

07

Северная Америка, Западная и Центральная Европа

Развитие эпидемии СПИДа Региональное резюме



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

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



Всемирная
организация здравоохранения

UNAIDS/08.14R / JC1532R (перевод на русский язык, март 2008 г.)
Оригинал – на английском языке, UNAIDS/08.14 / JC1532E, март 2008 г.:
North America, Western and Central Europe: AIDS epidemic update: Regional Summary, December 2007
Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2008.

Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Информационный центр ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в Информационный центр по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 4835, либо по электронной почте: publicationpermissions@unaid.org.

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

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

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

Данные для каталога публикаций ВОЗ

Северная Америка, Западная и Центральная Европа: Развитие эпидемии СПИДа: региональное резюме.

“UNAIDS/08.14R / JC1532R”.

1.ВИЧ-инфекции – профилактика и контроль. 2.ВИЧ-инфекции – эпидемиология. 3.Синдром приобретенного иммунодефицита – эпидемиология. 4.Вспышки заболевания. 5.Северная Америка. 6.Европа. I.ЮНЭЙДС. II.Всемирная организация здравоохранения. III.Название.

ISBN 978 92 9 173694 2

(NLM classification: WC 503.4)

UNAIDS
20 avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

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

distribution@unaid.org
www.unaid.org

Северная Америка, Западная и Центральная Европа

Развитие эпидемии СПИДа

Региональное резюме





СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА

Соединенные Штаты Америки и Канада

В Соединенных Штатах Америки наблюдается одна из самых крупных эпидемий ВИЧ в мире: по оценкам, в 2005 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло 1,2 миллиона [720 000–2,0 миллиона] человек (ЮНЭЙДС, 2006). Исходя из данных, полученных из 33 штатов и четырех подопечных территорий,¹ где давно существуют системы конфиденциальной поименной регистрации случаев ВИЧ, в Соединенных Штатах Америки большая часть случаев ВИЧ или СПИДа среди взрослого и подросткового населения по-прежнему диагностируется среди мужчин: по самым последним данным, в 2005 году на них приходилось 74% таких случаев. Основным путем передачи ВИЧ остается незащищенный секс между мужчинами. В 2005 году более половины новых диагнозов ВИЧ-инфекции (53%) было отмечено среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Чуть менее трети (32%) новых диагнозов ВИЧ-инфекции и случаев СПИДа зарегистрировано среди лиц, имеющих гетеросексуальные контакты с непостоянным партнером, в то время как 18% новых случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных в 2005 году, отмечено среди потребителей инъекционных наркотиков (Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США, 2007b).

Основные пути передачи ВИЧ среди мужчин и женщин различаются. Большинство ВИЧ-инфекций, диагностированных среди мужчин в 2005 году (67%), зарегистрировано среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, но не употребляющих инъекционные наркотики, 5% среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, употребляющими инъекционные наркотики, и 13% среди потребителей инъекционных наркотиков, не имеющих половых контактов с мужчинами. Кроме того, 15% инфекций были обусловлены гетеросексуальными контактами с непостоянным партнером. Ежегодное число новых диагнозов ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (включая тех, кто употребляет инъекционные наркотики), увеличилось с 17 699 в 2001 году до 19 620 в 2005 году, или на 11% (Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США, 2007b).

В отличие от этого, в 2005 году 80% (в 2001 году 75%) женщин взрослого и подросткового возраста, которым впервые был поставлен диагноз ВИЧ или СПИДа, заразились в результате незащищенных половых контактов (Центры по контролю за заболеваниями и профи-

¹ После 2001 года 37 территорий Соединенных Штатов приняли законы или нормативные акты о конфиденциальной поименной регистрации ВИЧ: Айдахо, Айова, Алабама, Аляска, Аризона, Арканзас, Вайоминг, Виргиния, Висконсин, Западная Виргиния, Индиана, Канзас, Колорадо, Луизиана, Миннесота, Миссисипи, Миссури, Мичиган, Небраска, Невада, Нью-Джерси, Нью-Мексика, Нью-Йорк, Огайо, Оклахома, Северная Дакота, Северная Каролина, Теннесси, Техас, Флорида, Южная Дакота, Южная Каролина, Юта, Американские Виргинские Острова, Американские Самоа, Гуам, Северные Марианские Острова. С июля 1997 года система конфиденциальной поименной регистрации во Флориде используется только для новых диагнозов.

лактике США, 2007b), часто с мужчинами, которые заразились в результате использования нестерильного инъекционного инструментария, платного секса или секса с мужчинами (Montgomery et al., 2003; McMahon et al., 2004; Valleroy et al., 2004). Около пятой части (19%) новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин были обусловлены употреблением инъекционных наркотиков (Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США, 2007b).

Пропорция женщин среди лиц, которым впервые был поставлен диагноз ВИЧ или СПИД, в течение 1990-х годов увеличивалась и в 2001 году достигла почти 30%. Однако в дальнейшем эта пропорция постоянно уменьшалась и в 2005 году снизилась до 26% (Центры по контролю за заболеваниями и профилактике, 2007b).

В Соединенных Штатах Америки эпидемия ВИЧ по-прежнему диспропорционально воздействуют на расовые и этнические меньшинства. Несмотря на то что афроамериканцы составляют примерно 13% населения (Бюро переписи населения США, 2006), в 2005 году на них приходилось 48% новых диагнозов ВИЧ или СПИДа. В 2004 году СПИД был четвертой по значимости причиной смертности среди афроамериканцев в возрасте 25 – 44 лет в **Соединенных Штатах Америки** (Anderson, Mosher & Chandra, 2006; Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США, 2006a). На латиноамериканцев, которые составляют около 14% населения, приходилось 18% новых ВИЧ-инфекций (Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США, 2007c).

Основным путем передачи ВИЧ среди афроамериканских мужчин является небезопасный секс с другими мужчинами (48% новых ВИЧ-инфекций в 2005 году), в то время как среди афроамериканских женщин основным путем передачи ВИЧ являются незащищенные гетеросексуальные контакты (74%). В 2005 году примерно четверть новых случаев ВИЧ среди афроамериканских мужчин и женщин были обусловлены употреблением инъекционных наркотиков (соответственно 23% и 24%) (Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США, 2007c).

С 2001 по 2004 годы число новых диагнозов ВИЧ среди афроамериканских мужчин и женщин уменьшилось (соответственно на 4% и 7%) (Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США, 2006a). Такое снижение необязательно отражает тренды в изменении инфицированности ВИЧ – это может быть обусловлено изменениями в практике тестирования и эпиднадзора за ВИЧ (Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США, 2007a). В то же время параллельное снижение

числа диагнозов гонореи среди афроамериканцев и увеличение числа тестов на ВИЧ говорит о том, что наблюдаемое снижение может действительно отражать снижение уровня инфицирования ВИЧ. Следовательно, это снижение может быть связано со снижением уровня распространенности рискованного сексуального поведения (Lieb et al., 2007).

Эпидемии ВИЧ по-прежнему диспропорционально воздействуют на афроамериканцев в Соединенных Штатах Америки и коренное население в Канаде.

Получена новая информация о влиянии расширения доступа к эффективному антиретровирусному лечению в **Соединенных Штатах Америки**. По данным исследования, проведенного в шести штатах, с 2000 по 2004 годы показатель госпитализации людей, живущих с ВИЧ, снизился на 44%, и увеличился средний возраст госпитализируемых ВИЧ-инфицированных (Hellinger, 2007). По данным одного ранее проведенного исследования, с 1990 по 2003 годы предоставление антиретровирусного лечения привело к снижению смертности от СПИДа на 80% (Stum et al., 2006). Тем не менее то, что значительная доля (около четверти) людей, живущих с ВИЧ, не знает о своей инфекции (Glynn & Rhodes, 2005), ограничивает потенциальную пользу таких мер. Лица, не знающие о своей инфекции, как правило, обращаются за лечением только после того, как заболевают СПИДом, что может снижать эффективность лечения. По данным исследования, проведенного в городе Сан-Франциско, около 40% ВИЧ-инфицированных был поставлен диагноз СПИД менее чем год спустя после того, как у них был впервые обнаружен ВИЧ (Schwartz et al., 2006). По данным другого исследования, проведенного в штате Южная Каролина, в 2001–2005 годах доля людей, которым диагноз ВИЧ был поставлен на такой поздней стадии, составила 41%. Три четверти (73%) таких людей, принимавших участие в этом последнем исследовании, посетили медицинские центры по крайней мере один раз до того, как им был поставлен диагноз ВИЧ, однако у большинства из них не было никаких симптомов, которые указывали бы на необходимость проведения теста на ВИЧ согласно стратегии тестирования на основе факторов риска. Исходя из этих данных ЦКЗ в **Соединенных Штатах Америки** рекомендовали проведение стандартного скрининга на ВИЧ среди всех пациентов в учреждениях здравоохранения по усмотрению пациента² (ЦКЗ, 2006).

² “Стандартный скрининг по усмотрению пациента” означает, что скрининг на ВИЧ рекомендован для пациентов во всех учреждениях здравоохранения после уведомления пациента о проведении теста, но при согласии пациента.

Эпидемия ВИЧ в **Канаде** продолжает развиваться. После выравнивания в середине 1990-х годов оценочное общее число людей, живущих с ВИЧ, в **Канаде** в конце 1990-х годов начало опять расти, главным образом благодаря продляющему жизнь антиретровирусному лечению и сохраняющемуся числу новых ВИЧ-инфекций. С 2002 по 2005 годы число людей, живущих с ВИЧ, увеличилось примерно на 16%. В то же время ежегодное число новых ВИЧ-инфекций, регистрируемых в этот период, оставалось примерно одинаковым – от 2495 до 2538 (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2006).

В 2005 году среди оценочного числа людей, живущих с ВИЧ, составлявшего 58 000 [48 000–68 000], чуть более половины (51%) инфекций были обусловлены незащищенным сексом между мужчинами, 17% – употреблением инъекционных наркотиков и 27% – незащищенными гетеросексуальными контактами. Вызывает озабоченность то, что, по оценкам, не менее четверти канадцев, живущих с ВИЧ, не знают о своей инфекции (Boulos et al., 2006).

За период с начала 1980-х до середины 1990-х годов оценочная пропорция новых инфекций, обусловленных незащищенным сексом между мужчинами, существенно уменьшилась. Однако эта пропорция впоследствии увеличилась, о чем свидетельствуют данные о том, что незащищенные половые контакты между мужчинами продолжают иметь место и, возможно, усиливаются. Следовательно, незащи-

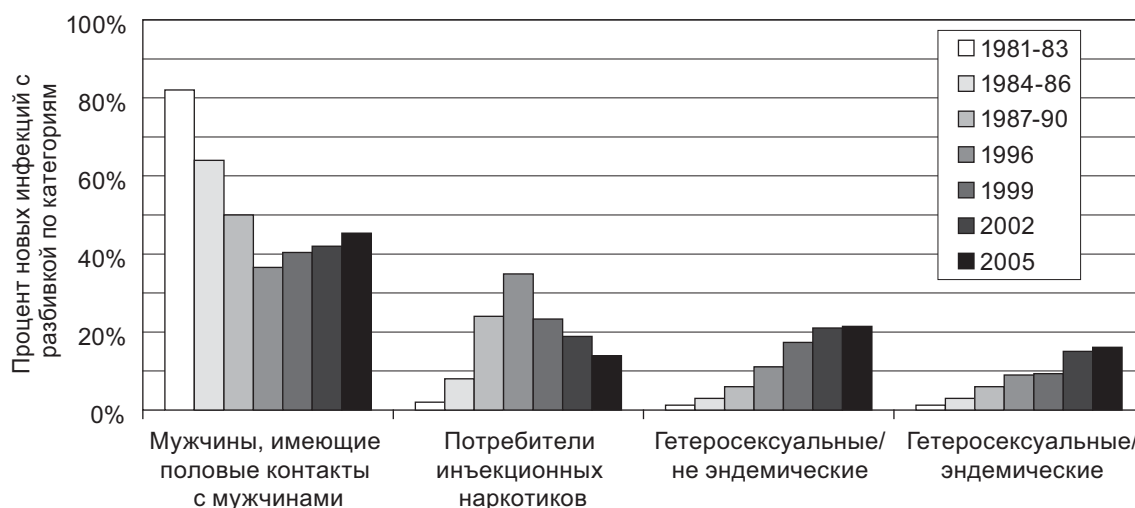
щенный секс между мужчинами по-прежнему обуславливает наибольшую долю *новых* ВИЧ-инфекций (45% в 2005 году и 42% в 2002 году) (Boulos et al., 2006). Эти данные говорят о необходимости активизации программ профилактики, направленных на мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в **Канаде**.

Доля женщин в оценочном числе новых ВИЧ-инфекций растет: 27% в 2005 году по сравнению с 24% в 2002 году; и 12% с 1985 по 1997 годы. В 2005 году среди молодых людей в возрасте 15–29 лет на женщин приходилось 35% новых ВИЧ-инфекций. Эпидемия оказывает диспропорциональное воздействие на женщин коренного населения: в 2005 году на их долю приходилось 60% новых ВИЧ-инфекций, зарегистрированных среди коренного населения (см. ниже) (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2006).

В 2005 году, по оценкам, 37% новых ВИЧ-инфекций были обусловлены незащищенными гетеросексуальными контактами. Значительная доля этих инфекций была зарегистрирована среди лиц, родившихся в странах, где ВИЧ носит эндемический характер (в основном в Африке к югу от Сахары и Карибском бассейне). Эта последняя группа диспропорционально затронута эпидемией ВИЧ в **Канаде**: в 2005 году, по оценкам, в ней было зарегистрировано 16% всех новых инфекций. Оценочный показатель инфицированности

Рис. 1

Оценочное распределение (%) новых ВИЧ-инфекций в Канаде с разбивкой по категориям, во времени.



Источник: Boulos et al. (2006). См. на сайте <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/dr3215ea.html>

в этой подгруппе населения более чем в 12 раз выше, чем среди других жителей Канады (Boulos et al., 2006).

Пропорция оценочных новых инфекций, обусловленных употреблением инъекционных наркотиков, продолжает снижаться – с 19% в 2002 году до 14% в 2005 году. Этот тренд, возможно, объясняется принятием более безопасной инъекционной практики, изменением характера употребления наркотиков и влиянием программ профилактики. Тем не менее это снижение наблюдается преимущественно среди мужчин, употребляющих инъекционные наркотики. В 2005 году более трети (35%) новых ВИЧ-инфекций, зарегистрированных среди женщин в возрасте 15 лет и старше, были обусловлены использованием нестерильного инъекционного инструментария, что выше, чем немного более четверти (27%) в 2003 году (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2006). Местные исследования по-прежнему указывают на высокий показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Например, в 2002 году 23% лиц, участвовавших в программах обмена шприцев в Монреале, и 20% в Оттаве имели положительную реакцию на ВИЧ (Parent et al. & the SurvUDI Working Group, 2003). Аналогично этому, по данным проведенного в 2003–2005 годах в Ванкувере исследования путей повышения безопасности при употреблении инъекционных наркотиков, 17% участников имели положительный тест на ВИЧ (Tyndall et al., 2005). Обследование, проведенное в 2003–2005 годах среди молодых коренных жителей, употребляющих инъекционные наркотики, дало показатель распространенности ВИЧ 8% в Принс-Джордже и 17% в Ванкувере (оба города расположены в провинции Британская Колумбия) (Lloyd-Smith et al., 2006).

Незащищенные гетеросексуальные контакты являются основным фактором передачи ВИЧ среди женщин, в то же время сочетание небезопасного секса и употребления инъекционных наркотиков представляет особенно высокий риск заражения для некоторых женщин. Исследование, проведенное в 2003 году в ряде районов **Канады**, показало, что около 40% женщин, употребляющих инъекционные наркотики, также продавали сексуальные услуги. Почти все такие женщины (92%) указали на то, что они пользовались презервативами во время контактов с клиентами-мужчинами, однако почти треть из них отметили, что они никогда не пользовались презервативами во время контактов с непостоянными партнерами, причем практика пользования презервативами во время контактов с постоянными партнерами почти отсутствует (Health Canada, 2004). Эта ситуация подчеркивает потребность в усилиях по профилактике, направленных на устранение риска заражения женщин в результате сочетания небезопасного секса и употребления

инъекционных наркотиков (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2006).

Коренные жители **Канады** по-прежнему диспропорционально затронуты эпидемией ВИЧ. Несмотря на то что они составляют примерно 3,3% населения Канады (Управление статистики Канады, 2003), по оценкам, на них приходится 7,5% людей, живущих с ВИЧ, и в 2005 году, примерно 9% новых ВИЧ-инфекций (Boulos et al., 2006).

В отличие от остальной части населения, в 2005 году более половины (53%) новых ВИЧ-инфекций, отмеченных среди коренного населения, были обусловлены употреблением инъекционных наркотиков, около трети (33%) – гетеросексуальными контактами и 10% – сексом между мужчинами (Boulos et al., 2006). Употребление инъекционных наркотиков также является основным фактором заражения ВИЧ среди коренного женского населения: с 1998 по 2005 годы почти две трети (65%) ВИЧ-инфекций, зарегистрированных среди коренного женского населения, были обусловлены употреблением инъекционных наркотиков (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2006). Считается, что уязвимость коренного населения к ВИЧ-инфекции обусловлена высоким уровнем безработицы и бедности, употреблением наркотиков и инфекциями, передающимися половым путем; еще одним фактором является ограниченный доступ к качественным медицинским услугам (Агентство общественного здравоохранения Канады, 2004).

В Западной Европе большинство случаев передачи ВИЧ в результате гетеросексуальных контактов регистрируется среди лиц, приезжающих из стран Африки к югу от Сахары с высоким показателем распространенности ВИЧ; в этой группе более 50% новых диагнозов ВИЧ отмечается среди женщин.

Западная Европа

В 2006 году случаи заражения ВИЧ в результате гетеросексуальных контактов, в основном среди иммигрантов и мигрантов, составляли самую большую часть (42%) новых ВИЧ-инфекций, диагностированных в Западной Европе. Чуть менее трети (29%) новых ВИЧ-инфекций были обусловлены небезопасным сексом между мужчинами, в то же время снижалась доля диагнозов ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (6%) (EuroHIV, 2007).

В Западной и Центральной Европе значительная эпидемия ВИЧ по-прежнему отмечается в

Великобритании, а также во **Франции, Италии и Испании**.³ Ежегодное число новых ВИЧ-инфекций в **Великобритании** увеличилось более чем в два раза – с 4152 в 2001 году до 8925 в 2006 году (EuroHIV, 2007). В этой стране также отмечается один из самых высоких показателей заражения ВИЧ-инфекцией в Западной и Центральной Европе – 149 ВИЧ-инфекций на миллион жителей в 2006 году, более высокий показатель был отмечен только в **Португалии** – 205 ВИЧ-инфекций на миллион жителей (EuroHIV, 2007).

Эпидемия ВИЧ по-прежнему концентрируется в Лондоне, где в 2006 году был зарегистрирован 41% новых ВИЧ-инфекций. В то же время значительный рост числа новых диагнозов ВИЧ отмечен в восточной части центральных графств Великобритании, Северной Ирландии и Уэльсе (Агентство по защите здоровья, 2007).

В 2002–2006 годах число новых диагнозов ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, увеличилось почти в два раза в Германии, на три четверти в Швейцарии, на две трети в Бельгии и на треть в Великобритании.

Дальнейший рост числа диагнозов ВИЧ в **Великобритании** обусловлен в основном устойчивыми уровнями новых ВИЧ-инфекций среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, увеличением числа ВИЧ-инфекций среди гетеросексуальных мужчин и женщин, которые заразились в стране с высоким показателем распространенности ВИЧ (в основном в Африке к югу от Сахары и Карибском бассейне), и улучшением системы отчетности благодаря расширению тестирования на ВИЧ на ранней стадии.

Группой населения, которой грозит самый высокий риск заражения ВИЧ *внутри Великобритании*, по-прежнему являются мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами. По оценкам, 82% мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, диагностированных как ВИЧ-инфицированные в 2006 году, вероятно, заразились в **Великобритании** (для сравнения этот показатель среди гетеросексуальных мужчин и женщин составляет 18%) (Агентство по защите здоровья, 2007). С 2001 по 2006 годы число новых диагнозов ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, выросло почти в два раза – с 1434 до 2597 (EuroHIV, 2007). Однако остается неясным, отражает ли этот рост изменение уровня инфицированности ВИЧ или изменения в практике

тестирования в этой группе населения (Агентство по защите здоровья, 2006; Dougan et al., 2007).

В других странах этого региона примерно третья часть людей, у которых впервые установлен диагноз ВИЧ (32% в 2005 году), не знают о своей инфекции (Агентство по защите здоровья, 2006). Еще больше пропорция ВИЧ-инфицированных мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые не знают о своем ВИЧ-статусе. Например, по данным обследования, проведенного в пяти городах в барах, клубах и саунах, посещаемых гомосексуальными мужчинами, 41% мужчин, у которых был обнаружен ВИЧ, ранее не были диагностированы (Williamson et al., 2006).

Число диагнозов ВИЧ среди людей, заразившихся через незащищенные гетеросексуальные контакты, увеличилось почти в два раза – с 2379 в 2001 году до 4514 в 2006 году (EuroHIV, 2006, 2007). Это увеличение также могло быть обусловлено увеличением процента тех, кто обратился по поводу тестирования на ВИЧ при посещении специалистов по заболеваниям мочеполовой системы (82% в 2005 году). Большинство диагнозов ВИЧ, обусловленных незащищенными гетеросексуальными контактами, были поставлены среди тех, кто заразился, находясь в стране с высоким показателем распространенности ВИЧ, в основном в Африке к югу от Сахары.

Как и в других странах данного региона, ВИЧ по-прежнему диагностируется на поздней стадии среди взрослых, относящихся к населению африканского происхождения и другим этническим меньшинствам. В этих группах населения примерно 40% тех, кто имел положительный тест на ВИЧ в 2005 году, были диагностированы на поздней стадии, и вероятность их смерти в течение года после постановки диагноза ВИЧ была значительно более высокой (если сравнивать с теми, у кого ВИЧ был диагностирован на более ранней стадии) (Агентство по защите здоровья, 2006). Исследования, проведенные в центральных и южных графствах Англии, указывают на то, что стигма и боязнь дискриминации не позволяют значительной части африканского населения **Великобритании** проходить тестирование на ВИЧ (Elam et al., 2006).

Инфицирование в результате использования нестерильного инъекционного инструментария составляет незначительную часть ВИЧ-инфекций (131 новых диагнозов в 2006 году) в рамках эпидемии ВИЧ в **Великобритании** (Агентство по защите здоровья, 2007). В то же время ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков по-прежнему регистрируются. Если не считать Лондон, в 2005 году оценочный показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков вырос с 0,5%

³ Следует иметь в виду, что во Франции национальная система отчетности по ВИЧ внедрена лишь недавно, в то время как в Италии и Испании система отчетности по ВИЧ действует только в определенных регионах.

в 2003 году до 1,2% в 2005 году (Агентство по защите здоровья, 2006).

В целом, такие данные указывают на необходимость значительного улучшения мер в ответ на СПИД в **Великобритании**. Например, можно увеличить охват тестированием на ВИЧ, сделав его более целенаправленным, и, кроме того, можно расширить программы профилактики среди групп населения, которым грозит самый высокий риск заражения ВИЧ.

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

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

В Западной Европе наблюдаются две различающиеся между собой тенденции. В то время как число новых диагнозов ВИЧ, обусловленных небезопасным сексом между мужчинами, за период с 1999 по 2006 годы почти удвоилось (с 2538 до 5016), число таких диагнозов, обусловленных употреблением инъекционных наркотиков, за тот же период уменьшилось (с 661 до 581)⁴. Первая тенденция, вероятно, связана с регистрируемым увеличением числа половых контактов с непостоянными партнерами среди мужчин в ряде европейских стран, включая **Великобританию**, **Испанию**, **Францию** и **Швейцарию** (Dodds et al., 2004; Balthasar, Jeannin & Dubois-Arber, 2005; Moreau-Gruet, Dubois-Arber & Jeannin, 2006).

С 2002 по 2006 годы число новых ВИЧ-инфекций, диагностированных среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, увеличилось почти в два

раза в **Германии** (на 87%, достигнув 1412), на три четверти в **Швейцарии** (на 77%, достигнув 237), на две трети в **Бельгии** (на 67%, достигнув 255) и на треть в **Великобритании** (на 31%, достигнув 2597). Во **Франции** за период с 2003 года – когда была внедрена новая система отчетности о ВИЧ – по 2006 год число новых диагнозов ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, увеличилось на 84%, достигнув 1235 (EuroHIV, 2007).

В **Германии**, где за период с 2002 по 2006 годы число новых диагнозов ВИЧ увеличилось почти на 50% (EuroHIV, 2007), мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, составляли около 60% от оценочного числа людей, живших с ВИЧ в конце 2006 года, – 56 000. В то же время в 2006 году 70% новых диагнозов ВИЧ были обусловлены небезопасным сексом между мужчинами (Институт Роберта Коха, 2006). Увеличению числа новых ВИЧ-инфекций в **Германии** в последние годы могли способствовать распространение рискованного поведения и рост числа других инфекций, передающихся половым путем, а также более позднее начало антиретровирусного лечения (Hamouda et al., 2007).

В Эстонии наблюдаются самые высокие темпы роста новых диагнозов ВИЧ и самый высокий национальный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения в Западной и Центральной Европе.

Между тем в 2002–2006 годах число новых диагнозов ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков уменьшилось в ряде европейских стран, более всего в **Дании** (на 72%), **Италии** (на 42% в 2002–2005 годах), **Нидерландах** (на 91%), **Португалии** (на 38%), **Испании** (на 38% в 2003–2005 годах) и **Швейцарии** (на 26%) (EuroHIV, 2007). Например, согласно исследованиям, проведенным в **Нидерландах** и **Испании**, эти тенденции в значительной мере обусловлены внедрением программ снижения вреда, которые, как считается, позволили снизить практику употребления инъекционных наркотиков и использования нестерильных игл и шприцев (de la Fuente et al., 2006; Lindenburg et al., 2006) (см. также ЮНЭЙДС, 2006b).

В Центральной Европе в 2006 году число новых ВИЧ-инфекций превысило 100 только в трех странах: **Польше** (750), **Турции** (290) и **Румынии** (180). Тем не менее тенденции в развитии эпидемии в этих странах отличаются друг от друга: с 2001 по 2006 годы число новых диагнозов ВИЧ увеличилось в **Польше** (с 564)

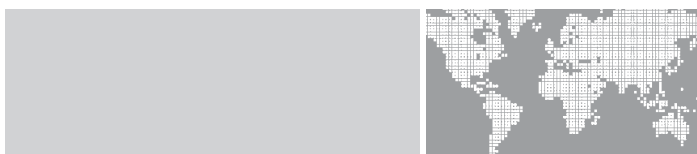
⁴ Этот тренд не включает данные для Испании, Италии и Португалии, где ранее отмечались значительные эпидемии ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. В то же время последние национальные данные, полученные в Португалии, и региональные данные для Испании и Италии подтверждают снижение числа диагнозов ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в Западной Европе (EuroHIV, 2007).

и **Турции** (с 184), однако резко снизилось в **Румынии** (с 440). В других странах эпидемии носят сравнительно ограниченный характер; лишь в **Венгрии, Сербии и Черногории** общее число ВИЧ-инфекций превысило 1000 с момента начала развития их эпидемий.

Незащищенные гетеросексуальные контакты являются основным путем передачи инфекции в большинстве стран этого субрегиона, включая **Албанию, Болгарию, Боснию и Герцеговину, Румынию и Турцию**, в то время как небезопасный секс между мужчинами является основным путем передачи ВИЧ в **Венгрии, Словении, Хорватии и Чешской Республике** (Hamers, 2006; Brucková et al., 2007; EuroHIV, 2007).

В целом в Центральной Европе с начала этого столетия ежегодно регистрируемое число ВИЧ-инфекций, передающихся половым путем, увеличилось примерно в два раза, в то время как число ВИЧ-инфекций, регистрируемых среди потребителей инъекционных наркотиков, значительно уменьшилось (EuroHIV, 2007). Эта последняя тенденция особенно заметна в **Польше**, где в 2006 году число новых ВИЧ-инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков составило 112, что в два раза меньше по сравнению с 2003 годом – 223 ВИЧ-инфекции (EuroHIV, 2007). Тем не менее в **Польше** в подавляющем большинстве случаев основным путем передачи ВИЧ остается использование нестерильного инъекционного инструментария (Rosinska, 2006).

Употребление инъекционных наркотиков также является основным путем передачи ВИЧ в трех странах Балтии, где отмечается стабилизация относительно небольших по масштабам эпидемий (Hamers, 2006; EuroHIV, 2007). Например, в **Латвии** число новых ВИЧ-инфекций, диагностированных в 2006 году, составило 299, что намного меньше, чем в 2001 году (807 ВИЧ-инфекций), при этом после 2003 года число новых диагнозов ВИЧ оставалось на уровне около 300–320. В **Литве** увеличение числа новых ВИЧ-инфекций в 2002 году (397) считается аномальным явлением; с тех пор ежегодное число новых диагнозов ВИЧ оставалось на уровне 100–135. В **Эстонии**, где развивается самая сильная эпидемия ВИЧ среди стран Балтии, число новых диагнозов ВИЧ уменьшилось с пикового количества 1474 ВИЧ-инфекций в 2001 году до 668 ВИЧ-инфекций в 2006 году. Тем не менее число новых диагнозов ВИЧ, регистрируемых в **Эстонии** (504 на миллион жителей), намного превышает это число в других странах; здесь также зарегистрирован самый высокий в Европе оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослых (1,3% [0,6%–4,3%]) (ЮНЭЙДС, 2006а; EuroHIV, 2007).



БИБЛИОГРАФИЯ

СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА

- Anderson JE, Mosher WD, Chandra A (2006). Percentage of persons aged 22–44 years at increased risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection, by race/ethnicity and education – National Survey of Family Growth, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(46):1255.
- 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, 48:891–895.
- Boulos D et al. (2006) *Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005*. *Canadian Communicable Disease Report*, 32:165–174.
- Brucková M et al. (2007). HIV/AIDS in the Czech Republic, 2006. *Eurosurveillance Weekly Release*, 12(4). 5 April.
- CDC (2006). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55 (14):1–17.
- Crum NF et al. (2006). Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected patients. Analysis of the pre-, early, and late HAART (highly active antiretroviral therapy) eras. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41:194–200.
- de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6):537–542.
- 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.
- Dougan S et al. (2007). Does the recent increase in HIV diagnoses among men who have sex with men in the United Kingdom reflect a rise in HIV incidence or increased uptake of HIV testing? *Sexually Transmitted Infections*, 83(2):120–125.
- Elam G et al. (2006). Barriers to voluntary confidential HIV testing among African men and women in England: results from the Mayisha II community-based survey of sexual attitudes and lifestyles among Africans in England. *HIV Medicines*, 7(Suppl. 1):7 (Abstract O28). 12th Annual Conference of the British HIV Association, 29 March–1 April, Brighton.
- EuroHIV (2006). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005, No 72*. August. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire. Available at <http://www.eurohiv.org>.
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 76*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire. Available at <http://www.eurohiv.org>.
- Glynn M, Rhodes P (2005). Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. In: Programs and abstracts of the 2005 National HIV Prevention Conference (Atlanta). Abstract 545. Atlanta, US Centers for Disease Control and Prevention.
- Hamers FF (2006). HIV/AIDS in Europe: trends in EU-wide priorities. *Eurosurveillance*, 11(11).
- Hamouda O et al. (2007). Epidemiology of HIV infections in Germany. *Bundesgesundheitsblatt*, 50(4):399–411.
- Health Canada (2004). *I-Track: enhanced surveillance of risk behaviours among injecting drug users in Canada. Pilot survey report, February 2004*. Ottawa, Centre for Infectious Disease Prevention and Control.
- Health Protection Agency (2006). *Migrant health: infectious diseases in non-UK born populations in England, Wales and Northern Ireland. A baseline report—2006*. London.

- Health Protection Agency (2007). HIV and AIDS in the United Kingdom update: data to the end of March 2007. *Health Protection Report*, 1(17).
- Hellinger FJ (2007). The changing pattern of hospital care for persons living with HIV: 2000 through 2004. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45:239–246.
- Lieb S et al. (2007). HIV/AIDS diagnoses among blacks—Florida, 1999–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56(4):69–73.
- Lindenburg CEA et al. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20:1771–1775.
- Lloyd-Smith E et al. (2006). Frequent needle exchange use and HIV incidence among injection drug users in Vancouver. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 17(Suppl. A):49A (Abstract 327).
- McMahon D et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. Abstract TuOrD1220. XV International AIDS Conference, 11–16 July, Bangkok.
- Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829–837.
- Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A (2006). Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992–2000. *AIDS Care*, 18:35–43.
- Parent R et al., the SurvUDI Working Group (2003). *Rapport SurvUDI 2003*. December. Institut national de santé publique du Québec.
- Public Health Agency of Canada (2004). *HIV/AIDS among Aboriginal peoples in Canada: a continuing concern—HIV/AIDS epi update May 2004*. Ottawa.
- Public Health Agency of Canada (2006). *HIV and AIDS in Canada: surveillance report to June 30, 2006*. Ottawa. Available at: www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance.
- Robert Koch Institut (2006). *Epidemiologisches Bulletin*, 47. 24 November. Available at http://www.jk-aids-stiftung.de/news/pdf/RKI_EB_47_06.pdf.
- Rosinska M (2006). Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999–2004. *Eurosurveillance*, 11(4–6):94–97.
- Schwartz S et al. (2006). Late diagnosis of HIV infection: trends, prevalence, and characteristics of persons whose HIV diagnosis occurred within 12 months of developing AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(4):491–494.
- Statistics Canada (2003). *Population by Aboriginal group. 2001 Census, Canadian provinces and territories*. Ottawa. Available at <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/popula.htm#ori>.
- Tyndall M et al. (2005). HIV prevalence among injection drug users attending the supervised injection site in Vancouver—1996 to 2000. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 16 (Suppl. A):15A (Abstract 119).
- ЮНЭЙДС (2006а). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева.
- ЮНЭЙДС (2006б). *Доклад о состоянии эпидемии СПИДа*. Женева.
- US Census Bureau (2006). *Population estimates: entire data set*. Washington. Available at <http://www.census.gov>.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006а). Racial/ethnic disparities in diagnoses of HIV/AIDS—33 states, 2001–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55:121–125.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2007а). Update to racial/ethnic disparities in diagnoses of HIV/AIDS—33 states, 2001–2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56:189–193.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2007б). *HIV/AIDS surveillance report: cases of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2005*. Vol. 17. Revised June 2007. Atlanta.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2007с). HIV/AIDS among blacks—Florida, 1999–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56:69–73.
- Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15- to 29-year-old men who have sex with men in 7 US cities. Abstract ThOrC1367. XV International AIDS Conference, 11–16 July, Bangkok.
- Williamson L et al. (2006). HIV prevalence and undiagnosed infection among community samples of gay men in the United Kingdom: five-city comparison. Abstract MOPE0517. XVI International AIDS Conference, 13–18 August, Toronto.

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

Ежегодный *Доклад о развитии эпидемии СПИДа* содержит последние данные о глобальной эпидемии СПИДа. В данном региональном резюме за 2007 год, представлены самые последние оценочные данные, отражающие масштабы эпидемии и человеческие жертвы, а также анализируются новые тенденции в развитии эпидемии в Северной Америке, Западной и Центральной Европе.



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

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

UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

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

www.unaids.org