИЧ-положительных беременных женщин или другому определению, которое не всегда совпадает с данными о национальных потребностях. Дополнительную информацию можно получить в отчетах конкретных стран о ходе работы по следующему адресу: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008>¹³ Оценки приведены в округленных значениях. Однако при расчете уровней охвата, глобальных и региональных общих значений были использованы неокругленные значения, поэтому могут отмечаться незначительные различия между представленными цифрами и данными, рассчитанными на основе округленных оценок.

Показатель ССГАООН 6. Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ

Страна (или территория)	2007	
	Взрослые на лечении	Процент пациентов на лечении
Афганистан	2	<1
Алжир ¹	82	87
Аргентина	415	55
Армения ¹	15	59
Азербайджан	3	4
Багамские Острова	26	81
Барбадос	2	100
Беларусь	136	72
Белиз	9	69
Бенин	157	31
Боливия	60	41
Болгария ²	32	
Буркина-Фасо	199	1
Кабо-Верде	3	3
Центральноафриканская Республика	3671	15
Китай	901	13
Коста-Рика	13	100
Кот-д'Ивуар	994	10
Хорватия	3	100
Куба	46	90
Доминика	1	100
Доминиканская Республика ¹	322	115
DR Конго	162	<1
Эквадор	150	40
Сальвадор	63	100
Эфиопия	2658	13
Фиджи	2	40
Финляндия	0	
Габон	521	13
Грузия	34	71
Гренада ²	0	
Гватемала	109	33
Гвинея	245	61
Гаити	61	5
Гондурас	383	71
Венгрия ³	7	<1
Индия	19400	23
Иран	52	20
Ямайка	18	72
Япония	10	83
Иордания	0	
Казахстан	76	33

Показатель ССГАООН 6. Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ

Страна (или территория)	2007	
	Взрослые на лечении	Процент пациентов на лечении
Латвия	27	57
Ливан ¹	3	148
Литва	5	38
Малави	18910	70
Малайзия	72	33
Мавритания ^{1,4}	95	86
Маврикий	3	16
Мексика	806	78
Марокко	88	73
Мозамбик ¹	1008	4
Непал ¹	321	46
Никарагуа	13	14
Нигер	197	1
Нигерия	28625	56
Панама	270	5
Папуа-Новая Гвинея	320	35
Парагвай	20	14
Перу	93	11
Филиппины	99	49
Польша ¹	70	176
Республика Молдова	23	10
Российская Федерация ^{1,4}	463	39
Сент-Китс и Невис	2	100
Сент-Люсия	2	50
Сан-Томе и Принсипи ²	0	
Сенегал	319	15
Сейшельские Острова	11	100
Словения ²	0	
Сомали	14	2
Южная Африка ³	159382	50
Сент-Винсент и Гренадины	4	100
Таджикистан	6	8
БЮР Македония ²	2	
Таиланд ¹	2260	23
Того ¹	44	2
Турция ²	47	
Украина	411	15
Танзания, ОР	188	12
Уругвай	20	25
Вьетнам	390	15
Замбия	21103	35

¹ Оценка знаменателя предоставлена ВОЗ (Глобальный доклад о борьбе с туберкулезом, 2008)² Данные о знаменателе отсутствуют³ Знаменатель - общее число случаев ТБ, сообщенное в 2007 г.⁴ По Мавритании имеются данные только за 2-летний период, таким образом, показатель за 2007 г. отражает равное распределение данных о случаях ТБ за оба года. По Российской Федерации данные сообщены только по 4 географическим регионам – Ульяновской, Саратовской и Тверской областям и Алтайскому краю.

Показатель ССГАООН 7. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

Страна (или территория)	Значения, сообщенные странами							Последние данные ОДЗ		
	Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола				Год обследования	Мужчины	Женщины
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49		15-49	15-49
Афганистан	2007						27			
Алжир	2006	0	1	0	1 ¹	1	1			
Ангола	2006	7	4				5			
Антигуа и Барбуда	2006						25			
Аргентина	2005		8	4	12					
Барбадос	2006	97 ¹	99 ¹				99 ¹			
Беларусь	2007	26	33	26	35	31	31			
Бельгия		8	9		5	10	9			
Белиз	2006	10	20				15			
Бенин	2006	12	15	7	17	15	14	2006	5	7
Боливия	2007	87 ¹	87 ¹	86 ¹	88 ¹	87 ¹	87 ¹			
Босния и Герцеговина	2006		0	0	0	0				
Буркина-Фасо	2007	18	23	15	28	27	21			
Бурунди	2007	91 ¹	93 ¹	91 ¹	92 ¹	93 ¹	92 ¹			
Камбоджа	2006	5	3	2	6	4	4	2005	5	3
Камерун	2004	7	5	3	6	6	5	2004	7	5
Канада	2006						32			
Кабо-Верде	2005	10	10	3	13	13	10	2005	10	10
Центральноафриканская Республика	2006	15	17	10	19	17	16			
Чад	2004	2	1	0	1	1	1	2004	2	1
Чили	2007	22	35	8	33	48	28			
Китай	2006	2	2				2			
Колумбия	2007	11 ²	27 ²				19 ²			
Республика Конго	2005	3	3	1	4	4	3	2005	3	3
Коста-Рика	2007	8 ¹	7 ¹			80 ¹	12 ¹			
Кот-д'Ивуар	2005	3	4	2	3	4	3	2005	3	4
Куба	2006	28	32	17	32	32	30			
Конго, Демократическая Республика	2007	4	4	2	5	5	4	2007	4	4
Доминиканская Республика	2007	19	21	8	22	23	20	2007	19	21
Эквадор	2007		11	7	13	12				
Эритрея	2007						6			
Эфиопия	2005	2	2				2	2005	2	2
Габон	2007	50 ¹	64 ¹	33 ¹	54 ¹	62 ¹	59 ¹			
Гамбия	2005	8	12				10			
Германия	2007	14	11				13			
Гана	2006							2006	3	4
Греция	2007	13	11	5	9	16	12			
Гренада	2006	6	13	3	19	10	10			
Гвинея	2005	3	1	1	2	2	2	2005	3	1
Гвинея-Бисау	2006		5							

Показатель ССГАООН 7. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

Страна (или территория)	Значения, сообщенные странами							Последние данные ОДЗ		
	Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола				Год обследования	Мужчины	Женщины
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49		15-49	15-49
Гайана	2005	10	11	7	17	11	11	2005	10	11
Гаити	2006	5	8	3	8	8	7	2005	5	8
Гондурас	2006	21 ¹	23 ¹				23 ¹			
Венгрия	2007	0	0				0			
Индия	2006	1	1	0	2	2	1	2006	1	1
Израиль				16	14	14	15			
Ямайка	2004	12	19			17	16			
Япония	2006						98 ¹			
Казахстан	2007	4	5	2	4	5	7			
Кения	2003	8	7	4	9	7	14	2003	8	7
Лесото	2005	5	6	2	7	8	6	2004	5	6
Литва	2007	24 ¹	20 ¹			24 ¹	24 ¹			
Мадагаскар	2004	1 ³	0 ³					2004	1	<1
Малави	2007						11 ¹	2004	8	7
Малайзия	2007						75 ¹			
Мали	2006	3	7	2	4	3	5	2006	10	7
Маршалловы Острова	2006	56 ¹	67 ¹	67 ¹	50 ¹		60 ¹			
Мавритания	2007	10	3				5			
Маврикий	2004				3 ¹	2 ¹	2 ¹			
Мексика	2006						1 ¹			
Молдова	2007	6	11	3	10	10	8			
Черногория	2006		3	1	4	3				
Марокко	2007	6 ¹	4 ¹	3 ¹	6 ¹		5 ¹			
Мозамбик	2004	2	2	3	3	2	2	2003	3	2
Намибия	2007	18	29	9	26	27	23	2006	18	29
Никарагуа	2007		5	2	4	7	5			
Нигер	2006	4	2	2	2	3	2			
Нигерия	2005	9	8	3	8	11	9			
Палау	2006		16 ¹	27 ¹	20 ¹	14 ¹				
Филиппины	2003	2						2003		1
Польша	2007						1 ¹			
Российская Федерация	2007	30 ¹	38 ¹	20 ¹	35 ¹	37 ¹	34 ¹			
Руанда	2005	11	12	4	16	13	11	2005	11	12
Сент-Китс и Невис	2006					10 ¹	10 ¹			
Сент-Люсия	2007	34 ¹	39 ¹				36 ¹			
Сент-Винсент и Гренадины	2006	8	12	6	12	12	10			
Сенегал	2005	2	1	1	1	1	1	2005	1	2
Сейшельские Острова	2006	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹			
Сьерра-Леоне	2007	8 ¹	9				9 ¹			
Сингапур	2007	9	7	0	13	8	8			
Сомали	2004	5 ¹	3 ¹				4 ¹			
Южная Африка	2006	90 ¹	90 ¹	90 ¹	90 ¹	90 ¹	90 ¹			

Показатель ССГАООН 7. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты										
Страна (или территория)	Значения, сообщенные странами							Последние данные ОДЗ		
	Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола				Год обследования	Мужчины	Женщины
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49		15-49	15-49
Испания	2003						25			
Шри-Ланка	2007	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹			
Суринам	2006		30							
Свазиленд	2007	9	22	6	18	21	16	2007	9	22
Швейцария	2007	7	7	5	7	7	7			
Таджикистан	2007	4 ¹	2 ¹	2 ¹	5 ¹		3 ¹			
Таиланд	2006	16	22	16	22	19	19			
Бывшая югославская Республика Македония	2006		3	2	3	3				
Того	2007	16	15	10	17	17	16			
Тринидад и Тобаго	2006						8 ¹			
Турция	2006	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹			
Уганда	2006	12	10				12	2006	10	12
Украина	2007	11 ¹	20 ¹	12 ¹	19 ¹	16 ¹	16 ¹			
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии	2006	1 ¹	3 ¹				2 ¹			
Танзания, Объединенная Республика	2007						36	2004	7	6
Уругвай	2007	20	19	15	20	20	20			
Вьетнам	2005	3	2	1	3	3	2	2005	3	2
Замбия	2007	12	19	10	19	17	15	2007	12	19
Зимбабве	2006	7	7	4	9	7	7	2006	7	7

¹ Методология не была гармонизирована с руководящими принципами ССГАООН за 2008 г.

² 14-26 лет

³ 15-24 года

Показатель ССГАООН 8.Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты¹

	Работники секс-бизнеса				Потребители инъекционных наркотиков				Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	
ССГАООН	2005	2007			2005	2007			2005	2007
Страна (или территория)	Все	Все	Мужчины	Женщины	Все	Все	Мужчины	Женщины	Все	Все
Афганистан		11 ⁵		11		6				
Алжир					15					
Ангола		42 ⁵		42						
Аргентина	36		38	65		47	43	62	96	98
Армения	33	18 ⁵		18	21	23	23	13	42	5
Австралия		63 ⁵		63		57 ⁴				50
Багамские Острова										61
Бангладеш	2 ⁵	6	8	5	3	3 ⁶	3			6
Барбадос		73 ^{4,5}		73 ⁴						
Беларусь	49	63 ⁵		63	39	49	49	49	55	53
Бельгия										62 ³
Бенин		30 ⁵		30						
Боливия		78 ⁴	85 ⁴	78 ⁴						100 ⁴
Босния и Герцеговина		96 ^{2,4}				53 ⁶	53			10 ^{2,4}
Болгария		53 ⁵		53		38	36	52		29
Буркина-Фасо		94 ^{4,5}		94 ⁴						
Бурунди	38	38 ^{2,5}		38 ²						
Камбоджа		68 ⁵		68						58
Камерун		32 ^{2,5}		32 ²						
Канада						59				43 ⁴
Чили										37
Китай		29 ⁵		29		41	40	45		33
Колумбия		82	71	85						61
Республика Конго	3								8	
Коста-Рика										43
Куба		36	38	32						33
Кот-д'Ивуар		51 ⁵		51						57 ⁴
Конго, Демократическая Республика		37 ^{2,5}		37 ²						
Доминиканская Республика		64 ^{2,5}		64 ²						
Эквадор				87 ⁴						50 ⁴
Сальвадор		96 ⁵		96						55
Эритрея		78								
Эстония		52 ⁵		56		62	63	60		27 ⁴
Эфиопия		97 ⁵		97						
Габон		54	33	55						
Грузия	24	33 ⁵		33	6	9 ⁶	9		27	30 ²
Германия										18
Гана		39								25
Греция										39
Гватемала		93 ⁵		93						64

Показатель ССГАООН 8.Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты¹

	Работники секс-бизнеса				Потребители инъекционных наркотиков				Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	
ССГАООН	2005	2007			2005	2007			2005	2007
Страна (или территория)	Все	Все	Мужчины	Женщины	Все	Все	Мужчины	Женщины	Все	Все
Гвинея		58 ⁵		58						
Гайана		64		64						44
Гаити		71								48
Гондурас		71 ⁵		71						40
Венгрия						8				
Индия				34						
Индонезия	15	31	52	25	18	36	36	42	15	32
Иран, Исламская Республика		20 ⁵		20	9	23	23	16		
Ямайка	43	43 ⁵		43						
Япония										38
Казахстан		70 ⁵		70		42	41	49		38
Кения		12 ²								40
Кыргызстан		53 ⁵		53		34	32	43		70
Лаосская Народно-Демократическая Республика	9									5
Латвия						61	62	60		
Ливан		24 ⁴	11 ⁴	25 ⁴		4 ⁴	2 ⁴	50 ⁴		14 ⁴
Литва		50 ⁵		50		64	60	81		28
Мадагаскар		49 ⁵		49						
Малави		69 ⁵		69						
Малайзия		100 ^{3,4}				100 ⁴				100
Мали		7								
Мавритания		100 ^{4,5}		100 ⁴						15 ⁴
Маврикий		30 ²				20 ²	24 ²	0 ²		16 ²
Мексика		72	63	76		31 ²	28 ²	48 ²		54
Молдова		31 ⁵		31		34	33	38		38
Монголия	67	53 ⁵		53					23	60
Черногория		73 ^{4,5}		73 ⁴						81 ⁴
Марокко		51 ⁵		51	13	13	13	11		
Непал		40	52	37		21 ⁶	21			30
Нигер		38 ⁵		38						
Нигерия		38 ⁵		38		23	23	33		30
Пакистан		4	4	5			4 ⁴			
Панама	77	55	59	52					45	76
Папуа-Новая Гвинея		47 ⁵		47						42
Парагвай		100 ⁵	100	100		100	100	100		100
Перу				54 ⁴						21
Филиппины		12 ⁵		12		4	4	15		16
Польша						<1				<1
Румыния	36	35 ⁵		35	36	16 ⁴	17 ⁴	10 ⁴		47
Российская Федерация		61 ⁵		61		46	44	50		32

Показатель ССГАООН 8.Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты ¹										
	Работники секс-бизнеса				Потребители инъекционных наркотиков				Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	
ССГАООН	2005	2007			2005	2007			2005	2007
Страна (или территория)	Все	Все	Мужчины	Женщины	Все	Все	Мужчины	Женщины	Все	Все
Руанда		65 ⁵		65						
Сент-Люсия					100 ⁴	100 ⁴	100 ⁴			
Сан-Томе и Принсипи		72 ^{4,5}		72 ⁴						
Сенегал		70 ⁵		70					11	
Сербия									53	
Сьерра-Леоне		79	75							
Сингапур				100						47
Испания		67 ^{2,4,5}			68 ^{2,4}	67 ^{2,4}	72 ^{2,4}		49 ³	
Шри-Ланка		43 ⁵		43						14
Суринам		62	75	59						
Свазиленд		94 ^{4,5}		94 ⁴						
Швеция		34 ⁴	100 ⁴	33 ⁴	84 ⁴	83 ⁴	86 ⁴		41	
Швейцария			38		60	59	61		31	
Таджикистан		29 ⁵		29	24	23	30			
Таиланд		53	54	52						35
Бывшая югославская Республика Македония	67	47	87	39	32	44	42	53	7	56
Того		40	22	89						
Тунис				100 ⁴						35 ³
Турция	26	97	100	97	8	11	0		31	
Украина	32	46 ⁵		46	27	29	29	30	25	27
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии										17 ²
Узбекистан		19 ⁵		19	18	18	18		25	
Вьетнам		15 ⁵		15	11 ⁶	11			16	
Замбия		17	14	23						

¹ Дата отчета - 2007 год, однако сбор данных происходил в 2005-2007 гг.

² Сбор данных начался до 2005 г.

³ Период сбора данных не указан

⁴ Методология не была гармонизирована с руководящими принципами ССГАООН за 2008 г.

⁵ Только женщины

⁶ Только мужчины

Показатель ССГАООН 9. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики ВИЧ ¹							
Страна (или территория)	2007						
	Работники секс-бизнеса			Потребители инъекционных наркотиков			Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами
	Все	Мужчины	Женщины	Все	Мужчины	Женщины	
Афганистан	11 ³	9 ³	11 ³				
Ангола	17						
Аргентина			82				98
Армения	41 ⁴		41	54	55	44	10
Багамские Острова							48
Бангладеш	54	47	57	82	82	90	13
Беларусь	86 ⁴		86	56	54	61	90
Бенин	60 ⁴		60				
Болгария	77 ⁴		77	47	45	60	30
Буркина-Фасо	37	15	59				
Бурунди	72 ^{2,4}		72 ²				
Камерун	70 ^{2,4}		70 ²				
Китай	46 ⁴		46	25	25	25	38
Коморские Острова	59 ⁴		59				
Коста-Рика							26
Куба	60	59	65				56
Кот-д'Ивуар							100 ³
Эквадор			76				49
Сальвадор	73						62
Эритрея	88 ^{3,4}		88 ³				
Эстония							56
Габон	29	27	29				
Грузия				17 ⁵	17		
Греция							19
Гватемала	93 ⁴		93				75
Гвинея	92 ⁴		92				
Гайана	28 ⁴		28				17
Гондурас	23 ⁴		23				24
Индонезия	40	60	34	45	44	55	40
Ямайка	60						
Казахстан	71 ³			44 ³			48 ³
Кыргызстан	89 ^{3,4}		89 ³	78 ³	78 ³	78 ³	77 ³
Латвия				47	45	53	
Ливан	<1 ³	11 ³	22 ³				15 ³
Литва	43 ⁴		43				40
Малави	69		69				
Малайзия	86 ⁴						100 ³
Мексика	36	55	28	5	5	4	18
Молдова	96		96	89	89	89	86
Монголия	64						67

Показатель ССГАООН 9. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики ВИЧ ¹							
Страна (или территория)	2007						
	Работники секс-бизнеса			Потребители инъекционных наркотиков			Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами
	Все	Мужчины	Женщины	Все	Мужчины	Женщины	
Марокко	49 ⁴		49				
Непал	42	56	39	78 ⁵	78		47
Пакистан	3 ³	3 ³	2 ³		16 ³		
Панама	76	73	78				89
Папуа-Новая Гвинея	31 ⁴		31				10
Парагвай	18						
Перу			80				44
Филиппины	14 ⁴		14	14	13	28	19
Румыния							59
Российская Федерация	39			24	33	21	17
Сан-Томе и Принсипи	80 ^{3,4}		80 ³				
Сьерра-Леоне	73 ⁴		73				
Сингапур			100 ³				
Свазиленд	77 ^{3,4}		77 ³				
Швеция	50 ³	100 ³	55 ³	27	26	30	
Таджикистан	60 ⁴		60	25	21	41	
Того	76	75	81				
Турция	42 ⁴		42		22	30	19
Украина	69 ⁴		69	46	45	50	50
Вьетнам	65 ^{3,4}		65 ³	43 ³	43 ³		26
Замбия	63 ^{2,4}		63 ²				

¹ Дата отчета – 2007 год, однако сбор данных происходил в 2005-2007 гг.

² Сбор данных начался до 2005 г.

³ Методология не была гармонизирована с руководящими принципами ССГАООН за 2008 г.

⁴ Только женщины

⁵ Только мужчины

Показатель ССГАООН 10. Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет, чьи домохозяйства получали бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком

Страна (или территория)	2005		Значения, сообщенные странами за 2007 г.		Последние данные ОДЗ (или КМИО)	
	Год обследования	Охват	Год обследования	Охват	Год обследования	Охват
Бенин			2006	69 ¹		
Ботсвана	2004	34				
Буркина-Фасо			2007	5 ¹		
Бурунди			2006	50 ¹		
Камерун			2006	9	2006 ³	9
Центральноафриканская Республика			2006	20 ²	2007	8
Коста-Рика			2006	100 ¹		
Кот-д'Ивуар			2006	9 ¹	2005	9
Хорватия			2007	100 ¹		
Конго, Демократическая Республика					2007	9
Доминиканская Республика			2007	4 ¹		
Эфиопия	2004	4	2004	4		
Финляндия				99		
Габон			2007	10		
Гана			2006	2 ¹		
Гвинея			2007	17 ¹		
Гвинея-Бисау			2006	8	2006 ³	8
Гаити			2006	5	2005	5
Кения		10				
Лесото	2004	25				
Мадагаскар	2003	7				
Малави			2006	53 ²	2006 ³	19
Мали	2005	39	2007	45 ¹		
Намибия			2007	17	2006	17
Нигерия			2007	10 ¹		
Руанда			2005	13	2005	13
Сент-Люсия			2007	69 ¹		
Сенегал			2007	44 ¹		
Сейшельские Острова			2006	100 ¹		
Сьерра-Леоне			2005	1	2005	1
Южная Африка			2007	67 ¹		
Свазиленд			2007	41	2007	41
Того		10	2006	60 ²	2006 ³	6
Турция			2006	100 ¹		
Уганда			2006	11	2006	11
Танзания, Объединенная Республика			2006	51 ¹		
Замбия	2005	13	2007	16	2007	16
Зимбабве			2006	31	2006	31

¹ Методология не была гармонизирована с руководящими принципами ССГАООН за 2008 г.² Отличаются от данных, предоставленных ЮНИСЕФ³ Источник: кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода (КМИО ЮНИСЕФ)

Показатель ССГАООН 11. Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года

Страна (или территория)	2007
Ангола	1
Антигуа и Барбуда	13
Азербайджан	19
Багамские Острова	72
Барбадос	41
Беларусь	79
Босния и Герцеговина	24
Ботсвана	100
Болгария	6
Буркина-Фасо	1
Бурунди	64
Камбоджа	26
Кабо-Верде	100
Центральноафриканская Республика	15
Чад	4
Коморские Острова	15
Республика Конго	82
Коста-Рика	100
Хорватия	5
Куба	71
Кот-д'Ивуар	1
Конго, Демократическая Республика	0
Доминика	100
Доминиканская Республика	1
Сальвадор	4
Эритрея	26
Эфиопия	70
Финляндия	95
Габон	35
Гамбия	33
Германия	50
Гана	58
Гренада	0
Гондурас	39
Индонезия	10
Иран, Исламская Республика	0
Ямайка	24
Казахстан	72
Лаосская Народно-Демократическая Республика	32
Мексика	27
Молдова	93
Намибия	79

Показатель ССГАООН 11. Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года

Страна (или территория)	2007
Непал	6
Никарагуа	8
Нигер	8
Нигерия	34
Пакистан	6
Папуа-Новая Гвинея	25
Румыния	64
Российская Федерация	82
Сент-Люсия	91
Сент-Винсент и Гренадины	87
Сан-Томе и Принсипи	100
Сербия	1
Сейшельские Острова	100
Южная Африка	96
Свазиленд	51
Того	0
Турция	100
Украина	57
Замбия	60
Зимбабве	100

Показатель ССГАООН 12. Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет (соотношение числа сирот и детей, не являющихся сиротами)					
Страна (или территория)	2003	2005		2007	
	Соотношение	Год обследования	Соотношение	Год обследования	Соотношение
Ангола	0.90			2001	0.90
Аргентина				2005	1.03
Бенин				2006	0.85
Боливия				2003	0.74 ¹
Ботсвана	0.99				
Буркина-Фасо				2007	0.87
Бурунди	0.70			2005	0.85
Камбоджа				2006	0.83
Камерун	0.94			2006	0.89
Центральноафриканская Республика	0.91			2006	0.96
Чад	0.96			2004	1.03
Колумбия				2005	0.85 ¹
Коморские Острова	0.59				
Республика Конго				2005	1.12
Хорватия				2007	1.00 ²
Куба				2005	1.00 ²
Кот-д'Ивуар	0.83			2005	1.21 ³
Конго, Демократическая Республика	0.72			2007	0.77 ¹
Экваториальная Гвинея	0.95				
Эритрея				2002	0.83 ¹
Эфиопия	0.60			2004	
Финляндия					>0.99
Габон	0.98			2007	1.14
Гамбия	0.85			2006	0.87
Гана	0.93			2006	1.04 ⁴
Гвинея	1.13			2005	0.73 ¹
Гвинея-Бисау	1.03			2006	0.97
Гайана				2005	0.95 ¹
Гаити				2000	0.87 ¹
Индия				2006	0.72 ¹
Индонезия				2002	0.84 ¹
Ямайка				2005	
Кения	0.74	2005	0.97	2003	0.95 ¹
Лесото	0.87			2007	0.95
Мадагаскар	0.65	2003	0.80	2004	0.83
Малави	0.93	2004	0.97		
Мали	0.72				
Мозамбик	0.47			2004	0.80
Намибия	0.92	2005	0.97	2007	1.00
Никарагуа				2007	0.88
Нигер	1.07			2006	0.67
Нигерия	0.87			2007	0.86 ²
Папуа-Новая Гвинея				2007	0.86

Показатель ССГАООН 12. Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет (соотношение числа сирот и детей, не являющихся сиротами)

Страна (или территория)	2003	2005		2007	
	Соотношение	Год обследования	Соотношение	Год обследования	Соотношение
Перу				2006	
Руанда	0.80			2005	0.82
Сент-Люсия				2007	1.76 ²
Сенегал	0.74			2007	1.25 ²
Сьерра-Леоне	0.71			2005	0.83
Сомали	0.65			2006	0.78
Южная Африка	0.95			2007	0.81 ²
Судан	0.96				
Свазиленд	0.91			2007	0.97
Таиланд				2006	0.93
Того	0.96			2007	0.94
Турция				2007	0.70 ²
Уганда	0.95			2000	0.95
Танзания, Объединенная Республика	0.74			2007	0.64
Замбия	0.87	2005	0.17	2005	1.02 ²
Зимбабве	0.85			2006	0.95

¹ Данные обследований в области демографии и здоровья, предоставленные МООИР ОДЗ (www.measuredhs.com).

² Метод сбора данных отличается от метода, рекомендованного ССГАООН

³ Отличаются от данных, предоставленных ЮНИСЕФ

⁴ Кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода, основанные на малых значениях знаменателей; как правило – невзвешенные случаи в группе 25–49 лет

Показатель ССГАООН 13. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ											
Страна (или территория)	2003	2005			Значения, сообщенные странами за 2007 г.				Последние данные ОДЗ (или КМИО)		
	Женщины 15-24	Год обследования	Мужчины 15-24	Женщины 15-24	Год обследования	Мужчины 15-24	Женщины 15-24	Оба пола 15-24	Год обследования	Мужчины	Женщины
Албания	<1								2005 ¹		6
Алжир					2006		16	16	2006 ¹		13
Ангола			43	35	2006	25	21	23			
Антигуа и Барбуда					2005			48			
Аргентина					2005	83	89	86			
Армения					2007	42	34	36	2005	15	23
Азербайджан	2								2006 ¹	5	6
Бангладеш					2005	24	21	22	2006 ¹		16
Беларусь					2007	70	65	68	2005 ¹		34
Белиз					2006	26	26	26			
Бенин			11	8	2006	35	16	20	2006	35	16
Боливия	22								2003	18	15
Босния и Герцеговина					2006		44		2005 ¹		48
Ботсвана	28										
Болгария					2006	18	21	19			
Буркина-Фасо					2007	45	46	45	2003	23	15
Бурунди	24	2004	4	4	2005		31		2005 ¹		30
Камбоджа	37				2006	45	49	47	2005	45	50
Камерун	16	2004	34	27	2006		32	32	2004	34	27
Кабо-Верде					2005	37	38	38	2005	36	36
Центральноафриканская Республика	5				2006	31	22	24	2006 ¹	27	17
Чад	5				2004	20	8	11	2004	19	7
Чили					2007						
Китай					2007	50	55	42			
Коморские Острова	10								2000 ¹		18
Республика Конго					2005	22	10	13	2005	35	26
Коста-Рика					2006	43	42	42			
Кот-д'Ивуар	16				2005	28	18	22	2005	28	18
Хорватия					2006	16	25	20			
Куба	52				2006	55	61	58	2000 ¹		30
Кипр					2007	10	11	10			
Конго, Демократическая Республика					2006	29	22	26	2007	21	15
Джибути									2006 ¹		18
Доминиканская Республика	33				2007	34	41	37	2007 ¹	34	41
Эквадор					2006	31	27	29			
Экваториальная Гвинея	4								2000 ¹		4
Эритрея					2002		37**		2002		37
Эстония					2007	28	37	32			
Эфиопия					2005	33	21	24	2005	33	20
Финляндия								85			

Показатель ССГАОН 13. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ

Страна (или территория)	2003	2005			Значения, сообщенные странами за 2007 г.				Последние данные ОДЗ (или КМИО)		
	Женщины 15-24	Год обследования	Мужчины 15-24	Женщины 15-24	Год обследования	Мужчины 15-24	Женщины 15-24	Оба пола 15-24	Год обследования	Мужчины	Женщины
Габон					2007	58	60	59			
Гамбия	15				2005	34	25	29	2006 ¹		39
Грузия					2005		4				
Германия					2007						
Гана		2003	40	36					2006	33	25
Греция					2007	27	23	25			
Гренада					2006	43	40	41			
Гватемала					2002	10	9	9			
Гвинея					2007	20	12	16	2005	23	17
Гвинея-Бисау	8				2006		18		2006		18
Гайана	36				2005	34	44	39	2005	47	53
Гаити	14				2006	40	32	35	2005	40	34
Гондурас					2005	39	89	77	2006		30
Индия					2006	33	24	28	2006	36	20
Индонезия	7										
Ирак									2006 ¹		3
Ямайка					2004	23	47	35	2005 ¹		60
Япония					2004						
Казахстан					2007	18	20	19	2006 ¹		22
Кения	26	2005	80	58					2003	47	34
Кыргызстан					2006	30	33	32	2006 ¹		20
Латвия					2007	3	3	3			
Лесото	18								2004	19	27
Мадагаскар		2003	16	19	2006	46	45	45	2004	16	19
Малави	34	2005	36	24					2004	36	24
Мали					2006	22	18	20	2006	22	18
Маршалловы Острова					2006	8	4	6	2007	39	27
Маврикий					2004			22			
Мексика					2002	18	18				
Молдова	19				2006	26	27	26	2005	na	na
Монголия	32	2005	3	5	2005	17	15	16	2005 ¹		35
Черногория					2006				2006 ¹		30
Марокко					2007				2003		12
Мозамбик					2004	39	25	28	2003	33	20
Намибия					2007	62	65	63	2006	62	65
Непал					2006	44	28	32	2006	44	28
Никарагуа					2007		81	81	2001		22
Нигер	5				2006	16	13	14	2006	16	13
Нигерия					2005	25	20	23	2003	21	18
Палау					2006		27				
Перу					2006			55	2007		19
Филиппины									2003	18	12

Показатель ССГАООН 13. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ											
Страна (или территория)	2003	2005			Значения, сообщенные странами за 2007 г.				Последние данные ОДЗ (или КМИО)		
	Женщины 15-24	Год обследования	Мужчины 15-24	Женщины 15-24	Год обследования	Мужчины 15-24	Женщины 15-24	Оба пола 15-24	Год обследования	Мужчины	Женщины
Российская Федерация					2007	33	35	34			
Руанда	23				2005	54	51	52	2005	54	51
Сент-Китс и Невис					2006			52			
Сент-Люсия					2006	61	57	59			
Сент-Винсент и Гренадины					2006	59	40	49			
Сан-Томе и Принсипи	11				2006				2006 ¹		44
Сенегал					2005	24	19	22	2005	26	21
Сербия					2006	20	21	20	2006 ¹		42
Сейшельские Острова					2003	59	67	63			
Сьерра-Леоне	16				2005	25		25	2005 ¹		17
Сингапур					2007	15	20	17			
Сомали		2004	13	8	2006		4	4	2006 ¹		4
Южная Африка	20										
Шри-Ланка					2007	10	7	8			
Суринам	27				2006		41	41	2006 ¹		41
Свазиленд	27				2007	52	52	52	2007	52	52
Сирийская Арабская Республика									2006 ¹		7
Таджикистан					2007	11	11	11	2005 ¹		3
Таиланд					2006	47	33	40	2005 ¹		46
Бывшая югославская Республика Македония					2007	19	26	22	2005 ¹		27
Того	20				2007	59	44	51	2006 ¹		28
Тринидад и Тобаго	33				2007			56	2006 ¹		28
Тунис						26	29	27			
Турция					2007	35	39	37			
Tuvalu					2005						
Уганда	28				2006	38	32	33	2006	38	32
Украина					2007	39	42	40	2007	43	42
Танзания, Объединенная Республика	26								2004	40	45
Уругвай					2007	52	48	50			
Узбекистан	3								2006 ¹		31
Вьетнам	25				2005	50	42	46	2005	50	42
Замбия	26	2005	46	41	2007	37	34	35	2007	37	34
Зимбабве		2003	56	54	2006	46	44	45	2006	46	44

¹ Источник: Кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода (КМИО ЮНИСЕФ)

Показатель ССГАООН 14. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ¹

ССГАООН	Работники секс-бизнеса				Потребители инъекционных наркотиков				Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	
	2005	2007			2005	2007			2005	2007
Страна (или территория)	Все	Все	Мужчины	Женщины	Все	Все	Мужчины	Женщины	Все	Все
Аргентина	69	67 ⁶							56	
Армения	49	54 ⁴		54	60	68	69	56	54	74
Багамские Острова										45
Бангладеш	23	31	30	31	14	20 ⁵	20		14	27
Барбадос		37 ^{3,4}		37 ³						
Беларусь	24	50 ⁴		50	61	58	51	68	63	56
Бенин									42	
Босния и Герцеговина						22 ⁵	22			
Болгария		35 ⁴		35		29	28	34		32
Бурунди	4	44 ^{2,4}		44 ²						
Камерун		40 ^{2,4}		40 ²						
Китай	24 ⁴	41			36	49	48	52	37	55
Республика Конго	67								3	
Коста-Рика									49	85
Кот-д'Ивуар		32 ⁴		32						
Куба		52	49	61						54
Конго, Демократическая Республика		30 ^{2,4}		30 ²						
Эквадор				47 ³						59 ³
Сальвадор		6								25
Эстония		83 ^{3,4}		83 ³		75 ³	75 ³	74 ³		60 ³
Эфиопия		36 ⁴		36						
Габон		24	13	25						
Грузия	1	4 ⁴		4	36	41 ⁵	41			0 ²
Греция										74
Гватемала		3 ⁴		3						33
Гвинея		4 ⁴		4						
Гайана		63								67
Гаити		6 ⁴		6						36
Гондурас		21 ⁴		21						21
Индия				38						
Индонезия	24	28	37	26	7	58	58	68	43	42
Иран, Исламская Республика		8 ⁴		8		24	24	15		
Ямайка	26	26 ⁴		26						
Казахстан		63 ⁴		63		63	63	63		66
Кыргызстан	1	36 ⁴		36		64	62	69	7	89
Лаосская Народно-Демократическая Республика	21									31 ³
Латвия						45	44	50		
Литва		24 ⁴		24						39
Мадагаскар		30								
Малайзия		78 ²				98 ²				

Показатель ССГАООН 14. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ ¹										
	Работники секс-бизнеса				Потребители инъекционных наркотиков				Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	
ССГАООН	2005	2007			2005	2007			2005	2007
Страна (или территория)	Все	Все	Мужчины	Женщины	Все	Все	Мужчины	Женщины	Все	Все
Мали	90									
Маврикий		2 ^{2,4}				62 ²				48 ²
Мексика		49	54	47						66
Молдова	35	58 ⁴		58	37	64	64	66	38	47
Монголия		29 ⁴		29						23
Марокко	72				7					
Непал	17	32	41	30	50	66 ⁵	66		27	45
Нигерия		33 ⁴		33		34	34	36		44
Пакистан		10 ³	21 ³	<1 ³			20			
Панама		91	91	92						78
Папуа-Новая Гвинея		35 ⁴		35						71
Перу									73	40
Филиппины		2		2		26	27	23		10
Румыния	14	14 ⁴		14	18	30	24	63		45
Российская Федерация		36 ⁴		36		46	47	43		26
Руанда		36 ⁴		36						
Сент-Люсия						13 ³	10 ³	33 ³		
Сан-Томе и Принсипи				72						
Сенегал		41 ⁴		41						
Шри-Ланка		10 ⁴		10						20
Суринам		78	75	79						
Свазиленд		46 ⁴		46 ⁴						
Швеция		46	100	45						
Таджикистан		41 ⁴		41		46	45	51		
Таиланд		28	23	29		49				25
Бывшая югославская Республика Македония	10	47	67	43	27	34	32	47	34	41
Того		45	46	42						
Турция	22									
Украина	8	48 ⁴		48	21	47	47	45	49	47
Вьетнам	24	35 ⁴		35	34	38 ^{3,5}	38 ³			55 ³
Замбия		41	41	42						

¹ Дата отчета – 2007 год, однако сбор данных происходил в 2005-2007 гг.

² Сбор данных начался до 2005 г.

³ Методология не была гармонизирована с руководящими принципами ССГАООН за 2008 г.

⁴ Только женщины

⁵ Только мужчины

⁶ Трансгендерные лица

Показатель ССГАОН 15. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет										
Страна (или территория)	2005			Значения, сообщенные странами за 2007 г.				Последние данные ОДЗ (или КМИО)		
	Год обследования	Мужчины	Женщины	Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола 15–24	Год обследования	Мужчины	Женщины
Ангола		47	24	2006	36	28	32			
Антигуа и Барбуда				2006			25			
Аргентина				2005	27	19	23			
Армения				2007	11	<1	3	2005	3	<1
Азербайджан								2006	1	1
Бангладеш				2005	4	1	2			
Барбадос		36	26							
Беларусь				2007	8	4	5			
Белиз				2006	11	6	9			
Бенин		16	9	2006	13	12	12	2006	13	12
Босния и Герцеговина				2006		1		2006 ¹		<1
Болгария				2006	13	7	10			
Буркина-Фасо				2007	3	7	6	2003	4	7
Бурунди		14	6	2005		3		2005 ¹		3
Камбоджа		<1	<1	2006	<1	1	1	2005	<1	1
Камерун	2004	23	35	2006		14		2006 ¹		14
Кабо-Верде				2005	41	24	30	2005	41	24
Центральноафриканская Республика	2004	10	10	2006	20	33	30	2006	13	25
Чад				2004	19	39	35	2004	10	26
Чили				2006	12	6	9			
Колумбия				2007			37	2005		13
Республика Конго	2003	10	10	2005	27	24	24	2005	27	24
Коста-Рика				2006	15	7	11			
Куба				2006	33	15	24			
Кипр				2007	15	1	8			
Кот-д'Ивуар	2004	13	15	2005	15	19	18	2005	15	19
Конго, Демократическая Республика				2006	31	23	28	2007	18	18
Доминиканская Республика				2007	24	33	29	2007	24	15
Эквадор				2004		10				
Сальвадор				2003	54	21	27			
Эритрея								2002		13
Эстония				2007	10	11	10			
Эфиопия		40	42	2005	2	16	12	2005	2	16
Фиджи				2007			50			
Габон				2007	38	14	25	2000	42	24
Гамбия				2006		5		2006 ¹		5
Грузия				2005		2	2			
Германия				2006	10	12	11			
Гана								2006	4	6
Греция				2007	35	7	24			
Гренада				2006	32	20	25			
Гватемала				2002	20	9	11	1999		10

Показатель ССГАОН 15. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет										
Страна (или территория)	2005			Значения, сообщенные странами за 2007 г.				Последние данные ОДЗ (или КМИО)		
	Год обследования	Мужчины	Женщины	Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола 15-24	Год обследования	Мужчины	Женщины
Гвинея	2005	16	18	2007	20	31	25	2005	17	22
Гвинея-Бисау				2006		22				
Гайана				2005	30	12	21	2005	13	9
Гаити				2006	43	15	23	2005	43	15
Гондурас				2005	19	11	13	2006		11
Индия				2006	2	4	3	2006	2	10
Иран, Исламская Республика				2005						
Ямайка				2004						
Япония				2004	8	9	9			
Казахстан				2007	20	3	9			
Кения	2005	20	17	2003	29	14	21	2003	29	14
Кыргызстан				2007	9	<1	5	2006 ¹		0
Латвия				2007	16	9	12			
Ливан				2004			4			
Лесото	2004	27	14	2005	12	6	8	2004	13	6
Литва				2006	22	10	16			
Мадагаскар	2003	22	31	2006	33	39	36	2004	9	15
Малави				2006				2004	14	15
Мали				2006	5	25	6	2006	5	25
Маршалловы Острова				2006	17	10	14	2007	27	14
Мавритания				2007		14	14			
Маврикий				2004	3	1	2			
Мексика				2005	4	4	4			
Молдова	2005	34	24	2006	8	1	4	2005	9	1
Монголия	2005	3	<1	2005	3	<1	1			
Черногория				2007	4	2	3	2006 ¹		<1
Марокко				2007	8	1	5			
Мозамбик				2004	26	28	28	2003	26	28
Намибия				2007	18	7	12	2006	18	7
Непал								2006	4	7
Никарагуа				2007		14	14	2001		12
Нигер				2006	8	39	25	2006	5	30
Нигерия	2005	5	15	2005	5	15	10	2003	7	21
Пакистан				2006	1	<1				
Палау				2006		5				
Папуа-Новая Гвинея				2007	4	4	4			
Перу				2007			6	2007		6
Филиппины								2003	2	1
Румыния				2006	17	3	10			
Российская Федерация	2004	17	8	2007	12	3	7			
Руанда				2005	13	4	7	2005	13	4
Сент-Китс и Невис				2006	36	10	22			

Показатель ССГАОН 15. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет										
Страна (или территория)	2005			Значения, сообщенные странами за 2007 г.				Последние данные ОДЗ (или КМИО)		
	Год обследования	Мужчины	Женщины	Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола 15–24	Год обследования	Мужчины	Женщины
Сент-Люсия				2006	32	20	26			
Сент-Винсент и Гренадины	2005	63	37	2006	31	14	22			
Сан-Томе и Принсипи				2006						
Сенегал				2005	12	9	10	2005	12	9
Сьерра-Леоне				2005	25		25			
Сингапур				2007	3	2	2			
Южная Африка				2005	5	12	8			
Испания				2003	18	11	15			
Шри-Ланка				2007			3			
Суринам				2006			8			
Свазиленд				2007	5	7	6	2007	5	7
Швеция				2007	15	21	19			
Швейцария				2007	10	7	8			
Таджикистан				2006	1	<1	1			
Таиланд		11	7	2006	21	5	13			
Бывшая югославская Республика Македония				2007	8	1	5	2006 ¹		<1
Того				2007	13	10	11	1998	<1	19
Тринидад и Тобаго				2007			12			
Тунис					7	<1	4			
Турция				2007						
Туркменистан								2000		<1
Уганда				2006	12	16	15	2006	12	16
Украина				2007	7	3	5	2007	2	1
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии				2001	14	12	13			
Танзания, Объединенная Республика				2005	10	13	11	2004	9	12
Уругвай				2007	25	10	18			
Узбекистан								1996		1
Вьетнам				2005	1	<1	<1	2005	<1	1
Замбия				2007	16	14	15	2007	16	14
Зимбабве		9	8	2006	5	5	5	2006	4	5

¹ Источник: Кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода (КМИО ЮНИСЕФ)

Показатель ССГАООН 16. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев										
Страна (или территория)	2003 ¹					2005 ¹				
	Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола		Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола	
		15–49	15–49	15–24	25–49		15–49	15–49	15–24	25–49
Ангола										
Антигуа и Барбуда										
Армения	2000	9	<1	4	4	2005	9	<1	6	3
Азербайджан										
Бангладеш										
Беларусь										
Белиз										
Бенин	1996		2			2001	22	1	7	8
Боливия						2003	15	1	10	7
Босния и Герцеговина										
Буркина-Фасо	1999	13	1	9	6	2003	15	1	5	9
Бурунди										
Камбоджа	2000		<1			2005	6	<1	2	4
Камерун	1998	41	10	25	25	2004	31	6	15	22
Кабо-Верде						2005	36	3	19	19
Центральноафриканская Республика										
Чад	1997	19	1	11	8	2004	17	1	6	10
Чили										
Колумбия	2000		3			2005		3		
Коморские Острова										
Республика Конго						2005	24	7	15	16
Коста-Рика										
Куба										
Кипр										
Кот-д'Ивуар	1998	33	5	19	19	2005	24	4	12	15
Конго, Демократическая Республика										
Доминиканская Республика	1996	16	2	4	6	2002	23	2	13	13
Эстония										
Эфиопия	2000	7	1	3	5	2005	2	<1	1	2
Габон	2000	24	14	20	18					
Гамбия										
Германия										
Гана						2003	10	1	4	7
Греция										
Гренада										
Гватемала										
Гвинея	1999	26	4	15	15	2005	25	2	11	14
Гвинея-Бисау										
Гайана						2005	7	1	6	3
Гаити	2000	24	1	11	13	2005	23	1	11	13

Показатель ССГАООН 16. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев								
Год обследования	Значения, сообщенные странами за 2007 г.						Последние данные ОДЗ (или КМИО)	
	Мужчины	Женщины	Оба пола				Год обследования	Женщины
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		
2006	51	25	38	54	46	26		
2006			55					
							2005	9
							2006	6
2005	18		18	25	25	14		
2007	33	14	21	27	32	15		
2006	13 ²	4 ²	8 ²					
2006	12	35	17	62	30	8	2006	28
							2003	15
2006		8		4	11			
2007	14	1	7	2	6	9	2006 ⁴	1 ²
							2005 ⁴	1 ²
2006	6	<1	3	1	4	3	2005	6
2004	40	8	18	17	20	17	2006 ⁴	5 ²
2005	69	43	52	86	71	36	2005	36
2006	24 ²	6 ²	11 ²	6	14			
2004	17	1	8	4	9	10	2004	17
2006	12	2	7	6	14	6		
2007		4 ³			35 ³		2005	<1
2003	24	4	11			9		
2005	28	8	14	19	16	13	2005	24
2006	37	35	39					
2006	35	10	23	22	29	22		
2007	25	6	15					
2005	31	4	16	15	18	16	2005	24
2007	22	4	9	10	11	9	2007	17
2007	30	4	17	22	25	16	2007	24
2007	23	19	21	17	26			
2005	3	<1	2	1	2	2	2005	2
2007	51	38	43	53	36	43		
2006		1 ²					2006 ⁴	1 ²
2007	35	22	29					
2006	22 ²	40 ²	26 ²				2006	8
2007	33	8	20	22	48	18		
2006	30	13	21	19	30	16		
2002	13		13	34	19	8		
2005	25	2	8	6	10	8	2005	25
2006				5	7		2006 ⁴	6 ²
2005	9	1	5				2005	7
2006	23	1	12	7	16	13	2005	23

Показатель ССГАООН 16. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев										
Страна (или территория)	2003 ¹					2005 ¹				
	Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола		Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола	
		15–49	15–49	15–24	25–49		15–49	15–49	15–24	25–49
Гондурас						2006		1		
Индия						2006	1	<1	1	1
Ямайка										
Казахстан										
Кения	1998	24	3	16	11	2003	12	2	7	7
Кыргызстан										
Ливан										
Лесото						2004	21	8	11	16
Литва										
Мадагаскар						2004	17	3	11	9
Малави	2000	15	1	6	9	2004	9	1	4	6
Мали	1996	13				2001	17	1	5	11
Маршалловы Острова										
Маврикий										
Мексика										
Молдова						2005	11	1	9	4
Монголия										
Черногория										
Марокко										
Мозамбик						2003	30	5	18	17
Намибия	2000	16	2	9	10					
Непал	2001	3								
Никарагуа	2001		1							
Нигер	1998	10	1	7	5					
Нигерия						2003	15	2	5	10
Палау										
Папуа-Новая Гвинея										
Перу	1996	23	<1	4	9	2000		<1		
Филиппины						2003	6			
Польша										
Российская Федерация										
Руанда	2000	2	<1	1	2	2005	3	<1	1	2
Сент-Китс и Невис										
Сент-Люсия										
Сент-Винсент и Гренадины										
Сенегал						2005	13	1	4	10
Сербия										
Сейшельские Острова										
Сьерра-Леоне										
Сингапур										
Южная Африка										
Испания										

Показатель ССГАООН 16. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев									
Значения, сообщенные странами за 2007 г.							Последние данные ОДЗ (или КМИО)		
Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола				Год обследования	Мужчины	Женщины
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2005	16	1	4				2006	<1	1
2006	8	2	5	6	9	4	2006	1	<1
2004	48	11	29						
2007	25	5	15	9	23	15			
2003	12	2	5	3	6	5	2003	12	2
2007	28	2	15	10	21		2006 ⁴		<1 ²
2004	24	4	17						
2005	30	11	16				2004	21	8
2007	43	26	41	<1	<1	41			
2004	20	3	7				2004	17	3
2005	1	1	1	2	1	1	2004	9	1
2006	23	2	5	5	4	1	2006	15	1
2006	23	18	21	19	30		2007	7	3
2004	9	1	5	4	5	6			
2003	8				6	9			
2007	16	2	8	11	19	5	2005	11	1
2005	54		54						
							2005 ⁴		<1 ²
2007	37	2	19	14	27				
2004	52	24	29	60	34	19	2003	30	5
2007	16	3	9	10	15	7	2006	11	2
							2006	2	<1
2007		2	2	1	2	2			
2006	9	1	2	5	4	2	2006	12	1
2005	19	2	10	3	10	14	2003	15	2
2006		9		36	13	5			
2007	13	2	8	6	11	7			
2006	33	12					2007		1
							2003	6	
2005	8	5	7						
2006	20	9	15	16	26	13			
2005	3	<1	2	<1	1	2	2005	3	<1
2006	53	19	36						
2007	42	25	35						
2006	25	10	17	13	32	9			
2005	25	4	8	7	11	7	2005	13	1
2006	42	11	26	32	24	<1	2005 ⁴		3 ²
2003	23	11	17						
2005	9	36	21						
2007	7	2	4	2	10	4			
2005	3	18	10	18	15	8			
2003	27	13	20						

Показатель ССГАООН 16. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев										
Страна (или территория)	2003 ¹					2005 ¹				
	Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола		Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола	
		15–49	15–49	15–24	25–49		15–49	15–49	15–24	25–49
Шри-Ланка										
Суринам										
Свазиленд										
Швеция										
Швейцария										
Таджикистан										
Таиланд										
Того	1998	21	3	13	13					
Тринидад и Тобаго										
Турция										
Туркменистан	2000		<1							
Уганда	1995	8	1	5	4	2001	18	2	6	12
Украина										
Узбекистан										
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии										
Танзания, Объединенная Республика	1999	29	9	17	20	2004	23	3	10	15
Уругвай										
Вьетнам						2005	14	2	6	9
Замбия	1996	27	4	18	12	2002	21	2	10	13
Зимбабве	1999	13	2	6	8	2006	9	1	4	6

¹ Данные предоставлены МООИР ОДЗ

² 15–24 года

³ Только 25–64 года

⁴ Источник: Кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода (КМИО ЮНИСЕФ)

Показатель ССГАООН 16. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев									
Значения, сообщенные странами за 2007 г.							Последние данные ОДЗ (или КМИО)		
Год обследования	Мужчины	Женщины	Оба пола				Год обследования	Мужчины	Женщины
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2007	3	<1	2	1	1	3			
2006			3						
2007	23	2	13	15	17	15	2007	14	2
2007	23	23	23	33	34	11			
2007	18	10	14	25	26	10			
2006			6	3	9				
2006	18	1	9	24	18	7			
2007	26	6	16	10	22	17	2006 ⁴		3 ²
2007	94	79	85						
2007		15	15	19	20	11			
							2000		<1
2006	21	2	12	3	9	16	2006	21	2
2007	21	7	14	18	23	11	2007	13	2
							2006 ⁴		<1 ²
2001	25	15	20	30	35	16			
2006	20	5	13	46			2004	23	3
2007	23	11	17	28	35	11			
2005	1	<1	<1	<1	1	<1	2005	14	2
2007	14	1	7	3	7	9	2007	14	1
2006	14	1	7	7	9	6	2006	9	1

Показатель ССГАОН 17. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта

Страна (или территория)	2003 ¹					2005 ¹				
	Год обследования	Мужчины 15-49	Женщины 15-49	Оба пола		Год обследования	Мужчины 15-49	Женщины 15-49	Оба пола	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Албания										
Ангола										
Антигуа и Барбуда										
Аргентина										
Армения	2000	32				2005	58			
Азербайджан										
Бангладеш										
Беларусь										
Бенин	1996		13			2001	23	18	33	17
Босния и Герцеговина										
Буркина-Фасо	1999	55	36	56		2003	43	44	68	33
Бурунди										
Камбоджа						2005	41			
Камерун	1998	23	13	27	17	2004	38	35	53	28
Канада										
Кабо-Верде						2005	69	57	78	59
Центральноафриканская Республика										
Чад	1997	20	10	22	17	2004	20	7		
Чили										
Колумбия	2000		22			2005		31		
Республика Конго						2005	30	23		
Коста-Рика										
Куба										
Кипр										
Кот-д'Ивуар	1998	45	23	53	34	2005	38	41	59	26
Конго, Демократическая Республика										
Доминиканская Республика	1996	9	19	7	10	2002	35	33	45	27
Эстония										
Эфиопия	2000	20	11	43	10	2005	9			
Габон	2000	40	26	41	29					
Гамбия										
Германия										
Гана						2003	22	33	39	
Греция										
Гренада										
Гватемала										
Гвинея	1999	24	9	31	17	2005	24	20	38	17
Гвинея-Бисау										
Гайана						2005	53	56		
Гаити	2000	21	30	30	16	2005	34	21	49	23

Показатель ССГАООН 17. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта								
Значения, сообщенные странами за 2007 г.							Последние данные ОДЗ (или КМИО)	
Год обследования	Мужчины 15-49	Женщины 15-49	Оба пола				Год обследования	Женщины 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49		
2005								
2006	46	18	32	26	40	31		
2006			87					
2005	48	44	46	48	44		2005	58
2006							2006	26
2005	35		35	42	31	36		
2007	62	60	61	76	68	49		
2006	25	42	32	31	36	29	2006	17
2006		72		73	71			
2007	36	51	38	69	61	30	1999	55
2004	55	45	49					36
2006	40	12	39	83	73	23	2005	41
2006	55	41	48	61	62	43	2006 ⁴	68 ⁵
	23	16	19					
2005	72	46	58	70	61	47	2005	69
2006								57
2004	20	7					2004	20
2006	30	18	28	32	34	25		7
							2005	31
2005	43	21	30	24	29	35	2005	30
2006	15	11	13			12		23
2006	41	33	39	72	53	30		
2007	63	53	61					
2005	52	34	44	47	45	42	2005	38
2007	26	16	21	16	26	21	2007	16
2007	42	33	37	54	44	34	2007	45
2007	64	55	61	61	64			35
2005	52	24	43	38	47	34	2005	9
2007	72 ²	70 ²	71 ²	65 ²	73 ²	71 ²		
							2006 ⁴	64 ⁵
2007			58					
2006	33	54					2006	38
2007	71	55	67	61	58	75		35
2006	68	52		61	63			
2002				47	58	50		
2005	32	26	31	35	43	27	2005	24
							2006 ⁴	58 ⁵
2005	53	56	53				2005	53
2006	34	21	33	41	53	23	2005	34
								21

Показатель ССГАОН 17. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта

Страна (или территория)	2003 ¹					2005 ¹				
	Год обследования	Мужчины 15-49	Женщины 15-49	Оба пола		Год обследования	Мужчины 15-49	Женщины 15-49	Оба пола	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Гондурас						2006		27		
Индия						2006	23	12		
Ямайка										
Казахстан										
Кения	1998	36	18	38	30	2003	33	12	47	17
Кыргызстан										
Ливан										
Лесото						2004	41	19	47	26
Литва										
Мадагаскар						2004	9	2	12	6
Малави	2000	14	15	26	7	2004	20	16	32	13
Мали	1996	34				2001	16	14	27	13
Маршалловы Острова										
Мавритания										
Маврикий										
Мексика										
Молдова						2005	45	22	56	28
Монголия										
Марокко										
Мозамбик						2003	19	14	38	10
Намибия	2000	65	45	72	56					
Непал										
Никарагуа	2001		19							
Нигер	1998	26	28							
Нигерия						2003	22	13	34	17
Палау										
Папуа-Новая Гвинея										
Перу	2000		15							
Филиппины						2003		22		
Руанда	2000	28	30			2005	8	14		
Сент-Китс и Невис										
Сент-Люсия										
Сент-Винсент и Гренадины										
Сан-Томе и Принсипи										
Сенегал						2005	31	21	61	22
Сербия										
Сьерра-Леоне										
Сингапур										
Южная Африка										
Испания										
Суринам										
Свазиленд										

Показатель ССГАООН 17. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта

Значения, сообщенные странами за 2007 г.							Последние данные ОДЗ (или КМИО)		
Год обследования	Мужчины 15-49	Женщины 15-49	Оба пола				Год обследования	Мужчины 15-49	Женщины 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49			
2006	38	32	37				2006		27
2006	67	62	66	61	68	66	2006	23	12
2004	67	53	64						
2007	82	82	82	88	93	77			
2003	33	12	30	48	47	17	2003	33	12
2007	81	75	80	85	78				
2004	72	67	72						
2004	41	19	34	49	40	26	2004	41	19
2007	46	20	44			44			
2004	13	5	8	8	8	8	2004	9	2
2004	47	30	38	35	47	33	2006 ⁴		45 ⁵
2006	38	17	20	19	29	34	2006	12	8
2006	19	15	18	17	19		2007	20	11
2007	10		10						
2004	44	46	44	50	43	43			
2003	20				78	14			
2007	48	60	49	45	50	52	2005	45	22
2005	34		34						
2007	61	75	62	63	61				
2003	19	14	18	28	28	10	2003	19	14
2007	74	66	68	79	76	60	2006	74	66
2006	54						2006	30	
2001		19					2001		19
2006	7	8					2006	7	8
2005	62	44	56	44	56	62			
2006		23				60			
2007	45	26	43	50	49	38			
2006			48	59	43		2007		31
2003	22						2003		22
2005	8	14	8				2005	8	14
2006			67						
2007	48	39	45						
2006	62	52	59	59	59				
2006		57 ³		60	59				
2005	62	37	52	39	51	59	2005	31	21
2006				73	78				
2007	11	26	37						
2007	51	0	42	50	14	51			
2005	67	47	64	80	72	56			
2003	50	42	46						
2006			49						
2007	56	57	56		62	51	2007	56	57

Показатель ССГАОН 17. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта										
Страна (или территория)	2003 ¹					2005 ¹				
	Год обследования	Мужчины 15-49	Женщины 15-49	Оба пола		Год обследования	Мужчины 15-49	Женщины 15-49	Оба пола	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Швейцария										
Таджикистан										
Таиланд										
Того	1998	33	21	42	25					
Турция										
Уганда	1995	18	8	24	9	2001	24	25		
Украина										
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии										
Танзания, Объединенная Республика	1999	22	16	25	17	2004	29	21	37	23
Уругвай										
Вьетнам						2005	58			
Замбия	1996	31	18	36	23	2001	27	21	40	20
Зимбабве	1999	40	46	56	30	2006	36	41	57	24

¹ Данные предоставлены МОИР ОДЗ

² Данные только по двум городам

³ только женщины в возрасте 15-24 лет

⁴ Источник: Кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода (КМИО ЮНИСЕФ)

⁵ 15-24 года

Показатель ССГАООН 17. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта

Значения, сообщенные странами за 2007 г.							Последние данные ОДЗ (или КМИО)		
Год обследования	Мужчины 15-49	Женщины 15-49	Оба пола				Год обследования	Мужчины 15-49	Женщины 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49			
2007	62	52	58	83	61	48			
2006			65	53	69				
2006	53	14	51	63	49	50			
2007	73	69	73	72	76	71	1998	33	21
2007		58	53	52	71	45			
2006	42	41	42		30	41	2006	42	41
2007	75	61	72	77	64	72	2007	46	48
2001	10	5	7	15	15	5			
2005	50	38	44	38	41		2004	29	21
2007	69	65	68	76	81	56			
	1	0	0	0	1	0	2005	58	
2007	50	37	46	39	49	48	2007	28	33
2006	71	47	64	50	67	68	2006	36	41

Показатель ССГАООН 18. Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом¹

Страна (или территория)	2005			2007		
	Все	Мужчины	Женщины	Все	Мужчины	Женщины
Афганистан				50 ^{3,5}		50 ³
Ангола				78 ⁵		78
Армения	89	100	89	91 ⁵		91
Бангладеш	40	44	32	63	44	67
Барбадос				80 ⁵		80
Беларусь	77	100	77	76 ⁵		76
Бенин				83 ⁵		83
Боливия				88 ⁴	57 ⁴	88 ⁴
Болгария				95 ⁵		95
Буркина-Фасо	96			99	98	99
Бурунди	74		74	74 ^{2,5}		74 ²
Камбоджа	96		96	99 ⁵		99
Камерун				74 ^{2,4,5}		74 ^{2,4}
Канада					61 ⁴	80 ⁴
Кабо-Верде				74 ⁵		74
Китай			69	82 ⁵		82
Колумбия				89	82	97
Коморские Острова				59 ⁵		59
Коста-Рика				92 ⁵		92
Кот-д'Ивуар				96 ⁵		96
Хорватия				86 ²		
Куба				61	63	56
Конго, Демократическая Республика				61 ^{2,5}		61 ²
Доминиканская Республика				96 ²		
Эквадор						95
Сальвадор				96	89	97
Эритрея				76 ⁵		
Эстония				94 ⁵		94
Эфиопия				87 ⁵		84
Габон				67	53	67
Грузия			95	94 ⁵		94
Гана				98		
Гватемала				96	91	97
Гвинея				100 ⁵		100
Гвинея-Бисау						60
Гайана				89 ⁵		89
Гаити				90 ⁵		90
Гондурас				68	71	66
Индия						88
Индонезия	55	48	56	69	72	68

Показатель ССГАООН 18. Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом¹

ССГАООН	2005			2007		
Страна (или территория)	Все	Мужчины	Женщины	Все	Мужчины	Женщины
Иран, Исламская Республика				55 ⁵		55
Ямайка	84			84		
Казахстан				97 ⁵		97
Кыргызстан	81			84 ⁵		84
Лаосская Народно-Демократическая Республика	83	59	89			
Ливан				34 ⁴	47 ⁴	34 ⁴
Литва				77 ⁵		77
Мадагаскар				79		
Малави				69 ⁵		69
Малайзия				35 ²		
Мали				99 ⁵		99
Маврикий				100 ^{2,5}		100 ²
Мексика				96	96	96
Молдова	98			93 ⁵		93
Монголия	94	50	96	92 ⁵		92
Марокко	38		38	54 ⁵		54
Непал	67			81	93	77
Нигер				96 ⁵		96
Нигерия				98 ⁵		98
Пакистан	23	7	37	34	21	45
Панама	92	91	92	76	64	84
Папуа-Новая Гвинея				94 ⁵		94
Парагвай				76	71	78
Перу					42	96
Филиппины				65	50	65
Польша						46 ²
Румыния			85	85 ⁵		85
Российская Федерация	77			92 ⁵		92
Руанда				87 ⁵		87
Сан-Томе и Принсипи						60
Сенегал	86		87	99 ⁵		99
Сьерра-Леоне				68 ⁵		68
Сингапур						99
Шри-Ланка			65	89 ⁵		89
Суринам				70	79	68
Свазиленд				98 ⁵		98
Швеция				22	100	20
Швейцария					72	
Таджикистан				75 ⁵		75
Таиланд				96 ^{4,5}		

Показатель ССГАООН 18. Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом¹

ССГАООН	2005			2007		
	Все	Мужчины	Женщины	Все	Мужчины	Женщины
Страна (или территория)						
Бывшая югославская Республика Македония	86	88	84	78	93	75
Того				78	76	84
Турция				33 ⁵		33
Украина	80		80	86 ⁵		86
Узбекистан				65 ⁵		65
Вьетнам	90		90	97 ^{4,5}		97 ⁴
Замбия				81	72	82
Зимбабве				4 ^{4,6}	4 ⁴	

¹ Дата отчета – 2007 год, однако сбор данных происходил в 2005-2007 гг.² Сбор данных начался до 2005 г.³ Период сбора данных не указан⁴ Методология не была гармонизирована с руководящими принципами ССГАООН за 2008 г.⁵ Только женщины⁶ Только мужчины

Показатель ССГАООН 19. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной ¹		
ССГАООН	2005	2007
Страна (или территория)		
Аргентина		91
Армения	30	84
Австралия		58 ^{3,4}
Багамские Острова		69
Бангладеш	49	24
Беларусь	62	67
Болгария		46
Камбоджа		86
Чили		29
Китай	41	64
Колумбия		80
Республика Конго	23	
Коста-Рика		71
Кот-д'Ивуар		47
Хорватия		53
Куба		55
Доминиканская Республика		79 ²
Эквадор		63
Сальвадор		83
Эстония		47
Фиджи	20	
Грузия	54	
Германия		58
Гана		48
Греция		89
Гватемала		78
Гайана		81
Гаити		73
Гондурас		47
Индонезия	48	39
Япония		55
Казахстан		66
Кения		75
Кыргызстан	68	81
Лаосская Народно-Демократическая Республика		24 ⁴
Ливан		39 ⁴
Литва		58
Мали		54
Маврикий		52 ²
Мексика		79

Показатель ССГАООН 19. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной ¹		
ССГАООН	2005	2007
Страна (или территория)		
Молдова	63	48
Монголия	13	67
Непал		74
Нигерия		53
Пакистан	8	24
Панама	84	86
Папуа-Новая Гвинея		88 ⁴
Перу	46	47
Филиппины		32
Польша		32 ^{2,4}
Румыния		73
Российская Федерация	39	60
Сент-Люсия		74
Сенегал	45	55 ²
Словения		75 ⁴
Шри-Ланка		61
Суринам		89
Швеция		42 ⁴
Швейцария		80 ⁴
Таиланд		88
Бывшая югославская Республика Македония	29	56
Того		60
Тринидад и Тобаго		47 ²
Турция		37
Tuvalu		63
Украина	72	39
Узбекистан		61
Вьетнам		61

¹ Дата отчета – 2007 год, однако сбор данных происходил в 2005-2007 гг.

² Сбор данных начался до 2005 г.

³ Период сбора данных не указан

⁴ Методология не была гармонизирована с руководящими принципами ССГАООН за 2008 г.

Показатель ССГАООН 20. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта ¹			
Страна (или территория)	Все	Мужчины	Женщины
Аргентина	64	63	65
Армения	56	56	55
Австралия	20 ³	20 ³	20 ³
Азербайджан	18 ²		
Бангладеш	44	44	55
Беларусь	59	57	65
Босния и Герцеговина	23 ⁴	23	
Болгария	19	18	28
Канада	43		
Китай	34 ³	32 ³	43 ³
Эстония	68	66	74
Грузия	48 ⁴	48	
Греция	48		
Индонезия	34	34	30
Иран, Исламская Республика	33	33	30
Япония	65 ⁴	65	
Казахстан	37	37	36
Кыргызстан	11	11	9
Латвия	38	40	34
Ливан	15 ³	15 ³	
Малайзия	5 ²		
Маврикий	13 ²	15 ²	0 ²
Мексика	29	27	38
Молдова	68	73	52
Марокко	13	12	21
Непал	38 ⁴	38	
Нигерия	66	66	68
Пакистан		21	
Парагвай	33	33	36
Российская Федерация	37	39	31
Швеция	25	28	19
Швейцария	50 ³	53 ³	42 ³
Таджикистан	36	33	47
Таиланд	35		
Бывшая югославская Республика Македония	51	51	51
Турция	10	9	13
Украина	55	55	56
Узбекистан	39	37	50
Вьетнам	36 ^{3,4}	36 ³	

¹ Дата отчета – 2007 год, однако сбор данных происходил в 2005-2007 гг.

² Сбор данных начался до 2005 г.

³ Методология не была гармонизирована с руководящими принципами ССГАООН за 2008 г.

⁴ Только мужчины

Показатель ССГАООН 21. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков ¹			
Страна (или территория)	Все	Мужчины	Женщины
Афганистан	46		
Аргентина	65	64	67
Армения	95	95	93
Австралия	71 ⁴		
Азербайджан	77		
Бангладеш	34	34	74
Беларусь	71	71	70
Босния и Герцеговина	25 ⁵	25	
Болгария	25	26	23
Канада	68 ^{3,4}		
Китай	41	42	32
Грузия	93 ⁵	93	
Греция	67		
Индонезия	82 ²	82 ²	89 ²
Иран, Исламская Республика	75	75	62
Япония	47 ⁵	47	
Казахстан	59	59	58
Кыргызстан	77	76	81
Латвия	90	87	96
Ливан	60 ⁴	63 ⁴	0 ⁴
Малайзия	28 ²		
Маврикий	32 ²	32 ²	33 ²
Мексика	14	15	9
Молдова	96	96	95
Марокко	7	7	12
Непал	96 ⁵	96	
Нигерия	89	89	86
Пакистан		28	
Парагвай	80	80	79
Филиппины	48	47	63
Румыния	28 ²	30 ²	17 ²
Российская Федерация	82	83	81
Швеция	38	38	35
Швейцария	94 ⁴	95 ⁴	92 ⁴
Таджикистан	32	35	21
Бывшая югославская Республика Македония	73	73	69
Турция	10	9	13
Украина	84	85	81
Узбекистан	23	23	25
Вьетнам	89 ⁵	89	

¹ Дата отчета – 2007 год, однако сбор данных происходил в 2005-2007 гг.

² Сбор данных начался до 2005 г.

³ Период сбора данных не указан

⁴ Методология не была гармонизирована с руководящими принципами ССГАООН за 2008 г.

⁵ Только мужчины

Показатель ССГАООН 24. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала¹

Страна (или территория)	2005					2007				
	Мужчины	Женщины	Оба пола <15	Оба пола 15+	Всего	Мужчины	Женщины	Оба пола <15	Оба пола 15+	Всего
Антигуа и Барбуда					53	57				55 ²
Аргентина										90
Армения					80	100		84		84
Азербайджан					57	43		86		86 ³
Багамские Острова					68	71	90	68		70
Барбадос	93	94			93	93	96		95	95
Беларусь					74	77	97	74		75
Бенин										73
Боливия					97	96	100	97		97
Босния и Герцеговина										100 ³
Ботсвана			92		82	86				85 ⁴
Болгария					89	93	33	97		91
Буркина-Фасо					77	71	77	73		73
Бурунди					77	82	77	81		80
Камбоджа							94	87		88
Камерун					96	96	97	96		96
Кабо-Верде					93	86	100	88		89
Центральноафриканская Республика					85	85	89	85		85
Чили										89
Китай					84	91	96	85		85
Колумбия										76
Коморские Острова					40	60	0	100		100 ³
Коста-Рика										91
Кот-д'Ивуар					86	91	82	90		89
Хорватия					100	88	0	97		97
Куба					96	96	100	96		96
Конго, Демократическая Республика					66	72	62	70		70
Джибути										82
Доминиканская Республика							89	90		90
Сальвадор										85
Эритрея										93
Эфиопия	90	86			89					70
Фиджи							100	78		79
Финляндия										90
Габон					50	62	63	58		58
Гамбия										92
Грузия	85	100			88	71	86	75	71	75 ⁵
Германия					77	80				78
Греция					95	96	100	95		96
Гренада					83	100	100	83		88

Показатель ССГАООН 24. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала ¹										
Страна (или территория)	2005					2007				
	Мужчины	Женщины	Оба пола <15	Оба пола 15+	Всего	Мужчины	Женщины	Оба пола <15	Оба пола 15+	Всего
Гватемала										91
Гвинея-Бисау										62
Гайана						70	78	97	73	75
Гаити										84
Гондурас										91
Венгрия						99	98	83	99	99
Индия										80
Иран, Исламская Республика						78	79	75	78	78
Ямайка									88	88
Япония										100
Иордания										98
Казахстан						72	61	8	73	68
Кения										87
Кыргызстан						70	57	100	66	68
Лаосская Народно-Демократическая Республика						90	90	93	90	90
Ливан										100
Лесото					82	74	75	79	73	74
Литва						54	71		58	58
Мадагаскар					100					94
Малави					83					69
Малайзия										87
Мали						72	72	72	72	72
Маршалловы Острова							100		100	100 ³
Мавритания										92
Маврикий						84	90		85	85
Молдова						82	93	88	87	87
Монголия						67			67	67 ³
Черногория						75	20		60	60 ³
Марокко										93
Мозамбик										97
Намибия					91 ²			82	69	71
Непал										85
Новая Зеландия										98
Никарагуа										100
Нигер								36	47	47
Нигерия					98 ⁶			92	95	95
Пакистан										87
Палау						100	100		100	100 ³
Панама										96
Папуа-Новая Гвинея						67	56	10	67	61

Показатель ССГАООН 24. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала¹

Страна (или территория)	2005					2007				
	Мужчины	Женщины	Оба пола <15	Оба пола 15+	Всего	Мужчины	Женщины	Оба пола <15	Оба пола 15+	Всего
Парагвай						30	14	6	44	49
Перу						85	87	95	85	85
Филиппины						96	96		96	96
Руанда										91
Сент-Китс и Невис										100
Сент-Люсия					80	100	97	100	98	98
Сент-Винсент и Гренадины						43	80	50	63	62
Сан-Томе и Принсипи						65	82	100	74	75
Сенегал						79	94			89
Сейшельские Острова						62	43	100	53	55
Сьерра-Леоне										81
Южная Африка										53
Шри-Ланка										64
Суринам										80
Свазиленд						63	65	65	64	64
Швеция										
Швейцария						92	84		89	89
Таджикистан						55	61		57	57
Таиланд						85	85	88	85	85
Бывшая югославская Республика Македония						43	50		44	44 ³
Того						90	90	90	90	90
Тунис						93	90			92
Турция						26	16	3	24	23
Уганда										88
Украина	69	75	70	100	72	73	83	91	76	78
Уругвай										74
Вьетнам								93	81	82
Замбия						87	90	92	88	88
Зимбабве										93

¹ Значения данных представляют 1 когорту с минимальным сроком выживания 12 месяцев, причем число пациентов, утраченных для наблюдения, и умерших было включено в знаменатель, если иное не указано.

² Представляют накопленные значения выживаемости

³ Если <10 остались в живых и продолжали принимать АРТ в последние 12 месяцев

⁴ Отражает показатель выживаемости за 24 месяца (янв. 2005-дек. 2006 г.)

⁵ Данные за 2006 г.

⁶ Данные о выживаемости за 8 месяцев

БИБЛИОГРАФИЯ

Глава 1 | ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ВИЧ

Commission on AIDS in Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia – crafting an effective response*. Oxford University Press, New Delhi.

May RM, Anderson RM (1979). Population biology of infectious diseases – Part II. *Nature*, 280:455–461.

McNeil DG (2007). *A time to rethink AIDS's grip*. New York Times, 25 November.

ЮНЭЙДС (2006). *Установление национальных целей для продвижения к всеобщему доступу*. Женева, ЮНЭЙДС.

UNAIDS (2007). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators, 2008 reporting*. Geneva, UNAIDS.

UNAIDS et al. (2004). *National spending for HIV/AIDS*. Geneva, UNAIDS.

ПРООН (2005). *Доклад о человеческом развитии*. Нью-Йорк, ПРООН.

UNICEF, UNAIDS, WHO (2008). *Children and AIDS: second stocktaking report*. New York, NY, UNICEF. Дети и СПИД: второй доклад

Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций (2006). *Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*. No. A/60/262, принята 2 июня 2006 г. Нью-Йорк, ООН.

WHO (2005). *Major causes of death worldwide among children under 5 years of age and neonates in the world, 2000–2003*. http://libdoc.who.int/publications/2005/9241562986_part4.pdf

Глава 2 | СОСТОЯНИЕ ГЛОБАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ ВИЧ

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

Adimora AA et al. (2003). Concurrent partnerships among rural African Americans with recently reported heterosexually transmitted HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(4):423–439.

Adimora AA et al. (2004). Concurrent sexual partnerships among African Americans in the rural south. *Annals of Epidemiology*, 14(3):155–160.

Allen CF et al. (2006). Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):96–101.

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

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

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

Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F (2005). *VIH/SIDA: augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les homes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de Gay Survey 04*. Bull BAG (Report No. 48:891–895).

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):311–316.

Benotsch EG et al. (2004). Drug use and sexual risk behaviors among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs. *International Journal of STD and AIDS*, 15(5):343–347.

- Boulos D et al. (2006). Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005. *Canadian Communicable Disease Report*, 32:165–174.
- Bradshaw D et al. (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*, 94(4):278–279.
- Brahmbhatt H et al. (2006). Mortality in HIV-infected and uninfected children of HIV-infected and uninfected mothers in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 41(4):504–508.
- Bravo-Garcia E, Magis-Rodriguez C, Saavedra J (2006). *New estimates in Mexico: more than 180,000 people living with HIV*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract CDC0411).
- Brucková M et al. (2007). HIV/AIDS in the Czech Republic, 2006. *Eurosurveillance Weekly Release*, 12(4).
- Carael M et al. (2004). Sexual networks and HIV in four African populations: the use of a standardised behavioural survey with biological markers. In: Morris M, ed. *Network Epidemiology: a handbook for network survey design and data collection*. Oxford, Oxford University Press.
- 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*. 3–6 July, Saint Lucia
- Caribbean Epidemiology Centre, PAHO, WHO (2004). *Status and trends, analysis of the Caribbean HIV/AIDS epidemic, 1982–2002*. Trinidad and Tobago. Caribbean Epidemiology Centre, PAHO, WHO.
- Cayemittes M et al. (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005–2006*. Juillet. Pétiön ville et Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro.
- Central Bureau of Statistics [Kenya], Ministry of Health [Kenya] and ORC Macro (2004). *Kenya Demographic and Health Survey 2003*. Calverton. Central Bureau of Statistics [Kenya], Ministry of Health [Kenya] and ORC Macro.
- Central Statistical Office [Swaziland] and Macro International Inc (2007). *Swaziland Demographic and Health Survey 2006–2007: preliminary report*. Calverton (June).
- Centre d'Evaluation et de Recherche Appliquée (CERA) et Family Health International (2006). *Résultats préliminaires. Enquêtes de Surveillance des Comportements. Haiti 2006, FHI BSS III*.
- Centro de Estudios Sociales y Demograficos et al. (2007). *Republica Dominicana Encuesta Demografica y de Salud 2007 Informe Preliminar*. Noviembre. Santo Domingo and Calverton.
- Chandrasekaran P et al. (2006). Containing HIV/AIDS in India: the unfinished agenda. *Lancet Infectious Diseases*, 6(8):508–521.
- Chen L et al. (2007). Sexual Risk Factors for HIV Infection in Early and Advanced HIV Epidemics in Sub-Saharan Africa: Systematic Overview of 68 Epidemiological Studies. *PLoS ONE*, 2(10):e1001.
- Choi SYP, Cheung YW, Chen K (2006). Gender and HIV risk behaviour among intravenous drug users in Sichuan province, China. *Social Science and Medicine*, 62(7):1672–1684.
- Coffee M, Lurie MN, Garnett GP (2007). Modelling the impact of migration on the HIV epidemic in South Africa. *AIDS*, 21(3):343–350.
- Cohen J (2006). Up in smoke: epidemic changes course. *Science*, 313:487–488.
- Commission on AIDS in Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response*. New Delhi, Oxford University Press.
- Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2006). *Relatório de actividades por 2005*. Maputo, Ministério de Saúde.
- de Walque D (2007). Sero-discordant couples in five African countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 33(3):501–523.
- Department of Health [South Africa] (2007). *National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2006*. Pretoria. Department of Health [South Africa].

- 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.
- Dorrington R et al. (2001). *The impact of HIV/AIDS on adult mortality in South Africa*. Medical Research Council (September) (<http://www.mrc.ac.za/bodl/>, accessed 8 May 2008).
- Dourado I et al. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1):25–32.
- 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*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract TUPE0509).
- EuroHIV (2006a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (No 73).
- EuroHIV (2006b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (No 72).
- EuroHIV (2007a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2007, No 76*. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice (No 76) (<http://www.eurohiv.org>, accessed 8 May 2008).
- EuroHIV (2007b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 75*. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice (No 75) (<http://www.eurohiv.org>, accessed 8 May 2008).
- Federal Ministry of Health [Nigeria] (2006). *The 2005 national HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria: summary position paper*. Abuja (April). Federal Ministry of Health [Nigeria].
- 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*, 2(4):761–770.
- Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, Supplement 82(1):14–20. April.
- Garnett GP and Johnson AM (1997). Coining a new term in epidemiology: concurrency and HIV. *AIDS*, 11(5):681–683.
- Gebre Y et al. (2006). *Tracking the course of the HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: Survey of female sex workers*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract CDC0313).
- Girault P et al. (2004). HIV, STIs and sexual behaviors among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia. *AIDS Education and Prevention*, 6(1):31–44.
- Gomes do Espirito Santo ME and 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.
- Gorbach PM et al. (2006). Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997–2003. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(2):242–247.
- 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):iii5–iii5.
- Gouws E et al. (in press). Comparison of adult HIV prevalence from national population-based surveys and antenatal clinic surveillance in countries with generalized epidemics: implications for calibrating surveillance data. *Sexually Transmitted Diseases*. Supplement in press.
- Gregson S et al. (2007). Critique of early models of the demographic impact of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa based on contemporary empirical data from Zimbabwe. *Proceedings of the National Academy of Science*, Aug 30; 1776–1795.
- Gupta A et al. (2006). Same-sex behavior and high rates of HIV among men attending sexually transmitted infection clinics in Pune, India, (1993–2002). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(4):483–490.

- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i1-i8.
- Halperin DT, Epstein H (2007). Why is HIV prevalence so severe in Southern Africa? The role of multiple concurrent partnerships and lack of male circumcision: implications for AIDS prevention. *Southern African Journal of HIV Medicine*, March:19–25.
- Hamers FF et al (2006). HIV/AIDS in Europe: trends in EU-wide priorities. *Eurosurveillance*, 11(47).
- Hamouda O et al. (2007). Epidemiology of HIV infections in Germany. *Bundesgesundheitsblatt*, 50(4):399–411.
- Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJF (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD and AIDS*, 15:7–16.
- Heaton L, Fowler T, Palamuleni M (2006). *The HIV/AIDS epidemic in Malawi – putting the epidemic in context*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract CDC0062).
- Helleringer S, Kohler HP (2007). Sexual network structure and the spread of HIV in Africa: evidence from Likoma Island, Malawi. *AIDS*, 21(17):2323–2332.
- Hesketh T et al. (2006). *Risk behaviours in injecting drug users in Yunnan province, China: lessons for policy*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract CDD0591).
- Hosegood V et al. (2007). The effects of high HIV prevalence on orphanhood and living arrangements of children in Malawi, Tanzania, and South Africa. *Population Studies* (Cambridge), 61(3):327–336.
- IDES et al. (2005). *HIV, HBV, HCV prevalence related to sexual behavior and drug use in 200 injecting drug users in Montevideo, Uruguay*. Montevideo, Ministry of Health..
- Inciardi JA, Syvertsen JL, and Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17 (Suppl. 1): S9–S25.
- Institute of Medical Research (2007). *“It’s in Every Corner Now”: A nationwide study of HIV, AIDS and STIs*. Gorokoa, Papua New Guinea Institute of Medical Research, Operational Research Unit.
- Kengeya-Kayondo JF et al. (1995). Human immunodeficiency virus (HIV-1) seropositivity among children in a rural population of south-west Uganda: probable routes of exposure. *Annals of Tropical Paediatrics*, 15:115–120.
- 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.
- Kilani B et al. (2003). *Sero-epidemiology of HCV-HIV co-infection in Tunisia*. IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. 13–16 July. *Antiviral Therapy*, 8(Suppl. 1):S452–S453 (Abstract No. 952) (<http://www.aegis.org/conferences/IASHIVPT/2003/952.html>, accessed 8 May 2008).
- Kintin FD et al. (2004). *Enquete de prevalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les travailleuses due sexe et leurs partenaires masculins a Ouagadougou, Burkina Faso*. Ouagadougou, Conseil national de lutte contre le sida et les IST, CIDA, CCSID (Novembre).
- Kirungi WL et al. (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):136–141.
- Kiwanuka N et al. (2004). The incidence of HIV-1 associated with injections and transfusions in a prospective cohort, Rakai, Uganda. *AIDS*, 18(2):342–344.
- Ladnaya NN (2007). The national HIV and AIDS epidemic and HIV surveillance in the Russian Federation. Presentation to Mapping the AIDS Pandemic meeting. June 30. Moscow.
- Lagarde E et al. (2001). Concurrent sexual partnerships and HIV prevalence in five urban communities of sub-Saharan Africa. *AIDS*, 15(7):877–884.
- Lee RK et al. (2006). *Risk behaviours for HIV among men who have sex with men in Trinidad and Tobago*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract CDD0366).
- Liu H et al. (2006). Drug users: Potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, in China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111–117.

- Lu F et al. (2006). *HIV/AIDS epidemic in China: Increasing or decreasing?* XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract MOPE0462).
- Lurie MN et al. (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, 17:2245–2252.
- Magis C et al. (2006). *HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among male sex workers in two cities: Guadalajara and Mexico City, Mexico*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract CDC0336).
- Maibani-Michie G and Yeka W (2005). *A Baseline Research for Poro Sapot Project: A Program for Prevention of HIV/AIDS among MSM in Port Moresby and FSW in Goroka and Port Moresby Papua New Guinea*. Papua New Guinea (IMR/FHI Research Report to USAID).
- Malamba SS et al. (1994). Risk factors for HIV-1 infection in adults in a rural Ugandan community: a case-control study. *AIDS*, 8(2):253–257.
- Marston M et al. (2007). Estimating 'net' HIV-related mortality and the importance of background mortality rates. *AIDS*, November 21(Suppl. 6):S65–S71.
- Martínez GP, Elea NA, Chiu AM (2006). Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. *Revista Chilena Infectología*, 23(4):321–329.
- Mason E (2006). Positioning paediatric HIV in the child survival agenda. Presentation to UNICEF–WHO consultation. January 11–13. New York, NY, UNICEF.
- McFarland W, Mvere D, Katzenstein D (1997). Risk factors for prevalent and incident HIV infection in a cohort of volunteer blood donors in Harare, Zimbabwe: implications for blood safety. *AIDS*, 11(Suppl. 1):S97–S102.
- Medical Research Council (2005). *South African national burden of disease study 2000*. Cape Town, Medical Research Council (<http://www.mrc.ac.za/bod/reports.htm>, accessed 8 May 2008).
- Mejía A et al. (2006). *HIV seroprevalence and associated risk factors in men who have sex with men in the Villavicencio city, Colombia, 2005*. XVI International AIDS Conference. Toronto, Ontario (Abstract CDC0734).
- Michelo C et al. (2006). Steep HIV prevalence declines among young people in selected Zambian communities: population-based observations (1995–2003). *BMC Public Health*, 10 November (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/279>, accessed 8 May 2008).
- Mimouni B, Remaoun N (2006). *Etude du Lien Potentiel entre l'Usage Problématique de Drogues et le VIH/SIDA en Algérie 2004–2005*. Alger, Ministère de éducation.
- Ministère de la Santé [Maroc] (2007). *Surveillance sentinelle du VIH: Resultats 2006 et tendances de la séroprévalence du VIH*. Janvier. Rabat.
- Ministère de la Santé du Mali (2006). *Résumé des résultats de l'enquête ISBS 2006*. Bamakó.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Côte d'Ivoire, CDC/RETRO-CI/MEASURE Evaluation (2007). *Enquête de surveillance sentinelle du VIH de 2005*. Abidjan.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population (2007). Etude de serosurveillance par methode sentinelle de la prevalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haiti, 2006/2007. Juillet. Port au Prince.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA Grupo Temático (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia, Estado del arte. 2000–2005*. Mayo. Bogotá, Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA Grupo Temático.
- Ministerio de Salud de Peru (2005). *Sentinel surveillance report*. Lima, Ministerio de Salud de Peru, Directorate of Epidemiology.
- Ministerio de Salud de Peru (2006). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – Bases Epidemiológicas para la Prevención y el Control*. Lima (Noviembre).
- Ministry of Health [Botswana] (2006). *2006 Botswana Second-Generation HIV/AIDS Surveillance Technical Report*. Gabarone.

- Ministry of Health [Cambodia] (2006). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia, 2003*. Phnom Penh (July). Ministry of Health [Cambodia].
- Ministry of Health [China] (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministry of Health China, UNAIDS, WHO.
- Ministry of Health [Egypt], USAID, Impact and FHI (2006). *HIV/AIDS Biological and Behavioral Surveillance Survey; Summary Report; Egypt 2006*. Cairo, National AIDS Programme.
- Ministry of Health [Guyana] (2005). *Behavioural surveillance survey, Round I: 2003/2004 – Executive Summary*. Georgetown. Ministry of Health [Guyana].
- Ministry of Health [Indonesia] and Statistics Indonesia (2007). *Risk behavior and HIV prevalence in Tanah Papua, 2006*. Jakarta. Ministry of Health [Indonesia] and Statistics Indonesia.
- Ministry of Health [Kazakhstan] et al. (2005). Results of investigation of the real situation with drug abuse in Kazakhstan. Almaty (in Russian).
- Ministry of Health [Kenya] (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. Nairobi, National AIDS and STI Control Programme (NASCOP).
- Ministry of Health [New Zealand] (2007). *AIDS – New Zealand*. February. Auckland (Issue 59) (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/aids-nz-issue59>, accessed 8 May 2008).
- Ministry of Health [Pakistan] (2006). *Integrated biological and behavioural surveillance: A pilot study in Karachi and Rawalpindi, 2004–2005*. Islamabad, Ministry of Health.
- Ministry of Health [Syria], UNODC, UNAIDS (2007). *Assessment on Drug Use and HIV in Syria*. Damascus (Draft Report, July). Ministry of Health [Syria], UNODC, UNAIDS.
- Ministry of Health [Uganda], ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. Kampala and Calverton (March). Ministry of Health [Uganda], ORC Macro.
- Министерство здравоохранения [Украина] (2007). *ВИЧ-инфекция в Украине: информационный бюллетень № 27*, Киев, Украина, Министерство здравоохранения [Украина].
- Министерство здравоохранения [Украина] (2008). *Украина: Национальный отчет о мониторинге осуществления Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (за январь 2006 г. – декабрь 2007 г.)*, Киев, Украина, Министерство здравоохранения [Украина].
- Ministry of Health [Uzbekistan] (2007). *Strategic Programme of Response to HIV in the Republic of Uzbekistan for 2007–2011*. Tashkent. Ministry of Health [Uzbekistan].
- Ministry of Health [Viet Nam] (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministry of Health.
- Ministry of Health [Viet Nam] (2006). *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006*. Hanoi. Ministry of Health [Viet Nam].
- Ministry of Health [Zambia] (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994–2004*. November. Ministry of Health [Zambia]. Lusaka. Ministry of Health [Zambia].
- Ministry of Health and Child Welfare [Zimbabwe] (2007). *2006 ANC preliminary report*. Harare. Ministry of Health and Child Welfare [Zimbabwe].
- Ministry of Health and Medical Education [Iran] (2005). *AIDS/HIV Surveillance Report*. September. Tehran, Centre for Disease Management.
- 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 Security [Dominica] (2007). *HIV/AIDS epidemiology and information in Dominica*. Roseau. Ministry of Health and Social Security [Dominica].
- Mishra V et al. (2007). HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa. *AIDS*, November 21(Suppl. 7):S17–S28.

- 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.
- 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.
- Morris M, Kretzschmar M (1997). Concurrent partnerships and the spread of HIV. *AIDS*, 11(5):641–648.
- Mulder DW et al. (1996). Post-natal incidence of HIV-I infection among children in a rural Ugandan population: no evidence for transmission other than mother-to-child. *Tropical Medicine and International Health*, 1:81–85.
- National AIDS Commission [Indonesia] (2006). *Country report on the follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) 2004–2005*. Jakarta. National AIDS Commission [Indonesia].
- National AIDS Commission [Malawi] (2007). *Report of the Malawi Triangulation Project: Synthesis of data on trends in the national and local HIV epidemic and the reach and intensity of prevention efforts*. Lilongwe, National AIDS Commission, WHO, University of California San Francisco, UNAIDS, United States Centers for Disease Control and Prevention (January).
- National AIDS Control Council [Kenya] (2007). *National HIV prevalence in Kenya*. Nairobi (July). National AIDS Control Council [Kenya].
- National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea] (2007). *The 2007 consensus report on the HIV epidemic in Papua New Guinea*. Port Moresby. National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea].
- National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea] and National HIV/AIDS Support Project (2007). *HIV/AIDS Behavioural Surveillance Survey Within High Risk Settings Papua New Guinea: BSS Round 1, 2006*. Port Moresby. National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea] and National HIV/AIDS Support Project.
- National AIDS Program [Argentina] (2005). *Epidemiological surveillance report*. Buenos Aires (December). National AIDS Program [Argentina]
- National AIDS Program [Paraguay] (2006). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on clients of female sex workers and injecting drug users*. National AIDS Program Paraguay, PRONASIDA. Asunción.
- National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2004). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: trends results, and estimates*. Phnom Penh. National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs.
- National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2007). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2006/2007: results, trends and estimates*. Phnom Penh. National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2007a). *Australian HIV Surveillance Report*, 23(1) January.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2007b). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report 2007*. Sydney, NSW, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, The University of New South Wales. Canberra, ACT, Australian Institute of Health and Welfare.
- National Council for Population and Development, Central Bureau of Statistics, Macro International Inc (1999). *Kenya Demographic and Health Survey 1998*. Calverton, MD. National Council for Population and Development, Central Bureau of Statistics, Macro International Inc.
- National Institute of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation (2007). *Annual HIV Sentinel Surveillance Country Report 2006*. New Delhi. National Institute of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation.
- Ndeti 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.
- Newell ML et al. (2004). Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 364(9441):1236–1243.
- Nguyen TA et al. (in press). Prevalence and risk factors associated with HIV infection among men having sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS and Behavior*, in press (June 27).

- Notkola V, Timaeus IM, Siiskonen H (2004). Impact on mortality of the AIDS epidemics in northern Namibia assessed using parish registers. *AIDS*, 18:1061–1065.
- Obermeyer CM (2006). HIV in the Middle East. *British Medical Journal*, 333:851–854.
- 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.
- Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*, 354(19):1977–1981.
- Over M et al. (2007). The economics of effective AIDS treatment in Thailand. *AIDS*, 21(Suppl. 4):S105–S116.
- Pan American Health Organization (2007). *AIDS in the Americas: The evolving epidemic, response and challenges ahead*. Washington, DC. Pan American Health Organization.
- Pando MA et al. (2006). Epidemiology of human immunodeficiency virus, viral hepatitis (B and C), *Treponema pallidum*, and human T-cell lymphotropic I/II virus among men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(5):307–313.
- Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology (2005). *Epidemiological surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in Volgogradskaya Oblast*. Saint Petersburg. Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology.
- Pisani E et al. (2004). HIV, syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sexually Transmitted Infections*, 80(6):536–540.
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2008). *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision* (<http://esa.un.org/unpp>, accessed 10 March 2008).
- Population Services International (2007). *Assessment of key health behaviors, their determinants and exposure to preventive interventions among street-based sex workers in Samara and Saratov, Russian Federation*. Moscow, Population Services International.
- Prestage G, et al. (2006). *Trends in unprotected anal intercourse among Sydney gay men*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract WEPE0721).
- Programa Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH/Sida (2006). *Actualización de la situación Nacional hasta el 31 de Dic 2006*. Diciembre. Dirección Nacional de Epidemiología, MINSAP. La Habana.
- Public Health Agency of Canada (2006). *HIV and AIDS in Canada: surveillance report to June 30, 2006*. Ottawa (<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance>, accessed 8 May 2008).
- Public Health Agency of Canada (2007). *HIV and AIDS in Canada. Selected surveillance tables to June 30, 2007*. Ottawa, Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance>, accessed 8 May 2008).
- 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*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract WEAC0305).
- Reid G, Kamarulzaman A, Sran SK (2007). Malaysia and harm reduction: the challenges and responses. *International Journal of Drug Policy*, 18(2):136–140.
- Rhodes T et al. (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15(1):1–16.
- Robert Koch Institut (2007). *Epidemiologisches Bulletin*. Berlin (5 October).
- Rosinska M (2006). Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999–2004. *Eurosurveillance*, 11(4–6):94–97.
- Rossi D et al. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4):741–750.

- 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–S22.
- Sanchez J et al. (2007). HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 44(5):578–585.
- Sanders EJ et al. (2007). HIV-1 infection in high risk men who have sex with men in Mombassa, Kenya. *AIDS*, 21:2513–2520.
- Sandoy IF et al. (2007). Associations between sexual behaviour change in young people and decline in HIV prevalence in Zambia. *BMC Public Health*, 23 April (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-60.pdf>, accessed 8 May 2008).
- Scherbinska A (2006). *HIV infection in Ukraine: a review of epidemiological data*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract CDC0398).
- Schmid GP et al. (2004). Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 363:482–488.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Enero. Santo Domingo.
- Secretaría de Salud de Honduras et al. (2007a). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales*. Agosto. Tegucigalpa.
- Secretaría de Salud de Honduras et al. (2007b). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*. Julio. Tegucigalpa.
- Silva ACM, Barone AA (2006). Risk factors for HIV infection among patients infected with hepatitis C virus. *Revista de Saúde Pública*, 40(3):482–488.
- Silverman JG et al. (2006). HIV prevalence and predictors among rescued sex-trafficked women and girls in Mumbai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 43(5):588–93.
- Silverman JG et al. (2007). HIV prevalence and predictors of infection in sex-trafficked Nepalese girls and women. *Journal of the American Medical Association*, 298(5):536–342.
- Смольская Т.Т. (2006). *Анализ распространенности ВИЧ и факторов риска среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в Москве и Санкт-Петербурге*. Санкт-Петербург, Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Всемирная организация здравоохранения.
- Смольская Т.Т. и др. (2004). Дозорный эпиднадзор за ВИЧ среди групп риска в Азербайджане, Молдове и Российской Федерации. Европейское региональное бюро ВОЗ.
- Soto RJ et al. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infection/HIV and risk behaviours in vulnerable populations in 5 Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 46(1):101–111.
- Statistics Indonesia and Ministry of Health [Indonesia] (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Jakarta. Statistics Indonesia and Ministry of Health.
- Statistics South Africa (2005). Mortality and causes of death in South Africa, 1997–2003: Findings from death notification. Pretoria (<http://www.statssa.gov.za/publications/P03093/P03093.pdf>, accessed 8 May 2008).
- Statistics South Africa (2006). *Mortality and causes of death in South Africa, 2003 and 2004: Findings from death notification*. Pretoria, Statistics South Africa.
- Statistics South Africa (2007). *Mid-year population estimates 2007*. Pretoria, Statistics South Africa (July, statistical release P0302).
- Stover J et al. (2006). Projecting the demographic impact of AIDS and the number of people in need of treatment: updates to the Spectrum projection package. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):45–50 June.

- Stover J et al. (in press). The Spectrum projection package: improvements in estimating mortality, ART needs, PMTCT impact and uncertainty bounds. *Sexually Transmitted Infections*. Supplement in press.
- Sulliman FT, Ameerberg SAG, Dhannoo MI (2004). *Report of the rapid situation assessment and responses on drug use in Mauritius and Rodrigues*. Mauritius, Ministry of Health.
- Taha TE et al. (2000). Association of HIV-1 load and CD4 lymphocyte count with mortality among untreated African children over one year of age. *AIDS*, 14(4):453–459 March.
- Todd CS et al. (2007). HIV, Hepatitis C, and Hepatitis B infections and associated risk behavior in injection drug users in Kabul, Afghanistan. *Emerging Infectious Diseases*, 13(9):1327–1331.
- Toro-Alfonso J and Varas-Díaz N (2008). *Identificación y descripción de conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana*. USAID and Proyecto Conecta. Santo Domingo.
- Tuang NA et al. (2007). Human immunodeficiency virus (HIV) infection patterns and risk behaviours in different population groups and provinces in Viet Nam. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(1):35–41.
- Uganda Bureau of Statistics, Macro International Inc (2007). *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, MD. Uganda Bureau of Statistics, Macro International Inc.
- UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance (2007). *Testing Times: HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom: 2007*. London, Health Protection Agency, Centre for Infections.
- UNAIDS (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. Geneva (November). UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2006). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева. ЮНЭЙДС.
- UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections (2002). *Improving estimates and projections of HIV/AIDS* (<http://www.epidem.org/Publications/Madrid%20report.pdf>, accessed 24 April 2008).
- UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections (2006). *Improving parameter estimation, projection methods, uncertainty estimation, and epidemic classification* (<http://www.epidem.org/Publications/Prague2006report.pdf>, accessed 24 April 2008).
- UNODC (2005). *Afghanistan drug use survey 2005*. Kabul. UNODC.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2007). *HIV/AIDS surveillance report: Cases of HIV infection and AIDS in the United States and Dependent Areas, 2005*. Atlanta, Georgia, Centers for Disease Control and Prevention (Revised June 2007, Vol 17).
- 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.
- Wade AS et al. (2005). HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19(18):2133–2140.
- Wawer MJ et al. (1994). Incidence of HIV-1 infection in a rural region of Uganda. *British Medical Journal*, 308(6922):171–173.
- Wawer MJ et al. (2005). Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 191:1403–1409.
- WHO (2006). *The World Health Report 2006 – working together for health*. Geneva (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 8 May 2008). WHO.
- WHO (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia (March) (<http://www.searo.who.int/hiv-aids>, accessed 8 May 2008).
- 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.
- Zamani S et al. (2006). High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(3):342–346.

Zulu KP, Bulawo ND, Zulu W (2006). *Understanding HIV risk behaviour among men who have sex with men in Zambia*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto, Ontario (Abstract WEPE0719).

Глава 3 | УСТРАНЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРИЧИН РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ И УЯЗВИМОСТИ К ВИЧ

Barker G, Ricardo C, Nascimento M (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Geneva, World Health Organization.

Bärnighausen T et al. (2007). The socioeconomic determinants of HIV incidence: evidence from a longitudinal, population-based study in rural South Africa. *AIDS*, 21(Suppl. 7):S29–S38.

Blumenthal SJ (2008). *Women, HIV/AIDS and stigma: results from a national survey*. (http://www.amfar.org/binary-data/AMFAR_PDF/pdf/000/000/181-1.pdf, accessed 10 April 2008).

Bott S, Morrison A, Ellsberg M (2005). *Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: a global review and analysis*. Washington DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper, No. 3618).

Burns B, Mingat A, Rakotomalala R (2003). *Achieving universal primary education by 2015: a chance for every child*. Washington DC, World Bank.

Burris S, et al (2007). *Do Criminal Laws Influence HIV Risk Behavior? An Empirical Trial*. Temple University Legal Studies Research Paper No. 2007-03. Philadelphia. Arizona State Law Journal.

Canadian HIV/AIDS Legal Network, Open Society Institute, International HIV/AIDS Alliance (2008). *"Nothing about us without us": Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical and human rights imperative*. Canadian HIV/AIDS Legal Network, Open Society Institute, International HIV/AIDS Alliance, Toronto.

Carpano C, Izumi K, Mathieson K (2007). *Gender, property rights and livelihoods in the era of AIDS*. FAO Technical Consultation, Rome. UN Food and Agriculture Organization. 28–30 November.

CEDPA (2001). *Adolescent girls in India choose a better future: an impact assessment*. Washington DC, Centre for Development and Population Activities.

Chan J (2006). Criminal law and HIV transmission or exposure: 10 new cases. *HIV/AIDS Policy and Law Review*, 11:45–47.

Chen S, Ravallion M (2004). *How Have the World's Poorest Fared Since the Early 1980s?* Policy Research Working Paper no. WPS 3341, Washington DC, World Bank

Commission on the Social Determinants of Health (2007b). *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes: interim statement*. Geneva, Commission on the Social Determinants of Health.

Deininger K (2003). Does cost of schooling affect enrollment by the poor? Universal primary education in Uganda. *Economics of Education Review*, 22(3):291–305.

Duvvury N, Knoess J (2005). *Gender based violence and HIV/AIDS in Cambodia: links, opportunities and potential responses*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.

Ford K et al. (2004). Voluntary HIV testing, disclosure, and stigma among injection drug users in Bali, Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(6):487–498.

Funders for Lesbian and Gay Issues (2007). *Lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex grantmaking in the global South and East*. New York, Funders for Lesbian and Gay Issues.

Gable L et al. (2007). *Legal aspects of HIV/AIDS: a guide for law and policy reform*. Washington DC, World Bank.

García-Moreno C et al (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization.

- Gillespie S, Kadiyala S, Greener R (2007). Is poverty or wealth driving HIV transmission? *AIDS*, 21(Suppl. 7): S5–S16.
- Global Coalition on Women and AIDS (2006a). *Keeping the promise: an agenda for action on women and AIDS*. Geneva, UNAIDS.
- Global Coalition on Women and AIDS (2006b). *Economic security for women, fight AIDS*. Geneva, UNAIDS (Issue Brief 3).
- GNP+, THT (2005). *Criminalisation of HIV transmission in Europe: a rapid scan of the laws and rates of prosecution for HIV transmission within signatory States of the European Convention of Human Rights*. The Global Network of people living with HIV/AIDS and Terrence Higgins Trust (<http://www.gnpplus.net/criminalisation/rapidscan.pdf>, accessed 25 April 2008).
- Gupta, GR (2005). *Luncheon remarks on women and AIDS*. InterAction Forum. Washington DC, InterAction.
- Hallman K (2004). *Socioeconomic disadvantage and unsafe sexual behaviours among young women and men in South Africa*. New York, Population Council (Policy Research Division Working Paper, No.190).
- Hallman K (2005). Gendered socioeconomic conditions and HIV risk behaviors among young people in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 4(1):37–50.
- Hargreaves JR, Boler T (2006). *Girl power: girls' education, sexual behaviour and AIDS in Africa*. Johannesburg, ActionAid International.
- Hargreaves JR et al. (2008). Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 22:403–414.
- Heywood MJ (2002). *Litigating AIDS: background, strategies and outcomes of the Treatment Action Campaign's (TAC) case to prevent mother-to-child HIV transmission in South Africa*. 14th International AIDS Conference July 7–12 Geneva, International AIDS Society.
- Human Rights Watch (2006). *Rhetoric and risk: human rights abuses impeding Ukraine's fight against HIV/AIDS*. New York, Human Rights Watch.
- Human Rights Watch (2007). *Hidden in the mealie meal: gender-based abuses and women's HIV treatment in Zambia*. New York, Human Rights Watch.
- Institute of Medicine (2008). *Violence Prevention in Low- and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda. Workshop Summary*. National Academies Press, Washington DC.
- ICRW (2006a). *HIV/AIDS stigma: finding solutions to strengthen HIV/AIDS programs. August*. Washington DC, International Center for Research on Women.
- ICRW (2006b). *Information bulletin: reducing women's and girls' vulnerability to HIV/AIDS by strengthening their property and inheritance rights*. May. Washington DC, International Center for Research on Women.
- ICRW and Instituto Promundo (2007). *Engaging men and boys to achieve gender equality: how can we build on what we have learned?* Washington DC, International Center for Research on Women.
- IPPF et al (2008a). *The people living with HIV stigma index: user guide*. London, International Planned Parenthood Federation.
- IPPF et al (2008b). *The people living with HIV stigma index: questionnaire*. London, International Planned Parenthood Federation.
- Jenkins C, Sarkar S (2007). *Interventions for HIV prevention and support for vulnerable populations: focus on Asia and the Pacific*. Bangkok, Alternate Visions.
- Jewkes R et al (2007). *Evaluation of Stepping Stones: a gender transformative HIV prevention intervention*. Pretoria, South African Medical Research Council.
- Jones P (2005). "A Test of Governance": rights-based struggles and the politics of HIV/AIDS policy in South Africa. *Political Geography*, 24(4):419–447.
- Kaai S et al (2007). *Changes in stigma among a cohort of people on antiretroviral therapy: findings from Mombasa, Kenya*. Nairobi, Population Council (Horizons research summary).

- Kruger V (2003). *MAP evaluation report*. Johannesburg, EngenderHealth.
- Liu H et al. (2006). Understanding interrelationships among HIV-related stigma, concern about HIV infection, and intent to disclose HIV serostatus: a pretest-posttest study in a rural area of eastern China. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(2):133–142.
- Lopman B et al. (2007). HIV incidence and poverty in Manicaland, Zimbabwe: is HIV becoming a disease of the poor? *AIDS*, 21(Suppl. 7):S57–S66.
- Ma W et al. (2007). Acceptance of and barriers to voluntary HIV counselling and testing among adults in Guizhou province, China. *AIDS*, 21(Suppl. 8):S129–135.
- Mahendra VS et al (2006). *Reducing AIDS-related stigma and discrimination in Indian hospitals*. New Delhi, Population Council (Horizons final report).
- Mahendra VS et al. (2007). Understanding and measuring HIV related stigma in healthcare settings: a developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4(2): 616–625.
- Mann J and Tarantola D eds (1996). *AIDS in the world II: global dimensions, social roots and response*. New York, Oxford University Press.
- Marmot MG (2006). Status syndrome: a challenge to medicine. *Journal of the American Medical Association*, 295:1304–1307.
- McCrummen S (2007). Prevalence of rape in E. Congo described as worst in world. *Washington Post*, 9 September.
- Medley A et al. (2004). Rates, barriers and outcomes of HIV sero-disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(4):299–307.
- Mercy JA et al. (2008) Preventing Violence in Developing Countries: A Framework for Action, in Institute of Medicine, *Violence Prevention in Low- and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda, Workshop Summary*. National Academies Press, Washington DC.
- Merson MH e al. (in press). The History and Challenge of HIV Prevention. *Lancet*.
- Mills EA (2006). From the physical self to the social body: expressions and effects of HIV-related stigma in South Africa. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16:498–503.
- Mishra V et al. (2007). HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 21(Suppl.7):S17–S28.
- Nyblade L et al. (2003). *Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*. Washington DC, International Center for Research on Women.
- Oanh KTH et al. (2008). *Improving hospital-based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination*. New York, Population Council.
- Open Society Institute (2006a). *Fostering enabling legal and policy environments to protect the health and human rights of sex workers*. Report of a meeting co-sponsored by the Sexual Health and Rights Project & Law and Health Initiative. Johannesburg, South Africa. June 22 -24 2006. New York, Open Society Institute.
- Open Society Institute (2006b). *Sex worker health and rights: where is the funding? Sexual health and rights project*. New York, Open Society Institute.
- Ottosson D (2007). *State-sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. Brussels, International Lesbian and Gay Association.
- Pardasani MP (2005). HIV prevention and sex workers: an international lesson in empowerment. *International Journal of Social Welfare*, 14:116–126.
- Peacock D, Levack A (2004). The men as partners program in South Africa: reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health. *International Journal of Men's Health*, Fall: 173–188.
- Pearhouse R (2007). Legislation contagion: the spread of problematic new HIV laws in Western Africa. *HIV/ AIDS Policy and Law Review*, 12:1–11.

- Physicians for Human Rights (2007). *Epidemic of Inequality: Women's Rights and HIV/AIDS in Botswana & Swaziland*. Physicians for Human Rights, Cambridge (USA).
- Piot P, Greener R, Russell S (2007). Squaring the circle: AIDS, poverty, and human development. *PLoS Medicine*, 4(10):e314.
- Population Council (2006). *Reducing stigma and discrimination in hospitals: positive findings from India*. Washington DC, Population Council.
- Population Reference Bureau (2007). *World population data sheet*. (<http://www.prb.org/Datafinder.aspx>, accessed 28 March 2008).
- Pronyk J et al. (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *The Lancet*, 368:1973–1983.
- Pulerwitz J et al. (2006). *Promoting more gender-equitable norms and behaviours among young men as an HIV/AIDS prevention strategy*. Washington DC, Population Council (Horizons final report).
- Pulerwitz J, Barker G (2008). Measuring attitudes toward gender norms among young men in Brazil. *Men and Masculinities*, 10:322–338.
- Raise Initiative (Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies) (2007). *Fact sheet: gender based violence* (http://www.raiseinitiative.org/library/pdf/fs_gbv.pdf, accessed 8 May 2008).
- Reis C et al. (2005). Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Medicine*, 2(8): e246 (doi:10.1371/journal.pmed.0020246).
- Shilts R (1987). *And the band played on: people, politics and the AIDS epidemic*. New York, St. Martin's Press.
- Strickland R (2004). *To have and to hold: women's property and inheritance rights in the context of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Washington DC, International Centre Research on Women (ICRW Working Paper).
- UNAIDS (2002). *Criminal law, public health and HIV transmission: a policy options paper*. Geneva, UNAIDS (UNAIDS Best Practice Collection).
- ЮНЭЙДС (2003). *Информационный бюллетень: стигма и дискриминация*. Женева, ЮНЭЙДС.
- ЮНЭЙДС (2007a). *Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ – На пути к обеспечению всеобщего доступа*. Март. Женева, ЮНЭЙДС.
- UNAIDS (2007b). Presentation of policy guidance to address gender issues at the 20th meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board. 25–27 June 2007. Geneva. (http://data.unaids.org/pub/Presentation/2007/policy_guidance_address_gender_issues_item4_2_en.pdf, accessed 8 May 2008).
- UNAIDS (2007c). *Report of the UNAIDS technical consultation on social change communication*. 2-3 August 2007. Geneva.
- ЮНЭЙДС (2007d). *Доклад о развитии эпидемии СПИДа: 2007*. Декабрь. Женева, ЮНЭЙДС.
- ЮНЭЙДС (2008). *Снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ: важная часть национальных программ по СПИДу. Материал для национальных участников мер в ответ на ВИЧ*. Женева.
- UNAIDS et al (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Geneva, World Health Organization.
- UNESCO (2007) *Education for All for 2015: Will We Make It?* UNESCO, Paris.
- UNICEF (2005). *Progress for children: a report card on gender parity and primary education (No.2)*. UNICEF.
- ПРООН (2007). *Доклад о человеческом развитии, 2007/2008*. Программа развития Организации Объединенных Наций, Нью-Йорк.
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2005). *Broken bodies, broken dreams: violence against women exposed*. New York, UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.
- Verma R et al (2006). *Challenging and Changing Gender Attitudes among Young Men in Mumbai, India*. Reproductive Health Matters 2006;14(28):135–143

Weiser S et al. (2007). Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine*, 4(10): e260.

Welbourn A (1995). *Stepping Stones: A training package on HIV/AIDS, gender issues, communication and relationship skills*. Strategies for Hope Trust, Oxford UK.

White RC, Carr R (2005). Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica. *Culture, Health & Sexuality*, 7(4):347–359.

WHO (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Geneva, World Health Organization.

Wolfe W et al. (2006). Effects of HIV-related stigma among an early sample of patients receiving antiretroviral therapy in Botswana. *AIDS Care*, 18(8):931–933.

World Vision (2008). Protecting women from HIV/AIDS via microenterprise development (MED). (http://www.worldvision.org/worldvision/appeals.nsf/stable/im_MED_Prod_Desc_v7, accessed 26 March 2008).

Глава 4 | ПРЕДОТВРАТИТЬ НОВЫЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Aceijas C et al. (2004). Global coverage of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 18:1295–2203.

Akhmedov K et al. (2007). *Introduction of youth friendly services for most at risk adolescents in Uzbekistan: an emergency response to the fastest growing HIV epidemic in Central Asia*. 2007 Implementers Meeting: Scaling Up Through Partnerships. 16–19 June. Kigali, Rwanda.

Allen S et al. (2003). Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS*, 17:733–740.

Auerbach JD, Hayes RJ, Kandathil SM. Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection. In: Ross DA, Dick B, Ferguson J, eds. (2006). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of evidence from developing countries*. UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People. Geneva, World Health Organization.

Auvert B et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, 2:e298.

Bailey RC et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 369:643–656.

Basu I et al. (2004). HIV prevention among sex workers in India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36:845–852.

Bearinger LH et al. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention and potential. *Lancet*, 369:1220–1231.

Becquet R et al. (2005). Infant Feeding Practices before Implementing Alternatives to Prolonged Breastfeeding to Reduce HIV Transmission Through Breastmilk in Abidjan, Côte d'Ivoire. *J Trop Pediatr* 51 :351-355.

Biddlecom AE et al. (2007). *Protecting the next generation in sub-Saharan Africa: learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy*. New York, Guttmacher Institute.

Buchbinder SP et al. (2005). Sexual risk, nitrite inhalant use, and lack of circumcision associated with HIV seroconversion in men who have sex with men in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39:82–89.

CADRE (2007). *Concurrent sexual partnerships amongst young adults in South Africa: challenges for HIV prevention communication*. Johannesburg, Centre for AIDS Development, Research and Evaluation.

Cassels S, Clark SJ, Morris M (2008). Mathematical models for HIV transmission dynamics: tools for social and behavioral science research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47:S34–S39.

- Castilla J et al. (2005). Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40:96–101.
- Centers for Disease Control and Prevention (2005). HIV prevalence, unrecognized HIV infection, and HIV testing among men who have sex with men – five U.S. Cities, June 2004–April 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54:597–601.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006a). Youth risk behaviour surveillance – United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(SS-5):1–108.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006b). HIV prevalence among populations of men who have sex with men – Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55:844–848.
- Chinaglia M et al. (2007). *Reaching truckers in Brazil with non-stigmatizing and effective HIV/STI services*. Washington DC, Population Council.
- Clinton Global Initiative (2007). *Latest news for AIDS prevention education with migrant construction workers*. (<http://commitments.clintonglobalinitiative.org/projects.htm?mode=progressreport&rid=43084&op=ViewArticle&articleId=227&blogId=232>, accessed 23 March 2008).
- Coates TJ et al. (2008). Behavioural science contributions to HIV prevention: insights from the past and directions for the future, *Lancet in press*.
- Crepaz N et al. (2006). Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. *AIDS*, 20:143–157.
- Darabi L et al. (2008). *Protecting the next generation in Uganda: new evidence on adolescent sexual and reproductive health needs*. New York, Guttmacher Institute.
- De Cock K et al. (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, 283:1175–1182.
- de Walque D (2007). Sero-discordant couples in five african countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 33:501–523.
- Doherty T et al. (2007). Effectiveness of the WHO/UNICEF guidelines on infant feeding for HIV-positive women: results from a prospective cohort study in South Africa. *AIDS* 21:1791–1797.
- Dolan K et al. (2007). HIV in prisons in low- and middle-income countries. *Lancet Infectious Diseases*, 7:32–41.
- Donegan E et al. (1994). Transfusion transmission of retroviruses: human T-lymphotropic viruses types 1 and 2 compared with human immunodeficiency virus type 1. *Transfusion*, 34:478–483.
- Donnelly J (2007). Saving the babies: a victory for Africa. *Boston Globe*, 27 August.
- Dupas P (2006). *Relative risk and the market for sex: teenagers, sugar daddies and HIV in Kenya*. (<http://ipc.umich.edu/edts/pdfs/DupasRelativeRisks.pdf>, accessed 3 January 2008).
- Emmanuel F, Archibald C, Altaf F (2006). *What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: a risk factor analysis*. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto. (Abstract No. MOPE0524).
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe, end-year report, 2006, No. 76*. Sant-Maurice, Institute de Veille Sanitaire (<http://www.eurohiv.org>, accessed 8 May 2008).
- Fiellin DA, Green TC, Heimer R (2007). *Combating the twin epidemics of HIV/AIDS and addiction: opportunities for progress and gaps in scale. A report of the CSIS Task Force on HIV/AIDS*. Washington, Center for Strategic and International Studies.
- Global Commission on International Migration (2005). *Migration in an interconnected world: new directions for action*. Geneva, Global Commission on International Migration.
- Global HIV Prevention Working Group (2004). *HIV prevention in the era of expanded treatment access*. New York, Bill & Melinda Gates Foundation, Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Global HIV Prevention Working Group (2006). *New approaches to HIV prevention: accelerating research and ensuring future access*. New York, Bill & Melinda Gates Foundation, Henry J. Kaiser Family Foundation.

- Gray RH et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet*, 369:657–666.
- Gray RH, Wawer MJ (2007). Randomised trials of HIV prevention. *Lancet*, 370:200–201.
- Gregson S et al. (2002). Sexual mixing patterns and sex differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet*, 359:1896–1903.
- Guay LA et al. (1999). Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 354:795–802.
- Hallett T et al. (2008). Understanding the impact of male circumcision interventions on the spread of HIV in southern Africa. *PLoS ONE* (In Press)
- Hankins C (2008). Sex, drugs and gender? High time for lived experience to inform action. Editorial. *International Journal of Drug Policy*, 19:95–96.
- Hendriksen ES et al. (2007). Predictors of condom use among young adults in South Africa: the Reproductive Health and HIV Research Unit National Youth Survey. *American Journal of Public Health*, 97:1241–1248.
- Henry J Kaiser Family Foundation (2006). *AIDS at 25: An overview of major trends in the US epidemic*. Menlo Park, California, Henry J Kaiser Family Foundation (<http://www.kff.org/hivaids/upload/7525.pdf>, accessed 13 March 2008).
- HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group (2007). *Building a Comprehensive Response: Funding for HIV Vaccines, Microbicides and Other New Prevention Options: 2000-2006*. HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Group. Accessed 8 May 2008 at http://www.hivresourcetracking.org/content/RT_Report_Nov2007.pdf.
- ICRW, Instituto Promundo (2007). *Engaging men and boys to achieve gender equality: how can we build on what we have learned?* Washington, International Center for Research on Women.
- Institute of Medicine (2006). *Preventing HIV infection among injection drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, Institute of Medicine.
- International Harm Reduction Development Program (2007). *Women, harm reduction and HIV*. New York, Open Society Institute.
- ILO (2006). *HIV/AIDS and work: impact on children and youth, and response*. Geneva, International Labour Organization.
- Kahn JG, Marseille E, Auvert B. (2006). Cost-effectiveness of male circumcision for HIV prevention in a South African setting. *PLoS Medicine*, 3:e517.
- 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* 96:120–125.
- Khan MR et al. (2007). Mobility and HIV-related sexual behavior in Burkina Faso. *AIDS & Behavior*, 12:202–212.
- Kissin DM et al. (2008). Rapid HIV testing and prevention of perinatal HIV transmission in high-risk maternity hospitals in St. Petersburg, Russia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 198(2):183.e1–7.
- Kuhn L et al. (2007). High uptake of exclusive breastfeeding and reduced early post-natal HIV transmission. *PLoS Medicine*, 2:e1363.
- Lines R et al. (2006). *Needle exchange: lessons from a comprehensive review of international evidence and experience*. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- Manzi M et al. (2005). High acceptability of voluntary counselling and HIV-testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in rural Malawi: scaling-up requires a different way of acting. *Tropical Medicine and International Health* 10:1242-1250.
- Marston C, King E (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*, 368:1581–1586.

Maticka-Tyndale E, Brouillard-Coyle C. The effectiveness of community interventions targeting HIV and AIDS prevention at young people in developing countries. In: Ross DA, Dick B, Ferguson J, eds. (2006). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of evidence from developing countries*. UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People. Geneva, World Health Organization.

MEASURE DHS, 2008, Macro International, Inc. Calverton MD, USA.

Millett GA, Peterson JL (2007). The Known Hidden Epidemic: HIV/AIDS Among Black Men Who Have Sex with Men in the United States. *American Journal of Preventive Medicine* S31-S37.

Montefiori D et al. (2007). Antibody-based HIV-1 vaccines: recent developments and future directions. *PLoS Medicine*, 4:e348.

Morris CN, Ferguson AG (2006). Estimation of the sexual transmission of HIV in Kenya and Uganda on the trans-Africa highway: the continuing role for prevention in high risk groups. *Sexually Transmitted Infections* 82:368-371.

Nashkhoev M, Sergeyev B (2007). *AIDS in the Commonwealth of Independent States*. Monitoring the AIDS Pandemic Network. Washington, US Bureau of the Census.

National Research Council, Institute of Medicine, Panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries (2005). *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, National Academies Press.

Nelson R (2007). Female-initiated prevention strategies key to tackling HIV. *Lancet Infectious Diseases*, 7:183.

Oanh KTH (2007). *HIV/AIDS policy in Vietnam: a civil society perspective*. New York, Open Society Institute.

Osmond DH et al. (2007). Changes in prevalence of HIV infection and sexual risk behavior in men who have sex with men in San Francisco: 1997–2002. *American Journal of Public Health*, 97:1677–1683.

Padian NS et al. (2007). Diaphragm and lubricant gel for prevention of HIV acquisition in southern African women: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370:251–261.

Pardasani M (2005). HIV Prevention and sex workers: An international lesson in empowerment. *International Journal of Social Welfare* 14:16-126.

Peltzer CI et al. (2007). Male circumcision, gender and HIV prevention in sub-Saharan Africa: a (social science) research agenda. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4 (3): 658-667.

Physicians for Human Rights (2007). *Success stories from the field: curbing the spread of HIV/AIDS among drug injectors. Innovative and effective programs in Brazil, India, Russia, and the China-Vietnam border*. Cambridge (USA), Physicians for Human Rights.

Piot P et al. (in press) Coming to terms with complexity: A call to action for HIV prevention. *Lancet*.

Population Council (2003). *Expanding workplace HIV/AIDS prevention activities for a highly mobile population: construction workers in Ho Chi Minh City* (http://www.popcouncil.org/horizons/ressum/wrkplc/vtnmcnstrwrkr/vtnmcnstrwrkr_intro.html, accessed 23 March 2008).

Population Council, USAID (2007). *Implementing STI/HIV prevention and care interventions for men who have sex with men in Dakar, Senegal*. Washington DC, Population Council, Horizons Project.

Robertson M et al. (2008). Efficacy Results from the STEP Study (Merck V520 Protocol 023/HVTN 502): A Phase II, Test-of-Concept Trial of the MRKAd5 HIV-1 Gag/Pol/Nef Trivalent Vaccine.. 15th conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston. USA.

Say L, Raine R (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bulletin of the World Health Organization*, 85:733–820.

Schoofs M (2007). Challenge for AIDS fighters: circumcising Africans safely. *Wall Street Journal*, 7 September.

Southern African Migration Project (2005). *HIV/AIDS Population Mobility and Migration in Southern Africa : Towards a Research and Policy Agenda*. Geneva, International Organisation for Migration.

- Steen R et al. (2006). Pursuing scale and quality in STI interventions with sex workers: initial results from Avahan India AIDS Initiative. *Sexually Transmitted Infections* 82:381–385.
- Stover J et al. (2006). The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*, 311:1474–1476.
- Stripipatana T et al. (2007). Site-specific interventions to improve prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus programs in less developed settings. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 197:S107-S112.
- Suarez et al. (2001). Influence of a partner's HIV Serostatus, use of highly active antiretroviral therapy, and viral load on the perceptions of sexual risk behavior in a community sample of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28:471–477.
- Swartz L, Nkai DP (2004). *The impact of HIV/AIDS on the mining sector, with special emphasis on Southern African male migrant workers*. Bangkok, UNDP South East Asia HIV and Development Programme, Committee for International Cooperation in National Research on Demography.
- Teeraratkul A et al. (2005). Evaluating programs to prevent mother-to-child HIV transmission in two large Bangkok hospitals, 1999-2001. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 38:208-212.
- Templeton D, Hogben M (2007). *Circumcision not protective against HIV seroconversion in homosexual men*. 17th Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases. Seattle. 30 July 2007. (Abstract No. 215).
- Thai AIDS Treatment Action Group, Human Rights Watch (2007). *Deadly denial: barriers to HIV/AIDS treatment for people who use drugs*. New York. Bangkok, November 19:17(C)
- Tonwe-Gold B et al. (2007). Antiretroviral Treatment and Prevention of Peripartum and Postnatal HIV Transmission in West Africa: Evaluation of a Two-Tiered Approach. *PloS Medicine* 4:e257.
- TRC (2008). *International coordination and information service for drug substitution patients seeking to travel abroad*. Travel Resource Center (www.indro-online.de/nia.htm, accessed 14 April 2008).
- UNAIDS (2001). *Working with men for HIV prevention and care*. Geneva, UNAIDS (UNAIDS Best Practice Collection).
- ЮНЭЙДС (2005). *Усиление профилактики ВИЧ: Позиционный документ ЮНЭЙДС по вопросам политики*. ЮНЭЙДС, Женева.
- UNAIDS (2006a). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. UNAIDS, Geneva.
- ЮНЭЙДС (2006b). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева. ЮНЭЙДС.
- UNAIDS (2006c). *High Coverage Sites: HIV Prevention among Injecting Drug Users in Transitional and Developing Countries, Case Studies*. UNAIDS Best Practice Collection.
- ЮНЭЙДС (2007a). *Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа*. ЮНЭЙДС, Женева.
- ЮНЭЙДС (2007b). *Доклад о состоянии эпидемии СПИДа*. ЮНЭЙДС, Женева.
- ЮНЭЙДС (2007c). *Финансовые ресурсы, необходимые для обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ*. ЮНЭЙДС, Женева.
- ЮНЭЙДС (2007d). *Этические аспекты испытаний биомедицинских препаратов для профилактики ВИЧ: руководство ЮНЭЙДС/ВОЗ*. ЮНЭЙДС, Женева.
- UNAIDS, AVAC (2007). *Good participatory practice guidelines for biomedical HIV prevention trials*. Geneva, UNAIDS.
- UNAIDS, WHO (2007). *New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications*. UNAIDS/WHO Technical Consultation, Male Circumcision and HIV Prevention: Research Implications for Policy and Programming. 6–8 March 2007. Montrux, Switzerland.

- UN Commission on Narcotic Drugs (2008). *World situation with regard to drug abuse: report of the Secretariat*. UN Economic and Social Council, 51st session. 10–14 March, 2008. Vienna.
- UNDP (2007). *Human development report*. New York, United Nations Development Programme.
- Underhill K, Montgomery P, Operario D (2007). Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. *BMJ* 335:248–252.
- UNFPA (2003). *The state of the world population, 2003. Making one billion count: investing in adolescents' health rights*. New York, United Nations Population Fund.
- UNICEF, UNAIDS, WHO (2008). *Children and AIDS: Second stocktaking report*. New York, UNICEF.
- ЮНИСЕФ (2008). *Положение детей в мире, 2008 г.* Нью-Йорк, ЮНИСЕФ.
- ЮНОДК (2007). *Всемирный доклад о наркотиках за 2007 год*. ЮНОДК, Вена.
- United Nations (2006). *International migration and development* <http://www.un.org/esa/population/migration/hld/index.html>, accessed 29 May 2008
- Vernazza P et al. (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antiretroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle []. *Bulletin des médecins Suisse* 89:165–169.
- Vu BN et al. (2008). Male sexuality in Vietnam: the case of male-to-male sex. *Sexual Health*, 5:83–88.
- Watson-Jones D et al. (2008). Effect of herpes simplex suppression on incidence of HIV among women in Tanzania. *New England Journal of Medicine*, 358:1560–1571.
- Wawer MJ et al. (2005). Rates of HIV-1 transmission per coital act by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 191:1403–1409.
- Wegbreit J et al. (2006). Effectiveness of HIV prevention strategies in resource-poor countries: tailoring the intervention to the context. *AIDS*, 20:1217–1235.
- Wellings K et al. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706–1728.
- Were WA et al. (2006). Undiagnosed HIV infection and couple HIV discordance among household members of HIV-Infected people receiving antiretroviral therapy in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43:91–95.
- White RG (2003). Commentary: What can we make of an association between human immunodeficiency virus prevalence and population mobility? *International Journal of Epidemiology*, 32:753–754.
- WHO (2006a). Demand for male circumcision rises in a bid to prevent HIV. *Bulletin of the World Health Organization* 84:505-508.
- WHO et al. (2006b). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*, WHO Technical Report Series No. 938. August. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2006c). *HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-Agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants*. Consensus statement, 25-27 October. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2006d). *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infant: Towards Universal Access, Recommendations for a Public Health Approach*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. March. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia (<http://www.searo.who.int/hiv-aids>, accessed 8 May 2008).
- Williams BG et al. (2006). The potential impact of male circumcision on HIV in sub-Saharan Africa. *PLoS Medicine*, 3(7):e262.
- World Association for Sexual Health (2008). *Sexual health for the millennium: a declaration and technical document*. Minneapolis (USA), World Association for Sexual Health.
- Zaba B et al. (2004). Age at first sex: understanding recent trends in African demographic surveys. *Sexually Transmitted Infections*, 80(Suppl. II):ii28-ii35.

Глава 5 | ЛЕЧЕНИЕ И УХОД

- Abgrail S et al. (2006). Switch from a first virologically effective protease inhibitor-containing regimen to a regimen containing efavirenz, nevirapine or abacavir. *AIDS* 20:2099-2106.
- Agence France Press (2008). 'Unacceptable' Delay in Detecting Brazil AIDS Cases: Official. 14 February.
- Anglican United Nations Office (2007). *Working Together: The Anglican Response to HIV & AIDS in Africa*. Anglican United Nations Office, Geneva.
- Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries Collaboration, ART Cohort Collaboration Groups (2006). Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 367:817-824.
- Arah OA, Ogbu UC, Okeke CE (2008). Too Poor to Leave, Too Rich to Stay: Developmental and Global Health Correlates of Physician Migration to the United States, Canada, Australia, and the United Kingdom. *Am J Pub Health* 98:148-154.
- Aspeling HE, van Wyk NC (2008). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy for the treatment of HIV-infected women attending an urban care facility. *Int J Nurs Pract* 14:3-10.
- Barreto CC et al. (2006). Trends in antiretroviral drug resistance and clade distribution among HIV-1 infected blood donors in Sao Paulo, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr* 41:338-341.
- Badri M et al. (2006). Cost-effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in South Africa. *Plos Medicine* January 3: e4
- Basu S et al. (2007). Prevention of nosocomial transmission of extensively drug-resistant tuberculosis in rural South Africa district hospitals: an epidemiological modeling study. *Lancet* 370:1500-1507.
- Beck E et al. (2006). National adult antiretroviral therapy guidelines in resource-limited countries: concordance with 2003 WHO guidelines? *AIDS* 20:1497-1502.
- Beck E et al. (2008a). Treatment Outcome and Cost-effectiveness of different HAART regimens in the UK 1996-2002. *Int J STD & AIDS* (in press).
- Beck E, Walensky RP (2008b). The Outcome and Impact of Ten Years of HAART, in *A Decade of HAART* (Zuniga JM et al., eds.). Oxford University Press, Oxford, UK, in press.
- Becquet R et al. (2006). Complementary feeding adequacy in relation to nutritional status among early weaned breastfed children who are born to HIV-infected mothers: ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan, Cote d'Ivoire. *Pediatrics* 117:e701-e710.
- Bolton-Moore C et al (2007). Clinical outcomes and CD4 cell response in children receiving antiretroviral therapy at primary health care facilities in Zambia. *Journal of the American Medical Association* 298:1888-1899.
- Bong C et al (2007). Risk factors for early mortality in children on adult fixed-dose combination antiretroviral treatment in a central hospital in Malawi. *AIDS* 21:1805-1810.
- Bryce J et al. (2008). Maternal and child undernutrition: effective action at national level. *Lancet* DOI:10.1016/S0140-6736(07)61694-8 (early online publication).
- Burman WJ et al. (2008). The Impact of Episodic CD4 Cell Count-Guided Antiretroviral Therapy on Quality of Life. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:185-193.
- Catalan J et al. (2005). *Mental Health and HIV/AIDS: Psychotherapeutic Interventions in Antiretroviral (ARV) Therapy (for second level care)*. World Health Organization, Geneva.
- Cazanave C et al. (2008). Reduced bone mineral density in HIV-infected patients: prevalence and associated factors. *AIDS* 22:395-402.
- Centers for Disease Control and Prevention (2002). Number of Persons Tested for HIV – United States, 2002. *MMWR* 53:1110-1113.
- Centers for Disease Control and Prevention (2005). *Coinfection with HIV and Hepatitis C: Fact Sheet*. Accessed 9 February 2008 at <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/coinfection.htm>.

- Chaisson RE, Martinson NA (2008). Tuberculosis in Africa – Combating an HIV-Driven Crisis. *New Eng J Med* 358:1089-1092.
- Clotet B et al. (2007). Efficacy and safety of darunavir-ritonavir at week 48 in treatment-experienced patients with HIV-1 infection in POWER 1 and 2: a pooled subgroup analysis of data from two randomized trials. *Lancet* 369:1169-1178.
- Dalal RP et al. (2008). Characteristics and Outcomes of Adult Patients Lost to Follow-Up at an Antiretroviral Treatment Clinic in Johannesburg, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:101-107.
- De Baets AJ et al. (2005). Pediatric Human Immunodeficiency Virus Screening in an African District Hospital. *Clin Diagn Lab Immunol* 12:86-92.
- Delfraissy JF et al. (2008). Lopinavir/ritonavir monotherapy or plus zidovudine and lamivudine in antiretroviral/naïve HIV-infected patients. *AIDS* 22:385-393.
- Dhir AA et al. (2008). Spectrum of HIV/AIDS related cancers in India. *Cancer Causes Control* 19:147-153.
- Dippenaar H, Marston J (2008). *The status of palliative care for children in the Motheo District of the Free State*. Unpublished.
- Dowdy DW et al. (2006). The potential impact of enhanced diagnostic techniques for tuberculosis driven by HIV: a mathematical model. *AIDS* 20:751-762.
- Egger M (2007). Outcome of antiretroviral therapy in resource-limited and industrialized countries. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles USA.
- Eron J et al. (2006). The KLEAN study of fosamprenavir-ritonavir versus lopinavir-ritonavir, each in combination with abacavir-lamivudine, for initial treatment of HIV infection over 48 weeks: a randomized non-inferiority trial. *Lancet* 368:476-482.
- Este JA, Telenti A (2007). HIV entry inhibitors. *Lancet* 370:81-88.
- Ethiopia Federal Ministry of Health (2007). *Millennium AIDS Campaign Ethiopia, November 2006-August 2007*.
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 75*. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice. Available at <http://www.eurohiv.org>
- Family Health International (2007). *Primary health care services increased with integration of basic HIV care*. Accessed 23 March 2008 at www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/Rwanda.
- Fassinou P et al (2004). Highly active antiretroviral therapies among HIV-1-infected children in Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS* 18:1905-1913.
- Fellay J et al. (2001). Prevalence of adverse events associated with potent antiretroviral treatment: Swiss HIV Cohort Study. *Lancet* 358:1322-1327.
- Fidler S et al. (2008). Primary HIV infection: to treat or not to treat? *Curr Opin Infect Dis* 21:4-10.
- Food and Nutrition Technical Assistance (2004a). *HIV/AIDS: A Guide for Nutritional Care and Support*. Academy for Educational Development, Washington DC.
- Food and Nutrition Technical Assistance (2004b). *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings*. Technical Note No. 7. Academy for Educational Development, Washington DC.
- Freeman MC et al. (2005). Integrating mental health in global initiatives for HIV/AIDS. *Brit J Psychiatry* 187:1-3.
- Friis H (2005). *Micronutrients and HIV infection: a review of current evidence, Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa*. World Health Organization, Geneva, 10-13 April.
- Gandhi NR et al. (2006). Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. *Lancet* 368:1575-1580.
- George E et al (2007). Antiretroviral Therapy for HIV-1-Infected Children in Haiti. *Journal of Infectious Diseases* 195:1411-1418.
- Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action*. International Food Policy Research Institute, Washington DC.

- Gimbel S et al. (2007). *Rolling out ART in Mozambique 2003-2006: Task Shifting and Decentralization*. 2007 HIV/AIDS Implementers Meeting, Kigali, Rwanda, June. Abstract No. 90.
- Girardi E, Sabin CA, Monforte AD (2007). Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiologic Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing *J Acquir Immune Defic Syndr* 46(Supp. 1):S3-S8.
- Global Business Coalition on HIV/AIDS (2007). *Case Study – Anglo Coal South Africa*. 23 February. Accessed 8 February 2008 at <http://www.businessfightsaids.org/live/cases/cases.php?id=40>.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2007a). *Global Fund Investments Deliver AIDS Treatment to 1.4 Million People*. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Geneva. Press Release, 30 November.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2007b). *Press release*. 12 November.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2008). *Monthly Progress Update – 31 January 2008*. Accessed 23 March 2008 at http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/basics/progress_update/progressupdate.pdf.
- Gray A (2004). *Access to Medicines and Drug Regulation in Developing Countries: A Resource Guide for DFID*. UK Department for International Development, London.
- Grinsztejn B et al. (2007). Safety and efficacy of the HIV-1 integrase inhibitor raltegravir (MK-0518) in treatment-experienced patients with multidrug-resistant virus: a phase II randomized controlled trial. *Lancet* 369:1261-1269.
- Grulich AE et al. (2007). Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet* 370:59-67.
- Harling G, Wood R, Beck EJ (2005). Efficiency of Intervention in HIV Infection, 1994-2004. *Disease Management and Health Outcomes* 13: 371-394
- Hegarty AM, Chaudhry SI, Hodgson TA (2008). Oral healthcare for HIV-infected patients: an international perspective. *Expert Opin Pharmacother* 9:387-404.
- Heiden D et al. (2007). Cytomegalovirus Retinitis: The Neglected Disease of the AIDS Pandemic. *PLoS Med* 4:e334.
- Hicks PL et al. (2007). The impact of illicit drug use and substance abuse treatment on adherence to HAART. *AIDS Care* 19:1134-1140.
- Hoffman CJ, Thio CL (2007). Clinical implications of HIV and hepatitis B co-infection in Asia and Africa (2007) *Lancet Infectious Diseases* 7:402-409.
- Hopewell PC et al. (2006). International standards for tuberculosis care. *Lancet Infect Dis* 6:710-725.
- Human Rights Watch, Thai AIDS Treatment Action Group (2007a). *Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand*.
- Human Rights Watch (2007b). *Hidden in the Mealie Meal: Gender-Based Abuses and Women's HIV Treatment in Zambia*. Human Rights Watch, New York.
- International Narcotics Control Board (1989). *Report of the International Narcotics Control Board for 1989: demand for and supply of opiates for medical and scientific needs*. United Nations, Vienna
- International Treatment Preparedness Coalition (2007). *Missing the Target #5: Improving AIDS Drug Access and Advancing Health Care for All*. December.
- International Union of Superiors General (2008). *In Loving Service: Catholic Religious Institutes of men and women addressing HIV and AIDS through communities of care and prevention, findings of a global survey*. Unpublished draft, February.
- Isaac R et al. (2008). Declines in dietary macronutrient intake in persons with HIV infection who develop depression. *Public Health Nutr* 11:124-131.
- Janssens B et al (2007). Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV-Positive Children: Evaluation at 12 Months in a Routine Program in Cambodia. *Pediatrics* 120:e1134-e1140.

- Johnson M et al. (2006). 96-week comparison of once-daily atazanavir/ritonavir and twice-daily lopinavir/ritonavir in patients with multiple virologic failures. *AIDS* 20:711-718.
- Jones CY et al. (2006). Micronutrient levels and HIV disease status in HIV-infected patients on highly active antiretroviral therapy in the Nutrition for Healthy Living cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr* 43:475-482.
- Lange JMA (2006). Antiretroviral treatment and care of HIV, in *The HIV Pandemic: local and global implications* (Beck E et al., eds.). Oxford University Press, Oxford, UK.
- Lazzarin A et al. (2007). Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-2: 24-week results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 370:39-48.
- Lohse N et al. (2007). Survival of Persons with and without HIV Infection in Denmark, 1995-2005. *Ann Intern Med* 146:87-95.
- MacArthur RD et al. (2006). A comparison of three highly active antiretroviral treatment strategies consisting of non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors, protease inhibitors, or both in the presence of nucleoside reverse transcriptase inhibitors as initial therapy (CPCRA 058 FIRST Study): a long-term randomized trial. *Lancet* 368:2125-2135.
- Makombe SD et al. (2007). A national survey of the impact of rapid scale-up of antiretroviral therapy on health-care workers in Malawi: effects on human resources and survival. *Bull World Health Organ* 85:851-857.
- Malawi National AIDS Commission (2007). *InfoBrief 2: 200 HTC Week*.
- Marston M et al. (2005). Estimating the net effect of HIV on child mortality in African populations affected by generalized HIV epidemics. *J Acquir Immune Defic Syndr* 38:219-227.
- Marston B, De Cock KM (2004). Multivitamins, Nutrition and Antiretroviral Therapy for HIV Disease in Africa. *New England Journal of Medicine* 351:78-80.
- MEASURE DHS, 2008. Macro International, Inc., Calverton MD.
- Miller G (2006). The Unseen: Mental Illness's Global Toll. *Science* 311:458-461.
- Mills EJ et al. (2006). Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: A meta-analysis. *JAMA* 296:679-690.
- Moore A, Morrison SJ (2007). *Health Worker Shortages Challenge PEPFAR Options for Strengthening Health Systems*. Task Force on HIV/AIDS. Center for Strategic and International Studies, Washington D.C. September.
- Newell ML et al. (2004). Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 364:1236-1243.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2005). *HIV/AIDS Epidemiology Program Fourth Quarter Report*. 3:1-4. October.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2007). *HIV Epidemiology & Field Services Semi-Annual Report*. October.
- Niel Malan DR et al. (2008). Efficacy and Safety of Atazanavir, With or Without Ritonavir, as Part of Once-Daily Highly Active Antiretroviral Therapy Regimens in Antiretroviral-Naïve Patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:161-167.
- Nunn AS et al. (2007). Evolution of Antiretroviral Drug Costs in Brazil in the Context of Free and Universal Access to AIDS Treatment. *PLoS Med* 4:e305.
- Nyirenda M et al. (2007). Mortality levels and trends by HIV serostatus in rural South Africa. *AIDS* 21 (Supp. 6): S73-S79.
- Obermeyer CM, Osborn M (2007). The Utilization of Testing and Counseling for HIV: A Review of the Social and Behavioral Evidence. *Am J Pub Health* 97:1762-1774.
- O'Brien DP et al (2006). In resource-limited settings good early outcomes can be achieved in children using adult fixed-dose combination antiretroviral therapy. *AIDS* 20:1955-1960.

- Ormassen V et al. (2007). HIV related and non-HIV related mortality before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy (HAART) in Norway compared to the general population. *Scand J Infect Dis* 39:51-57.
- Palmer S et al. (2008). Low-level viremia persists for at least 7 years in patients on suppressive antiretroviral therapy. *PNAS* 105:3879-3884.
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents (2008). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. US Department of Health and Human Services, Washington.
- Patel K et al. (2008). Long-term effectiveness of highly active antiretroviral therapy on the survival of children and adolescents with HIV infection: a 10-year follow-up study. *Clin Infect Dis* 46:507-515.
- Patel V (2007). Mental health in low- and middle-income countries. *Brit Med Bull* doi:10.1093/bmb/ldm010 (advance online publication).
- Pence BW et al. (2007). Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 44:159-166.
- Phillips AN et al. (2007). Risk of extensive virologic failure to the three original antiretroviral drug classes over long-term follow-up from the start of therapy in patients with HIV infection: an observational cohort study. *Lancet* 370:1923-1928.
- Phillips EJ, Malial SA (2008). Pharmacogenetics and the potential for the individualization of antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis* 21:16-24.
- Prendergast A et al. (2007). International perspectives, progress, and future challenges of paediatric HIV infection. *Lancet* 370:68-80.
- President's Emergency Plan for AIDS Relief (2008). *The Power of Partnerships: Fourth Annual Report to Congress on PEPFAR*.
- Puthankit T et al. (2007). Hospitalization and Mortality among HIV-Infected Children after Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. *Clin Infect Dis* 44:599-604.
- Reddi A et al. (2007). Preliminary outcomes of a paediatric highly active antiretroviral therapy cohort from KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Paediatrics* 7:13.
- Rouet F et al. (2008). Frequent occurrence of chronic hepatitis B virus infection among West African HIV type-1-infected children. *Clin Infect Dis* 46:361-366.
- Sanders E (2008). New life for African patients: Thanks to US funding, antiviral drugs are available to those too poor to afford them. *Los Angeles Times*. 15 February.
- Samb B et al. (2007). Rapid Expansion of the Health Workforce in Response to the HIV Epidemic. *New Eng J Med* 2007;357:2510-2514.
- Sherman GG, Matsebula TC, Jones SA (2005). Is early HIV testing of infants in poorly resourced prevention of mother-to-child transmission programmes affordable? *Trop Med & Int Health* 10:1108-1113.
- Smit C et al. (2006). Effective therapy has altered the spectrum of cause-specific mortality following HIV seroconversion. *AIDS* 20:741-749.
- Smit C et al. (2008). Risk of Hepatitis-Related Mortality Increased Among Hepatitis C Virus/HIV-Coinfected Drug Users Compared with Drug Users Infected Only With Hepatitis C Virus: A 20-Year Prospective Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:221-225.
- Srithanaviboonchai K et al. (2008). Novel low-cost assay for the monitoring of CD4 counts in HIV-infected individuals. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:135-139.
- Steen TW et al. (2007). Two and a Half Years of Routine HIV Testing in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr* 44:484-488.
- Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group et al. (2006). CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *New Eng J Med* 355:2283-2296.

- Steinbrook R (2007). Closing the Affordability Gap for Drugs in Low-Income Countries. *New Eng J Med* 357:1996-1999.
- Sulkowski MS, Benhamou Y (2007). Therapeutic issues in HIV/HCV-co-infected patients. *J Viral Hep* 14:371-386.
- Tegger MK et al. (2008). The Effect of Mental Illness, Substance Use and Treatment for Depression on the Initiation of Highly Active Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Individuals. *AIDS Patient Care and STDs* 22:233-243.
- Thomas CF, Limper AH (2004). Pneumocystic pneumonia. *New Eng J Med* 350:2487-2498.
- UK Collaborative HIV Cohort Study (2008). Are previous treatment interruptions associated with higher viral rebound rates in patients with viral suppression? *AIDS* 22:349-356.
- ЮНЭЙДС (2007а). *Финансовые ресурсы, необходимые для обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ*. ЮНЭЙДС, Женева.
- UNAIDS (2007b). *Report on the progress on follow-up support to countries in their national target setting towards universal access*. 20th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, 25-27 June, Provisional agenda item 4.1. UNAIDS, Geneva.
- ЮНЭЙДС (2007с). *Доклад о состоянии эпидемии СПИДа*. ЮНЭЙДС, Женева.
- UNAIDS, WHO (2007). *Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Health Facilities*. World Health Organization, Geneva.
- UNITAID (2008). *Fact Sheet*. Accessed 8 March 2008 at <http://www.unitaid.eu/images/action/factsheet.pdf>.
- ПРООН (2007). *Доклад о человеческом развитии, 2007/2008*. Программа развития Организации Объединенных Наций, Нью-Йорк.
- Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *J Infect Dis* 194:11-19.
- Walzer A et al. (2006). Determinants of survival without antiretroviral therapy after infancy in HIV-1-infected Zambian children in the CHAP Trial. *J Acquir Immune Def Syndr* 42:637-645.
- Wang H et al. (2007). Self-Reported Adherence to Antiretroviral Treatment among HIV-Infected People in Central China. *AIDS Patient Care STDs* (Epub ahead of print).
- Wang X, Wu Z (2007). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients in rural China. *AIDS* 21(Supp. 8):S149-S155.
- Weinstock HS et al. (2004). The Epidemiology of Antiretroviral Drug Resistance among Drug-Naïve HIV-1-Infected Persons in 10 US Cities. *JID* 189:2174-2180.
- Weiser SD et al. (2006). Routine HIV Testing in Botswana: A Population-Based Study on Attitudes, Practices and Human Rights Concerns. *PLoS Med* 3:e261.
- Whalen C et al. (1995). Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med* 151:129-135.
- WHO (2008a). *Global Tuberculosis Control 2008: Surveillance, Planning, Financing*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2008b). The methadone fix. *Bulletin of the World Health Organization* 86:164-165.
- WHO (2008c). *Anti-tuberculosis drug resistance in the world – Report No. 4, The WHO/IUATLD global project on anti-tuberculosis drug resistance surveillance*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2007a). *Prioritizing second-line antiretroviral drugs for adults and adolescents: a public health approach, Report of a WHO Working Group meeting*. World Health Organization, Geneva, 21-22 May.
- WHO (2007b). *Tuberculosis Care and TB-HIV Co-management: Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI)*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2007c). *TB/HIV Facts at a Glance*. World Health Organization, Geneva. Accessed 9 February 2008 at <http://www.who.int/tb/challenges/hiv/facts/en/index.html>.

- WHO (2007d). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2007e). *Task Shifting to Tackle Health Workers Shortages*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2007f). *Appreciating assets: mapping, understanding, translating and engaging religious health assets in Zambia and Lesotho*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2006a). *Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents: Recommendations for a Public Health Approach*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2006b). *Report on the WHO/UNAIDS meeting on forecasting ARV needs up to 2010*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2006c). *Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Infants and Children: Towards Universal Access, Recommendations for a public health approach*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2006d). *Working together for health*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2004). *Interim policy on collaborative TB/HIV activities*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2003). *Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS : Report of a technical consultation*. World Health Organization, Geneva.
- WHO, UNAIDS, PEPFAR (2008). *Task shifting. Global recommendations and guidelines*. World Health Organization, Geneva.
- WHO, UNICEF, UNAIDS (2007). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector; Progress report, April 2007*. World Health Organization, Geneva.
- Wiedle PJ et al. (2006). Adherence to antiretroviral therapy in a home-based AIDS care programme in rural Uganda. *Lancet* 368:1587-1594.
- Wilson I et al. (2005). Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistances, and physicians. *Ann Intern Med* 143:729-737.

Глава 6 | ОСЛАБЛЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ

- Asia Development Bank, UNAIDS (2004). *Asia-Pacific's Opportunity: Investing to Avert an HIV/AIDS Crisis*. ADB/UNAIDS Study Series.
- Barnett T (2004). *HIV/AIDS, Nutrition and Food Security: Looking to Future Challenges*, in *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. International Monetary Fund, Washington DC.
- Beegle K (2003). *Labor effects of adult mortality in Tanzanian households*. Policy Research Working Paper No. 3062. World Bank.
- Bell C, Devarajan S, Gersbach H (2004). Thinking About the Long-Run Economic Costs of AIDS, in *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. International Monetary Fund, Washington DC.
- Bhorat H, Kanbur R (2005). *Poverty and Well-Being in Post-Apartheid South Africa*. DPRU Working Paper No. 05/101. Accessed 3 March 2008 at http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=982805.
- Birdsall N, Hamoudi A (2004). AIDS and the Accumulation and Utilization of Human Capital in Africa, in *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. International Monetary Fund, Washington DC.
- Bollinger L, Stover J, Riwa P (1999). *The economic impact of AIDS in Tanzania*. Policy Working Paper. Policy Project.
- Chapoto A, Jayne TS, Mason N (2007). Security of widows' access to land in the era of HIV/AIDS: Panel survey evidence from Zambia. Food Security Research Project – Zambia, Ministry of Agriculture & Cooperatives, Agriculture Consultative Forum, Michigan State University.
- Chapoto A, Jayne TS (2005). *Socio-economic characteristics of Individuals affected by AIDS-related Prime-age Mortality in Zambia*. Lusaka, Zambia, Food Security Research Project.

Chirambo K (2007). AIDS, Politics and Governance: Preliminary results on the impact of HIV/AIDS on the electoral process in Namibia, Malawi, Senegal, South Africa, Tanzania and Zambia. Presented to the University of Warwick/UNDP Conference on 'Governance of HIV/AIDS Responses: Making Participation and Accountability Count.'

Collins DL, Leibbrandt M (2007). The financial impact of HIV/AIDS on poor households in South Africa. *AIDS* 21(Supp. 1):S75-S81.

Commission on AIDS in Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia – Crafting an effective response*.

Connelly D et al (2007). Prevalence of HIV infection and median CD4 counts among health care workers in South Africa. *S Afr Med J* 97:115-120.

Dinkelman T, Lam D, Leibbrandt M (2007). Household and community income, economic shocks and risky sexual behavior of young adults: evidence from the Cape Area Panel Study 2002 and 2005. *AIDS* 21(Supp. 1): S49-S56.

Dorward AR, Mwale IM (2004). Labor Market and Wage Impacts of HIV/AIDS in Rural Malawi, in *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. International Monetary Fund, Washington DC.

Fourie I (2005). *The Impact of HIV/AIDS on the South African Mining Industry*. LBMA Precious Metals Conference, Johannesburg. Accessed 4 March 2008 at http://www.lbma.org.uk/conf2005/2f.fourie_LBMA2005.pdf.

Garrett L (2005). *HIV and National Security: Where Are the Links?* Council on Foreign Relations, New York.

Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action*. International Food Policy Research Institute, Washington DC.

Gillespie S et al (2007). Investigating the empirical evidence for understanding vulnerability and the associations between poverty, HIV infection and AIDS impact. *AIDS* 2007;21(Supp. 1):S1-S4.

Global Coalition on Women and AIDS (2006). *Support Women Caregivers*. Issue Brief No. 5. UNAIDS, Geneva.

Global Fund Partnership Forum (2006). *Site visit, 30 June 2006 – Philanjalo Hospice*. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Accessed 24 March 2006 at <http://www.theglobalfund.org/en/about/forum/2006/philanjalo/>.

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2008). *Monthly Progress Update – 31 January 2008*. Accessed 6 March 2008 at http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/basics/progress_update/progressupdate.pdf.

Greener R (2004). The Impact of HIV/AIDS on Poverty and Inequality, in *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. International Monetary Fund, Washington DC.

Haacker M (2004a). HIV/AIDS: The Impact on the Social Fabric and the Economy, in *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. International Monetary Fund, Washington DC.

Haacker M (2004b). The Impact of HIV/AIDS: The Impact on Government Finance and Public Services, in *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. International Monetary Fund, Washington DC.

International Center for Research on Women (2007). *Women's Property Rights as an AIDS Response: Lessons from Community Interventions in Africa*. International Center for Research on Women, Washington DC.

International Treatment Preparedness Coalition (2007) *Missing the Target #5: Improving AIDS Drug Access and Advancing Health Care for All*. Treatment Monitoring and Advocacy Project, San Francisco USA.

IRIN News (2006). *Swaziland: The vital but underestimated role of AIDS caregivers*. 9 May. Accessed 24 March 2008 at <http://www.irinnews.org/report.aspx?reportid=58966>.

Jayne TS et al (2004). HIV/AIDS and the Agricultural Sector in Eastern and Southern Africa: Anticipating the Consequences, in *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. International Monetary Fund, Washington DC.

Karlan D, Ashraf N, Yin W (2007). *Female Empowerment: Impact of a Commitment Savings Product in the Philippines*. Working Paper No. 106. Center for Global Development, Washington DC.

Kim JC et al (2007). Understanding the Impact of a Microfinance-Based Intervention on Women's Empowerment and the Reduction of Intimate Partner Violence in South Africa. *Am J Pub Health* 97:1794-1802.

Mermin J et al. (2008). Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral treatment and survival of their HIV-uninfected children: a prospective cohort study. *Lancet* 371:752-759.

Mishra V et al (2007). The socioeconomic determinants of HIV incidence: evidence from a longitudinal, population-based study in rural South Africa. *AIDS* 2007;21(Supp. 1):S29-S38.

Pal K et al (2005). Can Low Income Countries Afford Basic Social Protection? First Results of a Modeling Exercise. International Labour Organization, Geneva.

Piot P, Greener R, Russell S (2007). Squaring the Circle: AIDS, Poverty and Human Development. *PLoS Med* 4:e314.

Preston-Whyte et al (2007). Revealing the full extent of households' experiences of HIV and AIDS in rural South Africa. *Soc Sci & Med* [GET CITATION]

Pronyk PM et al (2007). *The role of structural factors in explaining variations in community HIV prevalence: a study in rural South Africa*. Acornhoek, South Africa, Rural AIDS and Development Action Resource Programme, Accessed 12 May 2008 at http://web.wits.ac.za/NR/rdonlyres/87874FDD-0C41-4945-A28B-9AEAFD027283/0/Pronyk_IMAGE_Structural_Factors_IMAGE_Working_Paper_1.pdf.

Pronyk PM et al (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet* 368:1973-1983.

Reuters (2008). 'Malawi to Raise Pay of Civil Servants with HIV.' 7 January.

Rosen S et al (2006). *The Impact of AIDS on Government Service Delivery: The Case of the Zambian Wildlife Authority*. Health and Development Discussion Paper No. 8. Center for International Health and Development, Boston University School of Public Health, Boston.

Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa (2004). *Facing the Future Together*.

Simon J et al (2007). Early effects of antiretroviral therapy on work performance: Results from a cohort study of Kenyan agricultural workers. Center for International Health and Development, Boston University School of Public Health. Accessed 26 September 2007 at <http://www.hivimplement/agenda/pdf/E1/E1%20Simon%abstract%20811.ppt.pdf>.

Swaminathan H, Bhatla N, Chakraborty S (2007). *Women's Property Rights as an AIDS Response: Emerging Efforts in South Asia*. International Center for Research on Women, Washington DC.

Thirumurthy H, Zivin JF, Goldstein M (2007). *AIDS Treatment and Intrahousehold Resource Allocations: Children's Nutrition and School in Kenya*. Working Paper No. 105. Center for Global Development, Washington DC.

UNAIDS (2006). *AIDS, Security and Humanitarian Response*. 19th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Lusaka, Zambia, 6-8 December. UNAIDS, Geneva. Available at http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20061101_PCB_Security_and_Humanitarian_Response_en.pdf.

ПРООН (2007). *Доклад о человеческом развитии, 2007/2008*. Программа развития Организации Объединенных Наций, Нью-Йорк.

ПРООН (2005) *Доклад о человеческом развитии*. ПРООН, Нью-Йорк.

UNESCO, UNHCR (2007). *Educational responses to HIV and AIDS for refugees and internally displaced persons: Discussion paper for decision-makers*. UNESCO, Paris.

UNHCR (2007). *Statistical year book 2006: Trends in Displacement, Protection and Solutions*. Office of United Nations High Commissioner on Refugees, Geneva.

UNICEF, UNAIDS, WHO (2008). *Children and AIDS: Second Stocktaking Report*. New York, UNICEF.

UNICEF (2007a). *The Impact of Social Cash Transfers on Children Affected by HIV and AIDS*. UNICEF, New York.

- ЮНИСЕФ (2007b). *Положение детей в мире*. ЮНИСЕФ, Нью-Йорк.
- UNICEF, UNAIDS, WHO (2008). *Children and AIDS: Second Stocktaking Report*. UNICEF, New York.
- United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (2007). *Latest Results*. Accessed 6 March 2008 at <http://www.pepfar.gov/about/c19785.htm>.
- Webb D (2007). From the individual to the system: the coming of age of programmes for orphans and vulnerable children. *Exchange on HIV/AIDS, sexuality and gender* 2:1-4.
- WHO/UNICEF/WHO (2006). *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections: Uganda*. World Health Organization, Geneva. December.
- Zambia Central Board of Health, Center for International Health and Development (Boston University School of Public Health) (2004). *The Costs of HIV/AIDS Among Professional Staff in the Zambian Public Health Sector*. Zambian Central Board of Public Health, Lusaka.

Глава 7 | КУДА МЫ ДВИЖЕМСЯ ДАЛЬШЕ?

- Attawell K, Dickinson C (2007). *An independent assessment of progress on the implementation of the global task team recommendations in support of national AIDS responses*. Twentieth meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board (Item UNAIDS/PCB(20)/CRP4).
- Center for Global Development (2007). *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington DC, Center for Global Development (Report of the Working Group on IMF Programs and Health Spending).
- Centro Nacional para la Prevención y control del SIDA, Ministry of Health [Mexico] (2008). *Country Report 2008 to monitor progress in the implementation of the Declaration of Commitment (DoC): HIV spending indicator*.
- 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-iii55.
- Hayes S et al. (2007). *Decentralized funding in response to the AIDS Pandemic: An opportunity for promoting good governance in Africa* (Report prepared for the United Nations Development Program, the University of Warwick Center for the Study of Regionalization, and Globalization Conference: Governance of HIV and AIDS Responses).
- McDougal JS et al. (2006). Comparison of HIV type 1 incidence observed during longitudinal follow-up with incidence estimated by cross-sectional analysis using the BED Capture enzyme immunoassay. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 22:945-952.
- Office of US Global AIDS Coordinator et al. (2008). *The power of partnerships: The US President's emergency plan for AIDS relief, 2008 annual report to Congress*. Washington DC, US State Department.
- Ofori-Krentang B, Annan J (2005). *District Planning and Implementation Strategy Note and Guide*. UNDP, New York.
- Organisation of African Unity (2001). *Abuja declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related diseases*. African Summit on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Diseases. 24-27 April. Abuja, Nigeria (http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf, accessed 17 March 2008).
- Samb B et al. (2007). Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *New England Journal of Medicine*, 357:2510-2514.

Stover J et al. (2006). The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*, 311:1474–1476.

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

UNAIDS (2007a). *Le Maroc: une réponse nationale à VIH*. Geneva, UNAIDS (UNAIDS Best Practice Collection).

UNAIDS (2007b). *Towards universal access to prevention, treatment and care: experiences and challenges from the Mbeya region in Tanzania—a case study*. Geneva, UNAIDS (UNAIDS Best Practice Collection).

ЮНЭЙДС (2007с). *Финансовые ресурсы, необходимые для обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ*. ЮНЭЙДС, Женева (http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf).

UNAIDS (2008). *The socioeconomic impact of the HIV/AIDS epidemic*. Geneva (AIDS Financing and Economics Division working paper), UNAIDS, Geneva.

UNAIDS Zambia (2006). *Joint United Nations programme on support on AIDS 2007–2010*, UNAIDS, Lusaka, Zambia.

ПРООН (2007). *Доклад о человеческом развитии*. Программа развития Организации Объединенных Наций, Нью-Йорк.

UNDP Bureau for Development Policy, HIV/AIDS Group, Democratic Governance Group (2007). *Decentralized responses to HIV/AIDS: An analysis of local government responses*. New York, United Nations Development Program.

World Bank (2007). *The Africa multi-country AIDS program 2000–2006: Results of the World Bank's response to a development crisis*. Washington DC, World Bank.

АВТОРЫ ФОТОГРАФИЙ

Предисловие

Стр. 9 ЮНЭЙДС/О.О'Хэнлон

Глава 1 | ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ВИЧ

Стр. 11	ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева),	Стр. 16	ЮНЭЙДС
	ЮНЭЙДС/П.Виро (внизу справа)	Стр. 26	ЮНЭЙДС

Глава 2 | СОСТОЯНИЕ ГЛОБАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ ВИЧ

Стр. 29	ЮНЭЙДС/А.Дутта (вверху слева),	Стр. 56	ЮНЭЙДС/П.Виро
	ЮНЭЙДС/О.О'Хэнлон (внизу справа)		
Стр. 40	ЮНЭЙДС/П.Виро		

Глава 3 | УСТРАНЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРИЧИН РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ И УЯЗВИМОСТИ К ВИЧ

Стр. 63	ЮНЭЙДС/С.Дракборг (вверху слева),	Стр. 82	ЮНЭЙДС/П.Виро
	ЮНЭЙДС/С.Дракборг (внизу справа)	Стр. 86	ЮНЭЙДС
Стр. 73	ЮНЭЙДС/А.Дутта	Стр. 93	ЮНЭЙДС

Глава 4 | ПРЕДОТВРАТИТЬ НОВЫЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Стр. 95	ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева),	Стр. 109	ЮНЭЙДС/Танго Фото/П.Каррера
	ЮНЭЙДС/П.Виро (внизу справа)	Стр. 112	ЮНЭЙДС
Стр. 101	ЮНЭЙДС/О.О'Хэнлон	Стр. 114	ЮНЭЙДС/МОТ/Дж.Майард
Стр. 104	ЮНЭЙДС	Стр. 116	ЮНЭЙДС

Глава 5 | ЛЕЧЕНИЕ И УХОД

Стр. 129	ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева),	Стр. 137	ЮНЭЙДС/ВОЗ/С.Торфин
	ЮНЭЙДС/П.Виро (внизу справа)	Стр. 155	ЮНЭЙДС/В.Филлипс
Стр. 133	ЮНЭЙДС		

Глава 6 | ОСЛАБЛЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ

Стр. 159	ЮНЭЙДС/С.Монтанари (вверху слева),	Стр. 173	ЮНЭЙДС
	ЮНЭЙДС/С.Саттлбергер (внизу справа)	Стр. 174	ЮНЭЙДС/А.Гутман
Стр. 164	ЮНЭЙДС/А.Гутман		

Глава 7 | куда мы движемся дальше?

Стр. 187 ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева),
ЮНЭЙДС/П.Виро (внизу справа)
Стр. 195 ЮНЭЙДС

Стр. 197 ЮНЭЙДС
Стр. 204 ЮНЭЙДС/П.Виро
Стр. 208 ЮНЭЙДС/А.Дутта

Приложение 1 | оценки и данные в связи с вич и спидом за 2007 и 2001 гг.

Стр. 211 ЮНЭЙДС/Л.Ран (вверху слева),
ЮНЭЙДС/П.Виро (внизу справа)

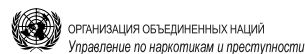
Приложение 2 | показатели прогресса, достигнутого странами

Стр. 235 ЮНЭЙДС/П.Виро (вверху слева),
ЮНЭЙДС/С.Монтанари (внизу справа)

Оговорка: Содержащиеся в данном докладе фотографии не обязательно отражают ситуацию, мнения или убеждения изображенных на них лиц, и никоим образом не подразумевают их ВИЧ-статус.

ЮНЭЙДС, Объединенная Программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, объединяет усилия и ресурсы десяти учреждений системы ООН для осуществления мер в ответ на СПИД. Этими учреждениями – коспонсорами ЮНЭЙДС являются УВКБ ООН, ЮНИСЕФ, ВПП, ПРООН, ЮНФПА, ЮНОДК, МОТ, ЮНЕСКО, ВОЗ и Всемирный банк. Размещенный в Женеве секретариат ЮНЭЙДС работает на местах в более чем 80 странах мира.

Объединим мир против СПИДа



UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

Tel.: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
e-mail: distribution@unaids.org

www.unaids.org