



ВВЕДЕНИЕ

Основные глобальные и региональные тенденции

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

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

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

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

Почти три четверти (72%) всех смертей в связи со СПИДом среди взрослых и детей в 2006 году

произошли в странах **Африки к югу от Сахары**: 2,1 [1,8–2,4] миллиона из общего количества в 2,9 [2,5–3,5] миллиона. В целом страны Африки к югу от Сахары, по оценкам, являются местом постоянного проживания 24,7 [21,8–27,7] миллиона взрослых и детей, инфицированных ВИЧ — на 1,1 миллиона больше, чем в 2004 году.

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

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

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

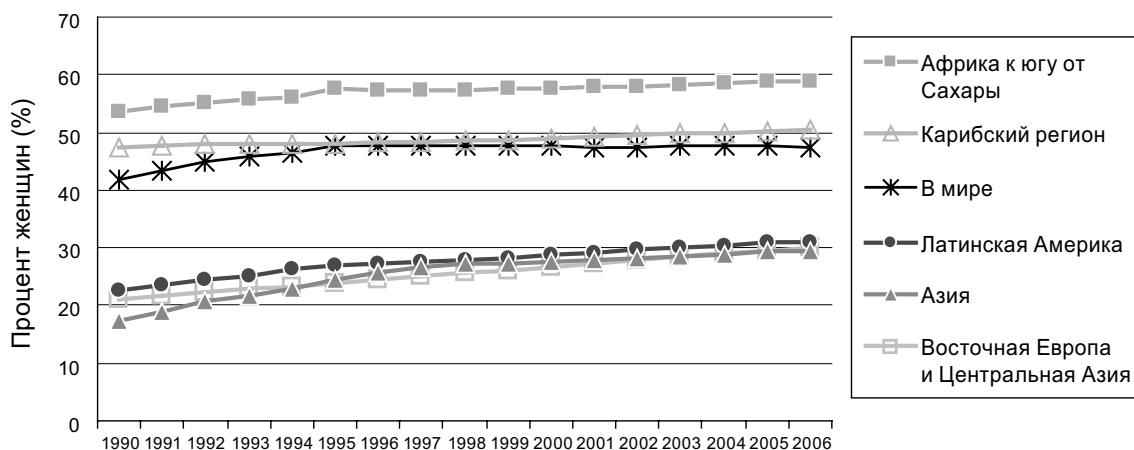
Во всем мире и в каждом регионе в настоящее время проживает больше, чем когда-либо ранее, взрослых женщин (в возрасте 15 лет и старше), инфицированных ВИЧ. В 2006 году насчитывалось 17,7 [15,1–20,9] миллиона женщин, живущих с ВИЧ, — это более чем на один миллион человек больше, чем в 2004 году. В

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

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

Таблица 2

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



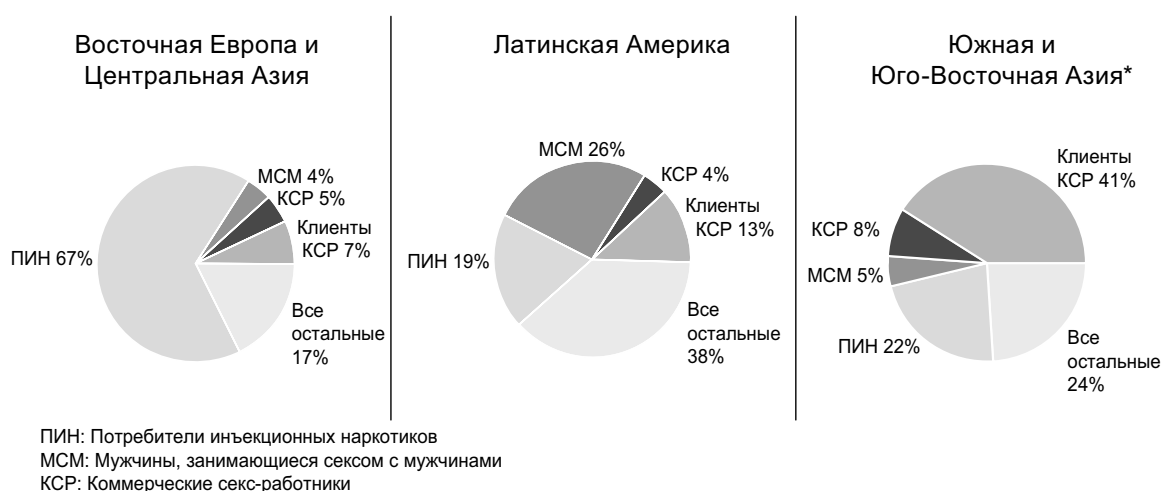
Источник: ЮНЭЙДС/ВОЗ, 22 сент 2006 г.

Рисунок 1

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

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

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



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

Рисунок 2

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

Особое внимание рискованному поведению

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

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

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

Последние данные о развитии событий в регионах

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

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

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

В Восточной Африке, где уровни ВИЧ инфекции были ниже, чем на юге континента, похоже, продолжается общая тенденция к стабилизации или снижению распространенности ВИЧ. Уровень национальной распространенности среди беременных женщин снизился в **Кении, Танзании** и, в меньшей степени, в **Руанде**. В то же время, во многих других странах на местном уровне зачастую отмечаются противоположные тенденции (См. страницы 18-19). Тем временем, данные новых исследований указывают

на возможную потерю завоеваний в борьбе со СПИДом, которых **Уганда** добилась в 1990-х годах, и распространенность ВИЧ снова растет в некоторых сельских районах. Внезапный рост уровней инфекции среди беременных женщин в г. Бужумбура, столице **Бурунди**, может свести на нет общие тенденции к снижению распространенности ВИЧ, которые отмечались в этой стране после 2000 года.

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

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

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

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

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

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

Эпидемии ВИЧ в **Восточной Европе** и **Центральной Азии** до сих пор относительно "молоды", и они продолжают расти – особенно тревожными темпами в **Украине**, где отмечается самая высокая распространенность ВИЧ во всей Европе (См.

страницы 37-43). Здесь, как и в условиях растущей эпидемии в **Российской Федерации** и меньших по масштабам, но также развивающихся эпидемий в **Таджикистане** и **Узбекистане**, основным путем передачи ВИЧ остается использование нестерильного инъекционного инструментария. Эпидемии ВИЧ в этих регионах сильнее всего поражают молодежь. Например, в Российской Федерации около 80% людей, живущих с ВИЧ, моложе 30 лет. В Российской Федерации и Украине женщины (многие из которых моложе 25 лет) несут растущее бремя ВИЧ – в 2005 году на них приходилось более 40% всех впервые поставленных диагнозов ВИЧ инфекции.

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

ВИЧ и тенденции сексуального поведения среди молодежи

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

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

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

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

Поведенческие тенденции среди молодежи оценивались на основе результатов национальных обследований, проведенных как минимум дважды в одной и той же стране в период 1992-2005 гг. В **Кении** данные о поведенческих тенденциях указывают на то, что за определенный период произошло значительное снижение тех видов сексуального поведения, которые подвергают людей риску ВИЧ инфекции. Процент молодых людей, имевших половые отношения с непостоянным партнером, снизился на **Гаити** (только среди мужчин), в **Кении и Малави** (среди молодых мужчин и женщин) и в **Замбии** (только среди женщин), но при этом вырос в **Камеруне и Уганде** (только среди женщин). В то же время, уровни использования презервативов с непостоянным партнером, похоже, возросли в некоторых из исследуемых стран, включая **Камерун, Южную Африку, Танзанию и Уганду**

(среди молодых мужчин и женщин), **Малави** (только среди молодых мужчин) и **Кению и Замбию** (только среди молодых женщин). В нескольких странах, в особенности в **Камеруне**, похоже, происходит одновременный переход как к более безопасным, так и к крайне рискованным моделям поведения – растет, например, процент молодых людей, практикующих сексуальные отношения, связанные с высоким риском, но в то же время растет уровень использования презервативов при случайных половых отношениях с непостоянным партнером.

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

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

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

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

Страна	Тенденции распространенности*		Возраст начала половой жизни**		Секс с непостоянным партнером***		Использование презерватива при сексе с непостоянным партнером****	
	Город	Село	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Ангола	НД	НД						
Багамские Острова	ДН	ДН						
Ботсвана	▼ НД	▼ ≥ 25%						
Бурунди [#]	▼ НД	↔						
Камерун	НД	НД	↔	▼	▲	▲	▲	▲
Центральноафриканская Республика	ДН	ДН						
Чад	НД	НД	▼	↔				
Конго	ДН	ДН						
Кот-д'Ивуар	▼ ≥ 25%	НД	▼					
Демократическая Республика Конго	НД	НД						
Джибути	ДН	ДН						
Габон	ДН	ДН						
Гаити	ДН	ДН	▲	▲		▼		
Кения	▼ ≥ 25%	▼ ≥ 25%	↔	↔	▼	▼	▲	↔
Лесото	НД	НД						
Малави [#]	▼ ≥ 25%	↔	▼	▼	▼	▼	↔	▲
Мозамбик [‡]		↔	↔					
Намибия	НД	НД	↔					
Нигерия	НД	НД	↔	↔				
Руанда	▼ НД	ДН	↔					
Южная Африка [§]		↔	↔	↔	↔	↔	▲	▲
Свазиленд	ДН	ДН						
Того	НД	НД						
Уганда	ДН	ДН	▼		▲	↔	▲	▲
Объединенная Республика Танзания	↔	▼ НД	↔	▼	↔	↔	▲	▲
Замбия [¶]		↔	↔		▼	↔	▲	↔
Зимбабве	▼ ≥ 25%	▼ НД	▼	↔			↔	↔

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

Условные обозначения:

- * Однородные участки, использованные для анализа медианной распространенности по годам в течение как минимум трех лет. Критерий значимости основан на формуле: H_0 : коэффициент спада=0.
- Анализ по странам, имеющим данные за более чем три года наблюдений на следующем числе однородных городских и сельских участков: Ботсвана (10,10), Бурунди (3,3), Кот-д'Ивуар (9 городских участков), Кения (20,13), Малави (11,8), Мозамбик (5 на юге, 8 в центре, 7 на севере страны), Руанда (6 городских участков), Танзания (11,8), Зимбабве (7,6)
- ** В возрастной группе 15-19 лет - официальные данные о проценте лиц, имевших половые связи до 15 лет. Анализ основан на данных ОДЗ, или национальных опросов, проведенных в Южной Африке в период 1992 - 2005 гг.
- *** В возрастной группе 15-24 лет - официальные данные о проценте лиц, имевших половые отношения с непостоянным партнером в течение последнего года. В Южной Африке - процент лиц в возрасте 15-24 лет, указавших на наличие более одного полового партнера за последние 12 месяцев. Анализ основан на данных национальных опросов, проведенных в Южной Африке в 1992-2005 гг.
- **** В возрастной группе 15-24 лет - процент лиц, указавших на использование презерватива во время последнего полового акта с непостоянным партнером. Анализ основан на данных ОДЗ, МИКИ или национальных опросов, проведенных в 1992-2005 гг.
- ▲ Статистически значимый рост.
- ▼ Статистически значимый спад.
- ▼ ≥ 25% Статистически значимый спад - более чем на 25%.
- ▼ НД Статистически незначительное постепенное снижение.
- ↔ Нет данных о снижении.
- НД Недостаточно данных, т.е., данные получены за период меньше трех лет.
- ДН Данные не получены.
- [#] При анализе городских данных пригородные и городские районы были объединены.
- [¶] Не получены данные в ответ на процесс РГ; анализ основан на данных отчета о проведении эпиднадзора в Южной Африке.
- [‡] Не получены данные в ответ на процесс РГ; анализ основан на данных отчета о проведении эпиднадзора в Замбии в 2005 г. Анализ основан на объединенных данных по городам и сельской местности.
- [§] В Мозамбике анализ проводился в южном, северном и центральном регионах.

Таблица 3