



АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ

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

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

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

Масштабы предоставления антиретровирусного лечения в Африке к югу от Сахары резко увеличились: в июне 2006 года более одного миллиона [930 000–1,15 миллиона] человек получали антиретровирусное лечение, что в десять раз больше чем в декабре 2003 года (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006). Усилия по расширению масштабов такого лечения были особенно заметными в последнее время в некоторых странах, включая Ботсвану, Замбию, Кению, Малави, Намибию,

Руанду, Уганду и Южную Африку. Однако сами масштабы потребностей в этом регионе означают, что здесь антиретровирусное лечение получают чуть менее четверти (23%) от оценочного числа всех нуждающихся, составляющего 4,6 [4–5,4] миллиона человек (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006).

Юг Африки

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

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

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

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

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

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

Последние данные свидетельствуют о продолжающемся росте уровней инфицирования ВИЧ в национальном

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

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

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

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

ВСПЫШКИ ТУБЕРКУЛЕЗА С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

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

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

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

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

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

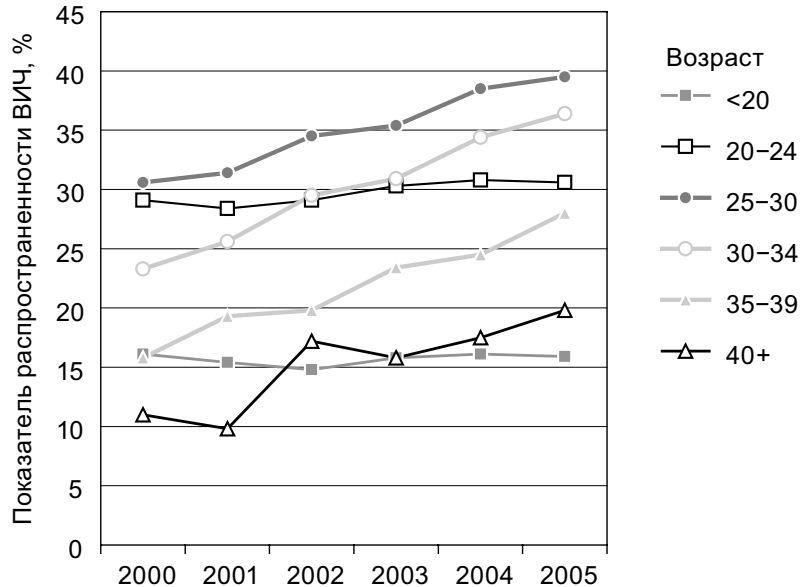
9-10 октября 2006 года ВОЗ провела совещание Глобальной целевой группы по ТБШЛУ с целью анализа имеющихся доказательных данных и разработки чрезвычайного плана глобальных действий для предупреждения и локализации ТБШЛУ, а также мер для ведения больных, имеющих это заболевание. Во время этого совещания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

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

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

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

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



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

Рисунок 3

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

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

Тем не менее большая доля жителей Южной Африки не верит, что им грозит риск заражения ВИЧ. Около 13% всех тех, кто прошел свой первый тест на ВИЧ в ходе национального обследования домохозяйств, проведенного в 2005 году, оказались ВИЧ-инфицированными. До того большинство из них отказывались пройти тест на ВИЧ, поскольку, по их мнению, им не грозил риск заражения. В целом, половина респондентов, *которые оказались инфицированными ВИЧ*, отметили, что, по их мнению, им не грозил риск заражения ВИЧ (Shisana, 2005). Это означает, что около двух миллионов жителей Южной Африки, живущих с ВИЧ, не знают о наличии у них инфекции и считают, что им не грозит риск

инфицирования – по этой причине они не осознают, что они могут передать вирус другим людям. Если практика тестирования на ВИЧ не расширяется, ВИЧ-инфицированные обычно могут узнать о своем статусе только после появления у них симптомов, что также может ограничивать потенциальную пользу антиретровирусного лечения.

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

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

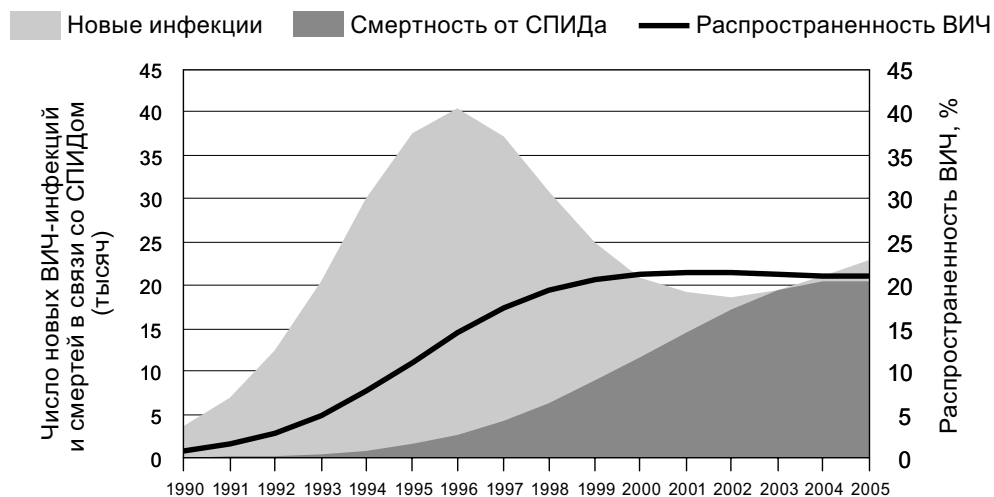
составляло 230 000 [110 000–360 000] человек. В 2005 году оценочный национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых составлял 19,6% [8,6%–31,7%] (ЮНЭЙДС, 2006), причем наиболее пострадавшими были признаны районы Каприви на северо-западе (где 43% беременных женщин оказались ВИЧ-инфицированными),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

Результаты последних обследований на ВИЧ среди населения, а также другие данные о ВИЧ дают более точную картину эпидемии ВИЧ в **Ботсване**, где показатель распространенности ВИЧ остается одним из самых высоких в мире. После 2001 года отмечалось

возрасте 25–39 лет, а также каждая вторая беременная женщина в возрасте 30–34 лет жили с ВИЧ. В последней возрастной группе уровни инфицирования ВИЧ по-прежнему растут (Seirone, 2006).

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

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



Источник: Правительство Лесото/ЮНЭЙДС, 2006 г.

Рисунок 4

некоторое снижение показателя распространенности ВИЧ среди беременных женщин на национальном уровне (с 36% в 2001 году до 33% в 2005 году), особенно в возрастной группе 15–24 лет, что указывает на возможное ослабление эпидемии. Тем не менее в 2005 году по крайней мере 40% беременных женщин в

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

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

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

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

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

один из самых высоких показателей роста эпидемии в странах Африки к югу от Сахары в последние годы.

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

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

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

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

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

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

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

показали всесторонние знания о ВИЧ – для сравнения такие знания имели более одной трети мужчин (Национальное статистическое управление и ORC Масго, 2005).

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

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

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

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

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

Маврикию необходимо уделить больше внимания мерам профилактики среди потребителей инъекционных наркотиков и особенно среди тех, которые также занимаются секс-бизнесом (Dewing et al., 2006). Среди потребителей инъекционных наркотиков основным фактором риска заражения ВИЧ-инфекцией в условиях ограниченной на данный момент эпидемии ВИЧ на Маврикии является пользование нестерильным инъекционным инструментарием. В этой стране примерно три четверти ВИЧ-инфекций, диагностированных в первые шесть месяцев 2004 года, приходится на потребителей инъекционных наркотиков (Sulliman and Ameerberg, 2004). Пользование нестерильным инъекционным инструментарием носит

широкий характер: при обследовании в 2004 году 80% потребителей инъекционных наркотиков отметили, что пользовались общими иглами в прошедшие три месяца. Среди тех, кто согласился пройти тестирование на ВИЧ, 4% оказались инфицированными. Большой процент работников секс-бизнеса (75%) отметили, что они употребляли инъекционные наркотики, в то же время практика пользования презервативами была распространена слабо (лишь 32% респондентов постоянно пользовались презервативами в последние три месяца). При тестировании на ВИЧ 13% обследованных работников секс-бизнеса оказались ВИЧ-инфицированными (Sulliman, Ameerberg and Dhannoo, 2004).

Восточная Африка

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

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

КОНФЛИКТЫ И РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

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

ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАЛЯРИЕЙ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

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

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

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

Для подтверждения этих проявившихся трендов требуются дополнительные исследования, но и имеющиеся данные указывают на возможное ослабление тех успехов в борьбе со СПИДом, которых Уганда добилась в 1990-х годах. Такая интерпретация подтверждается данными национального обследования поведения, которые указывают на нерегулярное

пользование презервативами (примерно половина мужчин и женщин в возрасте 15–49 лет указали на то, что они пользовались презервативами во время последнего контакта со случайным партнером) и увеличение числа мужчин, у которых были половые контакты более чем с одним случайным партнером в предшествующем году, по данным национального обследования домохозяйств за 2004–2005 годы (Министерство здравоохранения и ORC Macro, 2006).

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

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

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

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

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

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

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

Имеются признаки того, что употребление инъекционных наркотиков, которое быстро распространилось в Восточной Африке (McCurdy et al., 2005a), также могло стать фактором, способствующим развитию эпидемии в **Танзании**. Показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в этой стране пока что неизвестен, однако здесь широко распространена практика с высоким уровнем вероятности передачи инфекции. Согласно результатам одного ограниченного

исследования, до трети потребителей инъекционных наркотиков в Дар-эс-Саламе пользовались общим инъекционным инструментарием, а большинство женщин, употребляющих инъекционные наркотики, также продают сексуальные услуги. Особенно рискованной является практика под названием "флэшблад" (называемая "обратной загрузкой" в некоторых других странах), когда в шприц забирается кровь из вены после введения героина, после чего шприц передается компаньону. Эта практика, распространенная среди женщин, употребляющих инъекционные наркотики, в Дар-эс-Саламе, которая, как считается, позволяет "кайфовать" вместе с компаньонами, которые не могут сами купить наркотики, таит в себе очень высокий риск передачи ВИЧ (McCurdy et al., 2005b).

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

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

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

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

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

показатель распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих родовые женские консультации в этих районах, вырос с 1,9% в 2000 году до 2,6% в 2003 году и 2,2% в 2005 году (Hladik et al., 2006; Федеральное министерство здравоохранения Эфиопии, 2004; Федеральное министерство здравоохранения, 2006).

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

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

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

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

Западная и Центральная Африка

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

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

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

и их клиентов населению в целом (Gomes do Espirito Santo and Etheredge, 2005).

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

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

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

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

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

Новые данные о ВИЧ в **Кот-д'Ивуаре** еще предстоит получить, поскольку гражданский конфликт препятствовал проведению эпиднадзора за ВИЧ, а также, вероятно, мероприятиям по профилактике ВИЧ. Имеющиеся данные о ВИЧ указывают на относительно стабильную, однако серьезную эпидемию – в 2005 году не менее 4% взрослых жили с ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2006). Данные о ВИЧ для **Того** также указывают на серьезную эпидемию, причем наиболее пострадавшими являются прибрежные районы и районы, расположенные на плато и в саванне, а также столица Ломе (ВОЗ 2005). В этих частях страны не менее 7% женщин, посещающих родовые женские консультации, имеют положительную реакцию теста на ВИЧ (ВОЗ, 2005; Министерство здравоохранения Того, 2004). В 2005 году общий показатель распространенности ВИЧ среди взрослых оценивался на уровне 3,2% [1,9–4,7%], и около 110 000 [65 000–160 000] человек жили с ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2006).

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

В соседней **Гане**, где в 2005 году показатель распространенности ВИЧ среди взрослых оценивался на уровне 2,3% [1,9%–2,6%] (ЮНЭЙДС, 2006), имеются признаки возможного ослабления эпидемии. Уровни распространенности ВИЧ среди женщин, посещающих родовые женские консультации, которые постоянно повышались и достигли пикового значения в 3,6% в 2005 году, в последующем снизились до 3,1% в 2004 году и 2,7% в 2005 году (Национальная программа по борьбе со СПИДом/ИППП, 2006). Национальное обследование, проведенное в 2003 году,

показало, что, в отличие от большинства стран Африки к югу от Сахары, показатель распространенности ВИЧ в Гане в целом отличается незначительно между городскими и сельскими районами (2,3% против 2,0%) (Статистическая служба Ганы, Институт медицинских исследований Ногучи и ORC Масго, 2004). В то же время распространенность ВИЧ отличается от региона к региону; при этом показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин колеблется от 1,2% в северном районе до 4,7% в восточном районе (Национальная программа по борьбе со СПИДом/ИППП, 2006).

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

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

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

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

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

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

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

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