

BIURO EUROPEJSKIE ŚWIATOWEJ
ORGANIZACJI ZDROWIA
GLOBALNY PROGRAM WOBEC AIDS

HIV/AIDS W KRAJACH EUROPY ŚRODKOWEJ
I WSCHODNIEJ

EMIDEMIOLOGIA, ZAPOBIEGANIE, LECZENIE

Nieomal codziennie kraje Europy Środkowej i Wschodniej (ESW) stają wobec nowych wyzwań. Dotknięte światową recesją, upadającą gospodarką, nękane wewnętrznymi konfliktami, wzrastającym bezrobociem i licznymi zmianami struktur politycznych i społecznych kraje te borykają się również ze stale pogorszającym się stanem zdrowia ludności.

Wraz z uzyskiwaniem niepodległości przez coraz to nowe państwa pojawiają się nowe pola konfliktów i niepokojów społecznych zwiększając presję na istniejące struktury służby zdrowia, które zmuszone są do coraz większego rozproszenia i tak szczupłych środków.

Narasta ciągle problem HIV/AIDS. Mimo iż w niektórych krajach tempo jego wzrostu maleje to jednak w najbliższych latach należy spodziewać się pogorszenia sytuacji. Kraje ESW uzyskały bardziej otwarty kontakt z innymi częściami świata. Pociągnęło to za sobą gwałtowny wzrost turystyki, podróży zagranicznych, nielegalnego przywozu narkotyków i prostytucji, słowem zjawisk, którym towarzyszy nieodłącznie większe ryzyko zakażeń HIV.

Dotychczasowe doświadczenia Globalnego Programu wobec AIDS w innych regionach świata wykazują, że współpraca z narodo-

wymi programami wobec AIDS obejmująca pomoc techniczną i finansową może doprowadzić do rozwoju i wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej, a w konsekwencji wpłynąć na poprawę stanu zdrowia populacji.

W artykule przedstawiono dostępne dane nt. epidemii HIV/AIDS w 24 krajach ESW: Albanii, Armenii, Azerbejdżanie, Białorusi, Bośni-Hercegowinie, Bułgarii, Chorwacji, Czechosłowacji, Gruzji, Jugosławii (Serbii i Czarnogórze), Kazachstanie, Kirgistanie, Litwie, Łotwie, Mołdowii, Polsce, Rosji, Rumunii, Słowenii, Tadżykistanie, Turkmenii, Ukrainie, Uzbekistanie i na Węgrzech. Światowa Organizacja Zdrowia udziela pomocy tym krajom w restrukturyzacji opieki zdrowotnej dla uzyskania poprawy stanu zdrowia ich obywateli.

Wspierając realizację tego celu WHO wzięła na siebie kluczową rolę w mobilizacji pomocy technicznej i finansowej z krajów Europy Zachodniej, organizacji międzynarodowych i organizacji pozarządowych.

HIV/AIDS W EUROPIE ŚRODKOWO-WSCHODNIEJ

W latach 80-tych sytuacja zdrowotna 24 krajów ESW wykazywała stagnację a nawet pogorszenie. Dostępne statystyki europejskie, obrazujące stan zdrowia publicznego, takie jak oczekiwana długość życia przy urodzeniu, umieralność niemowląt, śmiertelność na różne typy chorób wykazują coraz większą przepaść między tymi 24 krajami a pozostałymi członkami Regionu Europejskiego WHO. Minie sporo czasu zanim polityczne i gospodarcze reformy w ESW doprowadzą do zmniejszenia tych różnic.

Epidemia HIV/AIDS należy do zjawisk, z których rozwojem należy się liczyć jeszcze w latach 90-tych, niezależnie od podejmowanych reform.

Początek epidemii HIV/AIDS w ESW nastąpił stosunkowo niedawno a oficjalne dane wskazują na stosunkowo niskie rozpowszechnienie. Żaden z 24 krajów nie odnotował „krajowych” przypadków AIDS przed rokiem 1985.

OFICJALNE STATYSTYKI AIDS

Do połowy 1992, 47 krajów członkowskich Regionu Europejskiego zgłosiło 75 545 przypadków AIDS. W tym czasie globalna liczba przypadków AIDS we wszystkich regionach WHO wynosiła 517 272 (Tabela 1).

Spośród wszystkich przypadków AIDS zgłoszonych w Europie do 1 września 1992 tylko 2 597 pochodziło z ESW (Tabela 2).

WHO szacuje, że globalna liczba przypadków AIDS jest 10 razy większa, głównie w związku z zaniżonymi danymi z krajów o dużym rozpowszechnieniu zwłaszcza w Afryce ale także w innych regionach (1). Generalnie uważa się, że dane z Europy, włącznie z ESW względnie wiernie odzwierciedlają rzeczywistą liczbę przypadków.

Dane epidemiologiczne nt AIDS ujawniają istotne różnice w ramach Regionu Europejskiego. Jak wykazują oficjalne statystyki, epidemia HIV/AIDS w 24 krajach ESW zaczęła się później i nie jest tak powszechna jak w innych krajach europejskich.

MODELE EPIDEMII HIV/AIDS W EUROPIE

Upraszczejac nieco, WHO rozróżnia trzy modele epidemii HIV/AIDS. Zachodnia Europa, Ameryka Płn. oraz Australia i Nowa Zelandia należą do pierwszego z nich charakteryzującego się dominacją zakażeń HIV wśród homoseksualistów oraz narkomanów przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach. Zakażenia poprzez krew ograniczają się prawie wyłącznie do tej ostatniej grupy, dzięki wprowadzeniu skutecznego systemu kontroli krwi do transfuzji oraz do produkcji leków krwiopochodnych. Zakażenia w drodze stosunków heteroseksualnych należą do rzadkości, choć ostatnio notuje się ich wzrost.

Próba opisu modelu epidemiologicznego charakterystycznego dla 24 krajów ESW musi opierać się na dostępnych statystykach AIDS a także raportach obejmujących rozpowszechnienie HIV. Analiza oficjalnie zgłoszonych przypadków AIDS wraz z ich rozkładem wg krajów i dróg przenoszenia wirusa przedstawiona została w tabeli 3.

Informacje tam zawarte dotyczą wyłącznie „krajowych” przypadków AIDS. Ze statystyk, w tym artykule, wyłączono znaczną liczbę cudzoziemców — nosicieli HIV lub chorych na AIDS. Większość

z nich bowiem została natychmiast repatriowana. W 24 krajach ESW występują różne modele epidemii HIV. Różna jest także liczba przypadków AIDS, która waha się od 0,0 w Albanii do 8,35 na 100 000 mieszkańców w Rumunii (tabela 4).

Jak widać z wykresu 1 epidemia AIDS w ESW może być ilościowo podobna do reszty Europy, z tym że jej przebieg jest opóźniony o około pięć lat.

Jak już wspomniano wyżej, system rejestracji AIDS w 24 krajach wydaje się rzetelny. Tym niemniej liczba zarejestrowanych przypadków AIDS jest zbyt mała dla sensownej interpretacji epidemiologicznej różnic w drogach przenoszenia i ich rozkładzie. Analiza taka możliwa jest dopiero po zsumowaniu liczby osób chorych na AIDS oraz liczby nosicieli HIV.

OFICJALNE STATYSTYKI HIV

W większości 24 krajów istnieje obowiązek rejestracji osób seropozytywnych poprzez poradnie wenerologiczne, więzienia, poradnie dla matki i dziecka oraz szpitale. Kilka krajów przeprowadziło masowe badania testowe. Na koniec 1991 roku przebadano na obecność HIV 104 miliony obywateli byłego ZSRR (tabela 5). W Bułgarii badania testowe przeszło 45% mieszkańców. WHO uważa, że wartość tak masowych badań testowych jest ograniczona, szczególnie jeśli obejmują one rejestracje danych personalnych, tak jak to miało miejsce w niektórych krajach ESW. Może to prowadzić do problemów z zakresu praw człowieka, dyskryminacji i wielu innych. W miejsce masowych badań, WHO proponuje zastosowanie znacznie tańszego systemu wycinkowego nadzoru epidemiologicznego (sentinel surveillance) opartego na zasadzie „niezależnych, anonimowych testów” i dostosowanego do specyfiki kulturowej i społecznej danego kraju. System ten pozwala na śledzenie trendów rozpowszechnienia HIV wśród określonych grup ludności lub na wybranych obszarach kraju. Dane nt. liczby osób seropozytywnych w wybranych poradniach wenerologicznych lub oddziałach detoksykacyjnych zbierane w określonych odcinkach czasu mogą być podstawą oceny trendów rozpowszechniania HIV, stanowić punkt wyjścia interwencji a także służyć ewaluacji podejmowanych działań. WHO z satysfakcją odnotowuje, że pewna liczba krajów przyjęła już

ten system, w wyniku udziału WHO w narodowych programach zapobiegania AIDS.

MODELE HIV/AIDS W ESW

W 24 krajach ESW wyróżnić można trzy modele epidemii.

Infekcje wewnątrzszpitalne

Około połowy infekcji HIV na terenie byłego ZSRR nastąpiło w warunkach szpitalnych. Szczególnie dobrze udokumentowany jest przypadek Elisty (2,3,4). W roku 1987 HIV został „wprowadzony” na tereny, gdzie był przedtem zupełnie nieznany, przez jednego mężczyznę-nosiciela, który zaraził własną żonę. W konsekwencji przyszło na świat seropozytywne dziecko. W czasie jego hospitalizacji, w maju 1989, zarażone zostały poprzez igły i strzykawki inne dzieci. HIV został przeniesiony do kolejnych ośmiu szpitali, do których trafiali mali pacjenci z pierwszego szpitala. W czasie krótszym niż 6 miesięcy zakażeniu uległo co najmniej 197 dzieci w wieku poniżej 14 lat.

Przypadek Elisty wskazuje na słabości służby zdrowia i ogólne problemy z higieną szpitalną oraz jakością świadczeń w byłym ZSRR.

Zakażenia poprzez krew i produkty krwiopochodne

W Rumunii szeroko stosowano nie przebadaną krew, do leczenia mikrotransfuzjami niedożywionych dzieci. W rezultacie pewna liczba dzieci z placówek opiekuńczo-wychowawczych uległa zakażeniu HIV. Epidemiologiczny obraz HIV w Rumunii zdominowany jest przez dzieci w wieku 0-3 lata. Spośród 1961 przypadków AIDS w Rumunii (Tabela 2) 1846 (94%) stanowią dzieci a tylko 6% dorośli. Również większość nosicieli HIV w Rumunii to dzieci – zarażone w ten sam sposób. Pełna liczba dzieci seropozytywnych w Rumunii nie jest znana. Wiadomo, że około 120 000 dzieci do 15 roku życia żyje w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Nie są one jednak objęte systematycznymi badaniami na obecność HIV. W wycinkowych badaniach 12 189 dzieci w wieku 0-3 lata w 69 sierocinicach u 10,5% stwierdzono HIV (Tabela 6). Odsetek ten wahał się od 0,0 do 49,8%. Badanie to jest przypuszczalnie reprezen-

tatywne dla wszystkich 14 000 dzieci w wieku 0-3 lata przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych w Rumunii.

Dzieci z placówek opiekuńczo-wychowawczych w wieku 4-15 lat (ok. 106 tys.) nie są przypuszczalnie objęte epidemią. Badania 1200 dzieci z tych placówek w 10 na 41 rejonów administracyjnych Rumunii nie wykazały ani jednego przypadku HIV. Podsumowując można przypuszczać, że pełna liczba dzieci (głównie w wieku 0-3 lata) zarażonych HIV wynosi około 1400. Większość z nich zachorowała już na AIDS. Pierwsze wyniki wycinkowego nadzoru epidemiologicznego (sentinel surveillance) uruchomionego wspólnie przez Ministerstwo Zdrowia Rumunii i WHO wskazują na niskie rozpowszechnienie HIV wśród dorosłych. Wg badań przeglądowych z maja 1990 odsetek nosicieli HIV wśród krwiodawców wynosi 0,02% a wśród pacjentów chorych na choroby weneryczne – 0,3%.

Główne przyczyny epidemii HIV/AIDS u dzieci w Rumunii podsumować można w pięciu punktach:

1. Wiele niechcianych dzieci zostało porzuconych przez rodziców znajdujących się w trudnych warunkach materialnych.

2. U wielu z tych dzieci stosowano mikrotransfuzje nie przebadaną krwią.

3. Prawie wszystkie dzieci z placówek opiekuńczo-wychowawczych brały zastrzyki, w związku z różnymi chorobami.

4. W Rumunii brakowało sprzętu do sterylizacji igieł i strzykawek. Jednorazowe igły i strzykawki były niedostępne.

5. Do 1990 roku nie prowadzono badań testowych na obecność przeciwciał HIV.

Iniekcje narkotyków są głównym źródłem zakażeń w Polsce i Jugosławii (5). W Jugosławii, narkomani, głównie w bardzo młodym wieku, stanowią 43,7% a w Polsce 36,8% wszystkich oficjalnie zarejestrowanych przypadków AIDS (tabela 3). Odsetek narkomanów wśród nosicieli HIV jest znacznie wyższy. Niezwykle gwałtowny przebieg tej epidemii w Polsce ilustruje wykres 2.

Zakażenia w drodze kontaktów seksualnych

Trzeci model epidemii obserwuje się w Bułgarii i Czechosłowacji, gdzie najpowszechniej występuje seksualna transmisja HIV. W Czechosłowacji 81,1% przypadków AIDS stanowią mężczyźni – homoseksualiści. W Bułgarii 75% oficjalnie rejestrowanych przypadków AIDS zakażonych zostało w drodze kontaktów heteroseksualnych.

SKUTECZNE INTERWENCJE PREWENCYJNE W RAMACH NARODOWYCH PROGRAMÓW WOBEC AIDS

Mimo gwałtownego wzrostu zakażeń HIV w niektórych rejonach ESW i w niektórych subpopulacjach jego rozpowszechnienie jest tam ciągle stosunkowo niskie. W wyniku szybkich i skutecznych działań podjętych w ramach narodowych programów wobec AIDS, z pomocą WHO rozmiary epidemii zostały skutecznie ograniczone w porównaniu z innymi krajami o podobnych uwarunkowaniach.

Zakażenia szpitalne w Rosji i Rumunii zostały opanowane a infekcje HIV w placówkach służby zdrowia i w drodze transfuzji krwi nie stanowią już problemu. W wyniku natychmiastowych działań podjętych na terenach gwałtownego szczytu się HIV nastąpił spadek tempa wzrostu zachorowań na AIDS. W 1991 zarejestrowano 520 nowych przypadków AIDS (wzrost o 44%), podczas gdy w 1990 odnotowano 1180 nowych zachorowań (wzrost o 198%). Innym pośrednim rezultatem wczesnej interwencji było osiągnięcie konsensusu i determinacja w zwalczaniu epidemii w krajach ESW. Narodowe programy zapobiegania AIDS pobudziły wiele nowych działań z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób w ogóle. Zjawisko to wykracza daleko poza kwestie samej epidemii HIV/AIDS i może mieć istotne znaczenie dla zdrowia publicznego w najbliższej przyszłości.

ROLA NARODOWYCH PROGRAMÓW WOBEC AIDS W UMACNIANIU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Narodowe programy wobec AIDS powinny przyczyniać się do wzmacniania podstawowej opieki zdrowotnej. Mogą też katalizować pozytywne tendencje w zakresie zdrowia, jeśli cechować je będzie podejście intersektoralne a zarazem horyzontalne.

Jednym z przykładów tej katalizującej roli jest priorytet, jaki uzyskały ostatnio w Europie Środkowo-Wschodniej promocja zdrowia, kształcenie pielęgniarek oraz próby podniesienia standardów higieny w placówkach służby zdrowia. Innym przykładem będą poprawa jakości opieki szpitalnej, zaopatrzenie w bezpieczną krew, inicjatywy badawcze i rozwojowe w zakresie opieki domowej nad chronicznie chorymi i wreszcie uznanie zdrowia za ważny czynnik rozwoju kraju.

Jeszcze innym ważnym aspektem jest polityczny priorytet, jaki uzyskały kwestie tożsamości i praw człowieka, zwłaszcza praw mniejszości.

Epidemia AIDS i programy jej zapobiegania pomogły w ponownym zwróceniu uwagi na prewencyjny i promocyjny potencjał podstawowej opieki zdrowotnej.

PROGRAM WHO DLA KRAJÓW EUROPY ŚRODKOWO- -WSCHODNIEJ

Gwałtowne zmiany polityczne, społeczne i gospodarcze w ESW zapoczątkowane w 1989 roku pociągnęły za sobą szereg inicjatyw WHO zmierzających do restrukturyzacji i poprawy opieki zdrowotnej zarówno w zakresie leczenia jak i prewencji.

Od grudnia 1989 WHO zaangażowała się w Rumunii, podejmując między innymi doraźny program dokształcania personelu służby zdrowia i opieki nad pewnymi kategoriami pacjentów.

W listopadzie 1990 Biuro Europejskie WHO przedstawiło nowy program intensyfikacji współpracy z krajami ESW (6). Program obejmuje strategie poprawy opieki zdrowotnej, zmiany stylów życia i czynników środowiskowych, które mogą mieć niekorzystny wpływ na zdrowie. Zapobieganie i kontrola HIV/AIDS stanowią integralną część tego programu.

Globalny Program wobec AIDS WHO stosunkowo wcześniej uznał potrzebę pilnej pomocy dla krajów ESW. Głównym celem było utrzymanie obecnego, niskiego rozpowszechnienia HIV/AIDS i ograniczenie epidemii do ściśle zdefiniowanych grup.

Przyspieszenie zmian w końcu 1989 roku spowodowało konieczność podjęcia natychmiastowych kroków w celu przeciwdziałania powtórzeniu się w ESW scenariusza epidemii z innych części świata, gdzie HIV/AIDS ze zjawiska marginalnego, przekształcił się w poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego.

W lutym 1990 Biuro Europejskie WHO i ministrowie zdrowia Bułgarii, Czechosłowacji, Jugosławii, Polski, Rumunii, Węgier i ZSRR przyjęli wspólną deklarację dotyczącą przyznania najwyższego priorytetu przygotowaniu narodowych programów zapobiegania AIDS. W analizie sytuacji i opracowaniu odpowiednich, uwzględniających specyfikę danego kraju strategii, dopomogły wysłane tam niezwłocznie grupy ekspertów.

OPRACOWANIE NARODOWYCH PROGRAMÓW WOBEC HIV/AIDS

Począwszy od 1989 roku, Globalny Program wobec AIDS WHO brał udział w opracowywaniu i rozwoju kompleksowych, narodowych programów we wszystkich krajach ESW. Zdając sobie sprawę, że walka z AIDS wymaga wielu lat, prace zaczęto jednak od sformułowania doraźnych planów obejmujących cele i strategie najpilniejszych działań. Horyzont czasowy tych planów nie przekraczał jednego roku.

W końcu sierpnia 1990 zakończono pierwszą fazę tworzenia planów i przystąpiono do ich wdrażania w życie.

Kolejna faza obejmuje sformułowanie szczegółowych średniookresowych planów trzy-pięcioletnich. W styczniu 1991 Albania i Węgry, we współpracy z WHO przygotowały narodowe plany średniookresowe. Pozostałe kraje przewidują ich opracowanie w latach 1992-1993. Plany uwzględniają specyfikę poszczególnych krajów i biorą pod uwagę ich kulturę, sytuację społeczną, polityczną i gospodarczą oraz specyficzne modele epidemii HIV/AIDS.

Równocześnie, na skutek wyłaniania się coraz to nowych krajów z ZSRR, Jugosławii i Czechosłowacji, rodzi się ponownie potrzeba opracowania doraźnych programów działania dla tych krajów.

Wspólną cechą narodowych programów jest ich kompleksowe podejście do kwestii zapobiegania i kontroli HIV/AIDS, podejście uwzględniające wszystkie aspekty systemu opieki zdrowotnej. Typowy, narodowy program zapobiegania AIDS składa się z sześciu elementów (Tabela 7) i jest narzędziem koordynacji wszystkich działań zmierzających do zapobiegania i kontroli HIV/AIDS w danym kraju. Działania te mogą być inicjowane przez rząd, organizacje pozarządowe, oraz organizacje międzynarodowe (WHO, inne organizacje bilateralne lub multilateralne).

Narodowy program ma być również skutecznym instrumentem mobilizacji zagranicznych środków dla krajów cierpiących ich niedostatek.

Na obecnym etapie rozwoju pandemii istnieje potrzeba prowadzenia ciągłych, agresywnych działań prewencyjnych. Właściwe zastosowanie doświadczeń krajów posiadających bardziej dojrzałe programy działania mieć będzie ogromne znaczenie dla krajów ESW w ich próbach przeciwdziałania szerzeniu się HIV.

Tłumaczył: Jacek Moskałowicz

PIŚMIENICTWO

1. Staugaard R., Thybo S. Den globale AIDS-epidemi og Danida's rolle i det internationale kontrolarbejde. (The Global AIDS Epidemic and the Role of DANIDA in the International Control Work.) Ugeskrift for Laeger 1991; 153: 4-9

2. Gromyko A. Nosocomial transmission of the HIV virus in the Soviet Union and Romania. *Entre Nous*, Copenhagen, 1990; 14-15: 10-13.

3. Gromyko A., Wayling S. USSR approach to the HIV/AIDS epidemic. Transcript, London, 1990; 17: 7-10.

4. Pokrovsky V., Eramowa I.J., Kuznetsova I.I. et al. Nosocomial transmission of human immunodeficiency virus in Elista, USSR. Ministry of Health, Moscow, 1991.

5. WHO/EC Collaborating Centre on AIDS/European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, Paris. Quarterly report, 30 June 1992.

6. Programme of intensified cooperation in health with countries of central and eastern Europe. Copenhagen, WHO Regional office for Europe, November 1990, unpublished document (Eur/RC40(S)/5).

Tabela. 1. Przypadki AIDS zgłoszone do WHO do połowy 1992 roku.

Region	Liczba przypadków	%
Ameryki	277 242	54,19
Afryka	152 436	29,82
Europa	76 545	14,97
Oceania	3 670	0,72
Azja	1 552	0,30
Ogółem	511 272	100,00

Tabela. 2. Skumulowane przypadki AIDS w Regionie Europejskim (1.09.1992).

Kraje Europy Zachodniej		Kraje Europy Wschodniej	
Kraj	Liczba przypadków	Kraj	Liczba przypadków
Francja	20250	Rumunia	1961
Hiszpania	14553	b. Jugosławia	270
Włochy	13668	Polska	116
Niemcy	8607	Węgry	102
Wielka Brytania	6140	b.ZSRR	100
Szwajcaria	2537	Czechosłowacja	28
Holandia	2189	Bułgaria	16
Belgia	1167	Łotwa	2
Dania	1014	Litwa	2
Portugalia	979	Albania	0
Austria	809		
Szwecja	712		
Grecja	636		
Norwegia	278		
Irlandia	276		
Izrael	179		
Finlandia	107		
Turcja	82		
Luksemburg	51		
Malta	24		
Islandia	22		
Monako	7		
San Marino	1		
Ogółem	74288		2597

Tabela. 3. Skumulowane przypadki AIDS wg dróg przenoszenia (30.06.1992)
Kraje Europy Środkowo-Wschodniej

Kraje	Homosex.	Narkom.	Homosex. narkom.	Hemofil.	Transfuz.	Heterosex.	Matka dziecko	Inne	Ogółem
Albania	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bułgaria	1	0	0	1	1	12	0	1	16
Czechosłowacja	9	0	0	0	4	8	4	75*	100
Czechy	23	0	0	1	1	0	0	3	28
Węgry	73	1	0	11	8	6	0	3	102
Łotwa	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Litwa	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Polska	54	41	0	0	0	11	0	2	108
Rumunia	11	0	0	10	593	30	104	1213	1916
Jugosławia	24	124	0	29	8	16	3	10	214
b. Jugosławia (z wyjątkiem Serbii i Czarnogóry)	29	8	0	8	2	22	0	5	74

* Przepuszczalne zakażenia szpitalne

**Tabela. 4. Skumulowane przypadki AIDS
Region Europejski (październik)**

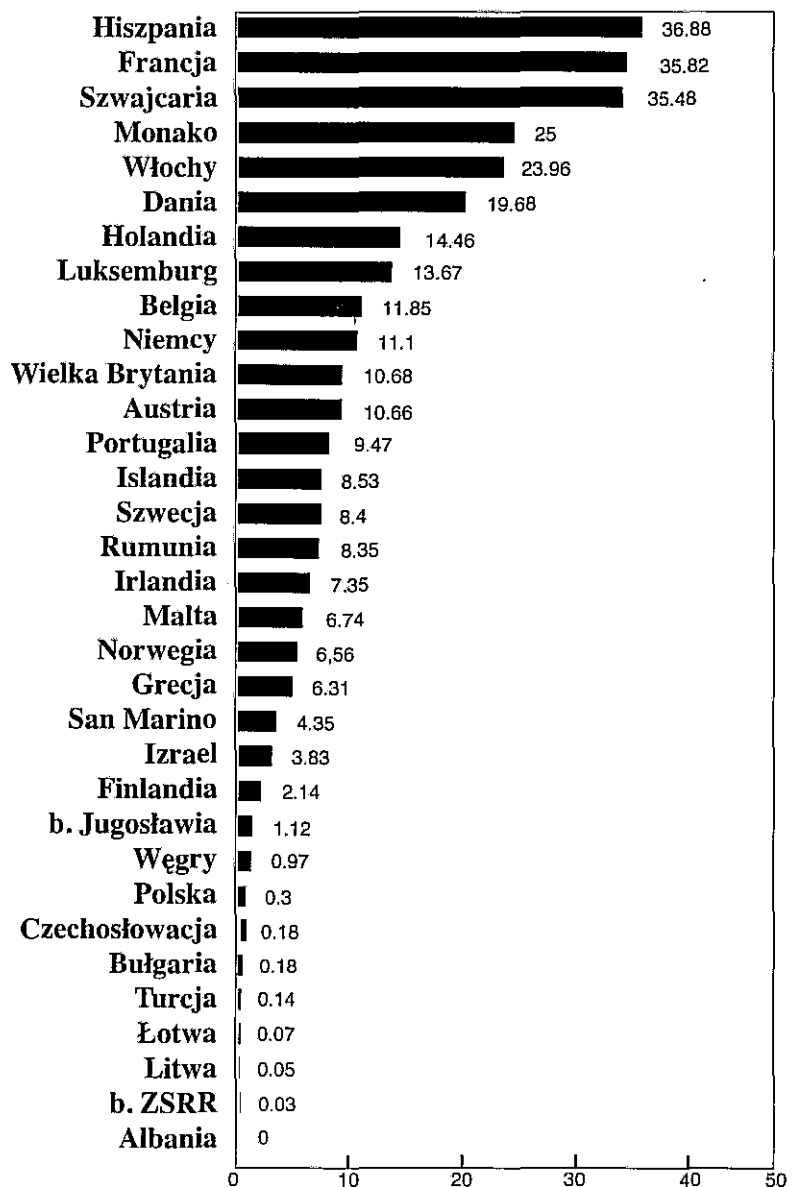


Tabela. 5. Liczba zakażonych HIV obywateli w różnych krajach byłego ZSRR (1.07.1991)

Kraj	
Federacja Rosyjska	558
Ukraina	102
Białoruś	36
Kazachstan	9
Uzbekistan	25
Gruzja	5
Armenia	1
Estonia	14
Łotwa	20
Litwa	12
Mołdawia	4
Turkmenia	1
Tadżykistan	3
Azerbejdżan	0
Kirgistan	0
Ogółem	790

Spośród 104 przypadków AIDS zgłoszonych WHO, 80% przypada na Federację Rosyjską, po mniej niż 10% na Ukrainę, Białoruś, Łotwę i Litwę. W pozostałych nie odnotowano żadnego przypadku AIDS.

Tabela. 6. Seropozytywność wśród dzieci w wieku 0-3 lata w 65 sierocińcach i ośrodkach dla dzieci dystroficznych w Rumunii (N=12 189).

	Dzieci poddane testom na HIV	Dzieci seropoztywne	Odsetek dzieci seropoztywnych
Sierocińce	9 820	765	7,8%
Ośrodki dla dzieci dystroficznych	2 369	514	21,7%

Figura 1. Komulatywna liczba przypadków AIDS

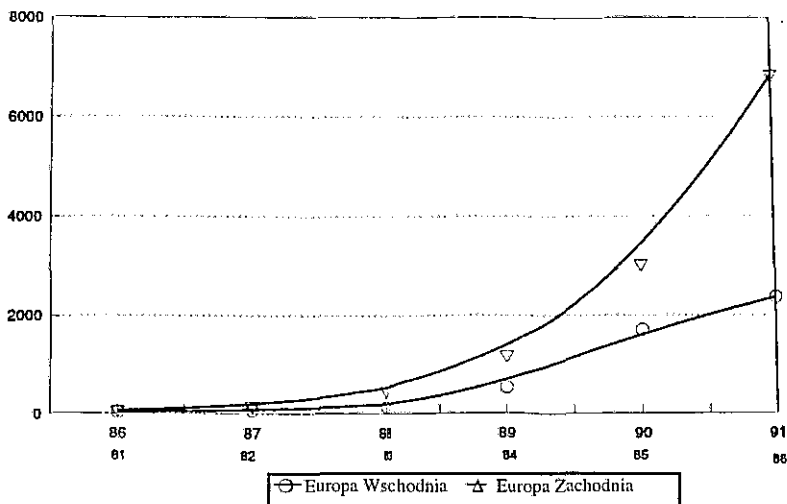


Figura 2. Komulatywna liczba osób seropozytywnych HIV

