



Популярно о СПИДе



Книга издана Просветительским центром «ИНФО-Плюс» при финансовой поддержке Министерства международного развития Правительства Великобритании (Программа партнерства в некоммерческом секторе), Института «Открытое общество» (Фонд Сороса) и Посольства Франции в Российской Федерации.

Редактор:	Николай Недзельский
Составители:	Ирина Савельева Елизавета Морозова Леонард Охачинский Алла Толмасова
Консультант:	Ирина Зародчинцева
Корректор:	Дина Баранова
Дизайнер:	Наталья Вдовина
Верстка:	Наталья Вдовина
Тех. ассистенты:	Дмитрий Казьмин Елизавета Морозова

Тираж: 5000 экз.

129110, Москва, а/я 30
Тел./факс: (095) 933.4233
Электронная почта: infoplus@aids.ru
Интернет: <http://www.infoplus.aids.ru>

Распространяется бесплатно
© Просветительский центр «ИНФО-Плюс», Москва

Просветительский центр «ИНФО-Плюс»



Популярно о СПИДе

Москва, 2002 год

Содержание

Предисловие	6
Научная точность, этика и политкорректность	8
Выражения, которые лучше не употреблять	8
Выражения, которые могут быть непонятными	10
Статистика	13
Вирус и механизм заражения	15
Как это происходит	15
Симптомы - ненадежные признаки	17
Типы и субтипы вируса	18
Риск заражения	20
Когда риск заражения отсутствует	21
Обследование на ВИЧ	25
Виды анализов на ВИЧ-инфекцию	26
Тест на ВИЧ с точки зрения права	27
Профилактика	31
Вакцина: проблески надежды	32
Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	34
Изменение рискованного поведения	35
Риск или уязвимость?	36
Стратегии профилактики	37
Программы профилактики – эффективные и не очень	38
Дебаты вокруг профилактики	39



Борьба с распространением ВИЧ при употреблении наркотиков	42
Международные принципы профилактики ВИЧ среди наркопотребителей	43
Программы снижения вреда	44
Характеристика некоторых наркотиков	46
Риск и профилактика передачи ВИЧ половым путем	49
Факторы, повышающие риск	49
Оральный секс	51
Презервативы – барьерный метод защиты	52
ВИЧ и молодежь: проблемы и пути их решения	55
Жизнь с ВИЧ	58
Что дальше	58
Психологические проблемы	59
Отношения с окружением	62
Стать родителем	64
Малыш, живущий с ВИЧ	66
Забота о себе	67
Службы поддержки людей с ВИЧ и их близких	69
Болезнь	71
Чем измеряется СПИД	72
Классификация	72
Опportunистические заболевания	74
Долгожители - «нон-прогрессоры»	75

Лечение	77
Противовирусные препараты	77
Новые виды противовирусных препаратов	78
Комбинированная противовирусная терапия	79
Что такое резистентность и как она возникает	80
Другие виды лекарственных препаратов, применяемых при ВИЧ-инфекции	81
Клинические испытания	82
Сочетание ВИЧ с другими инфекциями и заболеваниями	84
ВИЧ и ИППП	84
ВИЧ и гепатиты	86
ВИЧ и туберкулез	88
Некоторые дополнительные сведения о ВИЧ и СПИДе	90
Правда ли, что Земля круглая	90
Кто такие СПИДофобы	92
Как и когда это могло случиться: происхождение и эволюция ВИЧ ...	93
ВИЧ и права человека	96
Права личности и охрана здоровья населения – единство или конфликт?	97



Некоторые аспекты ситуации в России	100
Врачебная тайна	102
Организации, движения и сети	105
Международные организации	105
Международное движение КВИЛТ	107
Красная ленточка – символ памяти и солидарности	108
История СПИДа в мире	110
Основные события в борьбе со СПИДом	115
1 декабря – Всемирный день борьбы со СПИДом и ежегодные всемирные кампании	115
Третье воскресенье мая – День памяти умерших от СПИДа	117
Международный день борьбы с туберкулезом	118
Международные конференции по СПИДу	119
Главные темы 14-й Международной конференции по СПИДу в Барселоне	120
Источники информации о ВИЧ/СПИДе в интернете	122
На русском языке	122
На иностранных языках	127

Предисловие

Масштабы кризиса СПИДа превзошли все наихудшие предположения. На протяжении уже более 20 лет эпидемия продолжает развиваться во всех уголках мира. Каждый день эпидемия затрагивает все новые и новые жизни. Миллионы людей в различных странах мира ищут спасительную информацию для того, чтобы предохранить себя от ВИЧ, а те, кого эпидемия уже затронула лично, – чтобы научиться жить с вирусом.

В этой книге мы предлагаем вашему вниманию разнообразные сведения о ВИЧ-инфекции и СПИДе. Все материалы основаны на фактах, исследованиях и международных программных документах. Также в книге представлены адреса и описания ведущих международных антиСПИДовских организаций, а также ссылки на регулярно обновляемые интернет-ресурсы о СПИДе.

Следует помнить о том, что информация о ВИЧ/СПИДе быстро устаревает. Речь идет не только о статистике. Во всем мире постоянно ведутся интенсивные научные разработки, в результате которых происходят большие и малые открытия, появляются новые лекарства и методы лечения, уточняются и дополняются профилактические рекомендации. Кроме того, по мере развития эпидемии меняется отношение мирового сообщества к проблеме, перерас-



пределяются ресурсы, создаются новые международные и национальные структуры. Информация, предоставленная в данном издании, отражает состояние знаний о ВИЧ-инфекции и СПИДе на середину 2002 года.

Одновременно с этой книгой мы выпустили еще два издания, которые дополняют друг друга. В публикации «СПИД в вопросах и ответах» вы сможете ознакомиться с вопросами, которые были заданы пользователями портала Aids.ru, и ответами на них. Научные, медицинские, организационные, политические термины из области ВИЧ/СПИДа и смежных проблем объясняются в «Словаре терминов по СПИДу».

Хочется надеяться, что эта книга и другие наши публикации будут полезны каждому, кто хочет получить своевременную и достоверную информацию о ВИЧ/СПИДе.

Книга издана при финансовой поддержке:

- Министерства международного развития Правительства Великобритании;
- Института «Открытое общество» (Фонд Сороса);
- Посольства Франции в Российской Федерации.



Научная точность, этика и политкорректность

Выражения, которые мы употребляем, говоря о проблеме СПИДа, отражают наши знания и представления об эпидемии, а также наше отношение к людям, затронутым этой проблемой. Чтобы отошли в прошлое невежество и истерия, чтобы в обществе сформировалось трезвое и гуманное отношение к различным аспектам проблемы СПИДа, наш язык должен быть точен, свободен от дискриминации и предрассудков. Пренебрежение «политической корректностью» порождает ошибочные представления и мифы, мешающие людям принимать правильные решения, а в некоторых случаях оборачивается человеческими трагедиями. Ниже приводятся выражения, которых лучше избегать, заменяя их более грамотными и современными, а также ряд новых терминов и сокращений, которые появились по мере развития просветительской и профилактической работы в области ВИЧ/СПИДа.

Выражения, которые лучше не употреблять

«Чума XX века», «Чума XXI века». Появившийся в самом начале эпидемии, когда люди еще не знали о причинах и путях распространения болезни и испытывали слепой страх перед ней, этот устаревший штамп все еще встречается. Почти полтора десятилетия назад президент АМН СССР академик В. И. Покровский объяснил: «Сравнение ВИЧ-инфекции с чумой неудачно. Совершенно иные принципы заражения... ведь чума передается или с блохами, или по воз-

духу, поэтому интенсивность ее распространения гораздо выше¹. Сравнение с чумой нагнетает СПИД-фобию, истерию и средневековый страх перед инфекцией, а также способствует дискриминации и изоляции людей, живущих с ВИЧ.

«Страшная болезнь». Страшна не болезнь, а невежество, дискриминация, недоступность реальной профилактики и эффективного лечения. Страх – плохой советчик. Он затуманивает сознание и парализует волю именно в тот момент, когда нужно ясно мыслить и решительно действовать.

«Жертвы СПИДа». Слово «жертва» предполагает пассивность и беспомощность перед лицом опасности. Большинство людей, живущих с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, активно борются за свою жизнь, здоровье и права, а также помогают другим избежать заражения. Именно благодаря их усилиям в мире достигнуты огромные успехи в лечении и профилактике ВИЧ/СПИДа.

«Невинные жертвы СПИДа». Так часто называют детей, зараженных ВИЧ-инфекцией в медицинских учреждениях или родившихся от ВИЧ-положительных матерей. При этом молчаливо предполагается, что люди, заразившиеся половым путем или при употреблении наркотиков, в чем-то «виноваты». СПИД – не преступление, а болезнь. Не только СПИД, но и многие другие заболевания могут быть вызваны рискованным поведением, однако нормальному человеку не придет в голову говорить о «невинных жертвах» рака, гипертонии или диабета и выяснять, насколько больной «сам виноват» в своей болезни и достоин ли помощи.

«Заразиться СПИДом». Очевидно, что заразиться можно только ВИЧ-инфекцией, которая со временем может перейти в стадию СПИДа. Современные методы лечения направлены на то, чтобы не допустить перехода ВИЧ-инфекции в СПИД.

«ВИЧ-инфицированные», «пациенты», «больные СПИДом». Постарайтесь избегать выражений, которые рассматривают людей через призму инфекции или заболевания. Слово «пациент» уместно лишь в клиническом контексте – приходя домой или на работу, человек перестает быть пациентом. Выражение «больной СПИДом» можно употреблять в отношении человека, который действительно в данный момент болен и находится в стадии СПИДа, если речь идет главным образом о его/ее болезни. В мире приняты выражения «ВИЧ-положительные», «люди, живущие с ВИЧ/СПИДом» или «люди с ВИЧ/СПИДом». Фраза «люди, затронутые эпидемией СПИДа», употребляется в отношении как ВИЧ-положительных, так и их близких, независимо от ВИЧ-статуса.

¹ Интервью газете «Советская Россия», 20 июля 1988 г.

«Гомосексуалисты». Этот термин, возникший во времена, когда однополый секс считали «отклонением» и пытались лечить, воспринимается сейчас многими как дискриминационный и устаревший. Кроме того, как в этом случае называть людей, испытывающих влечение к противоположному полу, – «гетеросексуалисты»? Говоря о сексуальной ориентации, лучше употреблять более современные и политически нейтральные термины «гетеросексуалы», «гомосексуалы» и «бисексуалы», а также заимствованное из английского и все более популярное у нас слово «геи». В программах профилактики часто употребляют выражение МСМ.

«Наркоман». Дискриминирующее выражение, на грани с жаргонным. «Большой наркоманией» уместно в отношении человека, которому поставлен диагноз «наркотическая зависимость». «Потребители наркотиков» или «наркопотребители» – выражение наиболее нейтральное. Также употребляется со-кращение ПИН.

«Группы риска». Устаревшее и часто дискриминационное выражение, которое практически полностью вышло из обихода антиСПИДовского сообщества. Риск определяет не принадлежность к какой-либо группе, а индивидуальное поведение. Некоторые части общества могут быть более уязвимы для ВИЧ, поскольку в силу ряда факторов (бедности, дискриминации, беспаравия) не могут себя обезопасить и избежать рискованных ситуаций². В таком случае уместно выражение «уязвимая группа». Профилактические программы создаются в расчете на целевые группы.

Выражения, которые могут быть непонятными

Люди, профессионально занимающиеся проблемой СПИДа, выработали свою систему понятий и формулировок, которые позволяют грамотно, точно и объективно обозначать различные явления. Непосвященного человека в первый момент могут озадачить некоторые сокращения и термины и вызвать вопрос: а почему не сказать то же самое проще и привычнее? Новые термины необходимы в первую очередь для того, чтобы не привносить в наши высказывания элементов какой-либо оценки или осуждения, неправомерного обобщения или «навешивания ярлыков», чтобы четко выделить именно те – и только те – аспекты, которые имеют значение для целей просвещения, профилактики и поддержки. Некоторые слова и выражения представляют собой иностранные заимствования – это свойственно любой профессиональной терминологии. В таких случаях английский оригинал термина приводится в скобках.

² См. главу «Профилактика».

Целевая группа (target group). Конкретная категория или сообщество людей, на которых нацелена профилактическая, просветительская, социальная или иная программа. Как правило, особенности поведения и/или обстоятельства жизни делают представителей этой группы уязвимыми для заражения ВИЧ. Целевой группой могут быть, к примеру, бездомные подростки, водители-«дальнобойщики» или солдаты срочной службы.

Аутрич (outreach). Так называют целый ряд мероприятий и акций, общая черта которых – выход медицинских или социальных работников, консультантов, добровольцев антиСПИДовских организаций «в народ», то есть в те места, где собираются (учатся, работают, проводят время) представители интересующей их целевой группы. Аутрич-работники раздают профилактическую литературу, презервативы, адреса и телефоны медико-социальных служб, консультируют и оказывают психологическую поддержку.

«Обучение равных», «равные обучают равных», «подростки обучают подростков» и другие (peer education). Метод профилактической работы, при котором специально подготовленные добровольцы из числа целевой группы рас-пространяют среди «своих» информацию и средства предохранения, обучают безопасному поведению, оказывают поддержку.

«Снижение риска», «снижение вреда», «харм редукшн» (harm/risk reduction) – снижение риска/вреда от употребления наркотиков. Стратегия, позволяющая потребителям инъекционных наркотиков избежать заражения ВИЧ и другими инфекциями; включает еще целый ряд различных направлений работы.

«Вводящий» и «принимающий» партнер (insertive/receptive partner). Термины, используемые в контексте профилактики половой передачи ВИЧ и ИППП как более точные понятия, чем «активный партнер» и «пассивный партнер».

ИППП (STD) – инфекции, передающиеся половым путем. Это более современный и точный термин, чем «венерические заболевания».

ВИЧ-положительный; ВИЧ-отрицательный (HIV-positive, HIV-negative). Человек, получивший положительный или отрицательный результат анализа на ВИЧ-инфекцию. Эти термины подчеркивают, помимо наличия или отсутствия ВИЧ-инфекции, что человек прошел тест и знает свой ВИЧ-статус. Большинство людей в мире никогда не проходили обследование на ВИЧ-инфекцию и не знают, есть у них ВИЧ или нет, – их иногда называют «лица с неизвестным ВИЧ-статусом».

Дискордантная пара (discordant couple). Гетеросексуальная или гомосексуальная пара, в том числе супруги, в которой один партнер ВИЧ-положитель-

ный, а другой ВИЧ-отрицательный. В этом значении употребляется в контексте проблемы ВИЧ/СПИДа.

ПИН (IVDU) – потребитель инъекционных наркотиков. Более корректное и нейтральное выражение, чем «наркоман»; более точное, чем «наркопотребитель» или «наркозависимый».

МСМ (MSM) – мужчины, которые вступают в сексуальные отношения с мужчинами. Этот термин используется многими специалистами антиСПИДовского просвещения как более точный, чем «гомосексуалы» или «геи», поскольку он обозначает не сексуальную ориентацию и не стиль жизни, а конкретное поведение, имеющее значение для профилактики.

КСР (commercial sex workers) – коммерческие секс-работники. Мужчины и женщины, оказывающие секс-услуги за плату. Иногда женщин секс-бизнеса называют **ЖСБ** (women in sex business).





Статистика

Статистика – неременная часть большинства информационных материалов о СПИДе. Вот некоторые статистические данные о ВИЧ-инфекции и СПИДе, которые дают реальное представление о ситуации в мире. Приведенная ниже мировая статистика опубликована Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу и основана на эпидемиологической информации государств-членов ООН. Российские данные предоставлены Российским научно-методическим центром по ВИЧ/СПИДу.

- Более 40 миллионов людей на земле живут с ВИЧ или больны СПИДом.
- Ежедневно в мире около 14 тысяч человек заражаются ВИЧ-инфекцией.
- Около 80% всех случаев заражения ВИЧ в мире происходят при незащищенном половом контакте между мужчиной и женщиной.
- В 2001 году ВИЧ заразились 5 миллионов человек, из них 800 тысяч детей.

Дети и молодежь

- Каждую минуту вирус иммунодефицита получают пять человек в возрасте от 15 до 24 лет, каждый день – 6 тысяч молодых людей.
- Три миллиона ВИЧ-положительных – дети в возрасте до 15 лет.
- Каждый сотый житель планеты в возрасте от 15 до 49 лет инфицирован ВИЧ.
- В России 2,4 тысячи детей живут с ВИЧ.

Потери

- За двадцать лет, прошедших с начала эпидемии, более 60 миллионов человек были инфицированы вирусом.
- С момента регистрации первого клинического случая СПИДа в 1981 году эпидемия унесла более 20 миллионов жизней.

- В 2001 году эпидемия унесла жизни трех миллионов человек (от малярии, еще одного из пяти заболеваний, вызывающих наибольшее количество смертей на планете, в год умирает миллион человек, однако малярия относится к «зрелым» инфекциям со стабильным количеством смертей, а эпидемия СПИДа продолжает развиваться и количество смертей растет год от года).
- В 2001 году от СПИДа умерли более миллиона женщин и 580 тысяч детей.
- СПИД сделал сиротами 14 миллионов детей.
- По прогнозам, в 45 странах, наиболее пострадавших от эпидемии, за период с 2000 по 2020 год из-за СПИДа 68 миллионов человек умрут раньше срока.

Богатые и бедные

- Более 95% всех людей с ВИЧ/СПИДом живут в развивающихся странах. Сильнее всего поражена эпидемией часть африканского континента к югу от Сахары. В этом регионе 28,5 миллионов людей живут с ВИЧ/СПИДом.
- В странах с высоким уровнем доходов в 2001 году заразились 75 тысяч человек. Имеются данные, подтверждающие, что в богатых странах эпидемия перемещается в малообеспеченные группы населения, причем женщины более уязвимы, чем мужчины.
- 1,5 миллиона людей с ВИЧ/СПИДом живут в странах с высоким уровнем дохода, из них около 500 тысяч получают противовирусные препараты.
- В Восточной Европе число людей с ВИЧ/СПИДом достигло 1 миллиона человек. Из них менее одной тысячи получают противоретровирусное лечение.

Россия

- К июлю 2002 года число ВИЧ-положительных в России превысило 200 тысяч. За первое полугодие 2002 года было диагностировано 24 550 новых случаев ВИЧ-инфекции, из них 309 у детей. Число новых заражений ВИЧ в России почти удваивается каждый год, начиная с 1998 года.
- В Москве и Подмоскowie ВИЧ-инфекция примерно у каждого двадцатого человека от 15 до 30 лет.
- Большинство заражений в России происходит при инъекционном употреблении наркотиков, однако неуклонно растет гетеросексуальный путь передачи вируса: в 2000 году – 2% от общего количества случаев, в 2001 – 4%, в 2002 ожидается 15%.
- К концу 2001 года у 40 тысяч беременных женщин в России был диагностирован ВИЧ.
- В России от СПИДа умерли 2 400 человек, в основном из числа тех, кто заразился в 80-х годах.
- По темпам роста эпидемии Россия занимает одно из первых мест в мире.



Вирус и механизм заражения

По мнению подавляющего большинства ученых, причиной заболевания СПИДом является ВИЧ-инфекция. Высказывались также мнения, что ВИЧ якобы не является причиной СПИДа или, во всяком случае, не является единственной и главной причиной этого заболевания. Однако такие мнения отвергаются авторитетным научным и медицинским сообществом³.

Действительно, некоторые аспекты ВИЧ-инфекции еще не до конца понятны: например, почему некоторые люди с ВИЧ остаются абсолютно здоровыми в течение длительного времени. Тем не менее, ВИЧ является одним из самых глубоко изученных вирусов в истории человечества. Знания о биологии вируса углубляются с каждым годом, позволяя находить новые и все более совершенные методы борьбы с ним.

Как это происходит

Достоверно известно, что заражение может произойти только при попадании инфицированной биологической жидкости (крови, спермы, влагалищных секретов) в кровь незараженного человека либо непосредственно, либо через слизистые оболочки (при инъекциях нестерильным шприцем, переливании зара-

³ См. раздел «Правда ли, что Земля круглая?».

женных кровепродуктов), либо половым путем. Возможна передача ВИЧ от матери младенцу при беременности, родах и грудном вскармливании (грудное молоко также содержит вирус в небольшой, но достаточной для заражения концентрации). Других путей заражения ВИЧ-инфекцией не зарегистрировано.

При заражении половым путем вирус проникает в организм через слизистые оболочки влагалища, полового члена, прямой кишки или, значительно реже, полости рта. Ранки на слизистой оболочке, язвочки, воспаления повышают вероятность заражения.

Попадая в организм, ВИЧ атакует определенные клетки крови: Т-лимфоциты-«помощники». Эти клетки играют важную роль в иммунной системе, поэтому их уничтожение вирусом приводит к иммунодефициту. На поверхности этих лимфоцитов находятся молекулы CD-4, так что их также называют Т-4 лимфоциты и CD-4 лимфоциты (или клетки CD-4).

Структура вируса примитивна: оболочка из двойного слоя жировых молекул, вырастающие из нее гликопротеиновые «грибы», внутри – две цепочки РНК, содержащие генетическую программу вируса, и белки – **обратная транскриптаза, интеграза и протеаза**. Помимо этого скудного багажа вирусу ничего не нужно: он использует для воспроизводства клетку-хозяина. В ядре Т-лимфоцита – клетки, на которую нападает ВИЧ, – в 100 тысяч раз больше генетической информации, чем в самом вирусе. Однако клетка не в силах справиться с вирусом, проникшим внутрь.

Вирус изображают похожим на шар, из которого растут «грибы», состоящие из гликопротеиновых молекул. «Шляпка» – три-четыре молекулы gp120, а «ножка» – три-четыре молекулы gp 41. Вирус использует эти молекулы для вторжения в клетку.

Заражение происходит, когда вирус встречает клетку, на поверхности которой есть молекула CD-4. Гликопротеиновые «грибы» плотно прикрепляются к этим молекулам, «открывая» клетку-хозяина, как отмычкой. Точнее, оболочка вируса и клетки сливаются, и генетический материал вируса попадает в клетку.

Слияние вируса и клетки можно предотвратить с помощью недавно созданных лекарственных препаратов, которые называются **ингибиторами слияния**⁴.

ВИЧ принадлежит к особой группе вирусов, называемых ретровирусами. Генетическая информация большинства существующих в природе клеток и вирусов закодирована в виде ДНК. У ВИЧ она закодирована в РНК. Вирусу не-

4 См. главу «Лечение».

обходимо перевести свою генетическую информацию на понятный клетке-хозяину язык, то есть перевести свою РНК в ДНК. Для этого вирус использует фермент под названием **обратная транскриптаза**, с помощью которого РНК превращается в ДНК. После такого превращения клетка-хозяин принимает ДНК вируса «как родную». Этот процесс обычно происходит в течение 12 часов после инфицирования.

На этом этапе вирусу также можно помешать. Такое действие оказывают противоретровирусные препараты – AZT, ddI, ddC, d4T, 3TC, ABC, невирапин, делавирдин, эфавиренц и другие, которые называются **ингибиторами обратной транскриптазы**. Некоторые из этих лекарств были разработаны и начали применяться для лечения ВИЧ-заболевания еще в 80-е годы, другие появились совсем недавно.

Новоиспеченная ДНК вируса входит в святая святых – ядро клетки-хозяина, где с помощью фермента **интегразы** встраивается в ДНК клетки. Завладев таким образом «штаб-квартирой» клетки-хозяина, ВИЧ начинает отдавать приказы, и клетка вынуждена подчиняться. При ВИЧ-инфекции миллиарды клеток крови содержат генетический материал вируса. Уже разработаны и проходят клинические испытания **ингибиторы интегразы**, которые помешают вирусу использовать белки клетки для своего воспроизводства.

Подчиняясь генетической программе ВИЧ, клетка начинает производить различные компоненты вируса, затем там же, в клетке, происходит предварительная грубая «сборка», и новый, пока не зрелый и не способный к заражению вирус отпочковывается от клетки-хозяина. После этого начинает свою работу еще один фермент вируса – **протеаза**. Она «наводит порядок» внутри оболочки нового вируса, после чего тот становится способным инфицировать другую клетку. На этом этапе помешать вирусу окончательно сформироваться могут **ингибиторы протеазы** – индинавир, саквинавир, ритонавир и другие. Они начали использоваться с середины 90-х годов.

Вирус поражает не только Т-лимфоциты, но и другие клетки, содержащие рецептор CD-4, в том числе клетки с долгим сроком жизни, такие как моноциты и макрофаги, которые могут хранить в себе большие количества вируса и при этом не погибать. Они служат резервуаром вируса. Вирус в таких резервуарах неактивен и неуязвим для существующих противовирусных лекарств. Это одно из главных препятствий к полному выведению ВИЧ из организма.

Симптомы – ненадежные признаки

Вскоре (как правило, через 1 – 4 недели) после заражения у заразившегося ВИЧ человека могут появиться признаки так называемой острой стадии ВИЧ-

инфекции, при которой резко увеличивается количество вируса в крови (виремия), а количество Т-4 лимфоцитов снижается на 20 – 40%. Иногда при этом развиваются симптомы, похожие на грипп, в том числе постоянно повышенная до 37,5 – 38 градусов температура и увеличение лимфоузлов. Эти симптомы бывают **не у всех заразившихся**; те, у кого они бывают, часто не замечают их или принимают за простуду. Диагностировать ВИЧ-инфекцию по симптомам **невозможно**.

Как правило, симптомы острой стадии продолжают не более 2 – 3 недель и проходят сами собой: через 1 – 3 месяца после заражения в организме вырабатываются антитела к ВИЧ, количество вируса значительно снижается, а Т-4 лимфоциты восстанавливаются до 80 – 90% прежнего уровня. ВИЧ продолжает размножаться, производя каждый день миллиарды новых вирусов, а иммунная система активно борется с инфекцией, удерживая ее под контролем и не позволяя перейти в болезнь, – это называется бессимптомной фазой.

Бессимптомная фаза ВИЧ-инфекции может продолжаться долгие годы. В это время узнать о развитии ВИЧ в организме можно только по специальным анализам крови на иммунный статус и вирусную нагрузку⁵.

Широкомасштабные исследования, проведенные в западных странах, показали, что средний срок с момента заражения до развития симптомов СПИДа составляет 10 лет без специального противовирусного лечения. Однако различие в темпах прогрессирования заболевания очень велико. Около 10% пациентов заболевают СПИДом в течение первых двух-трех лет после заражения, другие 10 процентов не имеют симптомов через 12 и более лет. Факторы, влияющие на прогрессирование ВИЧ-заболевания, разнообразны: генетические особенности, штамм вируса, психологическое состояние пациента, условия жизни и другие.

Следует помнить, что практически все симптомы, появляющиеся при ВИЧ-инфекции и СПИДе, могут быть похожи на симптомы какого-либо другого заболевания. Невозможно определить, является ли конкретный симптом признаком ВИЧ/СПИДа, не зная результатов анализа на ВИЧ.

Типы и субтипы вируса⁶

Существуют два основных типа вируса иммунодефицита человека – ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Вирус, вызывающий СПИД, был впервые описан специалистами лабораторий Люка Монтанье из Института Пастера в Париже и Роберта Галло

⁵ См. главу «Болезнь».

⁶ По материалам статьи А. Бобкова «Как и когда это могло случиться», «Медицинский курьер», № 1-2 (16) 2000 г.

из Национального института рака в Бетесде (США) в 1983 году и лишь позднее получил название HIV (ВИЧ). В 1985 году на территории Западной Африки удалось выделить другой, менее опасный, тип вируса иммунодефицита человека, который получил название ВИЧ-2. Он значительно менее распространен в мире, чем ВИЧ-1, и пандемию СПИДа связывают прежде всего с вирусом первого типа.

Сегодня в международной базе данных есть информация о более чем 25 тысячах вариантов ВИЧ-1, обнаруженных в разных регионах земного шара. Сравнение их позволяет выделить три группы вирусов: «М» (от английского «major», большой) включает подавляющее большинство известных ныне субтипов ВИЧ-1; «N» и «O» объединяют пока относительно небольшое число вариантов ВИЧ-1, выявленных в основном в Западной Африке. Вирусы группы «М», в свою очередь, можно подразделить на субтипы, обозначаемые буквами английского алфавита от «А» до «К».

В разных странах мира преобладают разные субтипы. В государствах Центральной и Западной Африки можно обнаружить все субтипы ВИЧ-1, однако доминируют вирусы субтипов А и С – самые распространенные в мире. В странах Западной Европы, Северной Америки, а также в Австралии и Японии наиболее распространены вирусы В. В Африке, напротив, они встречаются относительно редко и их появление там связано с вторичным заносом из других стран.

Несмотря на крайне высокую изменчивость вируса, ни один из вариантов ВИЧ не переходит границ своего субтипа. Иными словами, если человек был носителем вируса субтипа А, то какие бы изменения вируса ни происходили в дальнейшем, он никогда не станет вирусом субтипа В. Очевидно, это отражает определенные закономерности эволюции ВИЧ.

Определенные субтипы имеют большее распространение в некоторых уязвимых группах. Так, у гомосексуалов преимущественно выявляют субтип В. Он доминирует также в Западной Европе и США среди людей, употребляющих наркотики.

На территории России выявлено уже 8 субтипов ВИЧ-1 группы «М» (А, В, С, D, E, F, G, H). Представители групп «N» и «O» в России не обнаружены. Разные субтипы по-разному представлены в уязвимых группах. Например, у людей, заразившихся в результате гетеросексуальных контактов, обнаруживаются все 8 субтипов, у гомосексуалов преобладает субтип В. Эти закономерности никак не связаны с особенностями субтипов – скорее они отражают географию эпидемических связей.

Сегодня в России подавляющее большинство заражений вирусом иммунодефицита регистрируются у потребителей наркотиков. Установлено, что в этой группе циркулируют три варианта ВИЧ-1. Не менее 80 процентов всех слу-

чаев – субтип А. Второй вариант вируса, поражающий российских потребителей наркотиков, относится к субтипу В, обычному для этой группы. Наконец, третий вариант ВИЧ-1 – рекомбинантный и состоит из фрагментов, принадлежащих к разным субтипам ВИЧ.

Риск заражения

Все зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в мире распределяются по путям заражения примерно следующим образом:

- половым путем – 70 – 80%
- инъекционные наркотики – 5 – 10%
- профессиональное заражение медработников – менее 0,01%
- переливание зараженной крови – 3 – 5%
- от беременной или кормящей матери ребенку – 5 – 10%

В разных странах и регионах преобладают различные пути заражения (гомосексуальный, гетеросексуальный, инъекционные наркотики). В России, начиная с 1996 года, преобладает заражение при инъекционном введении наркотиков⁶.

Риск для медработников.

На середину 2000 года Центрами по контролю заболеваемости США было зарегистрировано 56 случаев профессионального заражения американских медработников за все время эпидемии. Большинство заражений произошло при уколах иглой и несколько – при попадании зараженной крови или лабораторной жидкости с концентрированным вирусом в ранки на коже, в глаза, в рот или на слизистые оболочки. Был подсчитан среднестатистический риск заражения: при случайном уколе иглой он составляет 0,3% (3 на 1 000), при попадании вируса на поврежденную кожу, в глаза или на слизистые оболочки – 0,1% (1 на 1 000). В России, по данным Министерства здравоохранения на 2002 год, не было зарегистрировано ни одного случая заражения медработников при исполнении своих служебных обязанностей, хотя рискованные ситуации имели место.

Риск при половом контакте.

Разные виды половых контактов связаны с различной степенью риска; наиболее рискованным считается «принимающий» анальный половой контакт без использования презерватива. Оральный секс связывают с относительно низким риском заражения⁸.

7 См. главу «Борьба с распространением ВИЧ при употреблении наркотиков».

8 См. главу «Риск и профилактика передачи ВИЧ половым путем».

Риск при внутривенном употреблении наркотиков.

При внутривенном употреблении наркотиков главным фактором распространения ВИЧ является заражение через совместно используемые инструменты для инъекций. Риск наиболее высок при пользовании общими шприцами, при употреблении готового раствора, а также риск существует и при использовании общей посуды для приготовления раствора⁹.

Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

ВИЧ-инфекция может передаваться от инфицированной матери младенцу во время беременности (через плаценту), при родах (через контакт с кровью матери) или при грудном вскармливании (через материнское молоко). Это называют вертикальной или перинатальной передачей ВИЧ-инфекции¹⁰.

Когда риск заражения отсутствует

О невозможности «случайной» передачи ВИЧ сказано и написано уже так много, что, казалось бы, это ни у кого не должно вызывать сомнений. Однако по-прежнему можно услышать или прочесть рассуждения о «теоретическом риске» передачи инфекции воздушно-капельным или контактным путем, через укусы насекомого или через поцелуй. Не имея никакого эпидемиологического смысла (достаточно взглянуть на приведенное выше распределение случаев ВИЧ-инфекции по путям заражения), эти мифы тем не менее играют свою пагубную роль, порождая, с одной стороны, атмосферу паники и иррационального страха перед носителями ВИЧ, а с другой – фатализм и надежду «на авось»: зачем менять свое сексуальное поведение, если в любой момент тебя может укусить «смертельный» комар?

Как долго живет вирус вне организма человека.

Главная причина того, что ВИЧ не передается при кашле и чихании, при рукопожатии, в бассейне или при пользовании туалетом – это неспособность вируса жить вне своей привычной среды – жидкостью человеческого организма. При этом существует много заблуждений и неправильных толкований научных данных относительно жизни ВИЧ вне тела человека. Например, нельзя сравнивать стойкость ВИЧ в естественных и в лабораторных условиях. В научных лабораториях используются концентрации вируса, которые по крайней мере в 100 тысяч раз выше встречающихся в природе. При использовании таких искусственно высоких концентраций ВИЧ может оставаться живым в течение 1 – 3 дней даже после высыхания жидкости.

⁹ См. главу «Борьба с распространением ВИЧ при употреблении наркотиков».

¹⁰ См. раздел «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку».

Означает ли это, что и в природе ВИЧ остается живым вне человеческого тела до трех суток? Конечно, нет. В своей естественной концентрации ВИЧ может жить вне организма всего несколько минут.

Однако дела обстоят несколько иначе, если речь идет о сроке жизни ВИЧ внутри шприца или полый иглы. На него влияет целый ряд факторов, в том числе количество крови в игле, титр (количество) вируса в крови, температура окружающей среды. Объем крови в игле частично зависит от размеров иглы и от того, втягивают ли кровь внутрь иглы.

В одном исследовании шприцев, содержащих кровь, инфицированную очень высоким титром ВИЧ-1, оказалось, что в некоторых иглах сохранился живой вирус через 48 дней хранения при постоянной температуре. При этом жизнеспособность вируса снизилась со временем: через 2 – 10 дней хранения живой вирус был обнаружен только в 26% шприцев. Сохранности вируса способствовали большой объем крови в шприце и низкие температуры хранения. Для целей профилактики инъекционной передачи ВИЧ следует предполагать, что использованный шприц или полая игла (без стерилизации) могут содержать живой вирус в течение нескольких суток.

Почему комары не могут переносить ВИЧ-инфекцию

В начале эпидемии СПИДа высказывались опасения, что ВИЧ-инфекцию могут переносить комары, клопы и другие кровососущие насекомые. Однако исследования, проведенные в ряде стран, доказали, что даже на территориях с высокой частотой случаев ВИЧ-инфекции и большим количеством насекомых-кровососов случаев заражения таким путем не обнаружено. Если бы такой путь передачи был возможен, географическое распространение эпидемии было бы совершенно иным, чем то, которое существует сейчас.

Когда комар жалит человека, он впрыскивает не кровь предыдущей жертвы, а свою слюну. Такие заболевания как желтая лихорадка и малярия передаются через слюну некоторых видов комаров, поскольку возбудители этих болезней способны жить и размножаться в слюне комара. Но ВИЧ не способен размножаться в организме комара или любого другого кровососа. Поэтому, даже попадая в организм насекомого, он не выживает и не может никого заразить.

Почему ВИЧ не передается через слюну

В прессе были сообщения о том, что якобы зарегистрированы случаи передачи вируса при поцелуях. Аргументируют это тем, что вирус в некотором количестве присутствует в слюне человека с ВИЧ – существует даже тест на ВИЧ, основанный не на крови, как обычно, а на слюне.

В слюне вирус присутствует в чрезвычайно низкой концентрации, не достаточной для заражения. Зарегистрированы сотни тысяч случаев передачи

ВИЧ-инфекции, при которых был с точностью установлен источник заражения. Если бы слюна представляла реальный риск, среди этих сотен тысяч была бы значительная доля людей, получивших ВИЧ при кашле, чихании, поцелуях. Вспомните, как стремительно распространяется воздушно-капельным путем вирус гриппа.

Вот лишь несколько из множества примеров официально подтвержденной информации о невозможности передачи ВИЧ через слюну.

Национальный институт аллергии и инфекционных заболеваний (NIAID – крупнейший научно-исследовательский центр системы здравоохранения США, занимающийся проблемами ВИЧ/СПИДа): «Хотя исследователи обнаружили ВИЧ в слюне инфицированных, не существует фактов, которые свидетельствовали бы о том, что вирус передается при контакте со слюной. Лабораторные исследования показывают, что слюна обладает природными свойствами, которые снижают передачу вируса. При исследовании людей, инфицированных ВИЧ, не было обнаружено никаких свидетельств того, что вирус может передаваться от одного человека другому через слюну, например, при поцелуе. Неизвестно, впрочем, повышают ли риск заражения так называемые «глубокие поцелуи», при которых происходит обмен большим количеством слюны, либо оральный секс. Ученые также не обнаружили фактов распространения ВИЧ через пот, слезы, мочу или фекалии».

Американский фонд исследований СПИДа (AMFAR): «ВИЧ – вирус, который не так легко передается от одного человека другому. Он не передается через пищу или воздух (например, при кашле или чихании). Не было случаев заражения ВИЧ при совместном проживании, от родственника, сослуживца или друга путем бытового контакта, например, совместного пользования столовыми приборами, ванной или туалетом, при объятиях и поцелуях (большинство ученых соглашаются с тем, что хотя предположительно возможна передача ВИЧ при глубоких или длительных «французских» поцелуях, вероятность такой передачи представляется крайне низкой)».

Французская национальная информационная служба по СПИДу (Sida-Info-Service): «Хотя слюна не является заразной – точно так же, как пот или слезы, – она содержит отдельные частицы вируса, которые, хотя и не могут заражать, поскольку для заражения необходим целый вирус, тем не менее позволяют выявить в слюне антитела к ВИЧ. Поэтому существуют тесты на ВИЧ, основанные на слюне».

Крупнейшая информационная служба по СПИДу Великобритании Avert: «ВИЧ не передается по воздуху, с водой или с пищей. Также этот вирус не может долго жить вне организма человека. Поэтому обычные бытовые контакты, такие как поцелуи, рукопожатия, кашель или совместное пользование

посудой, не приводят к передаче вируса от одного человека к другому. Глубокие поцелуи связаны с очень низким риском передачи вируса. ВИЧ присутствует в слюне в микроскопических количествах, не достаточных для заражения. Был зарегистрирован лишь один случай заражения ВИЧ при поцелуях: он стал результатом контакта с инфицированной кровью во время глубокого поцелуя. Если у вас или у вашего партнера во рту кровь, воздержитесь от поцелуев до остановки кровотечения».

Из этого следует важный вывод о том, что слюна, моча и другие жидкости и выделения человеческого тела, кроме крови, спермы, влагалищного секрета и грудного молока, не могут быть источником заражения ВИЧ, если в них нет видимой крови. Таким образом, поцелуи безопасны, если на губах и в полости рта нет повреждений. Если на губах и в полости рта есть трещины, язвочки либо кровоточивость десен, их нужно лечить, а пока не пройдут, – не целоваться «взасос» в губы и соблюдать осторожность при оральном сексе^{1 2}.



12 См. главу «Риск и профилактика передачи ВИЧ половым путем», раздел «Оральный секс».



Обследование на ВИЧ

Обследование на ВИЧ – единственный способ достоверно узнать о наличии или отсутствии ВИЧ в организме человека. Возможность такого обследования важна как для конкретного человека, так и для системы здравоохранения в целом, но только если оно правильно организовано. Правильно организованное обследование на ВИЧ, согласно международным рекомендациям, должно осуществляться только с согласия обследуемого лица, в условиях анонимности или конфиденциальности результатов и сопровождаться консультированием до и после сдачи анализа. Именно такую процедуру обследования устанавливает российский Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека»: «Медицинское освидетельствование граждан проводится **с предварительным и последующим консультированием**... По желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть анонимным».

Что дает правильно организованное обследование конкретному человеку?

- Знание своего ВИЧ-статуса (положительного или отрицательного).
- Возможность проконсультироваться со специалистом о степени риска заражения и о мерах профилактики.
- В случае положительного диагноза – возможность узнать о способах поддержания здоровья, методах лечения, о своей ситуации с точки зрения права и найти ответы на многие другие вопросы.

Нельзя забывать, что ВИЧ-положительный диагноз – сильнейший шок. Многие все еще приравнивают наличие ВИЧ-инфекции к диагнозу «СПИД» и к неизбежности скорой смерти. В ситуации обследования на ВИЧ и сообщения диагноза медицинские работники должны сделать все возможное, чтобы хотя бы частично облегчить испытываемый пациентами стресс, разъяснить их права, рассказать о мерах предосторожности при половой жизни и невозможности бытовой передачи вируса.

Что дает правильно организованное обследование системе здравоохранения?

- Возможность вести индивидуальную и целенаправленную профилактическую работу (если гарантированы добровольность и анонимность, на обследование приходят главным образом те люди, которые подвергаются риску заражения).
- Собирают статистические данные, дающие представление о масштабах и динамике эпидемии.

В то же время, в противовес распространенному заблуждению, обследование на ВИЧ не решает проблему СПИДа ни на личном, ни на общественном уровне. Вот что сказала об этом руководитель Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Вадим Валентинович Покровский^{1, 2}: «Дело в том, что тестирование само по себе не предотвращает развития заболевания. Мы в Московской области 15 тысяч ВИЧ-инфицированных выявили, а что дальше с ними делать? Ведь контролировать распространение от этих людей никак невозможно. Они могут продолжать вести половую жизнь... Поэтому само по себе обследование нам только дает представление о том, насколько распространена болезнь. Это важно, с другой стороны, для самого пациента, чтобы знать, что заражен, и вовремя начать лечение. А вот в плане предупреждения болезни тестирование нам ничего, к сожалению, не дает. Мы только констатируем, что вирус уже распространился, а этого недостаточно, надо предупреждать заражение».

Виды анализов на ВИЧ-инфекцию

Самый распространенный метод диагностики ВИЧ-инфекции – **иммуноферментный анализ** (ИФА). Иммуноферментные тест-системы используются для выявления в сыворотке крови антител к ВИЧ. По наличию антител делают вывод о том, что в организме присутствует вирус.

Поскольку антитела к ВИЧ появляются лишь через некоторое время (от трех недель до трех месяцев) после заражения, проходить это обследование сра-

^{1, 2} Виртуальная пресс-конференция интернет-агентства «Пресс-центр.ру» 13 марта 2001 г.

зу же или через несколько дней после опасного контакта бесполезно. Период, когда вирус уже есть, а антитела не определяются, называют периодом «серонегативного окна».

ИФА может дать ложноположительные или ложноотрицательные результаты. Ложноположительные результаты (когда анализ дает положительный результат, хотя ВИЧ в крови нет) могут быть получены при обследовании больных хроническими инфекционными, аутоиммунными, онкологическими заболеваниями и в некоторых других случаях. Ложноотрицательные результаты (когда анализ дает отрицательный результат, хотя ВИЧ в крови есть) встречаются в основном во время «серонегативного окна» и в терминальной стадии, когда иммунитет ослаблен настолько, что антитела к ВИЧ практически перестают вырабатываться.

Если получен положительный результат скринингового теста (ИФА), необходимо перепроверить результат на более чувствительном тесте – **иммуноблоте**.

Существует также метод **полимеразной цепной реакции (ПЦР)**. ПЦР используют для определения ДНК и РНК вируса. Это очень эффективная и чувствительная реакция, позволяющая получить результат, исследуя ДНК всего одной клетки путем умножения (амплификации) специфических последовательностей ДНК. ПЦР позволяет определить наличие вируса независимо от появления антител, однако у этого метода есть серьезный недостаток, вызванный как раз его сверхчувствительностью. ПЦР с достаточно большой вероятностью может дать ложноположительный результат. По принятым в России правилам, результат анализа ПЦР не является основанием для постановки или снятия диагноза «ВИЧ-инфекция»¹³.

Существуют диагностические тест-системы ИФА для определения антител к ВИЧ в других биологических жидкостях – например, в слюне. Они менее надежны, и их результаты требуют проверки обследованием крови.

Тест на ВИЧ с точки зрения права

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан утверждают, что необходимым предварительным условием всякого медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

¹³ Снятие диагноза «ВИЧ-инфекция» касается детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей. Независимо от ВИЧ-статуса ребенка материнские антитела к ВИЧ сохраняются в его крови до 1-3 лет, и только после этого, если антитела полностью исчезли, ребенок признается ВИЧ-отрицательным. ПЦР может показать наличие или отсутствие вируса в крови ребенка раньше этого срока, но данный результат не может служить официальным основанием для снятия диагноза.

В случаях, когда состояние здоровья гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших 15 лет, и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, дают их законные представители.

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением некоторых случаев.

В первую очередь оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Если врач предполагает, что у пациента холера, скорая помощь, несмотря на возражения гражданина, увезет его в инфекционную больницу. Если у ребенка обнаружили дифтерию, медицинское освидетельствование придется пройти всему классу.

В старом уголовном кодексе была предусмотрена ответственность за уклонение от лечения венерической болезни (ст. 115-1 предусматривала наказание в виде лишения свободы на срок до двух лет, или исправительных работ на тот же срок, или штрафа до двух месячных размеров оплаты труда). В новом Уголовном кодексе, вступившем в действие с 1 января 1997 года, такое преступление отсутствует.

Распространяется ли действие этой правовой нормы на ситуации с ВИЧ/СПИДом? Не распространяется, поскольку никакими нормативными актами не предусмотрены ни принудительная госпитализация, ни наблюдение, ни изоляция людей с ВИЧ.

Обязательным освидетельствование на ВИЧ может быть только в следующих случаях:

Случай 1. Если человек хочет быть донором крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов, он обязан пройти освидетельствование при каждом взятии донорского материала. В случае отказа от анализа человек не может быть донором.

Случай 2. Обязаны пройти медицинское освидетельствование работники некоторых профессий при поступлении на работу и при периодических меди-

цинских осмотрах. Перечень таких профессий утвержден Постановлением Правительства РФ № 877 от 4 сентября 1995 года. В него входят:

- а) врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИДом, учреждений здравоохранения, специализированных отделений и структурных подразделений учреждений здравоохранения, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт;
- б) врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий (группы персонала лабораторий), которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека;
- в) научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека.

Представители перечисленных выше профессий, отказавшиеся от освидетельствования на ВИЧ, подлежат дисциплинарной ответственности, то есть могут быть уволены по инициативе администрации.

На практике имеют место требования пройти освидетельствование на ВИЧ при поступлении на работу в гостиницы, рестораны, столовые, детские сады и школы. Требования эти незаконны. Точно так же можно отказаться пройти освидетельствование на ВИЧ при периодических медицинских осмотрах, в том числе при оформлении медкнижки – ее обязаны выдать независимо от прохождения анализа на ВИЧ. Незаконные требования администрации можно и нужно обжаловать в суде.

Случай 3 касается обязательного освидетельствования на ВИЧ иностранных граждан и лиц без гражданства, желающих въехать в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев. Они обязаны предъявить для получения визы сертификат установленного образца об отсутствии у них ВИЧ-инфекции. Без такого сертификата виза дана не будет.

До введения в действие закона «О предупреждении распространения ВИЧ-инфекции...» на основании приказов органов здравоохранения освидетельствование на ВИЧ было обязательным для российских граждан, возвращавшихся из-за границы. Сейчас подобное требование является незаконным.

Случай 4. И наконец еще одно основание для прохождения обязательного освидетельствования существует для лиц, находящихся в местах лишения свободы. На них, как и на всех граждан, распространяется необходимость тестирования при сдаче донорского материала и при работе по перечисленным выше профессиям. Отказ от прохождения обязательного освидетельствования рассматривается как нарушение требований режима отбывания наказания и влечет за собой соответствующие меры взыскания.

Дополнительным основанием для обследования на ВИЧ являются клинические показания, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения. Однако даже наличие клинических показаний не дает права обследовать пациента без его согласия. Врач обязан предложить пациенту обследование, объяснив его значение и возможные последствия.

Никаких других случаев обязательного освидетельствования на ВИЧ-инфекцию быть не может, в частности, не существует обязательного тестирования по клиническим показаниям для находящихся на свободе граждан. Соответственно не должно быть и какого бы то ни было ограничения прав тех, кто отказывается подвергнуться такому освидетельствованию.

Важно, чтобы решение пройти обследование на ВИЧ человек принял осознанно и добровольно и был внутренне готов к получению положительного результата.





Профилактика

Поскольку ВИЧ-инфекция не излечивается радикально, главным орудием в борьбе с ее распространением является профилактика – предотвращение новых заражений. Профилактика ВИЧ-инфекции имеет несколько направлений. Одно из важнейших и наиболее эффективных на настоящий момент – профилактика **вертикальной передачи** ВИЧ от матери ребенку, помогающая во много раз снизить вероятность заражения новорожденного от ВИЧ-положительной матери.

Вакцины спасли человечество от многих опасных инфекционных заболеваний. В мире ведется активный поиск «прививки от ВИЧ-инфекции». Несмотря на некоторые обнадеживающие результаты, говорить о массовом внедрении такой вакцины пока рано.

Так как наибольшее число заражений ВИЧ в мире происходит половым путем и при инъекциях наркотиков – то есть в процессе поведения, которое человек в большинстве случаев может изменять и контролировать по собственной воле, – основную часть профилактической работы составляют так называемые «поведенческие вмешательства», то есть просвещение, обучение и поддержка, направленные на **снижение индивидуального риска заражения**.

Попытки изменить поведение людей, особенно когда речь идет о таких сферах как секс и употребление наркотиков, сталкиваются с множеством препятствий на уровне государственной политики, традиционной культуры и религии, общества и конкретного сообщества, а также, разумеется, на уровне от-

дельной личности. Нередко действия, потребность в которых диктует эпидемия СПИДа – такие, например, как снижение вреда для наркопотребителей и сексуальное просвещение молодежи, – входят в противоречие с существующими представлениями об охране общественного здоровья и нравственности. В таких случаях обществу рано или поздно приходится ради спасения жизни своих граждан отказываться от устаревших стереотипов мышления и менять запретительное законодательство и дискриминационную политику, мешающие борьбе с эпидемией. К сожалению, во многих случаях такие изменения предпринимаются лишь в критической ситуации, когда эпидемия уже нанесла огромный урон.

Вакцина: проблески надежды

С момента, когда было обнаружено, что заболевание СПИД вызвано вирусом, была поставлена цель найти вакцину, которая предохраняла бы от заражения этим вирусом. Ученым в то время казалось, что изобретение вакцины не за горами – ведь человечество уже успешно победило такие вирусные заболевания как, например, оспа и полиомиелит именно с помощью вакцин. Однако поиск вакцины оказался гораздо труднее, чем предполагали ученые.

Главная трудность при разработке вакцины состоит в том, что вирус продолжает размножаться даже после воздействия целого комплекса лекарств. Еще одной проблемой является наличие у ВИЧ большого числа разных штаммов. Для сравнения: у вируса полиомиелита было обнаружено всего три штамма, что дало возможность разработать эффективную вакцину. В случае ВИЧ не известно даже, сколько различных штаммов вируса необходимо учесть при производстве вакцины, чтобы она имела универсальное действие.

В последние годы было сделано много заявлений об открытии различных вакцин для защиты от ВИЧ-инфекции. Эти вакцины находятся на разных стадиях разработки. Некоторые прошли проверку на животных; несколько вакцин продемонстрировали способность защищать организм от вирусов, похожих на вирус иммунодефицита человека.

Различаются вакцины от ВИЧ двух типов: профилактическая, которая защищала бы от заражения, и терапевтическая (лечебная), которая помогала бы затормозить развитие инфекции в организме уже зараженного человека.

Наиболее успешно прошли в США, Канаде, Нидерландах, Пуэрто-Рико и Таиланде испытания вакцин, содержащих вещество под названием AIDSVAX, которое производится американской компанией VaxGen. AIDSVAX создана

на основе гликопротеиновой молекулы gp120, которую вирус использует в сочетании с гликопротеиновой молекулой gp41 для вторжения в клетку¹⁴. Одна из возможностей перекрыть вирусу путь в клетку – это выработка антител к одному из этих гликопротеинов (или к двум сразу).

Но это не единственный путь. Другой вариант ответа на вторжение вируса – это выработать большое количество клеток, которые могут уничтожать клетки, зараженные ВИЧ. Это называется клеточным иммунным ответом. Вакцины, основанные на таком принципе, уже испытываются на людях. Они содержат препарат ALVAC, производимый компанией Aventis Pasteur. В состав его входит птичий вирус (сапагурох), в котором были найдены элементы вируса иммунодефицита человека. Испытания вакцины ALVAC проходят в Уганде.

Следующий вид вакцин, который может быть испытан на людях, разработан совместно университетами Найроби и Оксфорда в партнерстве с International AIDS Vaccine Initiative (IAVI) – Международной инициативой по созданию вакцины от СПИДа. Вакцина содержит ДНК или РНК ВИЧ субтипа А. Ученые из Найроби назвали свой проект Кенуа AIDS Vaccine Initiative (Инициатива Кенийской вакцины от СПИДа).

Второй проект IAVI по разработке вакцины проходит в партнерстве с небольшой американской компанией AlphaVax из Северной Каролины и Университетом Кейптауна, ЮАР, и направлен на разработку вакцины от субтипа С. Испытания ее начнутся в ближайшее время. Идея ее очень близка к ДНК-вакцине.

Третья ветвь разработок IAVI будет использовать новые достижения Балтиморского института вирусологии в разработке вакцины от ВИЧ, которую можно будет употреблять перорально (через рот) или как спрей для носа. Это может быть сделано путем помещения вакцины внутрь безопасных штаммов бактерии сальмонеллы, которые в состоянии выживать при заглатывании. Есть надежда, что иммунный ответ, который произойдет в ротовой полости или в носу, даст толчок иммунному ответу в уретре и влагалище, что предотвратит половой путь передачи ВИЧ.

Испытания вакцин должны соответствовать строгим нормам медицинской этики. Главный принцип – это «информированное согласие»: прежде чем испытываемый примет участие в эксперименте, ему/ей необходимо объяснить все его плюсы и минусы, возможные осложнения и последствия. Когда эксперимент направлен на изобретение вакцины для детей, требуется согласие их родителей или опекунов.

¹⁴ См. раздел «Как это происходит».

Второй принцип заключается в том, что пока действие вакцины от ВИЧ еще не достаточно изучено, вакцинация должна проводиться совместно с другими мерами профилактики. В случае риска половой передачи добровольцы должны использовать презервативы независимо от применения вакцины.

В случае риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку эксперимент должен сопровождаться приемом антиретровирусной терапии. Следует принять все меры к тому, чтобы участники испытаний были в безопасности.

Развитие эпидемии и экономическая ситуация в большинстве стран мира также предъявляют высокие требования к разрабатываемой вакцине. В идеале вакцина должна создавать в организме иммунитет против заражения ВИЧ (профилактическая), а при наличии ВИЧ-инфекции снижать производство вируса и предотвращать переход заболевания в стадию СПИДа (лечебная). Кроме того, она должна быть недорогой и общедоступной даже в беднейших странах, поскольку именно они в наибольшей степени страдают от распространения эпидемии и ее последствий. Широкая доступность, удобство использования и умеренная стоимость вакцины – главные требования к ее создателям, поскольку только такая вакцина сможет реально повлиять на развитие эпидемии СПИДа в мире.

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Как показывают исследования, плод может быть инфицирован ВИЧ уже на 8 – 12 неделе беременности. Однако в большинстве случаев заражение младенцев происходит в процессе родов.

Одним из главных достижений профилактики ВИЧ-инфекции за последние несколько лет была разработка методов снижения риска передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку во время родов. Если без специального лечения среднестатистический риск рождения ребенка с ВИЧ-инфекцией составляет 15 – 25% в Европе и США и 30 – 40% в Африке, то с помощью профилактического курса лечения препаратом AZT и кесарева сечения риск можно снизить до 1%. В этом случае лечение проводится не с целью добиться стабильного улучшения здоровья матери, а чтобы снизить риск рождения ребенка с ВИЧ.

Матерям с ВИЧ не рекомендуется вскармливать детей грудью, поскольку при этом повышается риск передачи ВИЧ. Длительное исследование, проведенное в Малави специалистами США, показало, что риск заражения ребенка через материнское молоко составляет 10% при грудном вскармливании в течение двух лет. Однако в случае, когда у матери нет условий для приготовления детских смесей (нет чистой питьевой воды, невозможно

кипятить бутылочки и соски), грудное вскармливание при ВИЧ-инфекции считается менее опасным для жизни ребенка, чем желудочно-кишечные инфекции.

Изменение рискованного поведения

Задача профилактики – убедить людей добровольно и на длительный срок изменить свое поведение, сделав его более безопасным. Как этого достичь?

Существует ряд психологических закономерностей изменения поведения¹⁵. Добровольный отказ от устойчивых привычек, как правило, не происходит сразу, а представляет собой более или менее длительный процесс, на протяжении которого человек проходит несколько этапов. На каждом из этапов человеку, меняющему свое поведение, требуется соответствующая информация и поддержка.

1. Человек даже **не задумывается** о том, что привычное поведение может быть опасным. (Необходимо: привлечь внимание, шокировать, привести к осознанию собственного риска).
2. **Начинает задумываться**. (Необходимо: сообщить конкретную информацию о степени риска, помочь проанализировать «за» и «против» изменения привычного поведения).
3. **Готов действовать**. (Необходимо: обучить новым навыкам и техникам самоконтроля, поощрять успехи, помочь изменить привычную обстановку, избегать рискованных ситуаций).
4. **Действует**. (Необходимо: создать систему самоподдержки, взаимоподдержки, профессиональной поддержки).
5. **Устойчивый результат**. (Необходимо: выработать чувство гордости достигнутым, постоянно ощущать поддержку близкого человека).

Социальная реклама, плакаты, видеоклипы действуют в основном на первой стадии, помогая человеку задуматься о проблеме. Затем для изменения поведения требуется более конкретная информация – печатные материалы, те-

¹⁵ Данную модель изменения поведения разработали американские ученые Джеймс Прочаска и Карло Ди Клементе, изучив собранные психологами данные об отвыкании от различных зависимостей (курение, алкоголь, переизбыток и другие) и выявив общие закономерности, характерные для всех случаев успешного изменения поведения.

лефон доверия, консультации специалистов. Для достижения стабильных результатов нужны группы поддержки, социально-психологические службы, целенаправленная работа с окружением, родными и близкими.

Без учета этих психологических особенностей профилактическая работа с населением по изменению поведения рискует остаться на уровне 1-го и 2-го этапов, когда часть людей даже не задумывается о том, что подвергает себя опасности, а другая часть, хотя и задумывается, но не предпринимает никаких шагов для изменения такого положения.

Риск или уязвимость?

Риск заражения ВИЧ-инфекцией зависит от вида контакта (сексуальный – анальный, вагинальный, «принимающий», «вводящий»; «кровь в кровь»); количества вируса, попавшего в организм; сопутствующих заболеваний и других медико-биологических факторов. В принципе, вирусу «безразлично», к какой социальной группе относится человек и насколько его/ее поведение одобряется обществом. Понятие «группы риска» давно отвергнуто анти-СПИДовским сообществом, так как способствует социальной дискриминации и создает чувство ложной защищенности у тех, кто не относит себя к «группе риска». Риск – понятие универсальное: заразиться может любой человек, попавший в определенные условия контакта с вирусом.

Уязвимость – понятие иного плана. Оно касается не всего общества, а лишь тех, кто в силу различных обстоятельств лишен возможности защититься от ВИЧ/СПИДа и их последствий. Уязвимость зависит от того, насколько человек в силах контролировать обстоятельства своей жизни.

Уязвимость¹⁶ к ВИЧ/СПИДу означает:

- повышенную вероятность войти в опасный контакт с ВИЧ-инфекцией и/или
- повышенную вероятность в особой степени пострадать от тяжелых последствий ВИЧ-инфекции и СПИДа.

Уязвимость первого или второго рода создается целым рядом экономических, культурных, социальных, поведенческих факторов, таких как бедность, бесправие, дискриминация, враждебное отношение общества, отсутствие доступа к информации, а также медицинской, социальной и психологической помощи и другие.

Резкий рост случаев ВИЧ-инфекции среди какой-либо части населения говорит об уязвимости этой группы людей и требует принятия мер по их защите и поддержке.

¹⁶ По материалам Международной стратегической встречи по уязвимости к ВИЧ/СПИДу (Strategic Meeting on Vulnerability to HIV/AIDS), которая состоялась в Женеве 5 – 7 октября 1994 г.

Во всех странах есть люди, семьи и сообщества, уязвимые к ВИЧ/СПИДу (потребители наркотиков, мигранты и беженцы, секс-работники, геи и другие). Реальная профилактика невозможна без устранения на уровне государственной политики тех факторов, которые делают людей уязвимыми.

Одним из факторов, способствующих уязвимости, являются порядки и традиции, ставящие определенную группу людей (потребителей наркотиков, секс-работников, геев) вне закона. Еще более распространена ситуация, когда формальных законодательных запретов нет, но отношение общества создает вокруг этих людей климат неприятия и изоляции.

Есть простой способ определить степень общественной изоляции какой-либо группы. Допустим, что эти люди собрались вместе, создали организацию и объявили об этом. Представьте себе реакцию консервативной части населения на такие (гипотетические) организации как «Общество по защите прав секс-работников» или «Группа взаимопомощи потребителей наркотиков». Между тем объединения представителей уязвимых групп во всем мире играют неоценимую роль в борьбе с ВИЧ/СПИДом, поскольку защищают своих членов, предоставляют им информацию и поддержку сообщества, распространяют среди них средства защиты от инфекции, дают возможность публично высказать свое мнение, не подвергая себя опасности, и участвовать в принятии важных государственных решений, касающихся их жизни.

Преодоление дискриминации, обеспечение адекватной правовой и социальной защиты для всех граждан, поддержка низовых общественных организаций и групп, защищающих интересы уязвимых сообществ, – в эпоху СПИДа все эти меры не роскошь, а необходимое условие выживания.

Стратегии профилактики

Эпидемия СПИДа показала, что использование неэффективных стратегий и программ профилактики – не только напрасная, но и опасная трата и без того ограниченных средств и времени. Можно ли определить заранее, будет ли действенной та или иная профилактическая мера? Да, можно.

Прежде всего стоит отметить, что просветительской и профилактической работой следует заниматься со всеми группами населения, которые могут подвергаться риску заражения, а не только с теми, которые в данный момент находятся в самом уязвимом положении или среди которых наиболее высокая выявляемость новых случаев ВИЧ-инфекции. Например, в России распространение ВИЧ среди гетеросексуального населения не очень велико по сравнению с его распространением среди наркопотребителей, однако ди-

намика говорит о том, что вскоре этот путь передачи вируса выйдет на первый план и вести профилактическую работу нужно уже сейчас.

Не так просто донести спасительную информацию до тех, кому она предназначена. Еще сложнее побудить этих людей изменить привычное поведение. Для этого проводятся акции, выпускаются профилактические материалы, разрабатываются комплексные программы.

Одноразовые акции – такие как благотворительный концерт или телемарафон – ценны тем, что привлекают внимание общества к проблеме и дают возможность известным, популярным и обладающим властью людям выразить свое отношение к ней. Успешно проведенные акции помогают привлечь средства для борьбы с эпидемией. Но реально изменить повседневное поведение людей такая акция не в состоянии. Для этого нужна долгосрочная и целенаправленная профилактическая программа.

Программы профилактики – эффективные и не очень

Вы можете, задав всего несколько вопросов, с достаточной степенью вероятности предугадать, оправдает ли та или иная программа затраченное на нее время и вложенные средства или окажется безрезультатной.

Данные исследований говорят о том, что практически все эффективные программы профилактики ВИЧ/СПИДа, нацеленные на изменение опасного поведения, имеют общие черты, независимо от того, проводятся ли они в Москве, Цюрихе, Танзании или Сан-Франциско. В таких программах присутствует хотя бы часть следующих характеристик:

- определена конкретная целевая группа по таким параметрам как пол, возраст, сексуальная ориентация, этнические/культурные характеристики, характер рискованного поведения, социальное окружение, условия жизни;
- выбрана целевая группа, поведение которой наиболее рискованно;
- выбрана целевая группа, которой уделяется недостаточно внимания;
- используются методы «аутрич», «обучение равных»;
- целевой группе дают возможность менять свое поведение постепенно, шаг за шагом;
- целевой группе предоставляются материальные ресурсы для изменения поведения (презервативы, чистые шприцы) и другие услуги по желанию (консультации, лечение ИППП, лечение наркомании, обследование на ВИЧ);
- в планировании и проведении всех мероприятий активно участвуют сами представители целевой группы, раздаточные материалы сформулированы на языке, которым они говорят друг с другом;
- организована взаимная поддержка членов целевой группы;

- позитивные изменения поведения и участие в программе поощряются (в том числе материально);
- мобилизуются духовные (в том числе религиозные) устремления членов целевой группы, их творческий потенциал (программы «12 шагов», театр, артистические мастерские);
- принимаются меры к изменению обстановки, в которой живут представители целевой группы: физической (переезд на новое место) или социальной (новое или «перевоспитанное» окружение).

Малозффективные программы также имеют общие черты. Эти программы:

- рассчитаны на «население в целом» или на обширные и неоднородные группы населения (например, «молодежь»);
- содержат неконкретные, неоднозначные или неприменимые в реальной жизни призывы;
- составлены и проводятся людьми «со стороны», мало знакомыми с конкретными условиями жизни данной целевой группы;
- используют преимущественно односторонний дидактический подход (лекции, раздача информации);
- основаны на чувстве страха или стыда, используют репрессивные меры;
- рассматривают целевую группу как «объект воздействия», а не как сознательную силу, от которой зависит успех программы¹⁷.

Дебаты вокруг профилактики

Эффективность профилактики в итоге определяется тем, какой способ поведения выбирают представители целевой группы в конкретной ситуации. Иными словами, главный этап профилактической работы происходит на индивидуальном уровне. Поэтому один из ключевых принципов профилактики – предоставить людям достаточно широкий выбор безопасного поведения: от полного отказа от наркотика до использования чистого инструментария при невозможности такого отказа; от полного воздержания от половой жизни до использования презерватива и сексуальных игр «без проникновения». Опыт эффективной профилактики показывает, что борьба с наркоманией не должна препятствовать борьбе с распространением ВИЧ среди наркопотребителей, а борьба за общественную нравственность не должна вступать в конфликт с эффективной профилактикой сексуальной передачи ВИЧ-инфекции. На этой почве возникает немало дебатов между сторонниками расширения выбора безопасного поведения (либерализации) с одной стороны и сторонниками ограничения выбора (запретительных мер) – с другой. Последние стремятся поставить вне закона все то, что считается «переносчиком» ВИЧ-инфекции, будь то поведение, профессия, группа людей или химическое ве-

¹⁷ По материалам исследований, проведенных в США в 1991-1992 гг.

щество. Однако **уголовное преследование не способно решить те проблемы, которые заставляют наркопотребителей, геев или работников коммерческого секса подвергать себя риску заражения** – криминализация лишь «загоняет проблему в подполье», повышая уязвимость, бесправию и изоляцию от общества именно тех групп населения, которые больше всего нуждаются в поддержке.

«Имей одного партнера»

Очень распространены «профилактические» рекомендации, которые пропагандируют желательное для общества поведение, но не защищают от заражения: «жить половой жизнью только с постоянным партнером» либо, по крайней мере, «хорошо знать своего партнера» и «избегать случайных связей».

Разумеется, с математической точки зрения чем больше незащищенных половых контактов, тем выше вероятность «встречи» с ВИЧ или с другой передающейся половым путем инфекцией. Но это относится только к незащищенным контактам с непостоянными («случайными») партнерами.

Большое число ВИЧ-положительных гомо- и гетеросексуалов заразились ВИЧ от своего постоянного партнера (мужа, жены). Партнер мог получить ВИЧ-инфекцию задолго до начала совместной жизни и не знать об этом либо заразиться при контакте «на стороне». Существует немало дискордантных пар, в которых один партнер ВИЧ-положительный, а другой ВИЧ-отрицательный. Случайная связь и любовь на всю жизнь не имеют для вируса никакого различия.

Вряд ли выполнима в реальной жизни рекомендация одной профилактической брошюры «исключить из числа партнеров лиц, имевших ранее много половых партнеров, в особенности: мужчин-гомосексуалистов; лиц, употребляющих наркотики; лиц, занимавшихся проституцией; а также тех, о сексуальном прошлом которых вы ничего не знаете». Разумнее допустить, что любой половой партнер, независимо от образа жизни, мог быть в контакте с ВИЧ-инфекцией. Соответственно в большинстве случаев для полной безопасности следует заниматься только безопасным сексом или пользоваться презервативом. Единственное исключение составляют взаимно верные пары с подтвержденным ВИЧ-отрицательным статусом. ВИЧ-положительным парам следует избегать незащищенных половых контактов, поскольку возможность **реинфицирования**¹⁸ подтверждена научными исследованиями. Кроме того, при ВИЧ-инфекции многократно возрастает риск опасных последствий заражения ИППП¹⁹ и вирусными гепатитами²⁰.

«Меньше знают – целее будут»

Дебаты о половом воспитании подростков идут на фоне массового «расцве-

18 Реинфицированием называют повторное заражение ВИЧ-положительного человека вирусом иммунодефицита.

19 См. раздел «ВИЧ и ИППП».

20 См. раздел «ВИЧ и гепатиты».

та» ранней (с 14 – 15 лет) половой жизни и тайного приобщения к наркотикам в средних классах школ. Те, кто выступает против разговора со школьниками о сексе, часто представляют половое воспитание как «обучение сексуальным техникам», которое побудит подростков немедленно опробовать полученные знания на практике, и настаивают на пропаганде полного воздержания от половой жизни до брака.

Такой подход, к примеру, практикуется с середины 90-х в США, где правительство выделяет миллионы долларов на внедрение в школах программ профилактики, ориентированных на отказ от половой жизни до брака как единственный способ избежать ВИЧ, инфекций, передаваемых половым путем, и нежелательной беременности. Такие программы сосредоточиваются исключительно на недостатках и побочных эффектах различных средств контрацепции, ничего не говоря об их эффективности.

Независимое экспертное исследование, проведенное под эгидой американского Комитета по стратегиям профилактики ВИЧ, показало, что программы, пропагандирующие только воздержание, неэффективны. Такие программы игнорируют неоспоримый факт, что многие подростки ведут сексуальную жизнь независимо от того, что им говорят взрослые.

Из-за отсутствия точной и полной информации о сексе, контрацепции и профилактике ВИЧ молодые люди не только подвергаются ненужному риску, но и теряют доверие и уважение к важнейшим структурам общества: школам, здравоохранению и правительству.

Эти выводы вынудили многих представителей американского правительства говорить о том, что пора заменить школьные программы, пропагандирующие только воздержание, современным и соответствующим возрасту учащихся сексуальным просвещением. Однако на данный момент программы воздержания продолжают пропагандироваться в США как единственно правильные, а аргументы в пользу сексуального просвещения категорически отвергаются официальными кругами. Это лишь один из многочисленных примеров того, как официальная политика вступает в противоречие с эффективными методами профилактики.

Половое воспитание призвано сформировать у подрастающего человека способность принимать здравые решения, выработать психологический «иммунитет» перед лицом огромного множества факторов риска, куда входят подростковая потребность экспериментировать, самоутверждение, давление со стороны сверстников, активность наркочельцов. Поскольку современная молодежь сталкивается с широким кругом разнообразных и взаимосвязанных проблем, половое просвещение и пропаганда безопасного поведения должна стать частью общего комплекса обучения навыкам жизни в современном мире²¹.

21 См. главу «ВИЧ и молодежь: проблемы и пути их решения».



Борьба с распространением ВИЧ при употреблении наркотиков

Это направление профилактики особенно важно для России, поскольку большинство новых случаев заражения ВИЧ происходят именно при употреблении инъекционных наркотиков.

Если к февралю 2000 года в России было зарегистрировано 30 607 случаев ВИЧ-инфекции (нарастающим итогом с 1987 года), то на 31 декабря 2001 года общее число зарегистрированных случаев выросло более чем втрое и достигло 173 068. В 2000 и 2001 годах эпидемическая обстановка по ВИЧ-инфекции особенно ухудшилась в Москве и Московской области²², а в 2002 году Челябинск по числу людей с ВИЧ на душу населения опередил обе столицы.

Одним из главных факторов распространения ВИЧ-инфекции во всех этих случаях явилось заражение через совместно используемые инструменты для инъекций. Около 90% вновь выявленных в последние годы случаев заражения ВИЧ отмечено среди лиц, употребляющих психоактивные вещества инъекционным способом. Среди заразившихся 75% составляют молодые люди в возрасте от 15 до 29 лет²³. Значительная доля заражений приходится на половых партнеров наркопотребителей, а также на детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, употреблявших наркотики или заразившихся от наркозависимого партнера.

22 По данным Российского научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом.

23 По данным Министерства здравоохранения РФ.

Международные принципы профилактики ВИЧ среди наркопотребителей

«СПИД распространяют не наркоманы, а грязные шприцы» – этот лозунг французской организации потребителей наркотиков ASUD²⁴ подчеркивает, что преследование наркопотребителей – не решение проблемы распространения ВИЧ. Реальное решение состоит в том, чтобы дать каждому возможность защититься от инфекции независимо от того, в какой ситуации человек находится в конкретный момент своей жизни.

Более чем 20-летний опыт профилактики ВИЧ-инфекции в мире ясно показывает, что распространение вируса при употреблении наркотиков можно сократить и даже остановить, если своевременно принять адекватные и комплексные профилактические меры, направленные на потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

Осознавая необходимость оказания помощи странам с быстро развивающейся эпидемией ВИЧ-инфекции, Всемирная организация здравоохранения в сотрудничестве с Объединенной программой ООН по СПИДу (UNAIDS) и Советом Европы подготовили документ под названием «Основные принципы эффективной профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, вводящих наркотики путем инъекций», в котором на основе позитивного практического опыта разных стран сформулированы принципы эффективной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН.

Принципы, изложенные в этом документе, в целом сводятся к следующему:

- информирование и просвещение населения и отдельных групп;
- активная работа среди ПИН;
- обеспечение ПИН стерильными инъекционными инструментами и дезинфицирующими материалами;
- предоставление ПИН возможности получать заместительную терапию.

В документе отмечается, что нередко эффективные меры профилактики сталкиваются с сопротивлением, непониманием и «неспособностью принимать решения на основе рационального анализа, а не под влиянием эмоций», и подчеркивается важность информирования руководителей здравоохранения и других представителей государственной власти о современных тенденциях, примерах из практики и последних научных данных в области эффективной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН. Всемирная организация здравоохранения, UNAIDS и Совет Европы рекомендуют государствам:

- привести стратегию профилактики ВИЧ-инфекции в соответствие с принципами, изложенными в этом документе;

²⁴ Association du support des usagers de drogue.

- создать межведомственные координационные органы с участием представителей государственных и общественных структур, экспертов и представителей целевой группы для разработки плана действий;
- довести информацию о наркотиках и ВИЧ-инфекции, путях передачи ВИЧ и методах снижения риска до местных органов власти, чтобы они могли принимать разумные и эффективные профилактические меры;
- создать сети, объединяющие органы здравоохранения в регионах высокого риска и в странах (городах) с положительным опытом профилактики ВИЧ среди ПИН.

Программы снижения вреда

Предлагаемая международным сообществом стратегия профилактики основана на предпосылке, что нереально требовать от всех больных наркоманией немедленного отказа от наркотиков. Считается, что в конкретный момент времени не более 10% всех наркопотребителей в какой-либо стране, городе или сообществе морально и физически готовы отказаться от наркотиков полностью. Чтобы снизить распространение ВИЧ-инфекции, потребителям инъекционных наркотиков необходимо предоставить выбор: либо прекратить потребление, либо перейти на безопасные формы (курить, нюхать, глотать), либо делать инъекции стерильными инструментами. Это называется стратегией «снижения риска при употреблении наркотиков» или «снижения вреда, наносимого наркотиками».

Против стратегии «снижения вреда» часто выдвигают аргумент, что она якобы не отражает нетерпимости общества и государства по отношению к наркотикам и чуть ли не поощряет их употребление. На самом деле стратегия «снижения вреда» противостоит разрушительной силе наркотиков и спасает тех, кто стал жертвой наркозависимости, давая им возможность выжить и в будущем вернуться к нормальной жизни. Запрещать вести реальную профилактику среди наркозависимых – значит сознательно обрекать на болезнь и смерть тысячи молодых людей, которых можно было бы спасти.

Стратегия «снижения вреда» одновременно предполагает активную просветительскую работу среди основной части молодежи с целью предупредить «экспериментирование» с наркотиками и приобщение к ним.

Программы снижения вреда включают обмен шприцев, информирование наркозависимых о безопасных методах введения наркотиков в сочетании с целым спектром медико-социальных и наркологических услуг.

По мнению международных экспертов^{2, 5}, программы обмена шприцев являют-

25 Источник: The Lindesmith Center, Needle Exchange Fact Sheet. 1995 г.

ся простым, экономичным способом сократить использование совместного инструментария, снизить уровень распространения ВИЧ/СПИДа, обеспечить безопасное уничтожение использованных игл, донести информацию до потребителей инъекционных наркотиков, помочь потребителям подготовиться к лечению от наркозависимости, детоксикации и получить первую медицинскую помощь. У большинства клиентов программ обмена шприцев отмечается снижение рискованного поведения – они перестают пользоваться совместным инъекционным инструментарием или чаще дезинфицируют его, не выбрасывают использованные шприцы.

В разных городах России программы профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков действуют с 1997 года на базе медицинских или общественных организаций по согласованию с администрацией города или области, органами здравоохранения, УВД и другими. Началу программ также предшествовало проведение на территории этих городов экспресс-оценки ситуации по употреблению наркотиков и факторов риска в отношении ВИЧ-инфекции. Работа программ строится с учетом мировой практики и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, Объединенной программы ООН по СПИДу и Совета Европы. Основные компоненты: информационная работа среди ПИН, социальная работа (аутрич) в местах сбора потребителей наркотиков; разработка и распространение информационных материалов (листовок, буклетов, брошюр) по проблемам профилактики ВИЧ-инфекции и другим медицинским проблемам; обмен шприцев и бесплатная выдача средств личной профилактики, таких как презервативы, спиртовые салфетки, дезинфицирующие средства, а также разработка и внедрение программ помощи потребителям наркотиков, где клиенту гарантированы конфиденциальность, анонимность, дружелюбное отношение, удобный график и широкий спектр консультативных, медицинских и социальных услуг.

Однако у программ снижения вреда немало противников. Во-первых, российский Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» фактически запрещает – без каких-либо оговорок или исключений – любое обучение наркозависимых мерам безопасности при употреблении наркотиков: «...деятельность физических или юридических лиц, направленная на распространение сведений о способах... использования... наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров... запрещается... Запрещается пропаганда каких-либо преимуществ использования отдельных наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров...»²⁶.

Против введения программ обмена шприцев выступает, в частности, МВД РФ. В своем письме заместителю министра здравоохранения РФ Стародубову В. И. от 28 августа 1998 года «О реализации некоторых статей Фе-

26 Статья 46 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах».

дерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» начальник Управления по борьбе с незаконным оборотом наркотиков МВД РФ А. Сергеев заявил об отрицательной позиции МВД по отношению к реализации данных программ в России, обосновывая это тем, что «программа обмена шприцев не только расширяет круг лиц, потребляющих наркотики, но и способствует быстрому переходу на потребление более «жестких» видов наркотиков, привлекает криминогенный контингент из других регионов и рассматривается здоровой частью общества как нравственно-экологическая интервенция, угрожающая национальной безопасности»²⁷.

Однако исследования²⁸ показали, что программы снижения вреда не повышают уровень употребления наркотиков ни у клиентов программ, ни в обществе в целом. Эти программы дают возможность установить контакт с малодоступной для системы здравоохранения группой наркопотребителей и оказать им помощь. Многие клиенты программ обмена шприцев получили направления в инфекционные больницы, на тестирование на ВИЧ, гепатиты, ИППП, а также в программы реабилитации и лечения наркозависимости.

Характеристика некоторых наркотиков

Героин – наиболее распространенный из опиатов – наркотиков, производимых из опийного мака, к которым также относятся опиум и морфий. Из этой же группы «черная» – самодельный наркотик, приготовляемый из маковой соломки или мака-сырца (молочка). Героин был впервые произведен в 1898 году – по иронии судьбы его рекламировали как лекарство от морфийной зависимости, еще не зная, что зависимость от героина намного сильнее, чем от морфия.

Героин часто употребляют в инъекциях, что создает риск заражения через кровь вирусными гепатитами, сифилисом, ВИЧ.

Ощущение эйфории – «приход», – ради которого употребляют героин, ослабевает при регулярном потреблении, поэтому героинозависимым приходится все время повышать дозу наркотика.

Через несколько часов после прекращения действия наркотика у героинозависимого начинается ломка – синдром отмены. Героин дает сильные ломки, продолжающиеся 5 – 10 дней (острый период) и похожие на симптомы тяжелого гриппа: насморк, тошнота и рвота, понос, боли в мышцах, учащенное сердцебиение.

27 Источник: «Проблемы правового регулирования оборота наркотиков. Лечить или убивать?» Сборник материалов. Общественный центр содействия реформе уголовного правосудия. Москва, 2000 г.

28 Источник: The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad. Prepared by the School of Public Health, University of California, Berkeley and the Institute for Health Policy Studies, University of California, San Francisco.

При употреблении героина может произойти передозировка: мозг перестает отдавать команды дыхательным мышцам грудной клетки и дыхание замедляется, а при достаточно сильной дозе – останавливается.

Для лечения героиновой зависимости используют синтетический опиат – метадон. Это тоже наркотик, но он, обладая более медленным действием, позволяет наркоману начать работать и постепенно возвращаться к нормальной жизни; дозу метадона в ходе лечения плавно снижают; метадон можно принимать не в инъекциях, а пероральным путем (глотать), что имеет большое значение для профилактики гепатита, ВИЧ и других инфекций.

В нашей стране метадоновая заместительная терапия пока не принята медицинским сообществом и официально не разрешена.

Амфетамины – вещества, стимулирующие центральную нервную систему, по действию подобные адреналину. Впервые амфетамины стали использоваться в 1930-х годах как лекарство: их применяли для облегчения дыхания, когда заложен нос, для преодоления сонливости и упадка сил. Частыми потребителями амфетаминов были профессиональные спортсмены, водители-«дальнобойщики» и студенты перед экзаменами. Обнаружив, что амфетамины быстро порождают устойчивую зависимость, медики начали относиться к ним с осторожностью и применять по строго ограниченным показаниям.

Распространенные у нас **«винт»** и **«мулька»** – это кустарно приготовленные инъекционные препараты на основе эфедрина, лекарства группы амфетаминов.

Амфетамины вызывают временный прилив энергии и активности.

Наркотик создает сильную психологическую зависимость практически с первого укола. У людей, употребляющих амфетамины, развивается характерный «амфетаминовый психоз», сходный с параноидальной шизофренией: искаженное восприятие, страх, бред преследования, вспышки агрессии.

К возбуждающим средствам, близким по действию к амфетамину, относится сравнительно недавно появившийся наркотик **«кат»**.

Галлюциногены. ЛСД, или «кислота», – это диэтиламид лизергиновой кислоты. Этот мощный наркотик-галлюциноген был открыт в 1938 году доктором Альбертом Хофманном, а особое распространение получил в 60 – 70-е годы. ЛСД вызывает чувство эйфории, зрительные и слуховые галлюцинации, резко изменяет восприятие окружающего мира и себя – этот процесс потребители ЛСД называют «трипами», то есть путешествиями. Иногда происходит «плохой трип» – эпизод острой паники, когда человек боится потерять рассудок и

хочет немедленно выйти из состояния, вызванного ЛСД. Во время «плохих трипов» человеку может казаться, например, что по всему его телу ползают пауки или что он падает в бездонную черную пропасть. ЛСД употребляют в таблетках, порошке, растворе – в основном орально, но иногда в инъекциях.

К галлюциногенам также относятся **фенциклидин**, или РСР («пи-си-пи»), изменяющий восприятие времени и пространства; **кетамин**; псилоцибин, или **грибы** (растущие, кстати, в окрестностях Москвы, Санкт-Петербурга и других городов России); а также **экстази**, сочетающий свойства галлюциногенов и амфетаминов.





Риск и профилактика передачи ВИЧ половым путем

Большинство заражений ВИЧ в мире происходит при незащищенном половом контакте. Во многих случаях этих заражений можно было бы избежать. Нередко можно услышать, что главная проблема в недостатке знаний о ВИЧ и СПИДе, о путях заражения и способах предохранения. Это правда, но не вся правда: многие люди вступают в опасный контакт и заражаются ВИЧ даже имея достаточно знаний об инфекции. Одна из причин – уязвимость и бесправие отдельных людей или сообществ²⁹. Помимо этого имеет значение доступность средств предохранения и готовность ими воспользоваться.

Факторы, повышающие риск

Разные виды половых контактов связаны с разной степенью риска передачи ВИЧ. Есть ряд факторов, повышающих риск заражения при половом контакте при прочих равных условиях.

Риск заражения для обоих партнеров возрастает при сопутствующих венерических заболеваниях (ИППП)³⁰.

Инфекции, передающиеся половым путем, справедливо называют «воротами для вируса», поскольку они вызывают язвы или воспаление слизистой оболочки половых органов. При этом к поверхности слизистой оболочки посту-

29 См. главу «Риск или уязвимость?».

30 См. главу «ВИЧ и ИППП».

пает большое количество лимфоцитов, в особенности тех, которые служат мишенью для ВИЧ (Т-4 лимфоцитов). Воспаление также вызывает изменения в мембране клеток, что увеличивает риск проникновения вируса.

Вероятность заражения женщины от мужчины при половом контакте примерно в три раза выше, чем мужчины от женщины.

У женщины при незащищенном половом акте в организм попадает большое количество вируса, содержащегося в семенной жидкости мужчины. Площадь поверхности, через которую вирус может проникнуть внутрь, у женщины значительно больше (слизистая оболочка влагалища). Кроме того, в семенной жидкости ВИЧ содержится в большей концентрации, чем в секретах влагалища. Риск для женщины возрастает при ИППП, эрозии шейки матки, ранках или воспалениях слизистой оболочки, при менструации, а также при разрыве девственной плевы.

Риск заражения для «принимающего» партнера всегда выше при анальном, вагинальном и оральном сексе.

Риск заражения и для мужчины, и для женщины увеличивается, если у партнерши эрозия шейки матки.

Для женщины – поскольку эрозия служит «входными воротами» для вируса. Для мужчины – поскольку у ВИЧ-положительной женщины эрозия может привести к отслаиванию с шейки матки клеток, содержащих вирус.

Риск заражения при анальном контакте значительно выше, чем при вагинальном, поскольку высока вероятность травм слизистой оболочки ануса и прямой кишки, что создает «входные ворота» для инфекции.

Подсчитано, что среднестатистический риск передачи ВИЧ в результате однократного незащищенного анального контакта для «принимающего» партнера составляет от 0,8% до 3,2% (от 8 до 32 случаев на 1 тысячу). При однократном вагинальном контакте статистический риск для женщины составляет от 0,05% до 0,15% (от 5 до 15 случаев на 10 тысяч).

Результаты одного из опубликованных исследований³¹ дают более подробную картину риска при незащищенном анальном сексе:

- для «принимающего» партнера, когда второй партнер ВИЧ-положительный, – 0,82%;
- для «принимающего» партнера, когда ВИЧ-статус второго партнера неизвестен, – 0,27%;
- для «вводящего» партнера – 0,06%.

31 «Per-Contact Risk of Human Immunodeficiency Virus Transmission between Male Sexual Partners,» American Journal of Epidemiology, 1999 г.; 150:306-11.

Однако низкий среднестатистический риск заражения при однократном контакте – не повод для успокоенности. В цитируемом выше исследовании 9 из 60, то есть 15% заразившихся, получили ВИЧ в результате одного или двух эпизодов незащищенного «принимающего» анального секса.

Оральный секс

В целом данные большинства исследований подтверждают, что оральный секс с мужчиной (фелляция) или с женщиной (куннилингус) в некоторых случаях может быть путем передачи ВИЧ, но значительно менее опасен, чем незащищенный анальный или вагинальный секс. При оральном сексе риск заражения ВИЧ существует только для того, кто соприкасается со спермой или вагинальными выделениями; второй партнер может заразиться некоторыми другими инфекциями, но не ВИЧ, поскольку соприкасается только со слюной. Исключения составляют разве что случаи, когда у партнера, делающего фелляцию или куннилингус, есть кровотечение или открытые раны в полости рта. При фелляции риск передачи ВИЧ можно снизить, если не допускать эякуляции в рот. Презерватив или пленка полностью предохраняют от заражения ВИЧ при оральном сексе.

В исследовании, проведенном под эгидой Университета Южной Калифорнии в Сан-Франциско³², были опрошены за два года почти 200 человек, часто занимавшихся незащищенным оральным сексом в регионе с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции, и не обнаружено ни одного заражения ВИЧ. По словам руководителя этой исследовательской группы, «в результате орального секса можно получить другие заболевания, передающиеся половым путем, такие как гонорея, сифилис, хламидиоз и герпес. Но что касается ВИЧ, то складывается впечатление, что риск его передачи при оральном сексе на порядок ниже, чем при анальном».

В Университете Сан-Франциско было также проведено другое, не связанное с предыдущим, исследование, где с помощью математической модели было подсчитано, что риск получения ВИЧ в результате единичного орального полового акта составляет примерно 4 на 10 тысяч, в то время как риск заражения при анальном сексе с презервативом составляет 4 на 1 тысячу.

Презервативы – барьерный метод защиты

При правильном и постоянном использовании качественных презервативов риск передачи ВИЧ при проникающем половом контакте значительно снижается.

32 Kimberly P. Schafer и другие, Калифорнийский университет в Сан-Франциско (США), по материалам доклада на Второй национальной конференции по профилактике ВИЧ, август 2001 г.

Презервативы защищают от попадания в организм **жидкостей** (включая семенную жидкость, вагинальные секреты, кровь), через которые может передаваться ВИЧ и ряд других инфекций. Мужчина, надев презерватив, предохраняется от попадания вирусов и бактерий на закрытую латексом часть полового члена. Презерватив также защищает слизистые оболочки влагалища, ануса, ротовой полости от возбудителей ИППП, которые могут быть на половом члене или в семенной жидкости партнера. Презервативы эффективно предохраняют от ИППП, передающихся через жидкости. К таким инфекциям относятся гонорея, хламидиоз, ВИЧ, гепатит В, сифилис, трихомониаз, цитомегаловирус и некоторые другие.

Есть ИППП, от которых презерватив **не защищает**, потому что они передаются при контакте **с кожей**. ИППП, вызывающие кожные поражения (герпес, остроконечные кондиломы, сифилис), могут находиться на участках, не закрытых презервативом, – например, на коже мошонки, вокруг анального отверстия или входа во влагалище. При контакте не защищенной презервативом кожи или слизистых оболочек с такими участками может произойти заражение. Презерватив не защитит вас также от чесотки и лобкового педикулеза.

То, что презервативы защищают от ВИЧ-инфекции, доказано несколькими исследованиями дискордантных пар, в которых один из партнеров был заражен ВИЧ-инфекцией, а другой нет.

В первом исследовании участвовали 245 дискордантных гетеросексуальных пар. В 123 парах, постоянно пользовавшихся презервативом, никто из ВИЧ-отрицательных партнеров не заразился. В 122 парах, пользовавшихся презервативом нерегулярно, 12 ВИЧ-отрицательных партнеров (10%) заразились³³.

В другом исследовании из 171 дискордантной пары, которые постоянно пользовались презервативом, заразились 3 женщины (2%). Из 55 пар, пользовавшихся непостоянно, заразились 8 (15%). Когда был дополнительно учтен фактор длительности совместной жизни, то на каждые 100 человеко-лет наблюдения частота заражения пар, пользовавшихся презервативом постоянно, составила 1,1%, непостоянно – 9,7%³⁴.

В разных исследованиях приводятся различные данные о вероятности разрыва презерватива во время полового акта – от 1% до 8%. В одном исследовании половых партнеров, пользовавшихся презервативом в течение длительного времени, у 62% пар презерватив не порвался ни разу, у 29% пре-

33 Де Винченци И., Европейская группа по исследованиям гетеросексуальной передачи ВИЧ. Доклад «Гетеросексуальная передача ВИЧ в европейском контингенте гетеросексуальных пар» представлен на 9-й Всемирной конференции по СПИДу в Берлине в 1993 г.

34 Саракко А., и др. «Половая передача ВИЧ от мужчины к женщине: долговременное исследование 343 постоянных партнеров инфицированных мужчин». AIDS Journal, № 6, Р. 497-502, 1993, США.

резерватив порвался 1 – 3 раза, а у 9% – более четырех раз. Большинство других исследований выявили ту же тенденцию: частые разрывы презервативов происходят у небольшого процента пар. Это может указывать на такие «факторы пользователя», как техника и опыт, количество смазки, соответствие размера презерватива и некоторые другие. Интересно, что у работников сферы секс-услуг был зарегистрирован самый низкий процент случаев разрыва или соскальзывания презерватива. Существует предположение, что при анальном сексе презервативы «подводят» чаще, чем при вагинальном, но это пока не подтверждено исследованиями.

Специалисты Университета Джона Хопкинса (США)³⁵ утверждают, что для снижения распространения ИППП и ВИЧ-инфекции использование презервативов в мире должно возрасти в 3 раза и достичь по крайней мере 24 миллиардов презервативов в год.

По данным того же исследования Университета Джона Хопкинса, люди не пользуются презервативами по нескольким причинам: одни считают, что презервативы слишком дороги, другие убеждены, что им не угрожают ИППП или нежелательная беременность. В своем докладе исследователи приводят данные опроса, проведенного в Уганде в 1995 году. Респонденты – неженатые мужчины – знали о существовании ВИЧ/СПИДа, но лишь 40% считали, что презервативы могут защитить от заражения.

Кроме того, в развитых странах наблюдается опасная тенденция: в связи с широкой доступностью противовирусных препаратов некоторые люди ошибочно решили, что опасность миновала, и перестали пользоваться презервативами. В результате такой беспечности число новых заражений, например, в США не снижается и составляет около 40 тысяч в год.

Во всем мире около половины всех заражений ВИЧ и другими ИППП приходится на молодежь в возрасте от 10 до 25 лет. В связи с этим особенно важно обучение молодых людей ответственному и безопасному сексуальному поведению. В ходе опроса, проведенного в США, было выяснено, что подростки, с которыми их матери говорили о презервативах по крайней мере за год до того, как подросток начал половую жизнь, значительно чаще пользуются презервативами при первом сексуальном контакте. Кроме того, те, кто пользовался презервативом при первом контакте, в 20 раз чаще продолжают постоянно пользоваться презервативом впоследствии.

Использование презерватива как метода предохранения зависит от мужчины, в то время как существует настоятельная потребность в методах профилактики ВИЧ, которыми женщины могли бы пользоваться без ведома мужчин.

35 Цитируется по «Improved Condom Use Urged to Reduce Disease» Nation's Health (07/99) Vol.

Уже существует и используется женский презерватив из полиуретана, закрепленный на гибком проволочном кольце и вводимый во влагалище перед половым актом. Существуют данные о том, что использование диафрагмы может до некоторой степени защитить от ВИЧ, но необходимы дополнительные исследования эффективности этого метода.

В мире активно ведутся разработки микробицидов – веществ, которые предохраняли бы «принимающего» партнера от ВИЧ даже в отсутствие презерватива. К сожалению, пока ни один из препаратов этого класса не продемонстрировал достаточную эффективность и надежность как средство защиты от вируса. Одной из перспективных разработок является микробицидный гель, показавший свою эффективность против ВИЧ в лаборатории. Предполагается, что входящие в его состав полимерные сульфаты способны препятствовать проникновению вируса в клетки. Есть надежда, что в ближайшие несколько лет будут созданы и появятся в продаже эффективные и доступные по цене препараты, которые послужат альтернативой или дополнением барьерных методов защиты от ВИЧ.





ВИЧ и молодежь: проблемы и пути их решения

В июле 2002 года был опубликован доклад «Молодежь и ВИЧ/СПИД: возможности и кризис», в котором раскрыт тревожный факт: хотя большинство людей начинают половую жизнь именно в подростковом возрасте, значительная часть молодежи во всем мире не имеет представления о том, как передается ВИЧ и как от него защититься.

Разработанный Детским фондом ООН (UNICEF), Объединенной программой ООН по СПИДу (UNAIDS) и Всемирной организацией здравоохранения, этот доклад является первым подробным исследованием поведения и знаний молодежи 15 – 24 лет в связи с эпидемией СПИДа. Доклад содержит также последние сведения о распространении ВИЧ-инфекции в этой возрастной группе по странам.

По словам исполнительного директора Детского фонда ООН Кэрол Беллами, имеют место две взаимосвязанные тенденции, во многом определяющие развитие эпидемии ВИЧ/СПИДа. Во-первых, молодежь занимается сексом, и мир должен считать этот факт предпосылкой для создания эффективных программ профилактики. Во-вторых, молодежь не обладает достаточным

уровнем знаний, чтобы защитить себя. Трагическим последствием этого становится непропорционально высокое число молодых людей, которые становятся добычей ВИЧ.

В докладе подчеркивается центральное место молодежи в эпидемии ВИЧ/СПИДа: молодые люди в наибольшей мере находятся под ударом, но они же являются и ключом к решению проблемы. Несмотря на это, стратегии борьбы с эпидемией обычно не уделяют молодежи достаточного внимания. Усилия всех стран должны быть сосредоточены на работе с молодежью, чтобы информировать ее о ВИЧ и путях защиты от инфекции.

В целом, исследования, проведенные в 60 странах, говорят о том, что свыше 50% молодежи в возрасте 15 – 24 лет серьезно заблуждаются по поводу путей передачи ВИЧ – это важнейший показатель того, что молодежь не имеет доступа к достоверной информации. В некоторых странах, причем там, где вирус представляет наибольшую угрозу, всего 20% молодежи обладают правильными знаниями о способах защиты. В результате на сегодняшний день половина новых случаев инфицирования приходится на лиц в возрасте 15 – 24 лет.

Как заявил директор Объединенной программы ООН по СПИДу Питер Пиот, «очевидно, что молодежь не располагает ни информацией, ни средствами, необходимыми, чтобы защитить себя от ВИЧ. Каждый день 6 тысяч молодых людей заражаются ВИЧ. Каждый из этих случаев можно предотвратить. Профилактика недорога и доступна, на одного выпускника школы достаточно всего 8 долларов в год. В каждой стране, где сократилось количество новых случаев ВИЧ-инфекции, наиболее ощутимые результаты были достигнуты именно среди молодежи».

В докладе ООН сделан ряд тревожных выводов:

Молодежь не располагает достаточной информацией о ВИЧ/СПИДе.

В странах с тяжелой эпидемиологической обстановкой, таких как Камерун, Центрально-Африканская Республика, Экваториальная Гвинея, Лесото и Сьерра-Леоне, более 80% девушек в возрасте 15 – 24 лет имеют недостаточный уровень знаний о ВИЧ. Немногим лучше ситуация в Восточной Европе: хотя 99% украинских девушек слышали о СПИДе, только 9% смогли назвать три способа избежать заражения.

Во многих странах с высоким числом ВИЧ-положительных юноши и девушки начинают половую жизнь, не достигнув 15-летнего возраста.

Согласно недавнему исследованию, проведенному среди юношей 15 – 19 лет в Габоне, Гаити и Малави, четверть из них сообщили, что имели половые контакты в возрасте до 15 лет.

Обучение методам предохранения, включая использование презервативов и воздержание от половой жизни, необходимо начинать раньше. В Буркина-Фасо только 45% юношей в возрасте 15 – 19 лет сообщили, что используют презервативы при внебрачных половых контактах – по сравнению с 64% среди молодых людей в возрасте 20 – 24 лет. В Малави соответствующие показатели составили 29% и 47%. Исследование 1999 года, проведенное в Украине, показало, что только 28% девушек в возрасте 15 – 24 лет использовали презерватив при первом половом контакте.

Очень высок риск заражения среди девушек-подростков, особенно в Африке южнее Сахары. По оценкам экспертов, свыше двух третей новых случаев ВИЧ-инфекции среди лиц в возрасте 15 – 19 лет в этом регионе приходится на женщин. В Эфиопии, Малави, Танзании, Замбии и Зимбабве на каждого ВИЧ-положительного юношу 15 – 19 лет приходится пять-шесть девушек того же возраста.

В докладе ООН подчеркивается, что в тех странах, где эпидемия ВИЧ/СПИДа идет на убыль, таких как Таиланд и Уганда, это происходит в первую очередь потому, что молодежи были предоставлены знания, средства и помощь для перехода к безопасному поведению. Отмечается связь между уровнем знаний и поведением молодежи, а также важная роль окружения в формировании навыков, необходимых для защиты от инфекции. Говорится также о необходимости работы с уязвимыми группами молодежи, такими как потребители внутривенных наркотиков и секс-работники.

В докладе выделены 10 мер, которые должны стать составной частью профилактической работы с молодежью во всех странах:

- Положить конец замалчиванию проблемы СПИДа и предрассудкам в ее освещении.
- Обеспечить молодежь информацией.
- Вооружить молодежь жизненными навыками, необходимыми для применения полученных знаний на практике.
- Создать службы, ориентированные на молодежь.
- Развивать добровольное и конфиденциальное тестирование на ВИЧ и консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа.
- Работать с молодежью, поощрять ее участие в профилактических мероприятиях.
- Вовлекать в работу молодых людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.
- Создавать окружение, обеспечивающее поддержку.
- Охватить молодежь, наиболее подверженную риску.
- Укреплять сотрудничество, отмечать успехи.



Жизнь с ВИЧ

Десятки миллионов людей всего мира живут с ВИЧ, их окружают сотни миллионов родных и близких. Число людей, затронутых эпидемией, растет год от года. В отличие от многих других заболеваний диагноз «ВИЧ-инфекция» сопровождается множеством социальных и психологических проблем, внутренних кризисов, стрессов, трудностей в межличностных отношениях, которые появляются задолго до того момента, когда человеку может потребоваться медицинская помощь. Это не всегда понятно людям, которых лично не коснулась проблема СПИДа. ВИЧ-положительные учатся решать свои жизненные проблемы и помогают другим преодолеть одиночество, дискриминацию, непонимание и предвзятое отношение окружающих. Так в процессе взаимопомощи формируется сообщество людей, живущих с ВИЧ.

Что дальше

В первый момент при получении диагноза «ВИЧ-инфекция» большинство людей испытывают сильнейший шок, а затем перед ними встает вопрос о том, как сложится их дальнейшая жизнь, сколько она продлится и как это все отразится на близких им людях. Не существует единой или типичной реакции на этот диагноз; все воспринимают его по-разному. Многих охватывает гнев, подавленность, отчаяние, страх за себя или за близких. Некоторые в первый момент думают о самоубийстве. Другие, напротив, абсолютно спокойны. Нередко человек вначале не верит своему диагнозу.

Диагноз «ВИЧ-инфекция» означает присутствие в крови вируса иммунодефицита человека, которое может на протяжении долгих лет не сопровождаться никакими изменениями в состоянии здоровья. Однако знание о своей ВИЧ-инфекции практически всегда приводит к изменениям в жизни человека.

Прежде всего меняются его/ее представления о ВИЧ и СПИДе, которые бытуют в обществе, а значит, присутствуют и у самого человека. Наличие ВИЧ не делает человека больным, он может оставаться здоровым долгие годы. ВИЧ-инфекция не делает человека беспомощным: многие люди с ВИЧ ведут активный образ жизни, принимают важные для себя решения, отстаивают свои права и помогают в этом другим. Этот диагноз уже не звучит как смертный приговор, и продолжительность здоровой, бессимптомной жизни при ВИЧ-инфекции постоянно увеличивается благодаря новым методам лечения.

Хотя во многом эпидемия СПИДа уникальна, один из ее главных уроков лишь повторяет то, что известно человечеству испокон веков: одержать верх над болезнью и преодолеть тяжелую ситуацию больше шансов у того, кто берет на себя ответственность за свою жизнь и не довольствуется ролью жертвы. Многие ВИЧ-положительные прекрасно осознают это и стремятся как можно больше узнать о ВИЧ-инфекции, о новых лекарствах и методах лечения, о своих правах и путях их защиты.

Почти неизбежно ВИЧ-положительный сталкивается с дискриминацией, негативным отношением в обществе, а также с прямым нарушением своих прав. Это влияет на качество жизни, отношения с окружающими и на отношение к самому себе. ВИЧ-положительные часто испытывают страх за своих близких. В дискордантных парах присутствует боязнь передачи вируса сексуальному партнеру. Многие ВИЧ-положительные переживают, что не смогут иметь детей, поскольку существует риск передачи вируса от матери ребенку.

Несмотря на многочисленные трудности, диагноз «ВИЧ-инфекция» не означает, что человек должен отказаться от своих планов и интересов, от учебы, работы и развлечений, от любви и секса. Все больше людей находят решения проблем, связанных с ВИЧ, и многие обнаруживают, что их жизнь не изменилась кардинально.

Психологические проблемы

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней. Людям, живущим с ВИЧ, зачастую приходится сталкиваться с социально-психологическими проблемами задолго до того, как им

понадобится медицинская помощь. Очень важно уделять особое внимание решению этих проблем. Эмоциональное самочувствие ВИЧ-положительных требует не менее серьезного подхода, чем физическое. Научиться жить с ВИЧ – сложная задача, она требует немало времени и сил, а также поддержки и помощи со стороны близких и специалистов.

Диагноз «ВИЧ-инфекция» – это серьезный кризис, который с первого дня сопровождается острыми переживаниями. У большинства ВИЧ-положительных бывают тяжелые периоды, для которых характерны депрессия, тревожность, страх, нарушения сна, ночные кошмары, трудности концентрации внимания, чувство беспомощности, безнадежность, мысли о смерти. Эмоциональные кризисы мешают заботиться о своем здоровье и порой приводят к трудно исправимым ошибкам. В жизни ВИЧ-положительного человека существует несколько критических моментов:

- **Получение диагноза.** Один из сложнейших эмоциональных кризисов в жизни человека с ВИЧ. Обычно он связан с одной стороны с недостатком достоверной информации о ВИЧ/СПИДе, с другой стороны – с отсутствием поддержки, помощи и понимания окружения. Особо тяжело бывает тем, чьи родные и друзья негативно отреагировали на диагноз. Большинство людей, узнавших о своем ВИЧ-статусе, вынуждены пересматривать жизненные планы и приоритеты.
- **Появление первых проявлений.** Зачастую эти проявления не имеют отношения к ВИЧ-инфекции, но ВИЧ-положительный может воспринять их как симптомы развития заболевания. До этого момента человек только знал о наличии вируса, теперь для него ВИЧ становится видимым, а проявления – доказательством диагноза.
- **Необходимость начать регулярно принимать лекарства.** Большинство людей с ВИЧ – молодые люди, которые не имели ранее опыта долгосрочного лечения и ежедневного приема лекарственных препаратов. Некоторых из них пугает мысль о неспособности иммунной системы самостоятельно бороться с вирусом, других – сложность приема и возможность появления побочных проявлений от лечения³⁶. Особенно тяжело этот этап переживают люди, узнавшие о своем вирусе много лет назад³⁷, так как большинство из них не рассчитывали, что смогут прожить столько лет и не строили долгосрочных планов. Появление противовирусной терапии и необходимость начала ее приема делает необходимым в очередной раз кардинально переоценить свои жизненные ценности.

36 См. главу «Лечение».

37 См. раздел «Долгожители – «нон-прогрессоры».

- **Серьезные болезненные симптомы и необходимость лечь в больницу.** Болезненные симптомы сами по себе являются тяжелым испытанием для человека, но помимо этого многие боятся, что невозможно возвращение к бессимптомной стадии ВИЧ-инфекции и что отныне их жизнь будет связана с постоянной болью, лекарствами и больницей. Состояние здоровья и нахождение в лечебном учреждении зачастую вынуждают бросить работу или прекратить учебу. Сам факт пребывания на лечении в инфекционной больнице или в стационаре СПИД-центра может раскрыть ВИЧ-статус близким, не позволяя сохранить тайну диагноза.
- **Тяжелая болезнь или смерть знакомого ВИЧ-положительного.** Продолжительная болезнь, невозможность самостоятельно заботиться о себе, а также изменения во внешности вносят коррективы в жизнь человека с ВИЧ. Потеря близкого всегда тяжелый удар для его окружения, особенно тяжело воспринимают смерть от СПИДа знакомые, которые сами ВИЧ-положительные. Мысли о возможности приближения собственной смерти иногда приводят к серьезным эмоциональным кризисам.

В подобные моменты жизни человек особенно нуждается в поддержке. Кроме того, у каждого могут быть свои кризисы в зависимости от ценностей и приоритетов тех, которые оказались под угрозой в связи с ВИЧ-инфекцией – учеба, карьера, личные отношения, создание или сохранение семьи, любимое занятие.

Все эти кризисные ситуации связаны с эмоциональными потерями и глубокими негативными переживаниями. Человек испытывает гнев, отчаяние, чувство вины, тревогу, горечь утраты. Многие ВИЧ-положительные со всей остротой осознают собственную смертность и боятся потерять физическую привлекательность, здоровье, самостоятельность либо утратить друзей и близких и остаться в одиночестве.

Не случайно одной из частых проблем у ВИЧ-положительных является **депрессия**, причем многие не знают ее симптомов и не обращаются за помощью, которая часто бывает совершенно необходима для преодоления этого состояния. Депрессия выражается в подавленном настроении, продолжающемся более двух недель, потере интереса к большинству видов деятельности, непреходящей усталости, чрезмерном чувстве вины, раздражительности, чувстве беспомощности и безнадежности. Исследования показывают, что депрессия связана с повышенной заболеваемостью и смертностью людей с ВИЧ. Депрессия также мешает человеку заботиться о своем здоровье – например, в состоянии депрессии ВИЧ-положительный может нарушить режим приема противовирусных препаратов.

По счастью, депрессия хорошо поддается лечению, если вовремя обратиться за помощью. В этом случае для человека, живущего с ВИЧ, большое значе-

ние имеют группы поддержки и взаимопомощи, а также индивидуальное консультирование. При тяжелых формах депрессии понадобится медикаментозное лечение и психотерапия.

В кризисной ситуации любой человек склонен справляться со стрессом привычным для себя способом. Если таким способом раньше был алкоголь или наркотики, то существует риск, что человек будет возвращаться к ним всякий раз при возникновении социальных, психологических и межличностных проблем. Известно, что зависимость не разрешает сложные ситуации, а лишь усугубляет их и добавляет новые. Помимо этого, употребление психоактивных веществ может привести к серьезным проблемам со здоровьем и с законом. Поэтому для многих ВИЧ-положительных, особенно заразившихся при употреблении наркотиков, диагноз оказался переломным моментом, который побудил их иначе взглянуть на жизнь и помог преодолеть свою зависимость.

Отношения с окружением

Едва ли не самый трудный из множества вопросов, которые вынужден решать для себя человек, получивший положительный результат теста на ВИЧ, – нужно ли сообщать кому-либо о своем диагнозе и если да, то кому и как. До сих пор бытует миф, что человек с ВИЧ-инфекцией якобы «обязан» информировать окружающих о диагнозе. При этом забывают, что **диагноз – это тайна**, которую защищает закон. Раскрытие диагноза против воли человека является как минимум безнравственным поступком, а если его совершает медработник, то и противозаконным.

Человек имеет полное право хранить свой диагноз в тайне, но постоянно скрывать его от всех крайне тяжело. Рано или поздно каждый ВИЧ-положительный испытывает потребность поговорить с кем-нибудь о своих чувствах, переживаниях, проблемах. В этом случае необходимо взвесить все «за» и «против», потому что раскрыв тайну, человек уже не сможет взять свои слова обратно.

Существующие предрассудки в обществе и возможность дискриминации могут оказаться серьезным препятствием для раскрытия своего ВИЧ-статуса окружающим. До сих пор бытует мнение, что ВИЧ якобы передается при обычном бытовом контакте. Кроме того считается, что положительный результат анализа на ВИЧ – это смертный приговор. В результате подобных мифов к людям, живущим с ВИЧ, могут относиться как к «опасным» и «обреченным». ВИЧ-положительным обычно приходится терпеливо просвещать своих друзей и близких, чтобы они правильно воспринимали его/ее ВИЧ-статус.

Многим людям, живущим с ВИЧ, пришлось столкнуться с непониманием и отторжением со стороны семьи и друзей, но гораздо чаще **близкие** готовы

изменить свои взгляды. Не следует забывать, что им самим также нужна поддержка, потому что многие проблемы, которые несет с собой ВИЧ-инфекция, отражаются и на близких ВИЧ-положительного, знающих о его/ее диагнозе.

Знание о ВИЧ-статусе близкого человека вызывает у родных и друзей понятное беспокойство о его/ее будущем. Пытаясь справиться с ситуацией, они нередко проявляют излишнюю опеку, навязывают свое представление о том, как он/она должны строить свою жизнь, что может привести к дополнительному стрессу ВИЧ-положительного. В такой ситуации помогает откровенный разговор, иногда при участии врача или психолога.

Если родные и близкие могут не знать о ВИЧ-инфекции, то существует категория людей, с которыми каждый ВИЧ-положительный говорит о своем диагнозе, – это **врачи**. Отношения с лечащим врачом очень важны для большинства пациентов с ВИЧ, поскольку негативное или предвзятое отношение врачей мешает полноценно заботиться о своем здоровье. Отсутствие понимания и поддержки со стороны специалистов может побудить пациента обратиться к сомнительным и даже опасным способам лечения.

Многие думают, что в вопросах лечения пациент играет пассивную роль и все за него решает врач. Хотя никто не может заменить мнение специалиста, окончательное слово остается за пациентом, поскольку именно он/она несет ответственность за свое здоровье и качество жизни. Успех современной противовирусной терапии напрямую зависит от того, насколько ответственно пациент относится к лечению и в какой степени доверяет своему врачу. Очень важно установить конструктивные отношения с лечащим врачом и получить от него максимум информации, а также иметь возможность проконсультироваться с другими специалистами.

Одной из важнейших сфер человеческой жизни является сексуальность. Для любого человека важны близость, **интимные отношения**, возможность создания семьи. Зачастую пытаются запретить интимную жизнь людей с ВИЧ, оправдывая это риском передачи ВИЧ во время секса. Однако следует помнить, что никто не имеет права под предлогом охраны здоровья общества вмешиваться в личную жизнь человека и пары. В современном мире каждый должен ответственно относиться к своему здоровью и заботиться о собственной безопасности, в том числе в интимных отношениях. Нельзя возлагать эту ответственность целиком на ВИЧ-положительного партнера, тем более, что большинство людей не знают о своем ВИЧ-статусе. Люди с ВИЧ во всем мире имеют как ВИЧ-положительных, так и ВИЧ-отрицательных сексуальных партнеров – в том числе и в России, несмотря на уголовную статью, карающую ВИЧ-положительных за вступление в половую связь с ВИЧ-отрицательными.

Также каждый человек имеет право на сохранение своей тайны, особенно если ее раскрытие может иметь негативные последствия. Большинство людей с ВИЧ беспокоятся о своих партнерах, и возможность передачи вируса часто волнует ВИЧ-положительного партнера даже больше, чем ВИЧ-отрицательного. Раскрытие своего ВИЧ-статуса сексуальному партнеру может быть небезопасным, и это очень серьезное решение, с которым приходится сталкиваться человеку с ВИЧ. Для одних людей важна полная открытость в отношениях и они сообщают партнеру о своем ВИЧ-положительном статусе с первых же дней знакомства, другие по тем или иным причинам не готовы раскрыть свою тайну.

Обычно подразумевается, что безопасный секс необходим только для защиты ВИЧ-отрицательного партнера, а ВИЧ-положительным якобы «нечего терять». Даже сами ВИЧ-положительные иногда не знают, что другие инфекции, передаваемые половым путем, могут пагубно отразиться на их здоровье. Многие ИППП в сочетании с ВИЧ³⁸ протекают тяжелее и хуже поддаются лечению, одновременно снижая защитные функции организма и способствуя развитию ВИЧ. Даже если оба партнера ВИЧ-положительны, им рекомендуют пользоваться презервативами, чтобы избежать ИППП, а также реинфицирования ВИЧ.

Многие проблемы, с которыми сталкиваются обычные пары, резко обостряются у дискордантных пар, в которых один из партнеров ВИЧ-положительный, а другой – ВИЧ-отрицательный. Одна из главных проблем, мешающих эффективному общению в дискордантной паре, – это страх потерять любимого человека. Существуют и другие непростые вопросы: перспективы совместного будущего, решение зачать ребенка, угроза уголовной ответственности ВИЧ-положительного партнера, отношения с внешним миром. Многие пары ощущают себя одинокими и изолированными от остальных людей. Они часто сталкиваются с непониманием со стороны друзей, семьи и общества в целом и нуждаются в особой поддержке. Очень важно, чтобы партнеры были откровенны друг с другом и не избегали обсуждения сложных вопросов. Большое значение в этом случае имеет общение с другими парами с похожей ситуацией.

Стать родителем

Большинство ВИЧ-положительных хотят иметь детей, однако вынуждены учитывать риск передачи ВИЧ от матери ребенку³⁹. Каждая женщина сама имеет право принимать решение, беременеть ей или нет, сохранить или прервать наступившую беременность – это в полной мере касается и женщин с ВИЧ.

38 См. главу «Сочетание ВИЧ с другими инфекциями и заболеваниями».

39 См. раздел «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку».

Многие женщины, узнающие о своем ВИЧ-статусе во время беременности, стоят перед непростым выбором, и любое давление со стороны близких или врачей в этом случае недопустимо.

Во время беременности иммунный статус женщины всегда понижается, поэтому беременность может пагубно отразиться на здоровье женщины на стадии СПИДа, но при бессимптомной ВИЧ-инфекции риск ухудшения здоровья матери минимален. Знания о передаче ВИЧ от матери к ребенку постоянно обновляются, поэтому женщине необходимы квалифицированная консультация и дополнительная информация для принятия решения о беременности.

Часто при обсуждении беременности у ВИЧ-положительных женщин говорят только о снижении риска заражения ребенка. При этом женщине с ВИЧ приходится сталкиваться с другими, зачастую не менее тяжелыми вопросами. Некоторых беспокоит, что ребенок, даже будучи ВИЧ-отрицательным, может остаться сиротой из-за смерти одного или обоих родителей. Кроме того, на решение женщины о материнстве влияют самые разные обстоятельства, независимо от ВИЧ-статуса. Очень важно, чтобы обсуждение вопроса беременности у ВИЧ-положительной женщины не концентрировалось только на медицинских проблемах.

Некоторые противовирусные препараты противопоказаны при беременности, и если женщина, принимающая терапию, решает родить ребенка, ей необходимо проконсультироваться с врачом по поводу своего режима терапии. Как правило, важно продолжать курс лечения – возможно, изменив комбинацию препаратов. В случае прекращения лечения существует вероятность быстрого роста вирусной нагрузки, что может повысить риск передачи вируса ребенку.

Противовирусная терапия во время беременности, плановое кесарево сечение и отказ от вскармливания ребенка грудью позволяют снизить вирусную нагрузку матери и свести к минимуму возможный контакт ребенка с вирусом. При этом сохраняется риск, связанный с хирургической операцией, а также с противовирусной терапией, поскольку не известно, сколь долговременное влияние на ребенка окажет прием препаратов матерью во время беременности.

Для дискордантной пары, которая планирует зачать ребенка, существует риск передачи ВИЧ при незащищенном половом акте. Некоторые дискордантные пары стремятся снизить риск заражения при зачатии и занимаются незащищенным сексом только в дни высокой вероятности зачатия, которые женщина определяет по календарю. Если женщина ВИЧ-положительная, а мужчина ВИЧ-отрицательный, можно прибегнуть к искусственному оплодотворению. Если будущий отец ВИЧ-положителен, а мать отрицательна, ребенок может заразиться лишь в случае заражения матери – при этом риск пе-

редачи ВИЧ ребенку довольно велик, поскольку вирусная нагрузка женщины в первое время после заражения скорее всего будет высокой. Однако было немало случаев, когда женщины беременели от ВИЧ-положительных мужчин, оставшись при этом ВИЧ-отрицательными.

Некоторые дискордантные пары на Западе уже воспользовались новой экспериментальной технологией «очистения» спермы от вируса. Этот метод дает защиту от заражения ВИЧ-отрицательной женщины при зачатии, но из-за высокой стоимости пока не получил широкого распространения.

Малыш, живущий с ВИЧ

Сейчас в мире около 3 миллионов детей живут с ВИЧ. Обычно передача вируса ребенку происходит во время беременности или родов. Все дети рождаются с антителами матери, поэтому тест на ВИЧ у ребенка, рожденного от ВИЧ-положительной женщины, будет положительным. Для установления ВИЧ-статуса ребенка до полутора лет могут применяться анализы ПЦР, антиген и другие. Например, анализ ПЦР может быть достаточно достоверен у детей старше 3 месяцев. Тем не менее окончательный диагноз может быть поставлен только к полутора годам, когда материнские антитела исчезают из организма малыша.

Для матери невероятно тяжело узнать, что у ее ребенка ВИЧ. Многие женщины испытывают тяжелую депрессию, обвиняют себя в заражении ребенка, стыдятся того, что ребенок ВИЧ-положительный.

Ребенок, живущий с ВИЧ, ничем не отличается от ребенка с другим хроническим заболеванием. Он нуждается в заботе, любви, воспитании, образовании. ВИЧ-положительный ребенок, если позволяет состояние здоровья, должен ходить в школу, есть обычную пищу и отдыхать вместе со своей семьей. При этом у ребенка могут быть особые эмоциональные потребности, которые не встречаются ни у ВИЧ-отрицательных детей, ни у взрослых ВИЧ-положительных.

Иммунная система детей еще недостаточно развита, поэтому у ребенка ВИЧ-инфекция может прогрессировать очень быстро. У 20% ВИЧ-положительных детей симптомы оппортунистических инфекций появляются уже на первом году жизни. Риск развития раннего СПИДа во многом зависит от состояния здоровья матери во время беременности, ее иммунного статуса и вирусной нагрузки. У 80% детей ВИЧ-инфекция развивается аналогично ВИЧ-инфекции у взрослых.

ВИЧ-положительные дети нуждаются в регулярном медицинском обследовании, различных анализах крови. Особые требования предъявляются к вакцинации ВИЧ-положительных детей, ее нужно проводить в тесном взаимодействии с врачом, знающим ВИЧ-статус ребенка. Для того, чтобы предупредить

развитие оппортунистических заболеваний у детей, необходимо тщательно следить за чистотой в доме и проявлять внимание к любым изменениям в самочувствии ребенка. Очень важно следить, чтобы ребенок регулярно принимал назначенные препараты, учить его с самого раннего возраста соблюдать предписания врача. При этом не меньшую роль, чем лечение, играет забота о качестве жизни ребенка, его общение со сверстниками и атмосфера в семье.

Забота о себе

Многие ВИЧ-положительные отмечают, что их диагноз способствует постоянному самообразованию в области медицины. Стремительно развиваются методы лечения ВИЧ-инфекции⁴⁰, появляются новые препараты – в этих условиях очень важно **быть грамотным пациентом**, чтобы совместно с лечащим врачом принимать оптимальные для себя решения.

Комбинированная противовирусная терапия позволяет людям с ВИЧ оставаться здоровыми и жить полноценной жизнью. Тем не менее вместе с преимуществами терапия принесла много непростых вопросов. Прежде всего необходима гарантия постоянного доступа к препаратам для всех, кто в них нуждается. Немногие могут сами оплачивать дорогое лечение. Доступность терапии, от которой зависит человеческая жизнь, является прямой обязанностью государства и неотъемлемым правом каждого человека.

Главной гарантией успешности терапии является точное соблюдение схемы приема препаратов. Однако существует немало факторов, которые могут помешать пациенту строго следовать предписаниям врача, – например, нежелательные побочные действия терапии, эмоциональные трудности в связи с необходимостью ежедневно принимать лекарства и менять привычный образ жизни, боязнь лишних вопросов и догадок со стороны окружающих и многое другое.

Консультирование пациента по вопросам приема противовирусных препаратов должно начинаться еще до начала лечения. Решение о приеме терапии – это большая ответственность, к которой пациент должен быть морально готов.

Нередко успешное лечение сопровождается неприятными проблемами иного рода. Например, употребление некоторых противовирусных препаратов иногда приводит к липодистрофии, то есть к нарушениям распределения жировой ткани на теле. При этом на груди, животе и шее пациента появляются избыточные жировые отложения, а лицо и конечности неестественно худеют. Хотя само по себе изменение фигуры не является угрозой жизни и здоровью, многие пациенты считают его неприемлемым с эстетической точки зрения и не могут с ним смириться. Специалисты отмечают, что липодистрофия часто бывает глав-

40 См. главу «Лечение».

ной причиной нарушений режима или полного отказа от терапии. Пока что единственным способом борьбы с липодистрофией являются изменения в питании и образе жизни, включая физическую активность и занятия спортом.

Изменить привычный образ жизни непросто, особенно если раньше у человека не было опыта заботы о своем здоровье и качестве жизни. Это в полной мере относится к питанию. Хорошее **питание** – важное условие успеха при лечении ВИЧ-инфекции. Во времена начала эпидемии, когда не было эффективной противовирусной терапии и существовала опасность истощения на стадии СПИДа, специалисты советовали ВИЧ-положительным питаться как можно калорийнее, чтобы любым способом увеличить массу тела, и не заботиться о холестерине, так как подразумевалось, что ВИЧ-инфекция не позволит пациентам (в большинстве своем молодым людям) дожить до такого возраста, когда для них станет актуальным риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Сейчас ситуация радикально изменилась; изменился и подход к питанию людей с ВИЧ. Современная диета при ВИЧ-инфекции предполагает высокое содержание белка, которое препятствует истощению, низкое содержание жиров, чтобы контролировать уровень холестерина, а также достаточный уровень витаминов и микроэлементов.

Многие люди, живущие с ВИЧ, отмечают, что **физические упражнения** придают им чувство уверенности и контроля над собственным телом. Как специалисты, так и сами ВИЧ-положительные единодушны в том, что увлечение спортом значительно повышает качество жизни, хотя бы потому, что физические тренировки улучшают внешность, самооценку и настроение, что само по себе помогает преодолевать жизненные проблемы.

Кроме того, силовые упражнения, направленные на развитие мышечной массы, являются эффективным средством от нездоровой потери веса и способствуют сохранению иммунной функции. Аэробные упражнения (бег, велосипед, танцы) также полезны при ВИЧ-инфекции и помогают бороться с нарушениями жирового обмена. При любых видах физических упражнений важно избегать переутомления, поскольку оно вызывает стресс и ослабляет организм человека независимо от его/ее ВИЧ-статуса.

Альтернативные методы оздоровления очень важны для многих ВИЧ-положительных. К ним относятся йога, массаж, иглоукалывание, траволечение и другие средства, находящиеся за пределами классической медицины. У этих методов есть свои плюсы и минусы. С одной стороны, многие из них оказывают общеукрепляющее воздействие и помогают сохранять здоровье. Некоторые альтернативные методы способствуют облегчению побочных эффектов от препаратов, а также помогают справиться со стрессом и депрессией. Помимо прочего, использование средств альтернативной медицины помогает людям с ВИЧ почувствовать, что они могут самостоятельно сделать что-то для своего здоровья.

Но нельзя забывать, что альтернативное оздоровление не может быть заменой лекарствам. В частности, опасен отказ от противовирусной терапии ради альтернативного лечения. «Альтернативная программа» может принести пользу, только если проходит под наблюдением грамотного специалиста, знакомого не только с альтернативным методом, но и со спецификой состояния ВИЧ-положительного пациента. Также желательно, а иногда необходимо информировать лечащего врача об используемых нетрадиционных средствах.

Не существует точных медицинских данных о том, какие именно альтернативные методы эффективны при ВИЧ-инфекции. Поэтому в отношении подобных средств необходимо проявлять разумную осторожность.

К сожалению, в нетрадиционной медицине нередко встречается **шарлатанство**. Страх общества перед СПИДом на фоне низкой осведомленности, тяжелое психологическое состояние людей с ВИЧ и их близких, неизлечимый характер ВИЧ-инфекции – все это стало благодатной почвой для различного рода «целителей», услуги которых зачастую опасны для здоровья и даже для жизни пациентов.

Явным шарлатанством и подделкой является любой предлагаемый метод, если он:

- обещает полное излечение от ВИЧ, назван «гарантированным», «секретным», «сенсационным»;
- предлагает один и тот же способ лечения разнородных состояний, например, рака, наркомании и герпеса;
- требует отказаться от назначенного врачом противовирусного лечения.

Службы поддержки людей с ВИЧ и их близких

Право на доступ к лечению очень важно, поскольку от него зависит жизнь людей. Не менее важно и качество жизни – эмоциональное, психологическое, социальное благополучие, без которого невозможно полноценное существование человека. Наряду с доступностью адекватного лечения люди с ВИЧ нуждаются в социально-психологической помощи, которую оказывают различные службы, государственные и общественные, профессиональные, добровольные или основанные на взаимопомощи. В идеале каждый человек, затронутый проблемой СПИДа, должен иметь возможность выбирать из всего спектра служб поддержки именно ту, которая подходит ему/ей в данный момент.

Одним из самых серьезных кризисов является получение диагноза «ВИЧ-инфекция». В этот момент человек особенно нуждается в поддержке. Первую психологическую помощь ему/ей должны оказать в ходе послетестового консультирования, предусмотренного российским законодательством.

Служба до- и послетестового консультирования должна быть в каждом кабинете обследования на ВИЧ, и от профессиональных и человеческих качеств ее сотрудников во многом зависит дальнейшая жизнь человека, получившего положительный результат анализа.

Поскольку жизнь с ВИЧ нередко сопровождается стрессами, кризисами и эмоциональными проблемами, для людей с ВИЧ и их близких должны существовать **консультации психолога или психотерапевта**. Этот специалист должен иметь опыт работы с ВИЧ-положительными и ориентироваться в вопросах ВИЧ/СПИДа, в том числе знать о современных методах лечения. Недопустимо, чтобы психолог такой службы был СПИДофобом, верил в «группы риска» или возлагал на клиента ответственность за заражение ВИЧ.

Одной из самых эффективных форм помощи бывает **консультирование силами специалистов или специально обученных добровольцев, которые сами являются ВИЧ-положительными**. В этом случае людям проще понять друг друга и устранить психологический барьер между консультантом и клиентом. Иногда ВИЧ-положительному, принимающему непростое решение, полезно просто поговорить с кем-то, пережившим сходную ситуацию. Например, женщина, которая родила ребенка будучи ВИЧ-положительной, может поддержать и проконсультировать беременную женщину с ВИЧ.

На многие вопросы о жизни с ВИЧ нет готовых ответов, и люди объединяются в группы, чтобы сообща найти выход из той или иной сложной ситуации. Основа деятельности групп – личный практический опыт участников. Этот опыт позволяет увидеть, что у большинства проблем есть много путей решения, и каждый участник группы может сделать свой собственный, подходящий именно ему/ей, выбор. У каждого вида групп свои особенности и правила. В **психотерапевтических группах** участники под руководством специалиста избавляются от конкретной психологической проблемы или приобретают необходимые им жизненные навыки. В отличие от них, **группы взаимопомощи** не ставят своей целью привести всех участников к какому-то конкретному результату, а дают им возможность высказаться, поделиться своим опытом, задать вопрос или поставить проблему. Обычно группы взаимопомощи имеют не ведущего, а фасилитатора, функция которого – следить за соблюдением правил группы, чтобы каждый участник мог быть услышан. Группы взаимопомощи людей с ВИЧ активно развиваются во всем мире, в том числе в России, и уже помогли многим ВИЧ-положительным преодолеть одиночество, найти для себя ответы на сложные вопросы и помочь в этом другим. Объединяясь, группы взаимопомощи формируют национальное и международное сообщество ВИЧ-положительных, которое представляет собой серьезную политическую силу и борется за доступность лечения и свободу от дискриминации ВИЧ-положительных всего мира.



Болезнь

Данные многолетних наблюдений показывают, что в **отсутствие противовирусной терапии** интервал между заражением и развитием симптомов СПИДа составляет **в среднем 9 – 10 лет**. Но это лишь приблизительная, среднестатистическая цифра, на которой нельзя строить прогнозы для каждого конкретного случая. На прогрессирование ВИЧ-инфекции и скорость ее перехода в стадию СПИДа влияют, помимо доступности современного лечения, такие факторы как возраст, пол, сопутствующие заболевания и инфекции, качество питания и субтип вируса⁴¹.

У людей более старшего возраста ВИЧ-заболевание прогрессирует, как правило, быстрее – возможно, в силу естественного угасания иммунной функции. Фактор пола не до конца изучен, но есть данные о том, что у женщин заболевание развивается быстрее, чем у мужчин. Наличие туберкулеза, по некоторым данным, ускоряет репликацию ВИЧ. Такой же эффект производят сопутствующие ИППП.

Полноценное и сбалансированное питание, в том числе поступление в организм всех необходимых микроэлементов, сдерживает развитие ВИЧ-заболевания. Авитаминоз связан как с прогрессированием болезни, так и с риском передачи ВИЧ от матери ребенку. Самостоятельный и серьезный отрицательный эффект на стадии СПИДа оказывает снижение массы тела.

41 См. раздел «Типы и субтипы вируса».

Различные типы и субтипы ВИЧ связаны с разными темпами прогрессирования заболевания. ВИЧ-2 прогрессирует намного медленнее, чем ВИЧ-1. Субтип В связан с более медленным развитием заболевания, чем другие субтипы ВИЧ-1.

Чем измеряется СПИД

Основными показателями, позволяющими оценить состояние здоровья человека с ВИЧ-инфекцией, являются иммунный статус и вирусная нагрузка.

Иммунный статус определяет количество клеток Т-4 (СД-4) на кубический миллиметр (миллилитр) крови. У человека с неповрежденной иммунной системой иммунный статус, как правило, составляет 800 – 1 200 клеток⁴². Снижение иммунного статуса до 200 клеток и ниже создает опасность развития угрожающих жизни заболеваний – оппортунистических инфекций.

Вирусная нагрузка отражает количество свободных частиц (копий) вируса, циркулирующих в крови. Тест на вирусную нагрузку чаще всего основан на методе полимеразной цепной реакции (ПЦР) и измеряет количество копий РНК вируса. Менее 10 тысяч копий вируса на 1 мл крови считается невысокой вирусной нагрузкой, больше 10 тысяч копий – сигнал опасности. Даже самый чувствительный из современных тестов не может определить вирусную нагрузку ниже 200 – 400 копий на 1 мл, поэтому когда говорят, что в результате противовирусного лечения в крови пациента не обнаруживается вирус, это не означает, что вирус исчез, но что количество копий на 1 мл ниже предела чувствительности используемой тест-системы.

На 11-й Всемирной конференции по СПИДу в Ванкувере в 1996 году было использовано сравнение развития СПИДа с крушением поезда. Чем выше вирусная нагрузка («скорость поезда») и чем ниже иммунный статус («расстояние до обрыва»), тем скорее произойдет «крушение», то есть переход ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа.

Классификация⁴³

В Российской Федерации принята классификация ВИЧ-инфекции, предложенная В. И. Покровским в 1989 году. Согласно новой версии классификации, разработанной Федеральным научно-методическим центром профилак-

42 У маленьких детей количество клеток СД-4 в норме в 2 – 3 раза выше, чем у взрослых, то есть при здоровом иммунном статусе оно составляет 2 000 – 3 000 клеток.

43 По данным Российского научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом.

тики и борьбы со СПИДом в 2001 году, ВИЧ-инфекция в организме проходит 5 стадий.

Стадия инкубации (стадия 1):

С момента заражения до клинических проявлений острой инфекции и/или выработки антител (в среднем от 3 недель до 3 месяцев).

Стадия первичных проявлений (стадия 2):

2«А» – бессимптомная, когда клинические проявления ВИЧ-инфекции или оппортунистических заболеваний отсутствуют, а ответом на внедрение ВИЧ является выработка антител.

2«Б» – острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний (разнообразные клинические проявления, в большинстве своем похожие на симптомы других инфекций).

2«В» – острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями (на фоне временного снижения Т-4 лимфоцитов развиваются вторичные заболевания – ангина, бактериальная пневмония, кандидоз, герпес – как правило, хорошо поддающиеся лечению). Продолжительность клинических проявлений острой ВИЧ-инфекции обычно составляет 2 – 3 недели.

Стадия латентная (стадия 3):

Медленное прогрессирование иммунодефицита. Единственным клиническим проявлением является увеличение лимфоузлов, которое может и отсутствовать. Длительность латентной стадии от 2 – 3-х до 20 и более лет, в среднем 6 – 7 лет. Отмечается постепенное снижение уровня Т-4 лимфоцитов.

Стадия вторичных заболеваний (стадия 4):

Продолжается репликация ВИЧ, приводящая к гибели Т-4 лимфоцитов и к развитию на фоне иммунодефицита вторичных (оппортунистических) заболеваний, инфекционных и/или онкологических. Симптомы на этой стадии имеют обратимый характер, то есть могут проходить сами по себе или в результате лечения.

В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют следующие стадии:

4«А» – для нее характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей.

4«Б» – более тяжелые и длительные кожные поражения, саркома Капоши, потеря веса, поражения периферической нервной системы и внутренних органов.

4«В» – тяжелые, угрожающие жизни оппортунистические заболевания.

Терминальная стадия (стадия 5):

Поражения органов и систем носят необратимое течение. Даже адекватно проводимые противовирусная терапия и лечение оппортунистических заболеваний не эффективны, и больной погибает в течение нескольких месяцев.

Следует помнить, что эпидемия ВИЧ-инфекции в России считается молодой и больные на поздних стадиях составляют лишь небольшой процент от всех россиян, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Опportunистические заболевания

Опportunистические заболевания опасны при иммунном статусе 300 и ниже. Некоторые (но не все) из этих заболеваний могут развиваться у ВИЧ-отрицательного человека со здоровой иммунной системой, но при ВИЧ-инфекции с низким иммунным статусом выходят из-под контроля и становятся особенно опасными. Главными способами борьбы с опportunистическими заболеваниями являются их профилактика (не допускать попадания возбудителя в организм или принимать лекарства еще до появления симптомов), своевременная и правильная диагностика и лечение.

Вот некоторые примеры опportunистических заболеваний и их возбудителей.

Пневмоцистная пневмония. Возбудитель – микроорганизм *Pneumocystis carinii*. Избежать попадания пневмоциста в организм невозможно, но при нормальном иммунном статусе он неопасен. При количестве СД-4 ниже 200 пациентам назначают профилактический прием препарата, препятствующего развитию этого заболевания (бактрим, бисептол).

Токсоплазмоз. Возбудитель – внутриклеточный паразит *Toxoplasma gondii*, вызывающий у людей с иммунным статусом ниже 100 смертельно опасное воспаление головного мозга – энцефалит. Заражение токсоплазмой может произойти при употреблении полусырого мяса, а также от контакта с помётом кошек. После заражения токсоплазма может долго жить в организме человека, пока снижение иммунного статуса не позволит инфекции перейти в опасное заболевание.

Туберкулез. Возбудители туберкулеза – микобактерии. Заражение микобактериями определяют с помощью кожной пробы Манту. Избежать заражения микобактериями туберкулеза практически невозможно, поскольку инфекция передается воздушно-капельным путем. Эпидемия туберкулеза, в том числе резистентного к лекарствам, в российских тюрьмах, в сочетании с тяжёлыми условиями содержания, представляет реальную угрозу для жизни заключенных с ВИЧ-инфекцией.

Цитомегаловирус. Цитомегаловирус (ЦМВ) может вызывать у людей с низким иммунным статусом опасное заболевание глаз – ретинит, – приводящее к потере зрения, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, нервной системы и других органов. Наиболее велик риск при СД-4 ниже 50. ЦМВ

присутствует в организме большинства людей: он чаще всего передается половым путем.

Грибковые инфекции. Наиболее распространенные грибковые заболевания – кандидозы. Они возникают на любой стадии развития ВИЧ-инфекции и поддаются лечению. При низком иммунном статусе опасен кандидоз пищевода. Не менее опасна другая грибковая инфекция – криптококковый менингит, который возникает при CD-4 ниже 50.

Бактериальные инфекции. Заражение бактериями при ВИЧ-инфекции может развиваться в бактериальную пневмонию. Повышенный риск бактериальной пневмонии наблюдается у ВИЧ-положительных потребителей наркотиков. Профилактика пневмоцистной пневмонии помогает предотвратить и бактериальную пневмонию. Бактерии также могут быть причиной тяжелых желудочно-кишечных расстройств.

Герпес-вирусы. Такая распространенная инфекция как герпес при низком иммунном статусе представляет опасную и затяжную проблему. Заражение может произойти половым путем или при контакте с людьми, болеющими активной формой герпеса (в том числе с «лихорадкой» на губах).

Саркома Капоши. Злокачественная опухоль на стенках кровеносных сосудов, видимая сквозь кожу и/или слизистые оболочки. Саркома Капоши, как правило, представляет собой неболезненные пятна или узелки красного, фиолетового или бурого цвета на поверхности кожи или реже – на внутренних органах. Для лечения применяется радиотерапия (облучение) или химиотерапия.

Особенности ВИЧ-инфекции у женщин. Существуют некоторые расстройства и заболевания, которые характерны для женщин с ВИЧ-инфекцией: нарушения менструального цикла, инфекционные заболевания органов малого таза, рак шейки матки.

Долгожители – «нон-прогрессоры»

«Нон-прогрессорами» (long-term non-progressors, LTNP) называют людей, инфицированных ВИЧ-1, у которых в течение десяти и более лет (без применения противовирусной терапии) не наблюдается никаких симптомов, связанных с прогрессированием ВИЧ-заболевания. У них стабильное состояние иммунной системы при иммунном статусе выше 500, и хотя репликация ВИЧ продолжается, вирусная нагрузка остается на низком уровне, а иммунная функция не нарушена. Их тщательно исследуют, но пока ученым не удалось найти объяснение этому феномену – кроме того, что их Т-лимфоциты облада-

ют исключительной способностью бороться с вирусом. Высказаны три гипотезы: либо у этих людей особая разновидность ВИЧ, либо их иммунная система реагирует на ВИЧ-инфекцию иначе, чем иммунная система большинства людей, либо у них сопротивляемость ВИЧ-инфекции обусловлена генетически.





Лечение

Лечение ВИЧ/СПИДа преследует комплексную цель: сократить количество вируса в организме, сдержать репликацию (размножение) вируса, сохранить или восстановить иммунные функции и предотвратить либо вылечить оппортунистические инфекции, возникающие на фоне иммунодефицита.

Противовирусные препараты

При лечении ВИЧ/СПИДа применяются противовирусные препараты – точнее, противоретровирусные, поскольку ВИЧ – ретровирус. Эти препараты воздействуют конкретно на вирус, блокируя действие его ферментов и тем самым не давая вирусу размножаться. К широко используемым в настоящий момент противовирусным лекарствам относятся ингибиторы обратной транскриптазы и ингибиторы протеазы⁴⁴. В последние годы появились также ингибиторы слияния и ингибиторы интегразы, которые пока находятся на стадии разработки и испытаний.

Нуклеозидные аналоги ингибиторов обратной транскриптазы «обманывают» вирус, встраиваясь в цепочку ДНК вместо природного нуклеозида. На этом строительство цепочки ДНК прекращается, и вирус не может дальше размножаться. К этим лекарствам относятся следующие:

44 См. главу «Вирус».

- зидовудин (AZT, ретровир) – первый противоретровирусный препарат, который начал использоваться при лечении ВИЧ-заболевания;
- эпивир (ЗТС, ламивудин);
- видекс (ddl, дидианозин);
- хивид (ddC, зальцитабин);
- зерит (d4T, ставудин);
- абакавир (ABC, зиаген);
- комбивир (зидовудин+эпивир);
- тризивир (абакавир+эпивир+зидовудин).

В России зарегистрирован отечественный препарат фосфазид. По словам академика А. А. Краевского⁴⁵, «этот препарат полностью российский и не имеет иностранных аналогов. Он не открывает новой эры в лечении СПИДа, но для России будет незаменим, поскольку он более дешевый и позволит охватить большой контингент... Противовирусные препараты применяются в комбинации. И этот препарат займет достойное место в тройке или четверке «скаковых лошадей», которые могут обогнать СПИД».

Не-нуклеозидные аналоги ингибиторов обратной транскриптазы –

группа препаратов, которые связывают фермент обратную транскриптазу иным способом, чем нуклеозидные. К таким препаратам относятся:

- делавирдин (рескриптор);
- невирапин (вирамун);
- эфавиренц (суства).

Мишенью **ингибиторов протеазы** является вирусный фермент, играющий ключевую роль в «сборке» жизнеспособных вирусов из вирусных частиц, произведенных клеткой-хозяином. К ингибиторам протеазы относятся:

- индинавир (криксиван);
- нельфинавир (вирасепт);
- ритонавир (норвир);
- саквинавир (инвираз);
- ампренавир (агенераза);
- калетра (лопинавир+ритонавир).

Новые виды противовирусных препаратов

В связи с растущим пониманием процесса проникновения ВИЧ в CD-4 лимфоциты перед производителями лекарств открылись новые направления поиска более эффективных медикаментов. Новые направления разработок ле-

⁴⁵ Из выступления на пресс-конференции в Академии медицинских наук 1 июля 1999 г.

карств и новые препараты обсуждались, в частности, на 14-й Международной конференции по СПИДу в Барселоне.

Одно из таких новых направлений – **ингибиторы интегразы**, которые способны блокировать третий из белков вируса, необходимых для интеграции ВИЧ в ДНК клетки. Ингибиторы обратной транскриптазы и ингибиторы протеазы блокируют два других белка⁴⁶.

Ингибитор интегразы (его химическое название – карбоксамид нафтиридина) пока проходит стадии клинических испытаний. Ингибитор интегразы демонстрирует свою эффективность даже против резистентных (устойчивых к лекарствам) штаммов вируса и отсутствие серьезных побочных эффектов.

Ингибиторы слияния – еще один новый класс препаратов, предотвращающих слияние вирусной и клеточной мембран, с помощью которого вирус проникает в CD-4 лимфоцит. К этой группе относится новейший препарат T-20 (энфувентид).

Осенью 2001 года в США был одобрен к применению виреад, препарат нового класса **ингибиторов обратной транскриптазы – нуклеотидных** (ранее были разработаны нуклеозидные и не-нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы). Новый препарат несколько иным способом, чем его предшественники, блокирует обратную транскриптазу и тем самым расширяет спектр имеющихся методов воздействия на вирус.

Комбинированная противовирусная терапия

В течение долгого времени противовирусная терапия означала лечение препаратом AZT (азидотимидин, ретровир), который помогал замедлить репликацию ВИЧ в организме. Рано или поздно у вируса вырабатывалась устойчивость к AZT и лечение переставало действовать. Лечение, при котором применяется только один препарат, называется **монотерапией**. Дни монотерапии в борьбе с ВИЧ-инфекцией ушли в прошлое. Современное лечение требует **комбинированной терапии** – одновременного применения двух, трех или более противовирусных препаратов: нуклеозидных и не-нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы и ингибиторов протеазы. Монотерапия применяется сейчас только в одном случае – у беременных женщин, чтобы предотвратить передачу ВИЧ новорожденному.

Благодаря комбинированной терапии стало возможным, хотя и с множеством оговорок, считать ВИЧ-инфекцию поддающимся лечению хроническим заболеванием. Комбинированная терапия позволяет снизить вирусную на-

46 См. раздел «Как это происходит».

грузку до неопределяемого уровня. Это не означает, что вирус исчез из организма. При исследовании особо точным методом проб крови ВИЧ-положительных с неопределяемой вирусной нагрузкой вирус в крови обнаруживается. Не все пациенты одинаково хорошо реагируют на лечение, не у всех удается полностью подавить активность вируса. Однако у многих людей с ВИЧ, получающих современную терапию, вирус можно затормозить на достаточно долгое время, давая им возможность жить полноценно.

Когда активность вируса подавлена противовирусной терапией, пациенты чувствуют себя вполне здоровыми. У них значительно снижается риск оппортунистических инфекций, и есть основания считать, что иммунная система восстанавливается в достаточной степени, чтобы дать им возможность бороться с большинством заболеваний.

Главная проблема современной противовирусной терапии – ее недоступность в большинстве регионов мира, особенно в странах, наиболее пострадавших от эпидемии.

Пациенты, для которых терапия доступна, испытывают трудности в связи с тем, что ежедневно в течение всей жизни должны принимать большое количество таблеток и капсул, точно соблюдая время приема и учитывая, что одни препараты принимаются до еды, а другие – после. У многих пациентов вызывают дискомфорт побочные эффекты лечения. Нередко у пациента развивается резистентность к тому или иному препарату, и тогда этот препарат или всю комбинацию препаратов нужно менять, потому что они перестали воздействовать на вирус. Ученые и врачи работают над тем, чтобы сделать препараты более удобными в применении, снизить побочные эффекты и избежать развития резистентности.

Что такое резистентность и как она возникает

ВИЧ в организме постоянно размножается, производя сотни тысяч копий в день. При размножении иногда происходят ошибки, называемые мутациями, когда производимые копии вируса отличаются от «родителя». Мутации возникают, только когда вирус размножается: если вирус неактивен, мутаций не бывает.

Некоторые мутации возникают именно в тех белках вируса (обратной транскриптазе и протеазе), на которые направлено противовирусное лечение. В результате мутаций свойства этих белков изменяются и препараты перестают на них действовать. Это называется **резистентностью**.

В отсутствие противовирусного лечения вирусы-мутанты не имеют преимуществ и их процентное содержание среди других вирусов остается низким. При аг-

рессивном противовирусном лечении, когда размножение вируса полностью остановлено, мутаций вообще не происходит и резистентность не развивается.

Резистентность может возникнуть только в том случае, если вирус размножается на фоне противовирусного лечения. У вирусов-мутантов, не реагирующих на лекарства, появляется огромное преимущество, их количество стремительно растет, и в итоге в организме начинают преобладать вирусы, не поддающиеся терапии. Вирус, не реагирующий на один препарат, автоматически становится неуязвимым и для других аналогичных лекарств – это называется **кросс-резистентностью**.

Цель комбинированной терапии – полное подавление активности вируса, чтобы не возникла резистентность. Но даже самая эффективная схема лечения не даст результатов, если пациент не будет ее соблюдать с абсолютной точностью. Когда допускается слишком длительный промежуток между приемами лекарства или когда препарат, который для лучшего всасывания следует принимать натощак, по ошибке принимают после еды, происходит снижение концентрации препарата в крови, что дает вирусу возможность размножаться. При этом выживают те вирусы, которые не реагируют на данное лекарство. Чем больше отклонений от схемы приема допускает пациент, тем выше опасность развития устойчивых штаммов ВИЧ.

Другие виды лекарственных препаратов, применяемых при ВИЧ-инфекции

Иммуномодуляторы – препараты, оказывающие воздействие на иммунную систему. Сразу после заражения ВИЧ иммунная система активно реагирует на вторжение вируса, стремясь сдержать его распространение в организме. В течение некоторого времени иммунной системе это удастся, но в итоге вирус разрушает ее. Важное место в лечении ВИЧ/СПИДа занимает иммунологический подход – то есть воздействие на иммунную систему с целью стимулировать иммунный ответ или восстановить разрушенную вирусом иммунную функцию. Сложность состоит в том, что стимулируя иммунный ответ, иммуномодуляторы могут одновременно способствовать более активной репликации ВИЧ. На настоящий момент не зарегистрировано успешных методов лечения ВИЧ-заболевания путем одного лишь стимулирования иммунной системы. Оптимальный путь, как считают многие ученые, состоит в использовании иммуномодуляторов в сочетании с противовирусными препаратами, однако пока не установлено, какие иммуномодуляторы лучше использовать и когда.

Противоинфекционные – препараты, воздействующие на различные виды бактериальных, грибковых, вирусных и других инфекций, которые вызывают оппортунистические заболевания.

Противоопухолевые – препараты, воздействующие на злокачественные новообразования, связанные с ВИЧ-инфекцией.

Интерфероны – альфа-интерферон используется для лечения гепатита В и гепатита С.

Клинические испытания

Клинические испытания – это специально организованная процедура определения эффективности нового лекарства или метода лечения путем применения на пациентах в строго контролируемых условиях. Во многих клинических испытаниях для сравнения применяется уже испытанное лекарство или плацебо (неактивное вещество). Согласно международным нормам, клинические испытания должны включать три фазы и дальнейшее наблюдение, уже после одобрения препарата, для выявления побочных эффектов.

Участие пациента в клинических испытаниях является строго добровольным и предполагает предварительное объяснение пациенту врачом цели и условий эксперимента, его предполагаемых результатов и возможных побочных воздействий.

Клинические испытания новых препаратов и методов лечения проходят несколько этапов:

Доклинические исследования осуществляются в лаборатории – в пробирке или на животных – с целью определения токсичности препарата и его специфической активности (воздействия на конкретное заболевание).

Первая фаза клинических испытаний на людях, как правило, проходит на небольшом числе (менее 100) здоровых добровольцев и имеет целью определить токсичность (побочное воздействие на людей) препарата при различной дозировке.

Вторая фаза призвана определить эффективность применения препарата на людях. До нее доходят только те препараты, которые успешно прошли первую фазу. Как правило, в этих испытаниях принимают участие несколько сотен добровольцев.

Третья, заключительная фаза клинических испытаний проходит на большом числе пациентов – до нескольких тысяч. Целью этой фазы является окончательное подтверждение и уточнение результатов, полученных на первых двух фазах. На этой фазе новый препарат, как правило, сравнивается с уже имевшимся ранее лекарством или с неактивным веществ-

вом (плацебо). Эта фаза позволяет выявить возможные случаи несочетаемости или, напротив, синергии⁴⁷ с другими препаратами.

Четвертая фаза, которую называют фазой постмаркетинговых исследований, продолжается после одобрения и регистрации препарата для сбора дополнительной информации о его безопасности и эффективности на большом числе пациентов в условиях реальной жизни.

Подобная процедура одобрения лекарств действует в России: «Экспертиза должна начинаться с доклинических исследований на животных («ин виво») или в пробирке («ин витро»). И только после тщательного анализа безопасности препарата на животных и выявления специфической активности против ВИЧ-инфекции Фармакологический комитет Министерства здравоохранения разрешает передать препарат на клинические исследования. Клинические исследования проходят несколько стадий. Первая – изучение безопасности на людях, добровольцах. Всего стадий четыре. Даже после регистрации во многих странах мира и в России отслеживаются побочные эффекты, поскольку на стадии доклиники и клиники все побочные эффекты выявить не удастся. Существуют центры по их отслеживанию, и каждый новый препарат первые два года требует особо тщательного наблюдения с целью выявления побочных эффектов»⁴⁸.



⁴⁷ Взаимодействие двух препаратов, при котором происходит взаимное усиление эффекта.

⁴⁸ Из выступления академика А. А. Краевского на пресс-конференции в Академии медицинских наук 1 июля 1999 г.



Сочетание ВИЧ с другими инфекциями и заболеваниями

Наличие в организме двух или более инфекций называют коинфекцией. Коинфекции играют большую роль в распространении эпидемии СПИДа и в развитии ВИЧ-заболевания в организме конкретного человека. Сейчас многие медицинские и профилактические центры во всем мире рассматривают проблемы ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся половым путем, а также туберкулеза как единое направление работы.

В программах профилактики часто уделяется основное или исключительное внимание ВИЧ-отрицательным людям, которых стремятся уберечь от заражения. Однако правила безопасного поведения и предотвращения инфекций крайне важны и для ВИЧ-положительных, поскольку заражение ИППП, туберкулезом, гепатитами или реинфицирование ВИЧ может пагубно сказаться на их здоровье и качестве жизни.

ВИЧ и ИППП

Долгое время вопросы ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), рассматривались независимо друг от друга. В сознании многих людей эти проблемы до сих пор не имеют точек пересечения. На самом деле между эпидемией СПИДа и распространением ИППП существует тесная взаимосвязь.

ВИЧ и ИППП могут передаваться в результате одного и того же незащищенного контакта. Если человек заразился гонореей, гепатитом В или другой ИППП, это скорее всего случилось во время незащищенного сексуального контакта, в результате которого могла произойти и передача ВИЧ. Аналогично, если у человека диагностировали ВИЧ-инфекцию, у него могут быть и другие ИППП. Поэтому при обнаружении любой инфекции, передающейся половым путем, рекомендуется протестироваться на остальные ИППП, включая ВИЧ.

ИППП повышают предрасположенность к заражению ВИЧ-инфекцией. Это происходит по двум причинам. Во-первых, многие инфекции, такие как генитальный герпес и сифилис, вызывают поражение слизистой половых органов, делая ее более проницаемой для вируса ВИЧ. Язвочки и воспаления при ИППП служат открытыми воротами для проникновения ВИЧ в кровотоки. Во-вторых, такие инфекции как гонорея и хламидиоз повышают риск передачи ВИЧ даже при отсутствии язв и воспалений, поскольку в области половых органов в результате борьбы организма с инфекцией концентрируется большое количество клеток CD-4 – мишеней ВИЧ-инфекции.

У человека, инфицированного одновременно ВИЧ и ИППП, выше вероятность передачи ВИЧ половому партнеру. Причины те же – повреждение слизистой оболочки и скопление клеток CD-4 в области половых органов. Кроме того, исследования показали, что при гонорее и хламидиозе у ВИЧ-положительных мужчин резко возрастает концентрация вируса в сперме. Курс лечения гонореей или хламидиоза антибиотиками помогает снизить количество ВИЧ в сперме до прежнего уровня.

Для ВИЧ-положительных передающиеся половым путем инфекции гораздо более опасны, чем для ВИЧ-отрицательных. Поскольку главную роль в сопротивлении подобным инфекциям играет иммунная система, вензаболевания гораздо тяжелее протекают у людей, чья иммунная система ослаблена ВИЧ. Симптомы в этом случае могут быть гораздо серьезнее и опаснее, особенно при сифилисе, гонорее и герпесе. Некоторые инфекции, передающиеся половым путем, например, цитомегаловирус, вызывают болезнь только у людей с иммунодефицитом.

Учитывая роль ИППП в распространении ВИЧ-инфекции, эффективная профилактика ВИЧ невозможна без профилактики ИППП.

Поскольку большинство ИППП поддаются лечению, необходимо создавать благоприятные условия для лечения ИППП – включая доступность и конфиденциальность, – которые побудили бы людей вовремя обследоваться на вензаболевания и обращаться за квалифицированной медицинской помощью. Это не только избавит от возможных осложнений ИППП, но и значи-

тельно снизит риск передачи ВИЧ. Также необходимо уделять внимание тем инфекциям, которые до сих пор не излечиваются полностью – в частности, гепатиту В, который можно предотвратить с помощью вакцинации, и генитальному герпесу.

На 14-й Международной конференции в Барселоне в 2002 году было подтверждено на основе длительных исследований, что заражение вирусом герпеса-2 (HSV-2, генитальный герпес) является самостоятельным фактором, резко повышающим предрасположенность к заражению ВИЧ: вызванные герпесом язвочки на половых органах в 3,64 раза увеличивают вероятность проникновения ВИЧ в организм; помимо этого, вероятно, активизируются внутренние биологические механизмы, облегчающие заражение ВИЧ.

ВИЧ и гепатиты

Вирусные гепатиты – одна из наиболее частых причин хронических болезней печени, особенно опасных для людей с ВИЧ. Большой процент ВИЧ-положительных одновременно являются носителями вируса гепатитов В или С, которые передаются тем же путем, что и ВИЧ. Всем ВИЧ-положительным рекомендуется обследоваться на гепатиты и в случае отрицательного анализа избегать заражения, а в случае положительного – постараться снизить риск хронических заболеваний печени.

В отличие от гепатитов В, С и D, путь передачи которых сходен с ВИЧ, вирусные гепатиты А и Е передаются подобно кишечным инфекциям.

Гепатит А – вирусная инфекция, передаваемая фекально-оральным путем, чаще всего через загрязненную воду или пищу; переболев гепатитом А, человек получает пожизненный иммунитет к данному возбудителю. Профилактика – контроль за чистотой питьевой воды и соблюдение личной гигиены. Вирус **гепатита Е** передается фекально-оральным путем; профилактика его такая же, как гепатита А.

Гепатит В передается так же, как и ВИЧ, при непосредственном контакте с жидкостями тела зараженного человека – половым путем, через шприцы или другие колющие и режущие инструменты, при переливании крови, от матери ребенку. Подобно ВИЧ, этот вирус не передается при бытовом контакте (через пищу, воду, воздушно-капельным путем). Важное отличие вируса гепатита В от ВИЧ состоит в том, что вероятность передачи гепатита в 100 – 300 раз выше, чем вероятность передачи ВИЧ при таком же контакте с инфекцией. Из-за высокой устойчивости вируса гепатита В существует реальный риск заражения при пирсинге или нанесении татуиро-

вок нестерильными инструментами (при ВИЧ такой риск значительно ниже). Из всех вирусных гепатитов В с наибольшей вероятностью передается половым путем.

Около 30% всех заражений гепатитом В проходят бессимптомно; в таком случае диагноз можно поставить только по анализу крови. К симптомам гепатита относится желтуха (необычная желтизна кожи или глазных белков), потеря аппетита, тошнота, боль в желудке или суставах, повышенная утомляемость и некоторые другие. У части зараженных гепатит В переходит в хроническую форму; хронический гепатит в некоторых случаях ведет к тяжелым поражениям печени, включая цирроз.

Для лечения хронического гепатита В применяются альфа-интерферон и ламивудин, эффективные примерно у 40% пациентов, однако радикально излечивающего средства не существует. Поэтому очень важна профилактика заражения, аналогичная профилактике ВИЧ-инфекции. К счастью, в отличие от ВИЧ, **от гепатита В существует вакцина**, обеспечивающая полную защиту.

Гепатит D (дельта) вызывается неполноценным РНК-содержащим вирусом, репликация которого возможна только в присутствии гепатита В. Заражение может произойти только в сочетании с заражением гепатитом В (одновременно или впоследствии, при присоединении одной инфекции к другой). При сочетании острых инфекций В и D повышается риск осложнений. Когда гепатит D присоединяется к хроническому гепатиту В, вероятность развития тяжелых поражений печени возрастает примерно вдвое. Гепатит D передается главным образом при инъекциях; заражение половым путем и передача от матери младенцу менее вероятны, чем при гепатите В. Меры профилактики – защита от заражения гепатитом В; при наличии гепатита В – избегать рискованного поведения, чтобы не «присоединить» к нему гепатит D.

Заражению **гепатитом С** наиболее подвержены потребители инъекционных наркотиков (50 – 90%), так как этот вирус передается главным образом через кровь. Риск передачи гепатита С половым путем гораздо ниже, чем гепатита В или ВИЧ-инфекции, но он тем не менее существует. Нет подтвержденных сведений о передаче гепатита С при татуировках и пирсинге.

Главный способ профилактики гепатита С – прекращение инъекционного употребления наркотиков либо использование стерильных инструментов. Зубные щетки, бритвы и другие предметы, которые могут иметь контакт с кровью, должны быть индивидуальными.

Примерно у 70% зараженных вирусом гепатита развивается хронический гепатит С. В свою очередь, хронический гепатит С в 70% случаев приводит к поражению печени. Сочетание ВИЧ-инфекции и гепатита С ассоциируется с

более быстрым развитием заболеваний печени и с высоким риском смертельно опасного цирроза печени. Пока не установлено, как гепатит С влияет на прогрессирование ВИЧ-заболевания, хотя по некоторым данным гепатит может ускорить переход в стадию СПИДа.

Комбинированная противовирусная терапия ВИЧ-инфекции не помогает лечению гепатита С. В большинстве случаев его лечат интерфероном или альфа-интерфероном и рибавирином. При терапии интерфероном и комбинированной терапии ВИЧ необходимо полное воздержание от алкоголя и наркотиков.

ВИЧ и туберкулез

На данный момент туберкулез – одна из главных причин смертности ВИЧ-положительных, и чем выше уровень распространенности ВИЧ-инфекции в стране или сообществе, тем выше уровень смертности от туберкулеза.

Между туберкулезом и ВИЧ существует тесная связь. Результаты исследований, проведенных в ряде развивающихся стран, показывают, что до 70% больных туберкулезом являются носителями ВИЧ. Кроме того, примерно у 50% ВИЧ-положительных с высокой вероятностью можно ожидать развития туберкулеза, поскольку ослабление иммунной системы делает организм особенно уязвимым. Туберкулез является основным проявлением СПИДа среди более чем половины всех случаев болезни в развивающихся странах, где живет примерно 95% всех ВИЧ-положительных. В промышленно развитых странах, где туберкулез был искоренен почти повсеместно, наблюдаются признаки возвращения этой болезни в связи с эпидемией СПИДа. Около 13 миллионов человек в мире являются одновременно носителями ВИЧ и возбудителя туберкулеза.

Заражение возбудителем туберкулеза далеко не всегда вызывает заболевание. Главными факторами развития болезни являются неблагоприятные условия жизни, а также снижение сопротивляемости организма, в том числе вызванное иммунодефицитом. Больной человек может передать микобактерии туберкулеза окружающим воздушно-капельным путем при кашле, сплевывании или чихании. Вызывая заболевание, туберкулез может поражать различные органы, но чаще всего развивается в легких.

Борьба с туберкулезом в сочетании с ВИЧ – это вопрос не только здравоохранения, но и прав человека. Распространению туберкулеза способствуют нищета, отсутствие жилья или нездоровые жилищные условия, недостаточное питание, употребление наркотиков, психический стресс.

В отличие от ВИЧ туберкулез излечим, в том числе и у ВИЧ-положительных. Короткий курс лечения – DOTS – позволяет вылечить большинство больных туберкулезом, при этом стоимость лекарственных препаратов составляет всего 10 – 15 долларов США на одного больного (однократный курс). К сожалению, несмотря на наличие недорогого и эффективного лечения, ресурсы, выделяемые на борьбу с туберкулезом, по-прежнему недостаточны. Еще одна серьезная опасность – появление новых, устойчивых форм туберкулеза, для лечения которых дешевые препараты неэффективны.

Хотя эффективное лечение туберкулеза само по себе не способно решить проблему СПИДа, оно позволит значительно снизить ущерб, наносимый эпидемией СПИДа во всем мире.





Некоторые дополнительные сведения о ВИЧ и СПИДе

В этом разделе мы предлагаем вашему вниманию более подробную информацию, не вошедшую в основную часть книги, о том,

- действительно ли ВИЧ является причиной СПИДа;
- может ли боязнь заражения ВИЧ перейти в психическое расстройство;
- как ученые объясняют происхождение вируса иммунодефицита человека.

Правда ли, что Земля круглая

Некоторые люди, в том числе представители научного сообщества – их иногда называют «СПИД-диссидентами» – отрицают вирусную природу СПИДа, причем одни согласны, что ВИЧ существует, но не верят, что он вызывает СПИД; другие допускают, что ВИЧ – одна из причин СПИДа, но не единственная и не главная; третьи вообще не верят в существование вируса иммунодефицита человека. Некоторые из этих людей искренне заблуждаются. Другие преследуют собственные (политические, конъюнктурные) цели. Например, когда президент ЮАР Табо Мбеки накануне 13-й Международной конференции по СПИДу 2000 года в г. Дурбан (ЮАР) внезапно заявил, что не верит в связь между ВИЧ и СПИДом, его упрекнули в том, что он просто не хочет выделять средства на профилактику и лечение ВИЧ/СПИДа.

В ответ на заявления «СПИД-диссидентов» более 5 тысяч ученых мира подписали в Дурбане совместную Декларацию о том, что ВИЧ действительно является причиной СПИДа. Среди подписавших – 11 нобелевских лауреатов, директора ведущих научно-исследовательских институтов, президенты академий наук и медицинских обществ. В качестве гарантии объективности и материальной незаинтересованности никто из подписавших Декларацию ученых и врачей не работает на фармацевтические компании.

В Декларации приводятся факты, свидетельствующие о том, что СПИД вызван вирусами ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Связь между вирусом и болезнью доказана с такой же достоверностью, что и в случае полиомиелита, кори и ветрянки. Вот эти доказательства:

- Пациенты с синдромом приобретенного иммунодефицита, независимо от места своего проживания, инфицированы ВИЧ.
- В отсутствие лечения у большинства людей с ВИЧ-инфекцией через 5 – 10 лет появляются признаки СПИДа. ВИЧ-инфекцию обнаруживают в крови путем выявления антител или генных цепочек, либо посредством изоляции самого вируса. Эти тесты настолько же надежны, насколько надежны любые тесты, предназначенные для выявления других вирусных инфекций.
- У людей, которым перелили ВИЧ-инфицированную кровь или кровепродукты, развивается СПИД, в то время как у людей, которым перелили незараженную или проверенную кровь, СПИД не развивается.
- Большинство детей, у которых развивается СПИД, рождены от ВИЧ-инфицированных матерей. Чем выше вирусная нагрузка у матери, тем выше риск того, что ребенок будет инфицирован.
- В лабораторных условиях ВИЧ заражает те же самые белые клетки крови (лимфоциты CD-4) количество которых снижается у ВИЧ-положительных и больных СПИДом.
- Лекарственные препараты, блокирующие репликацию (размножение) ВИЧ в пробирке, также снижают вирусную нагрузку у пациентов и замедляют переход заболевания в стадию СПИДа. Там, где лечение доступно, благодаря ему снизилась смертность от СПИДа более, чем на 80%.

Одним из наиболее известных «СПИД-диссидентов» является профессор Калифорнийского университета Питер Дусберг (Duesberg). Он утверждает, что хотя вирус существует, он не вызывает заболевания СПИДом, а причиной СПИДа якобы является употребление наркотических средств и/или противовирусных лекарств. Дусберг известен как хороший оратор, умеющий апеллировать к чувствам слушателей, особенно не являющихся специалистами в области ВИЧ/СПИДа. Дусберг – теоретик, который никого не лечит и не имеет дела с реальными пациентами. За исключением нескольких сторонников, мало кто в научном и медицинском сообществе воспринимает его теории всерьез.

Интересно, что один из самых видных исследователей ВИЧ/СПИДа, автор многих научных открытий в этой области, директор Национального института аллергии и инфекционных заболеваний США Энтони Фаучи не стал подписывать Декларацию. В интервью газете «Вашингтон пост» он так объяснил свою позицию: «Это все равно что допустить саму возможность их [«СПИД-диссидентов»] правоты. Как если бы какая-то группа людей стала утверждать, что Земля плоская, а всем специалистам аэрокосмической отрасли пришлось бы делать заявление, что Земля на самом деле круглая. Это нелепо».

Кто такие СПИДофобы

Многие люди беспокоятся, что у них ВИЧ, даже если получили отрицательный результат анализа и поведение их нельзя назвать рискованным. Таких людей у нас называют СПИДофобами, а на Западе – «озабоченными здоровыми» (worried well). Слово «здоровые» в данном случае означает, что у человека нет ВИЧ-инфекции (хотя у него/нее могут быть другие заболевания).

Реальная проблема «озабоченных здоровых» обычно не медицинского, а психологического характера, например:

- депрессия;
- повышенная тревожность;
- сильное чувство вины;
- фобии, иррациональные страхи;
- компульсивное (навязчивое) поведение;
- и другие.

Эти психологические проблемы может выявить и правильно диагностировать только квалифицированный психолог или врач. СПИДофобами или «озабоченными здоровыми» обычно называют людей, которые:

- уверены, что любой возникающий у них симптом – это первичные проявления ВИЧ/СПИДа, хотя анализ отрицательный, а риск заражения минимален или отсутствует. Продолжают бояться ВИЧ/СПИДа даже после аргументированного объяснения, что риска заражения у них нет.
- убеждены в своем заражении и объясняют отрицательный результат анализа неточностью тест-систем, некомпетентностью медиков и другими причинами, но не отсутствием ВИЧ. Поэтому сдают анализы снова и снова, в том числе на ПЦР, вирусную нагрузку, иммунный статус, антигены, ВИЧ-2 и другие, несмотря на уверения, что эти анализы им не нужны. Опасаются, что у них редкая разновидность ВИЧ, которую обычные тест-системы почему-либо не могут определить.
- из-за своей боязни ВИЧ/СПИДа систематически испытывают трудности в повседневной жизни, в отношениях с родными, друзьями, партнером, на работе, в учебном заведении.

Человеку, в отношении которого справедливо приведенное выше описание, стоит обратиться к психологу или психиатру, чтобы выяснить, не кроется ли за иррациональной боязнью ВИЧ/СПИДа какая-либо серьезная психологическая проблема.

Как и когда это могло случиться: происхождение и эволюция ВИЧ⁴⁹

Различные виды приобретенных, то есть не связанных с неудачной наследственностью, иммунодефицитов, развивающихся, в частности, в результате неблагоприятных воздействий окружающей среды или после перенесенных заболеваний, были хорошо известны еще до открытия ВИЧ, однако не приводили с такой неотвратимостью к летальному исходу.

Никогда открытие вируса (ни до, ни после обнаружения ВИЧ) не вызывало столь обширного общественного резонанса. Прямым следствием стало небывало высокое финансирование разработок, профилактики, лечения людей с ВИЧ, а также фундаментальных исследований. В середине 80-х годов в них включились и выдающиеся ученые с мировым именем, и молодые специалисты многих стран. В результате очень скоро о ВИЧ стало известно значительно больше, чем о некоторых других, давно описанных, инфекциях. Например, база данных Национальной медицинской библиотеки США на начало 2000 года содержала информацию о 48 703 публикациях, касающихся ВИЧ (о вирусе гриппа – в два раза меньше).

Изучение ВИЧ позволило сделать множество открытий, причем не только в вирусологии, но и в смежных дисциплинах – в иммунологии, эпидемиологии, молекулярной биологии. Тем не менее до сих пор нет препаратов, способных полностью вылечить ВИЧ-положительных, а возможности вакцинопрофилактики по-прежнему остаются предметом жарких дебатов.

Существуют и другие «открытые» вопросы. Один из таковых – когда и как появился вирус иммунодефицита человека. Не имея достоверных данных об этом и о путях эволюции ВИЧ, трудно рассчитывать на создание эффективных мер защиты. Кроме того, велик риск заполнения «белых пятен» недостоверными фактами. Именно недостатком знаний можно объяснить появление публикаций, будто ВИЧ – новое биологическое оружие, созданное американцами (русскими), или что ВИЧ давно существует в мире, но никак не связан с развитием СПИДа. Для решения вопроса о происхождении ВИЧ необходимо знать, какие

⁴⁹ Из статьи Алексея Бобкова, доктора биологических наук, сотрудника НИИ вирусологии имени Д.И. Ивановского РАМН, в специальном выпуске «СПИД без мифов и иллюзий» журнала «Медицинский курьер» 1-2 (16) 2000 г. Приводится в сокращении.

вирусы этого типа циркулируют в человеческой популяции, какие механизмы лежат в основе их изменчивости, есть ли аналоги возбудителю СПИДа в мире.

Практически сразу после первых сообщений о ВИЧ появилась информация о его чрезвычайно высокой изменчивости – настолько высокой, что в природе, по-видимому, нет двух абсолютно идентичных геномов ВИЧ. Различия между вирусами, выделенными в разных странах, достигают подчас 40 – 50%. Очевидно, что столь высокие различия не могут сказаться на подходах к стратегии разработки вакцины.

Изучение изменчивости генома вируса, закономерностей распространения его субтипов в разных странах и уязвимых группах расширяет наши представления о механизмах, эволюции ВИЧ. Эти исследования оказываются полезными и в практической медицине, ибо позволяют прогнозировать развитие эпидемии. Знание вариантов ВИЧ, доминирующих на конкретной территории, важно для разработки будущих вакцин.

Откуда и когда попал ВИЧ в человеческую популяцию? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо вспомнить о других лентивирусах приматов, о ВИЧ-2 и многочисленных вирусах иммунодефицита обезьян (ВИО). Небезынтересно, что ВИО не вызывают СПИД у природных хозяев. Зеленые мартышки, например, сами не болеют, однако могут заражать обезьян других видов, в частности, при совместном содержании в зоопарках. Видимо, природный резервуар инфекции, вызываемой ВИЧ-2, находится в популяции дымчатых мангобеев (*Cercopithecus atys*) в Западной Африке. Более того, есть доказательства, что появление у людей различных субтипов ВИЧ-2 вероятнее всего связано с несколькими заносами ВИО в человеческую популяцию.

С ВИЧ-1 вопрос пока остается открытым, хотя по аналогии можно предположить: вирус попал к людям от каких-то обезьян; развитие симптомов СПИДа связано с тем, что человек не является природным хозяином этого вируса. Известны уже четыре случая выявления вирусов, напоминающих ВИЧ-1, у шимпанзе. Три вируса выделены в Западной Африке, а четвертый – в США, у шимпанзе, живущего в зоопарке. Анализ вирусных геномов позволил сделать предположение: природным резервуаром ВИЧ-1 может быть один из подвидов шимпанзе *Pan troglodytes*, обитающий на территории тех стран Западной Африки, где одновременно обнаруживаются и представители всех групп ВИЧ-1.

Интересно, что самый ранний образец крови, содержащий ВИЧ-1 (группы «М»), обнаруженный в городе Киншаса (ныне столица Демократической Республики Конго), датирован 1959 годом. В прошлом году американские специалисты, изучив генетические различия между вирусом, присутствующим в образце крови сорокалетней давности, и современными представителями группы «М», высказали такое мнение: общий предшественник всех субтипов этой груп-

пы мог попасть в человеческую популяцию от шимпанзе где-то около 1940 года. Однако многие ученые полагают, что скорость эволюции ВИЧ зависит от большого числа различных факторов, которые не были учтены. Следовательно, хотя происхождение ВИЧ-1 от обезьяньих «родственников» не вызывает сомнений, предлагаемая дата (1940 год) не окончательна и может быть отодвинута на много лет назад. Отсутствие более старых образцов крови, инфицированных ВИЧ, легко объяснить: вирус в тот период циркулировал в африканских деревнях, отдаленных от медицинских центров. Неясно, впрочем, почему до сих пор найдено всего лишь четыре инфицированных шимпанзе.

Наконец, остается открытым вопрос, как именно вирус попал от обезьян к человеку. В случае с ВИЧ-2 все достаточно понятно: в африканских деревнях многие мангобеи – то же, что и российские дворняжки. Прирученные обезьяны постоянно общаются с людьми, играют с детьми... Более того, в некоторых районах Западной Африки обезьян этого вида употребляют в пищу. Шимпанзе же достаточно редки, а их габариты и нрав не располагают к дружескому общению. Приходится констатировать: либо те шимпанзе – носители вируса – еще не пойманы, либо напоминающий ВИЧ-1 вирус попал к ним и человеку от каких-то других африканских обезьян (возможно, уже вымерших).





ВИЧ и права человека

Распространение ВИЧ-инфекции в России ежедневно ставит перед нами все новые и новые вопросы, часть которых неразрывно связана с соблюдением прав человека.

ВИЧ-положительные живут в обществе, имеют семьи, работают по различным специальностям, в том числе управляют страной⁵⁰. Дети с ВИЧ ходят в школы, ездят в летние лагеря, а некоторые из зараженных в больницах еще в конце 80-х – начале 90-х, уже подросли и создают собственные семьи. Естественно, что в такой ситуации требуются дополнительные усилия по просвещению населения, чтобы, с одной стороны, дать возможность каждому человеку жить нормально и пользоваться всеми правами гражданина своей страны, а с другой стороны, предотвратить новые заражения.

Права личности и охрана здоровья населения – единство или конфликт?

Эпидемия СПИДа с особой остротой подняла проблему взаимосвязи между принципами защиты прав человека и требованиями охраны здоровья насе-

⁵⁰ «В высших эшелонах есть несколько человек... По счастью, никто из них еще не умер, СПИДа еще у них ни у кого нет, но зараженные есть». (В.В. Покровский, виртуальная пресс-конференция интернет-агентства «Пресс-центр.ру» 13 марта 2001 г.).

ния⁵¹. До недавнего времени цели общественного здравоохранения и цели правозащитников считались противоречащими друг другу.

Правозащитники испытывали глубокое недоверие к мерам, предпринимаемым санитарно-эпидемиологическими службами: ведь соображения охраны здоровья общества являются одним из аргументов, которым может воспользоваться государство в оправдание ограничения прав своих граждан⁵². Со своей стороны, работники здравоохранения считали, что правозащитники мешают их работе.

При этом и у работников здравоохранения, и у правозащитников есть по крайней мере одна общая цель – обеспечить необходимые условия для жизни и благополучия граждан. Дело работников здравоохранения – выявлять, оценивать и устранять факторы, представляющие угрозу здоровью населения, путем разработки соответствующей политики и создания служб. Задачи правозащитников связаны с системой взаимоотношений между личностью и государством. Международное право предписывает, что государство может – и чего не может – делать в отношении своих граждан, а также что оно обязано делать для них. Например, государство не может подвергать граждан пыткам или вторгаться в их личную жизнь и должно обеспечить каждому медицинскую помощь и начальное образование.

Современная концепция прав человека существует около 50 лет: защита прав человека была провозглашена одной из целей и одним из принципов Организации Объединенных Наций при ее создании. Основой современного правозащитного движения является Всеобщая декларация прав человека, в которой определяются права, изначально присущие всем людям на земном шаре. Права, провозглашенные во Всемирной декларации, далее развивает ряд международных документов⁵³, которые являются обязательными к исполнению и имеют силу

51 Приводимые далее рассуждения заимствованы из выступления на 12-й Всемирной конференции по СПИДу Софии Граскин, директора программ Центра по правам человека и здравоохранению Гарвардского университета, США.

52 Например, в статье 8 Европейской конвенции по защите прав человека и основных свобод говорится: «1. Каждый человек имеет право на уважение его личной и семейной жизни, неприкосновенности его жилища и тайны корреспонденции. 2. Не допускается вмешательство государственных органов в осуществление этого права, за исключением случаев, когда это предусмотрено законом и необходимо в демократическом обществе в интересах государственной безопасности, общественного порядка или экономического благосостояния страны, для поддержания порядка и предотвращения преступлений, в целях предотвращения беспорядков или преступлений, охраны здоровья или защиты нравственности, или защиты прав и свобод других лиц». В международном законодательстве предусмотрены подобные оговорки, позволяющие государству вмешиваться в осуществление гражданами своих прав. Одним из оснований для этого могут быть соображения «охраны здоровья». Такие оговорки, однако, не касаются абсолютных прав, как, например, права на свободу от рабства и запрета на применение пыток.

53 К таким документам относятся: Международный пакт о гражданских и политических правах; Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах; Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации женщин; Конвенция о правах ребенка.

закона для государств, подписавших их. Как в этих документах рассматривается охрана здоровья и каковы обязанности государства в этой сфере?

Во-первых, практически во всех этих международных договорах фигурирует **право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья**. Во многих положениях международного права хотя и нет прямого упоминания о здоровье, тем не менее они так или иначе имеют отношение к физическому или психическому здоровью: речь идет о праве на информацию, на социальное обеспечение, на пользование результатами технического прогресса и других.

Ни в одной из конвенций о правах человека не говорится конкретно о ВИЧ-инфекции и СПИДе. Тем не менее государства взяли на себя политические обязательства, в частности, на Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире и на Четвертой конференции ООН по проблемам женщин в Пекине, – обеспечить основные права личности в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа.

25 – 27 июня 2001 года в Нью-Йорке прошла специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций под лозунгом «Глобальная проблема – глобальные действия». Одной из тем, рассматриваемых на Генеральной Ассамблее, были права человека, а одним из целевых показателей, по которым международное сообщество будет оценивать степень выполнения каждой страной своих обязательств по борьбе с эпидемией, стало требование принятия и выполнения к 2003 году законодательства и иных мер для ликвидации всех форм дискриминации в отношении ВИЧ-положительных и других уязвимых групп.

Несмотря на это, во всем мире продолжают нарушаться права человека в контексте профилактики, лечения и научных исследований в области СПИДа. Эти нарушения касаются в особенности людей, затронутых эпидемией, – ВИЧ-положительных и их близких, а также уязвимых групп. Во многих странах мира, в том числе в России, люди с ВИЧ сталкиваются с дискриминацией и ограничением своих прав на медицинскую помощь, социальное обеспечение, на труд, на неприкосновенность личной жизни и других.

Обязанность государства состоит не только в том, чтобы не нарушать прав человека. Оно помимо этого обязано создать такие условия, которые дадут возможность каждой личности в полной мере реализовать свои права. В отношении каждого из прав человека государство несет ответственность на трех уровнях. Государство должно:

- уважать права;
- защищать права;
- гарантировать права.

В качестве иллюстрации обязанностей государства по обеспечению основных прав в контексте ВИЧ/СПИДа можно взять право на образование. Обязанность **уважать право** означает, что государство не должно само нарушать это право, то есть не может, к примеру, запретить детям с ВИЧ посещать школу.

Обязанность **защищать право** означает, что государство должно предотвратить нарушение права другими организациями и частными лицами. При этом должна существовать общедоступная процедура подачи жалоб, восстановления в правах и/или получения компенсации в случае нарушения права третьей стороной. К примеру, государство должно предотвратить попытки консервативных религиозных групп лишить молодежь доступа к половому просвещению.

Обязанность **гарантировать право** означает, что государство должно принять все необходимые меры – законодательные, бюджетные, административные – для того, чтобы граждане могли воспользоваться указанным правом. Например, если государство не обеспечивает элементарного просвещения по вопросам ВИЧ/СПИДа на разных национальных языках, в разнообразных формах и различными средствами, чтобы эта информация достигла всех без исключения слоев населения, такое положение само по себе квалифицируется как нарушение права на образование в контексте эпидемии СПИДа.

Разумеется, ограниченность ресурсов и другие обстоятельства могут помешать государству немедленно и в полной мере обеспечить все права своих граждан в условиях эпидемии СПИДа. Тем не менее обязательства государства по обеспечению прав не ограничиваются лишь принятием соответствующих законов. Осуществление прав должно опираться на специально выделенные бюджетные ресурсы, обученные кадры, материально-техническое обеспечение и в целом на инфраструктуру, для создания которой требуются время и политическая воля. Поэтому реализация прав чаще всего измеряется тем прогрессом, который достигнут в ходе постепенного продвижении к цели.

В отношении тех ситуаций, когда некоторые права человека могут быть ограничены из соображений охраны здоровья населения, – например, ограничение права на свободу передвижения в связи с карантином по поводу инфекционного заболевания, – в соответствии с международными нормами они должны удовлетворять ряду требований. Во-первых, данные конкретные ограничения должны быть предусмотрены в национальном законодательстве. Во-вторых, такие меры должны приниматься ради законной цели и должны быть необходимыми для достижения этой цели. Наконец, они не должны использоваться, если существует разумная альтернатива такому ограничению прав, и не должны применяться избирательно и дискриминационно.

Такой подход позволяет четко определить, какие санитарно-эпидемиологические меры являются незаконными с точки зрения прав человека, независимо от

того, является ли нарушение прав намеренным или неосознанным. Например, рейды по задержанию и принудительной проверке на ВИЧ уличных секс-работников представляют собой явное нарушение прав человека. Нарушение прав может быть и менее очевидным: сколько молодых людей заразились ВИЧ из-за того, что не смогли реализовать свое право на образование и не получили достоверной и доходчивой информации о реальном риске заражения половым путем и при употреблении наркотиков – и о том, как можно снизить этот риск?

В программном документе ООН «Руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека», который был принят в ходе второй Международной консультации по ВИЧ/СПИДу и правам человека в Женеве в 1996 году и содержит рекомендации по правовому регулированию проблем, связанных с ВИЧ/СПИДом, в частности, сказано: «Защита прав человека имеет существенно важное значение для обеспечения уважения человеческого достоинства в связи с ВИЧ/СПИДом и эффективного, основанного на соблюдении прав человека, реагирования на проблему ВИЧ/СПИДа. Эффективное реагирование требует осуществления всех прав человека – гражданских и политических, экономических, социальных и культурных – и основных свобод всех людей в соответствии с существующими международными стандартами в области прав человека. Интересы общественного здравоохранения не вступают в коллизию с правами человека. Напротив, общепризнанно, что когда защищены права человека, меньшее число людей заражается ВИЧ, а ВИЧ-положительные и больные СПИДом и их семьи успешнее справляются с трудностями, вызванными ВИЧ/СПИДом».

Права человека – не просто фразы из документов, подписанных государствами задолго до начала эпидемии СПИДа. Эти положения призваны создать контекст, который поможет человечеству преодолеть кризис, каким является СПИД. Для этого необходимо, чтобы основные права человека находились в постоянном развитии, активно применялись и тем самым сохраняли свою актуальность в сложных условиях современного мира.

Некоторые аспекты ситуации в России

В России нередко наличие ВИЧ-инфекции делает гражданина мишенью для различных нарушений прав. Незаконное обследование на ВИЧ без согласия и консультирования, разглашение диагноза, незаконное увольнение с работы, вынужденный переезд на новое место жительства из-за гонений и дискриминации, недоступность медицинских и социальных служб на новом месте из-за отсутствия регистрации – вот далеко не полный перечень проблем, с которыми может столкнуться человек с ВИЧ-инфекцией сразу после постановки диагноза. Вступление в интимные отношения или желание создать

семью фактически приравнивается к уголовному преступлению как постановка партнера в опасность заражения ВИЧ. Недоступность новых противовирусных лекарств лишает людей с ВИЧ не только права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, но и права на жизнь.

В главе «Тест на ВИЧ с точки зрения права» говорилось о том, что обследование на ВИЧ является обязательным лишь для ограниченного круга лиц. Вот как комментирует ситуацию с обследованием В. В. Покровский: «У нас обязательно обследуются только две группы – это доноры и сотрудники центров СПИДа. ...Почему? Некоторые думают, потому что у них [сотрудников СПИД-центров] большой риск заразиться ВИЧ-инфекцией. Действительно, риск такой есть, но юридически невозможно доказать, что человек заразился именно на работе, а не где-то еще. Потому что в этом случае нашим законом предусмотрена компенсация. Вот две группы обязательного тестирования. ...В принципе человек имеет право отказаться от этих обследований. ...Если не хочешь, чтобы тебя обследовали, – не ходи сдавать кровь как донор, не поступаешь на работу в Центр СПИДа». Тем не менее нередки случаи обследования пациентов на ВИЧ без их ведома и согласия, а также случаи незаконного требования со стороны работодателей сдать анализ на ВИЧ как условие найма.

Уголовный кодекс Российской Федерации предусматривает ответственность за «заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией» и «заражение другого лица ВИЧ-инфекцией». Это означает, что ВИЧ-положительный, который вступил в половую связь с ВИЧ-отрицательным, зная о своем ВИЧ-статусе, может быть наказан лишением свободы на срок до одного года, а в случае заражения партнера – до пяти лет (или до восьми, если партнер несовершеннолетний). В этом случае закон не принимает во внимание согласие ВИЧ-отрицательного партнера на вступление в половую связь и использование средств предохранения. Не делается исключение и для тех случаев, когда партнеры состоят в браке.

Уголовная ответственность за «поставление в опасность заражения» является одним из примеров того, как нарушение права человека на личную и семейную жизнь⁵⁴, а также права вступать в брак и основывать семью и права на защиту семьи⁵⁵ создает условия, которые, с одной стороны, повышают уязви-

54 Статья 12 Всеобщей декларации прав человека: «Никто не может подвергаться произвольному вмешательству в его личную и семейную жизнь, произвольным посягательствам на неприкосновенность его жилища, тайну его корреспонденции или на его честь и репутацию. Каждый человек имеет право на защиту закона от такого вмешательства или таких посягательств».

55 Статья 16 Всеобщей декларации прав человека: «1. Мужчины и женщины, достигшие совершеннолетия, имеют право без всяких ограничений по признаку расы, национальности или религии вступать в брак и основывать семью. Они пользуются одинаковыми правами в отношении вступления в брак, во время состояния в браке и во время его расторжения. 2. Брак может быть заключен только при свободном и полном согласии обеих вступающих в брак сторон. 3. Семья является естественной и основной ячейкой общества и имеет право на защиту со стороны общества и государства».

мость людей с ВИЧ, а с другой – препятствуют эффективной профилактике, поскольку знание своего ВИЧ-статуса является одним из элементов состава преступления. В ряде стран предусмотрено уголовное наказание лишь за **доказанное умышленное заражение ВИЧ**; в России закон фактически карает за вступление в половую связь человека, знающего о своей ВИЧ-инфекции, с человеком, не зараженным ВИЧ (или не знающим своего ВИЧ-статуса), независимо от взаимного согласия, наличия семьи, использования средств предохранения и других обстоятельств.

В рекомендациях ООН, изложенных в докладе «Уголовное право, общественное здравоохранение и передача ВИЧ» подчеркивается, что любые правовые меры в ответ на ВИЧ должны приниматься на основании и в соответствии с международными принципами по правам человека, в то время как уголовное преследование того или иного поведения, которое считается фактором передачи ВИЧ, понуждает людей избегать контакта с системой здравоохранения и фактически подрывает профилактическую работу с населением.

Врачебная тайна

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на сохранение врачебной тайны. Статья 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан раскрывает содержание врачебной тайны и дает исчерпывающий перечень ситуаций, в которых допускается ее разглашение.

К сведениям, составляющим врачебную тайну, относятся информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Под «иными сведениями» понимается, в частности, информация о семейной и интимной жизни, о здоровье родственников.

Человек, достигший 15 лет, вправе сам решать, кому и в каких целях могут быть доверены сведения, составляющие врачебную тайну. За несовершеннолетних в возрасте до 15 лет решение по этому вопросу принимают законные представители (родители, опекуны). С согласия гражданина или его законного представителя сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе. Не будет нарушением врачебной тайны публикация в специальной литературе информации о течении болезни и способах лечения пациента без указания его имени. Врач может опубликовать фотографию пациента при условии, если по ней нельзя идентифицировать конкретного человека.

Круг лиц, обязанных хранить врачебную тайну, определен законом. Если человек рассказал о своем диагнозе другу или сослуживцу, а тот передал эти сведения третьим лицам, то такой поступок может вызвать негодование и моральное осуждение, но не повлечет за собой ответственности за разглашение врачебной тайны. Обратим внимание на формулировку статьи 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: пациент имеет право на сохранение врачебной тайны при обращении за медицинской помощью и ее получении. Следовательно, обязанность не разглашать сведений, составляющих врачебную тайну, распространяется прежде всего на медицинских работников (врачей, медицинских сестер, санитарок, сиделок, регистраторов) и фармацевтических работников. Студенты, проходящие практику в лечебных учреждениях, также относятся к субъектам, обязанным хранить врачебную тайну. Не относятся к этому кругу лиц педагог, воспитатель, психолог, юрист (если он не является защитником, допущенным в установленном законом порядке к участию в уголовном деле). Разглашение, например, юристом сведений о состоянии здоровья гражданина, полученных во время консультаций, безусловно будет нарушением профессиональной этики, но не будет нарушением закона.

Поскольку к сведениям, составляющим врачебную тайну, относится информация и о самом факте обращения за медицинской помощью, то незаконной является демонстрация телевизионных репортажей из поликлиник и больниц, если в кадр попадает хотя бы один пациент, не выразивший своего согласия на съемку. Однако тележурналист не относится к категории лиц, обязанных по закону хранить врачебную тайну. В данной ситуации ответственность за разглашение врачебной тайны должен нести врач, допустивший съемку без согласия пациента.

Наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками обязаны соблюдать врачебную тайну (и следовательно, нести ответственность за ее разглашение) лица, которым эти сведения переданы в установленном законом порядке.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний^{5 6}, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

^{5 6} Имеются в виду заразные болезни, распространение которых носит массовый характер; ВИЧ-инфекция к ним не относится.

- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

При оформлении больничного листа врач должен испросить согласие пациента на внесение сведений о диагнозе заболевания. Если пациент не согласен, указывается только причина нетрудоспособности, например: «заболевание» или «травма»⁵⁷. Лечебные учреждения при оформлении медицинских документов должны использовать специальную печать или штамп без указания профиля. Например, вместо «Московский городской кожно-венерологический диспансер №1» именовать «Московский городской диспансер №1»⁵⁸.

Разглашение врачебной тайны в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, явление довольно распространенное. Во многом оно связано с тем, что люди, пострадавшие от разглашения врачебной тайны, не отстаивают свои права и виновные не несут никакой ответственности. Пострадавшим часто кажется бессмысленным предпринимать какие-то действия в свою защиту. Смысл таких действий, однако, заключается в том, что лица, обязанные соблюдать врачебную тайну, будут делать это только тогда, когда ответственность за ее разглашение будет неотвратимой.

Если известно, кто разгласил сведения, составляющие врачебную тайну, и это доказуемо, то можно (и нужно) сделать следующее:

- либо подать жалобу руководителю организации, сотрудник которой разгласил сведения, составляющие врачебную тайну, с требованием применить к такому сотруднику меры дисциплинарного взыскания (например, объявить выговор);
- либо в порядке гражданского судопроизводства предъявить иск о возмещении морального вреда к той организации, сотрудник которой разгласил сведения, составляющие врачебную тайну.



57 Статья 49 «Основ законодательства об охране здоровья граждан».

58 Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 128 от 17 мая 1995 г.



Организации, движения и сети

Международные организации

UNAIDS – Объединенная программа ООН по СПИДу, в деятельности которой участвуют восемь агентств ООН: Всемирная организация здравоохранения (WHO), Детский фонд ООН (UNICEF), Программа ООН по вопросам образования, науки и культуры (UNESCO), Фонд ООН по народонаселению (UNPA), Программа ООН по развитию (UNDP), Программа ООН по контролю над наркотиками и преступностью (UNDCP), Международная организация труда и Всемирный банк. Официальный сайт организации: <http://www.unaids.org>

Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией – был создан Генеральной Ассамблеей ООН для привлечения и распределения дополнительных ресурсов в борьбе с тремя наиболее разрушительными мировыми эпидемиями и для преодоления их последствий. Фонд занимается финансированием национальных программ по профилактике, лечению, уходу и поддержке, а также привлечением ресурсов на борьбу с данными заболеваниями. Официальный сайт фонда: <http://www.globalfundatm.org>

ILO (International Labour Organization) – Международная организация труда. Организация придает большое значение профилактике ВИЧ и минимизации ущерба, наносимого эпидемией СПИДа в сфере труда. Глобальная программа МОТ по ВИЧ/СПИДу существует с 2000 года, МОТ тесно сотрудничает с UNAIDS и другими антиСПИДовскими организациями. Раздел о

СПИДе официального сайта Московского бюро Международной организации труда по Восточной Европе и Центральной Азии: <http://www.ilo.ru/aids/>

GBC (The Global Business Coalition on HIV/AIDS) – Глобальный совет бизнеса по ВИЧ/СПИДу. Совет основан в 1997 году, и его главная цель – увеличить участие бизнеса в борьбе с эпидемией СПИДа. Организация оказывает помощь бизнес-структурам по созданию собственных антиСПИДовских программ. Подобные программы включают в себя профилактику ВИЧ среди служащих, доступ к лечению для сотрудников, борьбу с дискриминацией. Официальный сайт организации: <http://www.businessfightsaids.org>

IAEN (The International AIDS Economic Network) – Международная сеть по СПИДу и экономике, созданная в 1993 году. Организация занимается предоставлением данных, методик и аналитических материалов для исследований и стратегического планирования по экономическим аспектам анти-СПИДовской политики. Официальный сайт организации: <http://www.iaen.org>

IAS (International AIDS Society) – Международное антиСПИДовское общество, представляет ученых, занимающихся проблемой ВИЧ/СПИДа. Было создано в 1988 году для организации ряда всемирных конференций, спонсорской поддержки для участия в них представителей из бедных стран, а также медицинского обучения и просвещения в области СПИДа. Секретариат организации находится в Стокгольме, Швеция. Официальный сайт организации: <http://www.ias.se>

IAVI (The International AIDS Vaccine Initiative) – Международная инициатива по вакцине от СПИДа. Глобальная организация, которая пытается оказать влияние на темпы создания и распространения профилактической вакцины от ВИЧ – самой большой надежды на окончание эпидемии СПИДа. Организация занимается просвещением и образованием в отношении вакцины, поддержкой научного прогресса, привлечением коммерческого сектора к разработке вакцин, а также обеспечением всеобщего доступа к будущей вакцине. Официальный сайт организации: <http://www.iavi.org>

ICASO (International Council of AIDS Services Organization) – Международный совет СПИД-сервисных организаций. Международная сеть неправительственных организаций, работающих в области СПИДа. Имеет региональные секретариаты (AfriCASO, APCASO, EuroCASO, LACCASO, NACASO) и национальных координаторов. Официальный сайт организации: <http://www.icaso.org>

GNP+ (Global Network of People Living With HIV/AIDS) – Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ и СПИДом. Организация была создана с целью улучшить качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, объединить их друг с другом и с различными организациями. Действует в 6 регионах мира: Афри-

ке, Азии, Европе, Латинской Америке, странах Карибского бассейна и в Северной Америке. В каждом регионе организация намечает приоритеты и программы. Официальный сайт организации: <http://www.gnplplus.net>

ICW (International Community of Women Living With HIV/AIDS) – Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом. Женская сеть была создана в июле 1992 года на Всемирной конференции по СПИДу в Амстердаме как ответ на проблему недостатка поддержки и информации для женщин с ВИЧ. Борется за улучшение жизни женщин с ВИЧ, поддерживает женские инициативы в области СПИДа. В сети состоит более 800 женщин из 90 стран. Официальный сайт организации: <http://www.icw.org>

ACT UP (Экт Ап) – независимая организация, созданная в 1987 году в Нью-Йорке группой активистов. Лозунг организации: «Молчание – смерть». Движение существует в нескольких городах США (Сан-Франциско, Лос-Анджелес, Филадельфия, Атланта) и в Париже и развивает свою деятельность на международном уровне. Основной метод организации – прямые действия: публичные выступления, демонстрации, акции гражданского неповиновения. Цели: добиться доступа к лечению для всех ВИЧ+, отмены дискриминации, устранения препятствий и запретов (обмен шприцев, требование анализа на ВИЧ для получения визы). Адреса офисов и страниц Экт Ап есть на официальном сайте организации: <http://www.actupgg.org/aunetwork.html>

IHRD (International Harm Reduction Development) – Международная программа по развитию снижения вреда Института «Открытое общество» в странах Восточной Европы и СНГ. Программа основана в 1995 году в ответ на стремительный рост потребления наркотиков в этих странах. Миссия программы – снижение вреда, которое наносит употребление наркотиков, в особенности риска ВИЧ-инфекции. Подход программы базируется на концепции прав человека и философии снижения вреда. На данный момент IHRD поддерживает около 180 проектов в 20 странах. Информация о программе в интернете: <http://www.soros.org/harm-reduction>

Международное движение КВИЛТ

В 1987 году житель города Сан-Франциско Клив Джонс шил полотно в память об умершем от СПИДа друге, выразив этим горечь утраты и возмущение бездействием американского правительства. Вскоре в Сан-Франциско был создан первый швейный центр, где люди шили памятные полотна своим близким, умершим от СПИДа. Готовые полотна соединяли в большие квадраты-секции, предназначенные для публичных показов. Эта инициатива была подхвачена во всей Америке, а вскоре и во всем мире. Так возник Международный СПИД-мемориал КВИЛТ.

Сегодня Международный СПИД-мемориал КВИЛТ насчитывает уже более 45 тысяч памятных полотен и существует в 40 странах мира. Одна из последних крупнейших экспозиций, на которой были представлены памятные полотна из всех стран, в том числе из России, была проведена осенью 1996 года в Вашингтоне.

В России первые памятные полотна были созданы в 1993 году. Эти полотна демонстрировались в школах, в дворцах культуры, на конференциях, на улицах и площадях России, а также на многих международных экспозициях.

Экспозиция КВИЛТа заставляет задуматься об огромных масштабах эпидемии. Читая имена на памятных полотнах и представляя себе человеческие судьбы, которые стоят за этими именами, мало кто способен остаться равнодушным. Многоцветная мозаика Квилтов лучше всяких слов доказывает, что СПИД может затронуть каждого, независимо от возраста, национальности или образа жизни.

В 1999 году состоялся ЕвроКвиллТур'99 – беспрецедентная в России и в Восточной Европе международная акция по борьбе со СПИДом, призванная изменить опасную ситуацию в этом огромном регионе. Сотни тысяч наших сограждан посетили экспозиции Квилтов, увидели их по телевизору, прочитали в прессе.

ЕвроКвиллТур'99 начался в Москве в День памяти умерших от СПИДа, и закончился в Варшаве, на конференции Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. За это время Тур прошел по 13 городам России, Украины, Белоруссии, Латвии, Польши, останавливаясь в каждом городе на несколько дней. После ЕвроКвиллТура'99 были созданы национальные мемориалы КВИЛТ в Украине и Белоруссии.

Красная ленточка – символ памяти и солидарности

Красная ленточка, приколотая булавкой к одежде, — это международный символ борьбы со СПИДом. Чем больше людей наденут красную ленточку, тем слышнее будет голос тех, кто требует внимания к проблеме СПИДа и к нуждам миллионов людей всего мира, затронутых эпидемией.

Красная ленточка — это символ памяти о сотнях тысяч тех, кого мы потеряли.

Красная ленточка — это символ солидарности с теми, кого эпидемия СПИДа затронула лично: с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, с их близкими, родными и друзьями.

Красная ленточка — это символ поддержки научных разработок и клинических испытаний, призванных найти новые, более эффективные и доступные лекарства и вакцину от СПИДа.

Красная ленточка — это символ протеста против истерии и невежества, против дискриминации и общественной изоляции людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

В конце 1980-х годов Америка переживала две трагедии — потерю 79 солдат, исчезнувших в Кувейте, и эпидемию СПИДа. В знак поддержки своих пропавших без вести соотечественников и надежды увидеть их снова американцы носили на одежде желтые ленточки. Однако о СПИДе, который к тому времени унес 140 тысяч жизней, предпочитали не говорить.

В апреле 1991 года художник Франк Мур создал **красную ленточку**. Красная ленточка стала символом тех, кто требовал внимания к проблеме СПИДа. Первыми ленточку надели художники из благотворительной организации Visual AIDS, посвятившие свои силы и талант борьбе с эпидемией. Очень скоро красная ленточка стала общепризнанным и популярным символом борьбы со СПИДом.

В ноябре 1991 года на концерте, посвященном памяти Фредди Меркюри, красную ленточку впервые надели 70 тысяч поклонников артиста.

В 1992 году на церемонии вручения премии «Оскар» в Голливуде у двух третьих присутствующих на груди была красная ленточка.

Красная ленточка занимает центральное место на логотипе Программы ООН по СПИДу. Красную ленточку носят Элизабет Тейлор, Мэджик Джонсон, Шэрон Стоун и другие знаменитости и обычные люди во всем мире.





История СПИДа в мире

Вот некоторые события, иллюстрирующие развитие эпидемии СПИДа с конца 70-х годов до наших дней. Начало этой истории – 1978 год – условно, поскольку некоторые ученые считают, что ВИЧ перешел от обезьян к людям в период между 1926 и 1946 годами. Более того, результаты недавних исследований указывают на то, что этот вирус мог впервые появиться в человеческой популяции еще в 17-м веке, но утвердился в Африке как эпидемический штамм лишь в 30-х годах 20-го века. Старейший в мире образец крови человека, содержащий ВИЧ, относится к 1959 году – в этом году африканский пациент из Конго, у которого была взята кровь, умер от СПИДа.

1978

У нескольких пациентов в США и Швеции (у мужчин-гомосексуалов), а также в Танзании и на Гаити (у гетеросексуалов обоего пола) зарегистрированы симптомы заболевания, которое через несколько лет назовут СПИДом.

1981

Центром по контролю заболеваемости США отмечено большое число случаев редкого рака кожи (саркомы Капоши) у молодых геев. Это заболевание вначале называли «рак гомосексуалов» (gay cancer), а затем GRID – «иммунодефицит гомосексуалов» (GRID – gay-related immune deficiency). В 1981 году от этого заболевания в США умерли не менее 128 человек.

1982

Специалисты Центра по контролю заболеваемости США (CDC) предполагают, что новое заболевание связано с кровью. Впервые используется название

СПИД – «синдром приобретенного иммунодефицита» (AIDS – acquired immune deficiency syndrome). Причина болезни и пути ее передачи пока не известны.

1983

Люк Монтанье из Института Пастера (Франция) открыл вирус, который считают причиной СПИДа, – ВИЧ, или «вирус иммунодефицита человека» (HIV – human immune deficiency virus). В США за год от СПИДа умерли не менее полутора тысяч человек.

1984

Американский ученый Роберт Галло объявляет о том, что открыл вирус СПИДа, однако это произошло через год после французского открытия.

1985

Было установлено, что ВИЧ передается через жидкие среды тела: кровь, сперму, секреты влагалища и материнское молоко. Администрация по контролю пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) одобрила первый тест на ВИЧ. В США и Японии начали проверять на ВИЧ донорскую кровь и кровепродукты. В городе Атланта (США) состоялась первая Международная конференция по СПИДу. В Нью-Йорке прошла премьера пьесы «Нормальное сердце» драматурга Лэрри Крамера. Это первая театральная постановка, посвященная СПИДу. В США за год зарегистрировано 6 972 смерти от СПИДа. Среди умерших – известный киноактер, кумир Америки Рок Хадсон.

1986

Глава Министерства здравоохранения США (US Surgeon General) Эверетт Кооп опубликовал первый официальный доклад о проблеме СПИДа. В докладе содержится призыв к сексуальному просвещению с целью профилактики заражения ВИЧ. В большинстве европейских стран начали проверять донорскую кровь на ВИЧ. В США создана антиСПИДовская общественная организация Экт Ап (ACT UP).

1987

Учреждена Глобальная программа ВОЗ по СПИДу. Всемирной ассамблеей здравоохранения принята глобальная стратегия борьбы со СПИДом. СПИД стал первым заболеванием, которое обсуждалось на сессии Генеральной Ассамблеи ООН. В ряде стран одобрено первое лекарство против СПИДа – AZT (зидовудин, ретровир) компании Веллком. В Канаде запрещено распространение зараженных ВИЧ кровепродуктов. В США введен запрет на въезд в страну иммигрантов и туристов с ВИЧ-инфекцией. На шестом году эпидемии президент США Рональд Рейган впервые публично произнес слово «СПИД». В Сан-Франциско начато создание СПИД-мемориала КВИЛТ. Опубликована книга Рэнди Шилтса «Оркестр продолжал играть...». В России зарегистрирован первый случай ВИЧ-инфекции.

1988

Всемирной организацией здравоохранения совместно с Правительством Великобритании была проведена встреча министров здравоохранения по проблеме СПИДа. 1 декабря объявлен Всемирным днем борьбы со СПИДом. В США издан закон, запрещающий дискриминацию федеральных служащих с ВИЧ-инфекцией.

1989

На Гаити запрещено распространение зараженных ВИЧ кровепродуктов. Под давлением активистов организации Экт Ап фирма Веллком снижает цену AZT на 20%. В США за год зарегистрировано 27 666 смертей от СПИДа, среди умерших – телезвезда Аманда Блейк. В России в больницах Элисты, Волгограда и Ростова-на-Дону заражено ВИЧ более 200 детей. Официальная причина заражения – небрежность медперсонала.

1990

Рональд Рейган принес свои извинения за невнимание к проблеме СПИДа в годы своего президентского правления. В России создана сеть специализированных медицинских учреждений (СПИД-центров) для профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа.

1991

В США одобрен новый противовирусный препарат ddI (дидианозин, видекс). По данным ВОЗ 10 миллионов людей во всем мире живут с ВИЧ-инфекцией, из них более миллиона – в США. Профессиональный баскетболист Мэджик Джонсон объявляет о своей ВИЧ-инфекции. Умер Фредди Меркьюри.

1992

В США одобрен препарат ddC (зальцитабин, хивид), проводятся клинические испытания сочетаний лекарств, введена ускоренная процедура одобрения новых препаратов для лечения СПИДа. В США за год зарегистрировано более 40 тысяч смертей, среди них актер Роберт Рид.

1993

Одобен к использованию женский презерватив. Четверо руководителей банка крови во Франции посажены в тюрьму за то, что допустили попадание в банк зараженных ВИЧ кровепродуктов. От СПИДа умерли теннисист Артур Эш, легенда балета Рудольф Нуриев.

1994

В Париже состоялась Встреча на высшем уровне по СПИДу, на которой была принята Декларация. В США и Западной Европе одобрен препарат d4T (зерит). Среди умерших от СПИДа – Джон Кэрри, олимпийский чемпион по фигурному катанию, и Рэнди Шилтс, автор книги «Оркестр продолжал играть...».

1995

В Германии четыре человека приговорены к тюремному заключению за продажу зараженной ВИЧ крови. Олимпийский чемпион по прыжкам в воду Грег Луганис объявил, что болен СПИДом. В России 1 августа вступил в силу Федеральный закон «О предотвращении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

1996

На смену Глобальной программе ВОЗ по СПИДу создана Объединенная программа ООН по СПИДу (UNAIDS). В Ванкувере (Канада) состоялась очередная, 11-я Международная конференция по СПИДу, на которой было объявлено о новом поколении лекарств – ингибиторах протеазы. Журнал «Тайм» объявил «человеком года» американского ученого, исследователя проблемы СПИДа Дэвида Хо. Установлено, что возбудителем саркомы Капоши является вирус герпеса. Мэджик Джонсон возвращается в спорт. Боксер-тяжеловес Томми Моррисон объявляет о своей ВИЧ-инфекции. В России основным путем распространения ВИЧ-инфекции становится инъекционное употребление наркотиков.

1997

Создан Глобальный бизнес-совет по ВИЧ/СПИДу – первый международный орган, координирующий участие коммерческих структур в борьбе с эпидемией. Программой ООН по СПИДу (UNAIDS) начат первый этап «инициативы по доступу к лекарствам» – проекта по обеспечению доступности лекарств для развивающихся стран. Центром по контролю заболеваемости США впервые зарегистрировано снижение смертности от СПИДа в стране по сравнению с предыдущим годом за счет применения новых методов лечения. Общее число людей, умерших от СПИДа, во всем мире составило около 6,4 миллиона. Примерное число людей с ВИЧ-инфекцией в мире – 22 миллиона. Это больше, чем все население Австралии.

1998

В Женеве (Швейцария) состоялась очередная, 12-я Международная конференция по СПИДу, на которой было признано, что несмотря на прогресс науки, миллионы людей умирают от СПИДа из-за дороговизны и недоступности лекарств. Видный ученый, бывший директор Программы ВОЗ по СПИДу доктор Джонатан Манн и его супруга, доктор Мари-Лу Клеменс-Манн погибли в авиакатастрофе Swissair.

1999

В Варшаве состоялась очередная конференция Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ/СПИДом – впервые такая встреча была проведена в восточноевропейской стране. По 13 городам России и Восточной Европы прошел ЕвроКвилтТур'99 – беспрецедентная в этом регионе международная акция, в кото-

рой участвовали мемориальные полотна Квилта из 13 европейских стран. В США разрешен к применению новый ингибитор протеазы ампреनावир.

2000

Разрешены к применению ингибитор протеазы калетра и комбинированный препарат тризивир. Состоялась 13-я Международная конференция по ВИЧ/СПИДу в г. Дурбан (ЮАР). Накануне Конференции президент ЮАР Табо Мбеки неожиданно заявил, что не верит в связь между ВИЧ и СПИДом. 5 тысяч ученых всего мира подписали Дурбанскую декларацию, в которой снова подтвердили, что ВИЧ является причиной СПИДа.

2001

Впервые на двадцатом году эпидемии состоялась специальная сессия ООН, посвященная проблеме СПИДа, в результате которой 189 государств-членов Организации Объединенных Наций подписали «Декларацию приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом» – глобальную программу действий по противодействию эпидемии и преодолению ее разрушительных последствий. В США одобрен противовирусный препарат нового класса – нуклеотидный ингибитор обратной транскриптазы виреад, а также скрининг-тест NAT для раннего обнаружения ВИЧ в донорской крови. В России зарегистрировано 88 120 новых случаев ВИЧ-инфекции, что в полтора раза больше, чем за предыдущий год.

2002

В Барселоне (Испания) состоялась 14-я Международная конференция по ВИЧ/СПИДу. На конференции было объявлено о новых препаратах – ингибиторах слияния и ингибиторах интегразы, а также о том, что вакцина от СПИДа – вопрос ближайшего будущего. Умер от СПИДа создатель красной ленточки Франк Мур. В мире число людей, живущих с ВИЧ, превысило 40 миллионов человек. В России, по официальной статистике, зарегистрировано более 200 тысяч ВИЧ-положительных, реально число это достигает 1 миллиона. В Москве состоялось заседание Глав правительств СНГ, одной из тем которого стало принятие совместной Программы по противодействию эпидемии СПИДа.

История продолжается...





Основные события в борьбе со СПИДом

1 декабря – Всемирный день борьбы со СПИДом и ежегодные всемирные кампании

В 1988 году Генеральная Ассамблея ООН объявила, что распространение СПИДа приняло масштабы глобальной пандемии. Чтобы привлечь внимание к этой проблеме людей всего мира, резолюцией ООН 43/15 день 1 декабря был официально объявлен Всемирным днем борьбы со СПИДом. В этот день мировая общественность выражает солидарность с людьми, затронутыми эпидемией, и поддержку усилий по борьбе со СПИДом во всем мире.

Каждый год Всемирный день борьбы со СПИДом посвящен определенной теме, отражающей один из аспектов эпидемии⁵⁹.

1988 – Объединенный мир против СПИДа (A World United Against AIDS).

1989 – Молодежь и СПИД (Youth and AIDS).

1990 – Женщины и СПИД (Women and AIDS).

1991 – Вместе принять вызов (Sharing the Challenge).

1992 – СПИД: обязательства, принятые обществом (AIDS: A Community Commitment).

1993 – Время действовать (Time to Act).

⁵⁹ В некоторых случаях существует несколько версий перевода на русский язык, поэтому приводятся также английские оригиналы тем Всемирного дня борьбы со СПИДом.

- 1994 – СПИД и семья (AIDS and the Family).
1995 – Общие права, общая ответственность (Shared Rights, Shared Responsibilities).
1996 – Один мир, одна надежда (One World, One Hope).

В июне 1997 года Объединенной программой ООН по СПИДу совместно с несколькими международными партнерскими организациями была начата первая ежегодная Всемирная кампания по борьбе со СПИДом. Теперь определенному аспекту проблемы СПИДа посвящается не только день 1 декабря, а весь год. В течение всего года проводятся мероприятия и осуществляются инициативы, посвященные избранной теме. Это позволяет более эффективно использовать имеющиеся ресурсы и добиваться более ощутимых практических результатов.

Кампания 1997 года **«Дети, живущие в мире, где есть СПИД»** (Children Living in a World with AIDS) была посвящена самой молодой и часто самой незащищенной части общества – детям. При организации этой кампании Программа ООН по СПИДу и ее партнеры стремились привлечь внимание к тому, как эпидемия СПИДа влияет на жизнь детей всего мира, и мобилизовать международное сообщество на решение связанных с этим проблем.

В 1998 году в центре внимания Всемирной кампании **«Движущая сила перемен»** (Force for Change) была молодежь от 10 до 24 лет. Одной из задач кампании было реальное вовлечение молодежи в борьбу со СПИДом. Помимо этого, кампания была призвана усилить международную поддержку молодежи, пострадавшей от эпидемии. В рамках этой кампании также подчеркивалась связь между ВИЧ/СПИДом и другими факторами, такими как права человека, имеющими большое значение для здоровья и развития молодежи.

Тема Всемирной кампании по борьбе со СПИДом 1999 года – **«Слушай, учись, живи!»** (Listen, Learn, Live!). Ее задачи:

- Слушать детей и молодежь, прислушиваться к мнению молодых людей, понимать, что их беспокоит и что для них важно в жизни.
- Учиться друг у друга уважению, участию в общем деле, поддержке и способам предупредить распространение ВИЧ-инфекции.
- Жить в мире, где права детей и молодежи защищены, где люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, получают необходимую помощь и не страдают от дискриминации.

Тема кампании 2000 года – **«СПИД: Многое зависит от мужчин»** (AIDS: Men make a difference) – отражает особую роль и ответственность мужчин в борьбе с эпидемией, поскольку женщины во многих странах мира лишены возможности решать, где, когда и в какой форме вступать в половые контакты – это решение зависит от мужчины. Вдобавок культ «мужественности» фактически поощряет рискованное поведение мужчин в сфере секса и употребления наркотиков, что в

свою очередь приводит к заражению ВИЧ. Более 70% всех случаев ВИЧ-инфекции в мире происходит в результате половых контактов между мужчинами и женщинами, а 10% – в результате секса между мужчинами. Примерно 5% зараженных приходится на лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, четыре пятых из которых – мужчины. Таким образом, активное и сознательное участие мужчин в борьбе со СПИДом способно изменить ход развития эпидемии.

Тема кампании 2001 года продолжает акцентировать внимание на роль мужчин в борьбе с эпидемией и звучит так: **«Многое зависит от мужчин: Мне не все равно, а тебе?»** (Men make a difference: I care, do you?). Однако этот лозунг несколько шире, чем прошлогодний, и сосредоточен не только на проблемах и потребностях мужчин активного возраста, но и на вопросах профилактики, медицинского ухода, поддержки, актуальных для обоих полов и разных возрастных групп, а также стремится привлечь к борьбе с эпидемией политических и общественных лидеров.

Тема кампании 2002- 2003 года – **«Гонение⁶⁰ и дискриминация: Живи и дай жить другим»** (Stigma and discrimination: Live and let live). Дискриминация и неприятие со стороны общества являются серьезным препятствием на пути эффективной профилактики и медицинской помощи в контексте ВИЧ/СПИДа. Страх подвергнуться дискриминации удерживает людей от обследования и лечения и заставляет скрывать свой ВИЧ-статус. Людям, инфицированным ВИЧ или подозреваемым в этом, отказывают в получении медицинской помощи, жилья или работы, в страховании или въезде в иностранное государство, от них отворачиваются друзья и коллеги. В некоторых случаях их выгоняют из дома их собственные семьи, их супруги подают на развод; известны случаи физического насилия и даже убийства на почве ВИЧ-статуса. Клеймо позора, которое все еще ассоциируется с этим диагнозом, передается и следующему поколению, ложась тяжким бременем на плечи детей, чьи родители умерли от СПИДа.

Третье воскресенье мая – День памяти умерших от СПИДа

Ежегодно каждое третье воскресенье мая проводится Всемирный День памяти умерших от СПИДа. Впервые он был организован в 1983 году в Сан-Франциско (США) группой людей, лично затронутых или глубоко озабоченных проблемой СПИДа. В то время число умерших составляло несколько тысяч человек. С тех пор в этот день миллионы людей во всех странах мира ор-

⁶⁰ Этот лозунг также переводят как «стигма и дискриминация», где слово «стигма» – «позорное клеймо» – используется для обозначения пренебрежительного отношения общества к затронутым эпидемией СПИДа людям.

ганизуют различные мероприятия для того, чтобы почтить память умерших и дать возможность живым задуматься о том, что эпидемия СПИДа может коснуться каждого из нас.

Вспомнить тех, кого унесла эпидемия, поддержать людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, их друзей и близких, обратить внимание общества и правительства на проблему – таковы были основные задачи первого Дня памяти. Сегодня они практически не изменились по сути, но стали еще шире и сложнее.

В День памяти проводятся шествия со свечами, панихиды, теле- и радиопрограммы, благотворительные концерты, просветительские акции, художественные выставки, посвященные проблеме СПИДа.

Международный день борьбы с туберкулезом

Международный день борьбы с туберкулезом (ТБ) отмечается 24 марта для привлечения внимания к этой глобальной проблеме. Каждый год этот день посвящен определенной теме:

1999 – Остановить ТБ, применять ДОТС (Stop TB, use DOTS).

2000 – Создадим новые партнерства, чтобы остановить ТБ (Forging New Partnerships to Stop TB).

В 2001 году этот день проводился под лозунгом «**ДОТС: Лечение туберкулеза для всех**» (DOTS: TB Cure for All), который призывает обеспечить справедливый и свободный от какой-либо дискриминации доступ к адекватному лечению и услугам для всех больных туберкулезом. 2001 год знаменателен тем, что Секретариат Программы ООН по ВИЧ/СПИДу официально присоединился к инициативе «Остановим туберкулез», которая представляет собой партнерство широкого круга организаций под эгидой ВОЗ и ставит своей целью остановить распространение туберкулеза в мире⁶¹.

Тема 2002 года «**Остановить ТБ, бороться с бедностью**» (Stop TB, fight poverty) подчеркивает, что туберкулез относится к социальным болезням, в распространении и разрушительном воздействии которых ключевую роль играет бедность и плохие условия жизни.

Международный день борьбы с туберкулезом 2003 года будет посвящен людям, страдающим от этой болезни, их нуждам и проблемам, а также борьбе с неприятием и дискриминацией больных туберкулезом.

⁶¹ См. главу «ВИЧ и туберкулез».

Следует признать, что хотя ДОТС – официальная стратегия ВОЗ по лечению туберкулеза – была принята более десятилетия назад, на настоящий момент лишь 27% всех случаев ТБ в мире выявляются и лечатся с помощью ДОТС. Сосредоточив внимание на проблемах пациентов, мировое сообщество должно найти эффективный путь достижения намеченных на 2005 год показателей – 70%-ный уровень выявления и 85%-ный уровень излечения всех выявленных случаев туберкулеза.

Международные конференции по СПИДу

Международные конференции по СПИДу проводятся 1 раз в два года (до конференции 1994 года в японском городе Йокогама они проводились каждый год). В этих конференциях участвуют представители науки и медицины, общественных организаций и движений, различных сообществ, людей, живущих с ВИЧ, фармацевтических компаний из всех стран мира. Первая международная конференция по СПИДу состоялась в 1985 году в Атланте (США).

На 11-й Всемирной конференции по СПИДу, которая проходила в Ванкувере (Канада) в 1996 году, было официально объявлено о революционном открытии в области лечения ВИЧ/СПИДа – комбинированной противовирусной терапии⁶², которая к тому времени уже успешно применялась в Северной Америке и Западной Европе.

12-я Всемирная конференция по СПИДу прошла 28 июня – 3 июля 1998 года в Женеве (Швейцария), под лозунгом «**Преодоление разрыва**». Центральное место на конференции занимала проблема разрыва между богатыми и бедными странами в доступности противовирусного лечения, спасающего жизнь больных СПИДом.

13-я Всемирная конференция состоялась 9 – 14 июля 2000 года в городе Дурбан (ЮАР) под лозунгом «**Разрушить стену молчания**» (Break the Silence). Этот лозунг подчеркнул необходимость открыто говорить о доступности лекарств, эффективной профилактике ВИЧ, правах человека и других актуальных проблемах, которые ставит перед нами эпидемия СПИДа. Впервые в истории подобная конференция проводилась на африканском континенте, наиболее пострадавшем от эпидемии. Одной из проблем, возникших в ходе подготовки 13-й конференции, было заявление президента ЮАР Табо Мбеки, что он не считает ВИЧ причиной СПИДа. Международное сообщество выразило серьезную озабоченность, что такой подход будет иметь трагические последствия для страны, поскольку отрицание самого существования вируса

⁶² См. главу «Комбинированная противовирусная терапия».

автоматически «снимает с повестки дня» вопросы профилактики новых заражений и доступности противовирусной терапии. В противовес заблуждению южноафриканского президента во многих выступлениях на конференции снова и снова подчеркивался давно доказанный факт, что именно ВИЧ является причиной СПИДа.

14-я Международная конференция по СПИДу прошла в Барселоне (Испания) 7 – 12 июля 2002 года.

Очередная, 15-я конференция состоится в Бангкоке 11 – 16 июля 2004 года. В Азии конференция будет проводиться во второй раз (первый раз – в Йокогаме в 1994 году), но конференция впервые пройдет в азиатской стране, столь сильно пострадавшей от эпидемии СПИДа. Однако Таиланд достиг значительных успехов в борьбе с эпидемией СПИДа. Число новых случаев ВИЧ-инфекции сократилось с 143 тысяч в 1994 году до 25 тысяч в 2001 году, то есть почти в шесть раз. Сообщение о том, что следующая конференция состоится в Таиланде, обрадовало многих сторонников проведения международных конференций по СПИДу в наиболее затронутых эпидемией развивающихся странах, а не в богатых странах Западной Европы и Северной Америки.

Главные темы 14-й Международной конференции по СПИДу в Барселоне

Конференция в Барселоне прошла под девизом «**Знание и готовность к действию**» (Knowledge and Commitment for Action). В ней приняли участие около 15 тысяч врачей, ученых и активистов всего мира.

На научных заседаниях были представлены результаты испытаний новых препаратов – лекарств и вакцин. Одним из важных событий Конференции была новость о разработке лекарств, препятствующих внедрению вируса в клетку, а также новых препаратов, препятствующих репликации вируса внутри клетки. Важной чертой новых противовирусных лекарств, разработанных в последние годы, является не только их эффективность, но также легкость и удобство приема, что очень важно для пациентов.

Представленные на Конференции научные разработки показали, что пока, к сожалению, трудно создать такую вакцину, которая полностью предохраняла бы от заражения ВИЧ. Однако создание вакцины, обеспечивающей частичную защиту от заражения, вполне реально уже в ближайшие годы может помочь затормозить и даже приостановить эпидемию.

Большие надежды возлагаются на терапевтические вакцины, помогающие бороться с ВИЧ-заболеванием уже после заражения. На Конференции об-

суждались несколько разработок таких вакцин на разных стадиях клинических испытаний.

В нескольких докладах говорилось о примерах успешного применения комбинированной противовирусной терапии в условиях недостатка ресурсов – в таких странах как Гаити и ЮАР, где еще недавно лекарства были полностью не доступными. Участники Конференции высоко оценили политику Бразилии, ведущей активную профилактику половой передачи вируса и обеспечившей своим ВИЧ-положительным гражданам доступ к противовирусной терапии.

На сессиях, посвященных эпидемиологической ситуации в мире, была отмечена тревожная тенденция распространения в Европе и США штаммов вируса, устойчивых к лекарствам. Катастрофическая ситуация сохраняется во многих странах Азии и Африки, а Восточная Европа по темпам роста эпидемии опережает другие страны.

Новые данные указывают на неразрывную связь между ВИЧ и ИППП и на возрастание риска заражения ВИЧ при наличии вируса герпеса-2. Рассматривалась также взаимосвязь ВИЧ с возбудителями таких инфекций как туберкулез и малярия; риск туберкулеза у ВИЧ-положительных возрастает в два раза, а малярийная инфекция повышает уровень ВИЧ в крови.

На всех международных конференциях по СПИДу говорится о правах человека в контексте этой глобальной эпидемии. Не была исключением и 14-я Конференция в Барселоне. Участники встретили бурной овацией заявление о том, что противовирусные лекарства – не товар и не предмет потребления, а неотъемлемое право на лечение с его помощью каждого ВИЧ-положительно-го во всем мире.

На закрытии Конференции, помимо других участников и гостей Конференции, выступали Билл Клинтон и Нельсон Мандела. Бывший президент США говорил о том, что богатые страны должны выделять ресурсы для борьбы с эпидемией в масштабах всего мира, а страны, принимающие помощь, должны бороться с коррупцией, бесправием граждан и политической нестабильностью, которые не дают иностранной помощи дойти до своих адресатов. В связи с этим Билл Клинтон подчеркнул важную роль неправительственных организаций в борьбе с эпидемией.





Источники информации о ВИЧ/СПИДе в интернете

Информация о ВИЧ/СПИДе постоянно обновляется. Появляются новые лекарства, происходят научные открытия, создаются общественные организации и сети, проходят встречи и акции. Огромный объем информации о профилактике, лечении, жизни с ВИЧ и других аспектах проблемы СПИДа можно найти во всемирной сети интернет. Предлагаем вам источники информации в интернете на русском, английском и некоторых других языках с кратким описанием каждого.

На русском языке:

<http://www.aids.ru>

Крупнейший русскоязычный источник по ВИЧ/СПИДу в интернете – регулярно обновляемый портал, содержащий разнообразную, современную и объективную информацию. Помимо огромного количества материалов из различных областей, на сайте есть ежедневная новостная лента, форум, чат, база данных организаций и служб, интерактивная рубрика «Вопросы и ответы» и большая коллекция аннотированных ссылок.

<http://www.hivrussia.net>

Сайт Канадско-Российского проекта борьбы со СПИДом. Статистика, новости, приказы Министерства здравоохранения РФ.

<http://www.aidsrussia.org>

Российский проект борьбы со СПИДом. Сайт создан при поддержке Всемирной организации здравоохранения и Санкт-Петербургской Медицинской академии последипломного образования. Самая актуальная информация об эпидемии ВИЧ/СПИДа в России и мировой ситуации в области ВИЧ/СПИДа. Еженедельные новости, материалы о диагностике, статистике, лечении и многом другом. В основном информация для специалистов.

<http://www.minzdrav-rf.ru>

Официальный интернет-сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. Информация о медицинской науке и Минздраве РФ (деятельность, структура, историческая справка о министрах, институтах и учреждениях здравоохранения). Опубликован перечень нормативных документов (указания, распоряжения, постановления, законы, коллегии Минздрава, приказы). В пресс-центре доступен обзор прессы.

<http://www.komzdrav.ru>

Официальный сайт Московского Комитета здравоохранения. Основной интерес представляет база данных по лечебным учреждениям города Москвы, а также приказы Комитета и другие официальные документы.

<http://www.depart.drugreg.ru>

Официальный сайт Департамента Госсанэпиднадзора Минздрава России. Подробная информация о Департаменте и его службах. Тексты Федеральных законов, Постановлений Правительства, документы Минздрава и Департамента, протоколы совещаний. На сайте также представлены пресс-релизы о санитарно-эпидемиологической обстановке в РФ, сообщения для СМИ о проведении пресс-конференций, брифингов, научно-практических конференций.

<http://www.mossanepid.ru>

Сайт Госсанэпиднадзора города Москвы. Подробная информация о структуре службы, руководителях подразделений и координат. Представлены пресс-релизы и сообщения для СМИ.

<http://www.spid.ru>

Официальный сайт Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Комитета здравоохранения Москвы.

<http://www.infoplus.aids.ru>

Корпоративный сайт Просветительского центра «ИНФО-Плюс» – неправительственной благотворительной организации, занимающейся сбором, обобщением и распространением информации о ВИЧ/СПИДе и смежных проблемах. Подробно об интернет-услугах, телефоне доверия, публикациях, работе со СМИ. Все печатные материалы можно заказать в интернет-магазине.

<http://www.infoshare.ru>

Сайт организации «СПИД-инфосвязь» содержит статистику по ВИЧ/СПИДу, библиотеку, журнал «Круглый стол», информацию о телефоне доверия и часто задаваемые вопросы, дискуссии и ссылки.

<http://www.afew.org>

Сайт голландского фонда «СПИД Фонд Восток-Запад» (AIDS Foundation East-West). На сайте можно прочитать об истории Фонда, о тех программах, которые он реализует, а также последние статистические данные о количестве людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в России.

<http://www.tomsk.aids.ru>

Фонд «Сибирь-СПИД-Помощь» в г. Томске. Информация об организации, ее программы и мероприятия, брошюры и другие публикации. Сведения об эпидемиологической ситуации в Томской области.

<http://www.tracker.aids.ru>

Система интерактивных обучающих курсов по ВИЧ/СПИДу, гепатиту С и ИППП. На сайте пользователи могут пройти тесты с целью повышения уровня личной информированности по вопросам профилактики возможного заражения. Ресурс поддерживается Томским фондом «Сибирь-СПИД-Помощь».

<http://www.infosite.aids.ru>

Харьковский сайт, призванный обеспечить пользователей систематизированной информацией о ВИЧ-инфекции. В первую очередь публикации предназначены для медработников, сотрудников общественных организаций, а также для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Много материалов медицинского характера. Также на сайте действует форум.

<http://www.altairegion.ru/biz/alt aids/>

Сайт Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Барнаул. Информация о работе Центра, его истории. Краткая информация о профилактических проектах, проводимых в г. Барнауле, и телефоне доверия. Публикации о развитии ВИЧ-инфекции в Алтайском крае.

<http://www.sibin.ru>

Сайт региональной общественной организации «Сибирская инициатива». Содержит информацию о деятельности организации, её проектах, публикациях организации, а также статистику заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Алтайском крае.

<http://www.aids.irkutsk.ru>

Сайт Иркутского Красного Креста и Центра «Анти-СПИД». На сайте можно найти очень подробную статистику по СПИДу в Иркутске и области.

<http://www.positive.aids.ru>

«Позитив» – старейшая в России группа взаимопомощи людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. История, правила, традиции группы и истории членов «Позитива». Сайт создан для того, чтобы люди в разных регионах могли получить поддержку и помощь, а также знакомиться, общаться и делиться своим опытом жизни с ВИЧ.

<http://www.lgvs.org.ua>

Официальный сайт Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ. Содержит информацию об организации, о ВИЧ/СПИДе, о жизни с ВИЧ. Опубликованы истории ВИЧ-положительных и их творчество. На сайте размещены основные законодательные акты Украины, касающиеся ВИЧ. Создан виртуальный клуб знакомств ВИЧ+. Регулярно обновляемые украинские и международные новости по СПИДу. Список украинских организаций, работающих в области СПИДа и смежных проблем, и многое другое. Некоторые материалы переведены на английский язык.

<http://www.hiv-aids.ru>

Официальный сайт журнала «Шаги». На сайте доступны некоторые статьи из предыдущих номеров журнала и анонс очередного номера. Также есть форма для подписки на журнал. В рубрике «Знакомства» публикуются объявления, приходящие в адрес редакции. С сайта можно послать в редакцию свое объявление. Для желающих можно скачать предыдущие номера журнала в формате PDF.

<http://www.aidsjournal.ru>

Интернет-версия самого старейшего периодического издания о ВИЧ и СПИДе – журнала «Секс, СПИД, здоровье», выпускаемого Медицинской академией последипломного образования.

<http://www.radio.aids.ru>

Сайт рассказывает об опыте освещения проблем, связанных с ВИЧ/СПИДом, российскими радиостанциями из разных городов. На сайте можно ознакомиться с ходом реализации радиопроектов, мнениями журналистов, экспертов и слушателей, а также прослушать ролики, джинглы и отрывки из радиопрограмм.

<http://www.pcr.ru>

Сайт Центрального НИИ эпидемиологии Министерства здравоохранения РФ. Информация об Институте. Очень много материалов о тесте ПЦР (полимеразная цепная реакция).

<http://www.primer.ru>

Сайт для специалистов клинической лабораторной диагностики, а также – для всех тех, кого интересует выбор наиболее информативного исследования для

оценки состояния своего здоровья и последующая «расшифровка» результатов анализов. Впервые в Рунете представлена галерея возбудителей инфекций, передаваемых половым путём. Представлены обзоры и оригинальные статьи, преимущественно о диагностике заболеваний, передаваемых половым путём.

<http://www.citycat.ru/contracept/>

«Все о контрацепции». Методы, эффективность, выбор контрацептивов и многое другое.

<http://preservativ.chat.ru>

Очень маленький, но забавный сайт, «посвященный самому надежному средству контрацепции».

<http://www.gay.ru/health/aids/>

Российский национальный сайт геев и лесбиянок. Содержит информацию о пунктах анонимного обследования на ВИЧ, телефонах доверия в городах России, тексты публикаций по СПИДу, советы ВИЧ+, истории жизни с ВИЧ, геи и СПИД.

<http://www.nan.ru>

Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании». Сфера деятельности – профилактика и реабилитация алкоголиков и наркоманов, снижение вреда, реабилитационное пространство для несовершеннолетних группы риска, защита прав детей, социальное партнерство, ювенальная юстиция. Обучение специалистов в области наркологии.

<http://www.narc.ru>

Сайт Нарко.ру, созданный реабилитационной наркологической группой «НВ», предлагает ознакомиться со статьями из средств массовой информации, посвященными проблемам наркоманов, наркомании и наркотических веществ. Тем, у кого есть желание изучить проблему поглубже, создатели сайта представляют раздел «Книги». На сайте размещена литература на тему: «Исцели себя сам» (медитация, лечебное питание, траволечение и другое). Для профессионалов будет интересно посетить разделы «Медицина» и «Статьи».

<http://www.narcom.ru>

Сайт Русского народного сервера против наркотиков. Интересен тем, что на сайте есть виртуальная группа АН (анонимных наркоманов), а также довольно неплохая база антинаркотических ссылок, разнообразных статей об употреблении наркотиков, форум и чат.

<http://narkotiki.ru>

Специализированный интернет-сайт «Нет наркотикам», созданный Международным объединением «Элекс» при поддержке Министерства Российской

Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Законодательство, советы родителям, адреса учреждений, занимающихся лечением наркозависимости, чат.

На иностранных языках:

<http://www.aidsmap.com>

Сайт создан британской просветительской организацией NAM при сотрудничестве с Международным альянсом по ВИЧ/СПИДу (International HIV/AIDS Alliance) и Британской ассоциацией по ВИЧ (BHIVA). Сайт содержит очень много подробной информации о препаратах антиретровирусной терапии, в том числе новых, об иммунной системе, гепатитах, оппортунистических инфекциях, профилактике ВИЧ/СПИДа. Есть материалы и о деятельности антиСПИДовских организаций, практические материалы для активистов, например, «100 игр в группах». Новостная лента, большое количество ссылок, организованных по темам. Сайт часто обновляется. На английском языке.

<http://www.infoweb.org>

Онлайн-библиотека Глобальной информационной системы по просвещению в области СПИДа (AEGIS). На сайте имеется огромное количество материалов по научным, медицинским, социальным, политическим и иным аспектам ВИЧ/СПИДа, новостная лента AEGIS. Большое количество ссылок на другие сайты сходной тематики. Материалы в основном англоязычные и предоставлены американскими организациями, однако имеется большой раздел, посвященный неамериканским и иноязычным материалам – от Дании до Непала.

<http://www.hivpositive.com>

Американский сайт о жизни с ВИЧ. Новости, информация о лечении, лекарствах, питании, тестировании, финансовых вопросах. Можно скачать фильмы по различным аспектам лечения ВИЧ/СПИДа, заказать литературу. Обновляется ежедневно. На английском языке.

<http://aidsmeds.com>

Сайт о тритерапии и лечении ВИЧ/СПИДа, созданный и поддерживаемый ВИЧ-положительными людьми для ВИЧ-положительных. Основная информация о противовирусной терапии подробно представлена в виде уроков, материалы написаны доступным языком, ориентированы на человека, принимающего или собирающегося принимать тритерапию. На сайте можно создать персональную «медицинскую карту», куда можно вносить сведения о своих лекарствах и клинических показателях. Можно подписаться на почтовую рассылку. На сайте также публикуются новости, действуют 9 форумов, имеется список рекомендуемой литературы и интернет-ссылок. На английском языке.

<http://www.aids.org>

Портал Aids.org – информация о ВИЧ/СПИДе общего и специального характера, вопросы профилактики, тестирования, лечения, информация о конференциях по ВИЧ/СПИДу. Имеются разделы, посвященные женщинам и детям. Новости, чат, форум. Книжный магазин онлайн. На английском и испанском языках.

<http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts.htm>

Информация о ВИЧ/СПИДе Американского центра по контролю над заболеваемостью (CDC) как для специалистов, так и для людей, живущих с ВИЧ, а также для широкого круга читателей. Информация общего характера о ВИЧ/СПИДе, различных аспектах лечения, противовирусной терапии, женском здоровье, оппортунистических инфекциях, коинфекциях, список терминов, материалы по статистике, профилактике, тестировании на ВИЧ, новости о разработке вакцин, информация об обучении, финансировании программ. Имеется рубрика «Вопросы и ответы». На английском языке, большая часть материалов переведена также на испанский.

<http://www.ama-assn.org/special/hiv/>

Центр ресурсов по ВИЧ/СПИДу «Журнал Американской медицинской ассоциации» (JAMA). Серьезная научная и медицинская информация, ориентированная в первую очередь на специалистов. Новости медицины, последние исследования, информация для медиков по лечению и профилактике ВИЧ/СПИДа, тестированию, до- и послетестовому консультированию. Большое количество ссылок на различные ресурсы по всем аспектам ВИЧ/СПИДа. Обновление примерно раз в месяц. На английском языке.

<http://www.caps.ucsf.edu/>

Сайт Центра исследований по профилактике СПИДа (CAPS) при Институте исследований СПИДа Калифорнийского университета Сан-Франциско. Подробное описание и координаты действующих программ по профилактике ВИЧ/СПИДа, материалы для практической работы. Много публикаций разного рода, особый интерес могут представлять информационные обзоры практически по всем вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа с подробной библиографией. На английском и, частично, испанском языках.

<http://www.hopkins-aids.edu>

Официальный сайт британской организации Johns Hopkins AIDS Service. Среди прочей интересной информации преимущественно медицинского характера имеется мультфильм о том, как ВИЧ проникает в клетку. Специалисты отвечают на вопросы, отдельная рубрика для врачей. На английском языке.

<http://www.aidsquilt.org>

Официальный сайт мемориала КВИЛТ. Основная часть материалов посвящена самому КВИЛТу – история, как сделать памятное полотно, и другое. Конечно,

можно просмотреть электронную версию Квилтов, узнать о людях, память о которых хранит мемориал. В виртуальной «Книге памяти» можно прочесть воспоминания о родных и близких. Кроме того, на сайте размещены пресс-релизы о мемориале, статистика по ВИЧ/СПИДу и ссылки. Есть чат. На английском языке.

<http://www.hsph.harvard.edu/hai/>

Сайт Гарвардского института СПИДа, созданного в 1988 году для организации научно-просветительской работы в области ВИЧ/СПИДа с целью борьбы с эпидемией в Африке и других развивающихся странах. Информация об исследованиях, программах, конференциях; новости и научные публикации. На английском языке.

<http://www.positivenation.co.uk>

Интернет-версия «Positive Nation» – ежемесячного британского журнала для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. В журнале публикуются статьи о жизни с ВИЧ, новости медицины, интервью, письма читателей, полезные советы, творчество людей, живущих с ВИЧ. На сайте можно ознакомиться со всеми номерами журнала в электронном виде. Также на сайте можно найти кулинарные рецепты, частные объявления, ежемесячный бюллетень новостей «Gazette», форум, информацию о подписке на журнал и контактную информацию. На английском языке.

<http://www.ukcoalition.org>

Сайт Британской коалиции людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (UK Coalition). Материалы по различным аспектам жизни с ВИЧ: поддержка, консультирование, трудоустройство, сбор средств на благотворительные нужды. В рубрике «Психология» очень интересная статистика по приему противовирусной терапии. Имеются материалы по коинфекции с гепатитом С и туберкулезом. Форум для людей с ВИЧ. Рабочие материалы Коалиции. Ссылки на интернет-ресурсы по ВИЧ/СПИДу. На английском языке.

<http://www.gmhc.org>

Сайт одной из старейших и наиболее известных американских антиСПИДовских организаций Gay Men's Health Crisis. Содержит информацию о профилактике и жизни с ВИЧ, главным образом для геев и лесбиянок. Сведения об организации, новости, ссылки на информационные материалы, сообщения о мероприятиях и акциях. На английском и испанском языках.

<http://www.edoa.org>

Европейская библиографическая база данных по ВИЧ/СПИДу – EDOA. Содержит библиографические сведения примерно о 26 тысячах материалов – книгах, статьях, буклетах, диссертациях, хранящихся в крупнейших европейских информационных центрах, где можно заказать копию необходимого документа. Указаны автор, выходные данные, количество страниц, ключевые

слова, краткое содержание, ISSN/ISBN, место хранения документа. Поисковая система работает на английском, французском, голландском, испанском, португальском, немецком и итальянском языках.

<http://www.catie.ca>

Сайт канадской организации CATIE (Canadian AIDS Treatment Information Exchange). Ресурсы для СПИД-сервисных организаций, новости о лечении ВИЧ/СПИДа, практические руководства для ВИЧ-положительных по терапии, питанию, альтернативным методам. Публикации CATIE, онлайн-библиотека и многое другое. Сайт может быть полезен как людям с ВИЧ, так и специалистам СПИД-сервисных организаций. На английском и французском языках.

<http://www.projinf.org>

Сайт американской антиСПИДовской организации Project Inform, действующей с 1985 года. Медицинский раздел сайта рассказывает о препаратах противоретровирусной терапии, оппортунистических инфекциях, поддержании иммунитета, жизни женщин с ВИЧ. Большая часть сайта посвящена активизму, на сайте имеются практические советы по работе с государственными структурами. Информация о проектах, контактные адреса. Электронная версия периодических изданий организации. На английском языке, часть материалов переведена на испанский.

<http://www.niaid.nih.gov/daids>

Официальный сайт Национального института аллергии и инфекционных заболеваний США (NIAID) – страница отдела СПИДа. Сайт содержит базы данных по генетической структуре ВИЧ, терапии ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний, антиретровирусным препаратам. На сайте размещены материалы исследований и выступлений, статьи и брошюры по проблемам ВИЧ/СПИДа. Другие разделы сайта посвящены туберкулезу, аллергиям, инфекционным заболеваниям и другим медицинским вопросам. На английском языке.

<http://www.cfsan.fda.gov/~dms/wh-aids.html>

Официальный сайт американского Управления по пищевым продуктам и лекарствам – FDA (организации, занимающейся сертификацией и одобрением пищевых продуктов и лекарственных препаратов в США) – раздел, посвященный ВИЧ/СПИДу. Рекомендации по питанию для ВИЧ-положительных, информация о тестах на ВИЧ, лекарственных препаратах, средствах профилактики, шарлатанах и другое. Доклады, пресс-релизы, речи, статьи и брошюры по проблемам ВИЧ/СПИДа. Ссылки на другие интернет-ресурсы. На английском языке.

<http://hab.hrsa.gov>

Сайт американского Бюро по ВИЧ/СПИДу (HIV/AIDS Bureau), крупнейшей государственной программы поддержки людей с ВИЧ/СПИДом. Бюро объединяет организации, финансируемые по «Акту Райана Уайта» (Ryan White

CARE Act) – закону, названному в память ВИЧ-положительного американского подростка, ставшего символом борьбы со СПИДом. На сайте размещены материалы о деятельности организации, условиях предоставления финансирования, а также опубликовано много материалов по различным аспектам жизни с ВИЧ, профилактики, активизма, по социальной и медицинской проблематике, в частности, текст «Руководства по медицинской помощи женщинам с ВИЧ/СПИДом» Министерства здравоохранения США. На английском языке.

<http://my.webmd.com>

Американский сайт – популярная медицинская онлайн-энциклопедия, содержит информацию практически обо всех известных заболеваниях, питании, спорте и других вопросах в доступной форме. Имеется 80 досок объявлений, 20 чатов и много других интересных вещей. Разумеется, присутствует и раздел о ВИЧ/СПИДе: новости по ВИЧ/СПИДу, проблемы терапии, «10 вопросов, которые вы должны задать доктору», подробная и доступная информация о лекарствах и многое другое. На английском языке.

<http://www.undp.org/hiv/>

Официальный сайт Программы развития ООН (UNDP) – раздел о ВИЧ-инфекции. На сайте размещены информационные материалы о деятельности организации по борьбе с пандемией, тексты официальных документов, ссылки на крупнейшие международные организации в области ВИЧ/СПИДа. На английском языке.

<http://www.aidslaw.ca>

Сайт Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу (Canadian HIV/AIDS Legal Network). Информация о деятельности сети, материалы по темам: СПИД в тюрьмах; уголовное право и ВИЧ; тестирование и конфиденциальность; правовые и этические проблемы в связи с внутривенными наркотиками и ВИЧ; СПИД и дискриминация; лечение, уход и поддержка; вакцины; ВИЧ и проституция, коренное население, геи и лесбиянки, женщины; иммиграция и СПИД. Ссылки по ВИЧ/СПИДу, правам человека. На английском и французском языках.

<http://www.unfpa.org/aids/>

Официальный сайт Фонда народонаселения ООН, раздел по СПИДу. Информация о развитии эпидемии во всем мире, о деятельности организации. Новости, статистика, материалы по стратегиям профилактики. На английском языке.

<http://www.eatg.org/indice.html>

Сайт EATG (European AIDS Treatment Group) – Европейской группы по лечению СПИДа, занимающейся защитой права ВИЧ-положительных на лечение. На сайте можно подробно узнать о работе организации, текущих и планирующихся мероприятиях. Также на сайте размещены материалы о последних исследо-

ваниях в области лечения ВИЧ/СПИДа. Публикуется электронная версия журнала EATN (European AIDS Treatment News) – на английском, французском, итальянском, испанском и португальском языках. На английском языке.

<http://www.eurohiv.org/sida.htm>

Сайт Европейского центра по эпиднадзору в области СПИДа (EuroHIV), созданного Европейской комиссией. На сайте размещены материалы о европейской статистике по ВИЧ/СПИДу, отчеты, публикации и пресс-релизы организации. Ссылки на крупнейшие международные и европейские организации, работающие в области ВИЧ/СПИДа. На английском и французском языках.

<http://www.tht.org.uk>

Сайт Terrence Higgins Trust – крупнейшей британской СПИД-сервисной организации. Советы специалистов на все случаи жизни, информация для разных групп населения. Лечение, жизнь с ВИЧ, профилактика. На английском языке.

<http://www.sida-net.org>

Сайт ассоциации SIDANET. Информация по ВИЧ/СПИДу во Франции, Италии, Испании, Португалии и Бельгии на французском, итальянском, испанском и португальском языках.

<http://www.pbs.org/wgbh/nova/aids/>

Страница по ВИЧ/СПИДу телевизионного образовательного проекта NOVA телекомпании PBS. На сайте популярно рассказывается об иммунной системе, ВИЧ, поиске вакцины. Особый интерес представляет мультфильм о жизненном цикле ВИЧ. На английском языке.

<http://www.hivnetnordic.org>

Общескандинавский сайт по ВИЧ/СПИДу, рассчитан прежде всего на людей, живущих с ВИЧ. По электронной почте можно связаться с различными специалистами. На сайте опубликованы материалы о препаратах для лечения ВИЧ-инфекции, соблюдении режима приема лекарств, безопасном сексе, стоматологии, а также тексты законов скандинавских стран, связанных с ВИЧ/СПИДом. Размещена также статистика по скандинавским странам, адреса и телефоны скандинавских организаций, работающих в области СПИДа. Большая часть материалов на английском языке, часть материалов доступна также на шведском, датском, норвежском, финском и исландском языках.

<http://www.aidsCouncil.fi>

Сайт Финского совета по СПИДу. Материалы о ВИЧ/СПИДе, путях передачи, методах профилактики, тестировании на ВИЧ, СПИД-сервисных организациях в Финляндии, статистика по ВИЧ/СПИДу в Финляндии, публикации Совета, информация о деятельности организации. Много ссылок на другие сайты по ВИЧ/СПИДу. Информация на финском, шведском, английском и русском языках.

Просветительский центр «ИНФО-Плюс»

Просветительский центр «ИНФО-Плюс» – неправительственная организация, занимающаяся сбором, обобщением и распространением информации о ВИЧ/СПИДе и смежных проблемах, заполняющая пробелы в информационном пространстве России и стран бывшего СССР.

Прежде чем опубликовать какую-либо информацию, сотрудники Центра тщательно проверяют ее достоверность, объективность и актуальность. Сведения о ВИЧ/СПИДе должны быть доступны всем, поэтому информация распространяется сразу по четырем направлениям:

Публикации. Просветительский центр «ИНФО-Плюс» выпускает разнообразную печатную продукцию по ВИЧ/СПИДу: книги, брошюры, методические пособия и буклеты. Вся печатная продукция Центра распространяется бесплатно, большинство изданий не имеют аналогов.

Интернет. Портал Aids.ru является крупнейшим ресурсом по вопросам ВИЧ/СПИДа в русскоязычном интернете. Портал включает в себя материалы по различным аспектам ВИЧ/СПИДа, ежедневные новости, службу знакомств, дискуссии, чат, русскоязычную баннерную сеть по ВИЧ/СПИДу (RABN). В рамках портала созданы региональные сайты-спутники, которые освещают ситуацию в разных частях России. Центр оказывает техническую поддержку и проводит тренинги для организаций, создающих собственные сайты по проблематике ВИЧ/СПИДа.

Телефон доверия – (095) 933-4232. Операторы телефона – добровольцы, специально обученные методам телефонного консультирования по ВИЧ/СПИДу и прошедшие строгий конкурсный отбор. Каждый, у кого возникли вопросы или проблемы в связи с ВИЧ/СПИДом, может получить по телефону доверия квалифицированный ответ и психологическую поддержку, сохранив полную анонимность.

Работа со СМИ и проведение кампаний. Центр взаимодействует с журналистами, помогая им информировать и просвещать свою аудиторию. В рамках своего сотрудничества с печатными и вещательными СМИ Центр проводит пресс-конференции, круглые столы, тематические встречи, тренинги. Центр является инициатором и организатором ряда национальных и региональных просветительских кампаний и акций. Кроме того, Центр непосредственно участвует в создании телевизионных и радио-материалов, помогает журналистам в подборе материала и служит постоянным источником актуальной информации о ВИЧ/СПИДе и смежных проблемах.

Подробнее о деятельности Центра можно узнать:

- по телефону: (095) 933-42-33
- на сайте: <http://www.infoplus.aids.ru>



Книга издана Просветительским центром «ИНФО-Плюс» при финансовой поддержке Министерства международного развития Правительства Великобритании (Программа партнерства в некоммерческом секторе), Института «Открытое общество» (Фонд Сороса) и Посольства Франции в Российской Федерации.

ИНФО+