

Альянс

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

люди | **и ВИЧ**
издание 3, 2004

книга для неравнодушных

люди | **и ВИЧ**

книга для неравнодушных

Киев
2004

Альянс

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

© МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2004

При использовании материалов ссылка на Международный Альянс по ВИЧ/СПИД и авторов материалов обязательна

«Люди и ВИЧ»

3-е издание

Распространяется бесплатно

Тираж 6 000 экземпляров

Материалы используются с разрешения

Международного Альянса по ВИЧ/СПИД

Ответственный редактор:

Елена Пурик

Редакционный совет:

Андрущак Л.	Ковнир Н.
Балакирева О.	Круглов Ю.
Гражданов Н.	Максименок Е.
Жвотяк В.	Рудой В.
Кобыща Ю.	

Литературные редакторы:

Людмила Недилько, Евгения Котляр

Дизайн и верстка:

Андрей Афанасьев,
Андрей Карпович

Фотографии:

Виктор Суворов

3-е издание разработано при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

При поддержке



Investing in our future

The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

1-е и 2-е издания разработаны

Информационно-ресурсным центром
Международного Альянса по ВИЧ/СПИД при
финансовой поддержке USAID

International
HIV/AIDS
Alliance
Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД



В этой публикации использована структура и базовый материал Руководства по СПИД (AIDS Reference Manual) издания 2003 г., составленного NAM (NAM Publications 2003). NAM является британской благотворительной организацией и ведущим поставщиком информации о ВИЧ/СПИД в Европе. Для дополнительной информации обращайтесь по электронному адресу info@nam.org.uk или посетите веб-сайт NAM: www.aidsmap.com

nam

МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»
ул. Димитрова, 5, корпус 10А, 6-й этаж
03150, Киев, Украина
Тел.: (+380 44) 490-5485
(+380 44) 490-5486
(+380 44) 490-5487
(+380 44) 490-5488
Факс: (+380 44) 490-5489
E-mail: office@aidsalliance.org.ua
<http://www.aidsalliance.org.ua>

Печать: «АННА-Т»

ISBN 966-96099-5-X

УДК 616.98.578.828ВІЛ

БКБ 55.148

Л93

Международный Альянс по ВИЧ/СПИД — международная неправительственная организация, основанная в 1993 году для содействия общественным действиям в области ответа на пандемию ВИЧ-инфекции в развивающихся странах. С тех пор Альянс поддержал более 1150 неправительственных и общественных организаций в 40 странах Африки, Азии, Центральной Европы и Латинской Америки для осуществления проектов по профилактике, лечению и снижению вреда, причиняемого ВИЧ.

Эта книга вышла в свет благодаря многим замечательным профессионалам, разделяющим с нами гуманистические ценности и озабоченность ситуацией, сложившейся в связи с пандемией ВИЧ-инфекции. Вклад этих людей трудно переоценить: их знания, творческая энергия и самоотдача незаурядны и заслуживают восхищения.

Мы глубоко признательны **Питеру Скотту**, консультанту Международного Альянса по ВИЧ/СПИД (Великобритания), за инициацию данного издания и **Вячеславу Кушакову**, руководителю программ Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии, за методическое руководство; **Лидии Андрущак**, национальному программному координатору ЮНЭЙДС, **Ольге Балакиревой**, директору центра «Социальный мониторинг», заместителю директора Украинского института социальных исследований, **Николаю Гражданову**, главному врачу Донецкого областного центра СПИД, **Владимиру Жвотяку**, председателю координационного совета Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, **Юрию Кобыще**, главному техническому советнику по вопросам ВИЧ/СПИД ПРООН в Украине, **Наталии Ковнир**, координатору Всеукраинской сети ЛЖВ по работе с регионами, **Юрию Круглову** и **Елене Максименок**, старшим научным сотрудникам лаборатории вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции Института эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л. В. Громашевского АМН Украины, **Владимиру Рудому**, возглавляющему секретариат комитета Верховной Рады Украины по вопросам охраны здоровья, материнства и детства — членам редакционного совета за научные консультации; **Андрею Клепикову**, директору Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине, **Дмитрию Вознюку**, **Павлу Смирнову**, **Ирине Борушек**, **Виктору Исакову**, **Елене Семенюк**, **Юлии Слободяник**, **Павлу Усенко**, **Андрею Яковлеву**, **Наталии Тюленевой**, **Лили Хайд**, **Татьяне Дешко**, **Власте Бродской**, **Андрею Афанасьеву**, **Людмиле Шурпач**, **Владимиру Чуре**, **Сергею Соловко**, **Наталии Нагорной**, **Лайме Гейдас** и **Елене Семеновой** — сотрудникам Международного Альянса, за их помощь и поддержку; **Владимиру Изотову**, **Валерию Павлишину**, **Елене Вагнер**, **Евгении Ларинчик**, **Светлане Лазоренко**, **Галине Островерховой** за переводы авторских текстов; **Людмиле** и **Николаю Недилько**, **Евгении Котляр** и **Александр Голова** за их энтузиазм, фантастическую работоспособность при подготовке этого издания к печати; нашим коллегам из международных организаций — **Юрию Саранкову**, **Елене Сакович**, **Ане Ницше**, **Зое Шабаровой** и **Елене Воскресенской**, **Элиоту Перлману** и **Елене Девис**, **Денису Полтавцу**, **Тамиле Котляревской**, **Дмитрию Филиппову**, **Елене Кучерук** и **Анатолию Якобчуку** за своевременные консультации и советы; многочисленным читателям первых двух изданий из разных стран, чьи отзывы и конструктивные предложения вдохновляли нас при подготовке третьего издания, послужив основой для внесения изменений и дополнений.

Большое спасибо людям, живущим с ВИЧ, за предоставленные личные истории.

Мы благодарим коллектив редакции Национального руководства по СПИД (Великобритания) за разрешение использовать материалы руководства. Мы также признательны многочисленным авторам, чьи аналитические обзоры, рекомендации и научные статьи послужили основой для книги «Люди и ВИЧ».

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.

Изложенное здесь мнение является мнением организации и не может рассматриваться как мнение Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, кроме того, Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией не дает никаких разрешений или санкций относительно указанного материала.

от редактора

Книга «Люди и ВИЧ», третье издание которой Вы, уважаемый читатель, держите в руках, посвящена многообразию аспектов пандемии ВИЧ-инфекции, охватившей весь земной шар.

Эта книга — не методическое руководство для профессионалов здравоохранения. Она создавалась для людей разных профессий и возрастов — всех, кто хочет больше узнать о ВИЧ-инфекции, т.е. предназначена для самого широкого круга читателей. Мы по-прежнему надеемся, что в первую очередь книга будет полезна тем, кто живет с ВИЧ, их родным и близким, сотрудникам общественных и государственных ВИЧ-сервисных организаций, медицинским и социальным работникам, учителям, как, впрочем, и всем думающим, неравнодушным людям.

При создании книги изначально были использованы структура и базовый материал Национального руководства по СПИД (Великобритания), обновляемого ежегодно, материалы многих национальных и международных государственных и неправительственных организаций, в ней также обобщен мировой и украинский опыт ответа на эпидемию.

Язык всех трех изданий — русский, поскольку мы распространяем книгу не только в Украине, но и в других странах, где в силу исторических особенностей этот язык понятен большинству людей. Эпидемия ВИЧ-инфекции в данных странах развивается по общему сценарию и имеет свои, отличные от других регионов Земли, особенности, освещенные в данном издании. Мы все заинтересованы в том, чтобы Украина и остальные постсоветские государства еще более активно объединяли усилия для контроля над развивающейся эпидемией, рационально использовали местные и международные ресурсы для преодоления ее последствий и предупреждения новых случаев заражения.

В связи с этим информация о стратегиях совладания с эпидемией, хорошо «работающих» в разных странах, потенциально эффективных и практичных для государств постсоветского пространства, является одним из вкладов нашей организации в борьбу с пандемией ВИЧ/СПИД.

Книга дополнена открыткой-вкладышем с перечнем вопросов, ответив на которые, Вы внесете свой вклад в создание информационного ресурса, наиболее полно отвечающего потребностям уже сформировавшейся читательской аудитории. Мы заинтересованы в широкой обратной связи с читателями, т.к. стремимся улучшать качество книги с каждым новым выпуском. Будем чрезвычайно благодарны Вам за отзывы и о данном, исправленном и дополненном, издании. Заинтересованы ли Вы в последующих переизданиях книги, дополнении, совершенствовании ее содержания? Вовсе не обязательно ограничиваться форматом предложенной открытки: пишите больше, используйте возможности как обычной, так и электронной почты. Как всегда с благодарностью будет принята и использована в публикациях Альянса Ваша информация, описывающая лучший практический опыт как в сфере первичной профилактики ВИЧ-инфекции и мобилизации общественного ответа на эпидемию, так и в отношении защиты прав, поддержки, лечения и самоорганизации людей, живущих с ВИЧ.

Книгу «Люди и ВИЧ» уже прочитало множество людей в разных странах, нередко передавая единственный экземпляр из рук в руки. Это вдохновляет и привносит дополнительный смысл в нашу деятельность, ведь мы создавали не «книгу ради книги», а книгу для Вас. На самом деле, эта книга в большей мере обо всех нас, людях, объединенных в этом мире множеством уз, а не только о вирусе иммунодефицита и ВИЧ-инфекции как таковых.

С глубоким уважением, Елена Пурик

Книга «Люди и ВИЧ» — 3-е издание, содержащее наиболее полную информацию относительно многообразных аспектов всемирной эпидемии (пандемии) ВИЧ-инфекции, предназначенное как для специалистов, работающих в сфере ВИЧ/СПИД, так и для широкого круга читателей. Это информационный ресурс для всех думающих и неравнодушных людей.

Книга «Люди та ВІЛ» — 3-тє видання, що містить найбільш повну інформацію щодо різноманітних аспектів всесвітньої епідемії (пандемії) ВІЛ-інфекції, розраховане як на спеціалістів, які працюють у сфері ВІЛ/СНІД, так і на широке коло читачів. Це інформаційний ресурс для всіх мислячих та небайдужих людей.

The manual «People and HIV» 3rd edition devoted to the many aspects of the HIV pandemic and designed both for HIV/AIDS specialists and the general public. The book is a valuable information resource for all interested and concerned people.

Редакторы приложили значительные усилия при подготовке данного издания, однако на них не может возлагаться ответственность за возможные неточности либо искажения фактов, допущенные авторами.

Содержащаяся в книге информация о любых видах лечения, диагностики или клинических исследований ни в коем случае не означает приверженности Международного Альянса по ВИЧ/СПИД к этим видам лечения, диагностики или клинических исследований. Как руководство к действию данное издание может использоваться лишь в сочетании с профессиональной медицинской консультацией.

содержание

От редактора	3
--------------------	---

Первый раздел

История СПИД	7
1. Что такое СПИД и ВИЧ?	8
2. Происхождение ВИЧ	22
3. Начало эпидемии ВИЧ-инфекции	29
Даты и события	33

Второй раздел

Эпидемия ВИЧ-инфекции как глобальный процесс	43
1. Предпосылки и факторы развития пандемии	44
2. СПИД приобрел масштабы пандемии	49
3. Обзор эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине	76
4. Женщины и эпидемия	82
5. Эпидемиология ВИЧ-инфекции и СПИД	100
6. Для чего нужны эпидемиологические исследования	104
7. Отношение общественности к СПИД	109

Третий раздел

ВИЧ и законодательство	115
1. Права человека и ВИЧ	116
2. Обзор и анализ украинского законодательства	125

Четвертый раздел

Передача вируса иммунодефицита человека	137
1. Механизм и пути передачи ВИЧ-инфекции	138
2. Передача половым путем	140
3. Парентеральный путь передачи	144
4. Передача от матери к ребенку	148
5. Низкий и теоретический риск инфицирования	149
6. Как ВИЧ не передается?	150

Пятый раздел

Диагностика ВИЧ-инфекции	151
1. Что такое «анализ на СПИД»?	152
2. Стратегия лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции в Украине	165
3. Обследование на антитела к ВИЧ и связанное с ним консультирование в Украине	168
4. Консультирование, связанное с ВИЧ	170
5. ВИЧ-инфекция и подростки	185
6. Беременность и обследование на ВИЧ: международный опыт	203

Шестой раздел

Возможно ли предупредить заражение?	207
1. Профилактика ВИЧ-инфекции: методы, которые работают	208
2. Обзор лучших зарубежных практик	233
3. Обзор лучших практик в Украине	272
4. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку	287
5. Профилактика заражения ВИЧ в местах лишения свободы: зарубежный опыт и ситуация в Украине	290
6. Экстренная профилактика заражения ВИЧ	303

Седьмой раздел

Заболевание	305
1. Клинические проявления ВИЧ-инфекции	306

Восьмой раздел

Лечение	311
1. Современные методы лечения	312
2. Основные принципы лечения ВИЧ-инфекции и их обоснование	316
3. Дополнительная терапия	335
4. Некоторые этические проблемы лечения	340
5. Доступность лекарственных средств в Украине	349

Девятый раздел

Жизнь с ВИЧ/СПИД	355
1. ВИЧ и беременность	356
2. Дети и семьи	368
3. Психологическая поддержка	379
4. Безопасный секс для ВИЧ-позитивных и больных СПИД	400
5. Советы тем, кто ухаживает за живущими с ВИЧ/СПИД	408
6. Возможные сценарии будущего	432
7. Положение людей, живущих с ВИЧ/СПИД, в Украине	447

Десятый раздел

Всемирный ответ на эпидемию	457
--	-----

Одиннадцатый раздел

Рекомендуемые ресурсы	473
1. Организации, работающие в области ВИЧ/СПИД в Украине	474
2. Информационная деятельность Международного Альянса по ВИЧ/СПИД	478
3. Источники информации о ВИЧ/СПИД в Интернете	481
Словарь	492
Источники	522

первый раздел
История СПИД



люди и ВИЧ

глава первая

Что такое СПИД и ВИЧ?

СПИД означает синдром приобретенного иммунодефицита.

Приобретенный — потому что это состояние, возникающее вследствие заражения, а не передающееся по наследству генетическим путем.

Иммунный — потому что поражает иммунную (защитную) систему организма, которая борется с болезнями.

Дефицит — потому что иммунная система перестает работать должным образом: наступает ее «недостаточность».

Синдром — потому что у больных возникает множество различных симптомов и оппортунистических заболеваний.

Иммунная система человека

Ученые, изучавшие первые случаи заболевания СПИД, пришли к выводу, что основная его особенность — преимущественное поражение системы иммунитета, проявляющееся в полной беззащитности организма больного перед сравнительно безобидными микроорганизмами, а также злокачественными опухолями.

Каковы же особенности системы иммунитета и почему новое заболевание было названо синдромом приобретенного иммунодефицита? Иммунная система — это в основном лимфоидная система. Главная

клетка иммунной системы — лимфоцит. Лимфоциты находятся не только в крови, они также являются основными клетками тканевой жидкости — лимфы. Центральный орган иммунной системы — вилочковая железа (тимус), в которой формируются клетки, ответственные за различные проявления клеточного иммунитета.

Родоначальники клеток иммунной системы — незрелые клетки костного мозга. Попадая из костного мозга в тимус, они созревают и превращаются в Т-лимфоциты (тимус-зависимые лимфоциты), участвующие в различных проявлениях клеточного иммунитета. Т-лимфоциты созревают в тимусе и осуществляют чрезвычайно важную функцию: удаляют и обезвреживают все чужеродные клетки.

Различают несколько классов Т-лимфоцитов. Т-киллеры (разрушают чужеродные клетки, вызывая их гибель) и наиболее важная разновидность Т-лимфоцитов — так называемые Т-хелперы (помощники) первыми распознают чужеродные вещества и помогают другим лимфоцитам выполнять их защитные функции. Т-клеточное соотношение Т-хелперов (помощников) и Т-киллеров (разрушителей) у здорового человека равно 2 : 1. При СПИД оно снижается до 0,5 : 1 (т.е. образуется обратная пропорция).

В чем же состоят основные функции иммунитета?

Впервые о СПИД заговорили в 1981 году, и вот уже более 20 лет эта аббревиатура не сходит со страниц газет и журналов всего мира.

СПИД — одна из важнейших и трагических проблем, возникших перед человечеством в конце XX века. Дело не только в том, что в настоящее время Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) официально зарегистрировано более 40 миллионов ВИЧ-инфицированных и 16 миллионов умерших. И даже не в том, что мы уже привыкли к тому, что день 1 декабря стал Международным днем борьбы со СПИД. А в том, что мы по-прежнему не хотим думать, что все это имеет непосредственное отношение к каждому из нас.

Первая заключается в способности распознавать любые чужеродные агенты, попавшие во внутреннюю среду организма, и отторгать их.

Вторая функция — способность отторгать чужеродные клетки, возникшие в самом организме вследствие мутаций.

Еще одна важная функция обусловлена наличием иммунологической памяти. Клетки иммунной системы при контакте с чужеродным антигеном запоминают его и при повторной встрече дают обычно более сильную реакцию. Эта память «закрепляется» на годы, нередко на всю жизнь, «запуская» механизм защиты при повторной встрече с инфекцией.

Иммунодефицит

Все, изложенное выше, дает представление о системе иммуните-

та и ее функциях и подводит нас к основной теме. Иммунодефицит — это нарушение структуры и функций того или иного звена иммунной системы, и бывает он врожденным или приобретенным.

Врожденные, или первичные, иммунодефициты — тяжелые заболевания у детей, рожденных с дефектом какого-либо звена иммунной системы. К счастью, врожденные иммунодефициты очень редки.

Несравненно чаще наблюдаются приобретенные (вторичные) иммунодефициты, которые возникают после тех или иных воздействий — ионизирующих излучений, приема лекарств, стрессов, угнетающих функции иммунной системы, сложных операций, травм и т.д.

Иммунодепрессия (подавление) развивается и при возникновении ряда новообразований самой иммунной системы — лимфогранулематозе, опухолях тимуса и т.д.

СПИД, по-видимому, — первый в истории медицины приобретенный иммунодефицит, связанный с конкретным возбудителем и характеризующийся эпидемическим распространением. Вторая его особенность — почти «прицельное» поражение Т-хелперов. Третья — состоит в том, что это первое эпидемическое заболевание человека, вызванное ретровирусом. Четвертой особенностью является то, что СПИД по клиническим и лабораторным особенностям не похож ни на какие другие приобретенные иммунодефициты.

Итак, термин СПИД расшифровывается как синдром приобретенного иммунодефицита. Но приобретенных

иммунодефицитов много, а СПИД один... Поэтому сегодня правильнее сказать так: СПИД — это приобретенный иммунодефицит, который отличается от других наличием определенного комплекса свойств и специфического возбудителя. Вот об этом специфическом возбудителе и пойдет далее речь.

Мы знаем теперь, что СПИД — это заболевание, а не случайное сочетание симптомов. Словом «синдром» обычно обозначают совокупность симптомов, не имеющую легко объяснимой причины. Это название было более уместно 20 лет назад, когда врачи знали только о поздних стадиях заболевания и не вполне понимали механизм его развития. Более современное название этого состояния, несмотря на диагноз СПИД, — ВИЧ-инфекция. Это более точное название, поскольку указывает на возбудитель, вызывающий СПИД, и охватывает все стадии этого состояния, от инфицирования до разрушения иммунной системы и начала оппортунистических заболеваний. Однако словом «СПИД» по-прежнему большинство людей называет иммунодефицит, вызванный ВИЧ.

В отличие от большинства заболеваний, СПИД не характеризуется комплексом общих (одинаковых) для всех пациентов симптомов. СПИД является результатом повреждения иммунной системы: образующаяся недостаточность ее функционирования позволяет развиваться различным оппортунистическим инфекциям или опухолям. Данные заболевания называют оппортунистическими, поскольку они вызваны микроорганизмами, которые, как правило, не являются пато-

генными. Однако, такие возбудители способны вызвать заболевание у человека, иммунная система которого ослаблена, используя свой шанс, возможность (opportunity), «прорваться» через поврежденную систему защиты.

Вирус иммунодефицита человека

Как известно, в организме человека живут миллиарды микроорганизмов: на коже и слизистых оболочках ротовой полости, кишечника, дыхательных путей и т.д. Они участвуют в процессе жизнедеятельности организма и даже защищают его от вторжения патогенных (способных вызвать болезнь) бактерий и вирусов. Но многие из них готовы превратиться в паразитов, использующих ткани человека в качестве питательной среды. Обязательное условие для этого — ослабление, беззащитность организма, т.е. развитие иммунной недостаточности. Именно такое состояние и вызывает деятельность ВИЧ.

Что же представляет собой этот вирус и как он ведет себя, попадая в организм человека? У многих микроорганизмов в процессе эволюции выработалась особая структура и свойства, позволяющие им прижиться и размножиться только в определенных органах и клетках человека. Таких специфических условий существования требует и вирус, вызывающий СПИД. Он размножается только в определенных иммунных клетках крови: Т-лимфоцитах (хелперах) и моноцитах. Этот вирус принадлежит к семейству ретровирусов, единственных в мире живых существ, способных создавать ДНК

ВИЧ — это ретровирус, впервые выделенный Люком Монтанье (Франция) и Робергом Галло (США) в 1983 году. Особенность ретровирусов заключается в том, что они воспроизводят свой генный материал в человеческих клетках. Это означает, что инфицированные клетки остаются такими до конца своего существования.

(дезоксирибонуклеиновую кислоту) непосредственно из своей РНК (рибонуклеиновой кислоты). Этот процесс получил название обратной транскрипции. На матрице вирусной РНК, проникшей в живую клетку, формируется молекула ДНК, названная ДНК-транскриптом, или провирусом, который уже может встраиваться в молекулу ДНК клетки человека. Был открыт и фермент, обеспечивающий процесс обратной транскрипции — ревертаза.

Как известно, в ДНК заложена наследственная информация человеческой клетки, а РНК является своего рода переносчиком этой информации. Ретровирусы же осуществляют эту связь в обратном порядке, отсюда и название (ретро — *обратный*).

Генетический аппарат ВИЧ «снабжен» рядом дополнительных генов, отсутствующих у других ретровирусов, и поэтому скорость его транскрипции в тысячу раз выше, чем у генов других вирусов, что в значительной мере объясняет поразительную скорость размножения ВИЧ.

ВИЧ характеризуется крайней изменчивостью: она у него в 30—100 раз выше, чем у вируса гриппа, и касается штаммов вируса, выделенных не только у разных больных, но и в

разное время у одного и того же больного. Чувство тревоги у многих ученых обусловлено тем, что они установили склонность вируса к многоликости — это свойство резко затрудняет возможность получения эффективной вакцины против СПИД.

Почему же ВИЧ так прицельно поражает Т-хелперы? Выяснилось, что мишенью для ВИЧ, так называемым рецептором, с которым он может связываться, служит молекула D4. Эта молекула находится на клеточной мембране только Т-хелперов, и ее нет на поверхности других лимфоцитов. Молекула D4 — своеобразная метка-маркер Т-хелперов, по которой ее узнает ВИЧ. По-видимому, D4-лимфоциты (Т-клетки, где есть молекулы D4) — первая и главная мишень для ВИЧ. В дальнейшем они инфицируют макрофаги, другие клеточные элементы, в которых вирус длительно сохраняется, а затем распространяется в организме и попадает в мозг. Все клетки, чувствительные к ВИЧ, содержат на своей мембране молекулы D4, способные соединяться с вирусом (рецепторы для ВИЧ).

Один из парадоксов, с которым столкнулись ученые при изучении СПИД, состоит в следующем: в организме ВИЧ размножается только в незначительной части Т-клеток, тем не менее, в этих условиях погибает большинство Т-хелперов и развивается выраженная иммунодепрессия. Как объяснить это противоречие? В 1987 году такое объяснение было найдено: доказана возможность слияния инфицированных D4-клеток с неинфицированными. Следовательно, если происходит слияние небольшого количества инфицированных D4-клеток с большим

количеством неинфицированных Т-лимфоцитов, это приводит к образованию гигантских многоядерных клеток в мозге, лимфатических узлах и легких больных СПИД.

Разрушение вирусом клеток D4 обуславливает дезорганизацию (разлад) функций всех частей иммунной системы, что влечет за собой ярко выраженную иммунодепрессию. Организм больного уже глух к реакциям клеточного и гуморального иммунитета. Но прежде, чем количество лимфоцитов уменьшится до такой степени, что разовьется иммунодефицит, может пройти много лет. И все это время инфицированный человек, чувствуя себя здоровым, невольно может стать источником инфекции для других людей. В этом заключается одна из коварных особенностей ВИЧ-инфекции.

Еще несколько слов о свойствах ВИЧ, установленных учеными

Мы уже говорили о том, что строение вируса очень сложное. Но, к счастью, он очень нестойк, чувствителен к химическим и физическим воздействиям. При температуре 22 °С его активность сохраняется неизменной в течение 4 суток (как в сухом виде, так и в жидкостях). Он теряет свою активность после обработки 0,5-процентным раствором натрия гидрохлорида или 70-процентным спиртом в течение 10 минут. Для него губительны домашние отбеливающие средства (например, «Белизна»). Также он погибает при непосредственном воздействии спирта, ацетона, эфира. На поверхности неповрежденной кожи челове-

ка вирус быстро разрушается под воздействием защитных ферментов организма и бактерий. Он быстро погибает при нагревании до температуры выше 57 °С и почти мгновенно — при кипячении.

ВИЧ и причины СПИД

Уже много лет в научных кругах существует убеждение, что необходимым условием развития СПИД является вирус иммунодефицита. Именно он, по мнению подавляющего большинства исследователей, вызывает СПИД. В то же время, некоторые специалисты не убеждены в том, что причиной СПИД является ВИЧ. Иные же считают, что ВИЧ может привести к развитию СПИД только в присутствии некоего неизвестного сопутствующего фактора.

Передача ВИЧ

ВИЧ присутствует в крови (включая менструальную кровь), сперме, вагинальных выделениях, грудном молоке инфицированных людей. Возможно выделить вирус из других биологических жидкостей инфицированных людей, например из слюны. Но уровень вируса в этих выделениях слишком низок, чтобы вызвать инфицирование.

Таким образом, основными путями передачи ВИЧ являются:

- **Небезопасный анальный или вагинальный, или оральный секс** (т.е. секс без презерватива). ВИЧ не может проникать через презервативы только высокого качества, как, например, презервативы с обозначением «СЕ» (сертифицировано Европейским Союзом).

- **Контакт кровь-кровь.** Это происходит, как правило, при использовании одних и тех же инструментов для инъекций среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). В прошлом, до того как было введено обязательное тестирование донорской крови, это происходило при переливании крови или через продукты из инфицированной крови, как, к примеру, фактора VIII для лечения гемофилии. Очень редко передача ВИЧ возможна посредством профессиональных травм работников здравоохранения, например в результате укола инфицированной иглой. К счастью, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что гораздо меньше 1 % людей, случайно повредивших кожные покровы иглой, зараженной ВИЧ, инфицируются сами.
- **Перинатальная (пренатальная, натальная и постнатальная) передача ВИЧ от матери ребенку: во время беременности, при рождении или кормлении грудью.** Средний риск передачи во время беременности составляет около 25—30 % если у матери ВИЧ-положительная реакция, но может быть и выше если у нее высокая вирусная нагрузка (количество генетического материала ВИЧ в крови, показывающее уровень, при котором вирус воспроизводится в организме человека) или развился СПИД. Кормление грудью несет риск передачи, и его следует избегать в странах, где доступны хорошие заменители материнского молока.

Определение ВИЧ

Обычно ВИЧ определяется косвенным тестом на ВИЧ-антитела.

Первый производимый тест, как правило, тест крови, но возможно и слюны, — методом ELISA (иммуноферментного анализа). Поскольку тест изредка может быть положительным даже у неинфицированного человека — «ложноположительным», — проводится «проверочный» тест методом Вестерн Блот, или иммуноблот. Он может подтвердить или опровергнуть ELISA.

Период между заражением ВИЧ-инфекцией и развитием антител может быть различным. У подавляющего большинства людей антитела к ВИЧ начинают вырабатываться приблизительно через 45 дней после инфицирования. Но иногда развитие антител может занять до шести месяцев, а для небольшого числа людей с ВИЧ-инфекцией этот период может быть даже большим. Это одна из причин, по которой отсутствие ВИЧ-антител на данном отрезке времени не всегда означает отсутствие инфекции.

Важно иметь в виду, что тест на ВИЧ-антитела не является тестом на СПИД. Это лишь тест на внедрение вируса (образование антител к ВИЧ), т.е. косвенное указание на присутствие ВИЧ в организме человека. С помощью тестирования также нельзя определить, разовьется ли у человека СПИД.

Существуют также некоторые лабораторные тесты, направленные на поиск самого вируса или его частей (антигенное тестирование, ПЦР (полимеразная цепная реакция)-тестирование). Их не нужно путать с тестом на ВИЧ-антитела.

Антиген является той частью вируса, которая стимулирует выработку антител. Человек с отрицательной

реакцией на антитела и положительной на антигены имеет вирус, но его организм еще не выработал антител.

Стадии ВИЧ-инфекции

Бессимптомная ВИЧ-инфекция

Большинство людей, которые инфицируются ВИЧ, не замечают, что они инфицированы, но некоторые вскоре после заражения переносят кратковременное недомогание. Заболевание может проявляться в виде боли в горле, лихорадки (повышения температуры тела), сыпи, поноса, но бывают и более серьезные проявления.

Изначально любой ущерб от ВИЧ не имеет внешних признаков. Такая инфекция называется бессимптомной и может продолжаться много месяцев или лет.

Иногда у людей с бессимптомной ВИЧ-инфекцией увеличены лимфатические узлы, что называется персистирующей генерализованной лимфаденопатией (ПГЛ). Но это само по себе вовсе не является признаком инфицирования, так как лимфатические узлы могут увеличиваться при многих заболеваниях.

У людей с ВИЧ, чувствующих себя здоровыми, иммунную недостаточность все же можно выявить посредством лабораторных тестов, например, число клеток CD4⁺ у них может быть ниже среднего уровня. Тесты вирусной нагрузки (см. Словарь) также показывают, что ВИЧ активно развивается у людей с бессимптомной инфекцией с момента инфицирования. На самом деле вирус никогда не скрыт абсолютно, его присутствие может быть выявлено. Количество CD4⁺ и ви-

русная нагрузка называются общими индикаторами течения заболевания.

Клинические признаки ВИЧ-инфекции

Статистические исследования с участием людей, живущих с ВИЧ, свидетельствуют, что, чем больше проходит времени, тем выше вероятность того, что повреждение иммунной системы станет более ощутимым и могут развиваться инфекционные заболевания или опухоли у абсолютного большинства из них. Все же такая статистика отражает лишь общие тенденции: каждый человек имеет индивидуальную реакцию организма на ВИЧ, которая может как вызывать, так и не вызывать клинические проявления заболевания.

Возбудители оппортунистических инфекций постоянно присутствуют вокруг нас, и с ними иммунная система здорового человека обычно справляется без проблем. Они становятся проблемой только тогда, когда иммунная система не работает должным образом и инфекции, которые раньше находились под ее контролем, активизируются.

В организме человека также есть особые клетки. Если иммунная система повреждается, эти клетки могут вызвать оппортунистические опухоли, а иногда даже рак.

Кроме того, ВИЧ может оказывать прямое воздействие на организм, например повреждать иммунные клетки в мозге. Тогда нарушается работа центральной и периферической нервной системы.

Если человек заболевает вследствие оппортунистических инфекций

Что такое СПИД и ВИЧ?

Согласно определению ВОЗ, СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) — это вирусная болезнь, препятствующая борьбе организма против инфекций и раковых заболеваний. Инфицированные ВИЧ люди легко поражаются большим количеством оппортунистических и угрожающих жизни болезней. Эти болезни зачастую поддаются лечению, однако успешных способов излечения лежащей в их основе иммунной недостаточности, вызываемой вирусом, до сих пор нет.

или опухолей, говорят, что у него клиническая ВИЧ-инфекция.

Важно понимать, что признаки СПИД и клинических ВИЧ-заболеваний являются симптомами, вызванными определенными условиями, оппортунистическими инфекциями и опухолями, но не ВИЧ как таковым. Нельзя ответить на вопрос, каковы симптомы СПИД, потому что существует широкий спектр возможных симптомов. Определенные симптомы ассоциируются с определенными оппортунистическими инфекциями.

Диагноз СПИД

Прежде чем поставить диагноз СПИД, врачи изучают большое количество симптомов и проводят ряд анализов. Нет единого «теста на СПИД», как принято говорить в быту. Врачи будут искать одну из оппортунистических инфекций или онкологическое заболевание. Они могут, к примеру, назначать проведение тестов для постановки диагноза пневмоцистной пневмонии (ПЦП),

разновидности воспаления легких. Такие тесты, как правило, проводятся если уже была получена положительная реакция на антитела к ВИЧ, или (в некоторых случаях) если человек серьезно болен.

Потребность в определениях

На практике не все характеризующие СПИД недомогания одинаковы. К примеру, человек, больной СПИД, с поражением только саркомой Капоши выглядит лучше больного с ПЦП — еще одной разновидностью СПИД-характеризующего заболевания. Возраст, расовая принадлежность, пол и стиль жизни также влияют на то, как будет выглядеть человек с ВИЧ.

Тем не менее, строгие определения в некоторых обстоятельствах бывают очень полезны. Например, в клинических и эпидемиологических исследованиях при рассмотрении больших популяций просто необходимо иметь четко определенные критерии, отмечающие переход от одной стадии заболевания к другой. Это единственный способ соблюдения научных принципов, чтобы исследователи получили надежные и достоверные результаты. Также важно и то, что эти определения изменяются с течением времени, по мере развития эпидемии и возрастающего уровня информированности.

Все же, определяя ВИЧ и СПИД с учетом таких изменений, исследователи предположили, что ВИЧ-инфекция — неизбежный, односторонний процесс. Другими словами, подразумевается, что у любого инфицированного ВИЧ, хорошо чувствующего себя вначале, через некоторое время ухудшатся результаты анализов,

и при недоступности специфического лечения, вероятнее всего, начнется тяжело протекающее заболевание с вероятным смертельным исходом.

Со многими происходило именно так, но у некоторых ситуация складывалась совершенно по-другому. Например, человек может получить инфекцию, диагностирующую СПИД,

Открытие ВИЧ как причины СПИД

В 1984 году причинная связь между ВИЧ и СПИД была признана научным сообществом и еще дополнительно подтверждена путем дальнейшего выделения ВИЧ 2 типа у пациентов со СПИД из Западной Африки. Эта связь также была подтверждена клинической эффективностью медицинских препаратов, которые особым образом ингибируют энзимы ВИЧ, и демонстрацией того, что мутации в одном из корцепторов ВИЧ (CCR5) вызывают у некоторых людей высокую сопротивляемость к ВИЧ-инфекции и СПИД.

Из этого напряженного раннего периода можно извлечь много уроков, но большинство из них свидетельствуют о том, что научная деятельность требует более сдержанных подходов. Наш опыт со СПИД подчеркивает важность фундаментальных исследований, которые снабдили нас техническими и концептуальными методами, позволившими обнаружить возбудитель менее чем через три года после того, как заболевание было впервые описано. Для такого рода работы необходимо привлечение большого числа исследователей, и в других публикациях мы уже писали о вкладе в эту работу многих ученых. Мы также поняли, что обнаружение возбудителя инфекционного заболевания является только альфой, но не омегой его искоренения. Выявление ВИЧ позволило нам исключить передачу заболевания через переливание крови и ее продуктов, разработать целесообразные правила профилактики и создать эффективную антиретровирусную терапию. Тем не менее, эта терапия не способна излечить людей от ВИЧ, и эпидемия все еще продолжает расти во многих странах из-за отсутствия доступа к лечению и профилактическим вакцинам. Более того, мы должны признать, что мы все еще далеки от того, чтобы исчерпать список возможных новых болезнетворных организмов. Наконец, самый очевидный урок свидетельствует о том, что эффективное сотрудничество между различными группами ученых и клиницистов является жизненно важным, и что такого рода сотрудничество не должно исключать определенной доли соперничества, которое является стимулом для научных открытий.

Роберт Галло, Люк Монтанье.

По данным Института вирусологии человека; Института биотехнологии при Университете штата Мериленд и Университета штата Мериленд, г. Балтимор и Всемирного фонда профилактики и исследований в области СПИД, Париж.

а потом снова длительный период чувствовать себя здоровым. Так может происходить из-за того, что иммунная система могла быть подвержена совместному действию ВИЧ и другого сопутствующего фактора, который впоследствии исчез (например, стресс или дополнительная инфекция). Более того, у многих инфицированных ВИЧ не развились никакие признаки заболевания на протяжении многих лет.

В начале эпидемии считалось, что вскоре после инфицирования ВИЧ сильная ответная реакция иммунной системы переводит вирус в латентное состояние и он остается относительно бездейственным в течение бессимптомного периода. И только при прогрессировании заболевания ВИЧ снова становится активным в результате действия некоего неизвестного фактора и начинается его быстрое воспроизводство. В январе 1995 года две группы американских исследователей доказали, что на самом деле это не так.

Диссиденты СПИД

«Диссидентами СПИД» называют ученых, утверждающих, что связи между ВИЧ и СПИД не существует, что это якобы мираж, появившийся в результате поверхностных эпидемиологических исследований, которые «свалили в одну кучу» различные заболевания и не сопоставимые с ними причины только потому, что все люди, страдающие СПИД, были заражены вирусом, который они считают «безвредным вирусом-путчиком». Одним из таких диссидентов является Питер Дусберг, профессор молекулярной и клеточ-

ной биологии в Калифорнийском университете в Беркли.

Аргументы Дусберга в конечном счете смогли привлечь на его сторону только незначительное число ученых. Дусберг утверждает, что «различные заболевания, связанные со СПИД, вызываются длительным потреблением наркотиков и лекарственных средств для лечения ВИЧ, таких, как азидотимидин (АЗТ) — прерыватель цепи ДНК, который прописывают для предотвращения или лечения СПИД». Или, говоря словами, произнесенными им в Милане, в богатых странах ВИЧ-позитивных людей убивает токсичность тех самых лекарственных препаратов, которые призваны их спасти.

Ответы на скептические высказывания по поводу того, что ВИЧ-инфекция не является причиной заболевания СПИД

Миф. ВИЧ-инфекция не может быть причиной заболевания СПИД, потому что ученые не в состоянии дать точные объяснения, каким образом ВИЧ-инфекция разрушает иммунную систему.

Факт. На сегодня известно достаточно много фактов о патогенезе (механизмах развития) ВИЧ-инфекции, хотя некоторые детали должны быть дополнительно исследованы. Однако полное понимание патогенеза болезни не является обязательным условием для понимания ее причины. Большинство инфекций ассоциировались с болезнью, причиной которой они являлись, задолго до того, как механизмы их возникновения и развития были раскрыты. Поскольку исследовательская работа в

области патогенеза является сложной из-за отсутствия животных — точных моделей человека, механизмы, являющиеся причиной многих болезней, включая туберкулез и гепатит В, требуют более глубокого изучения. Такие обоснования критиков привели бы к заключению, что туберкулезная палочка не является причиной заболевания туберкулезом или что вирус гепатита В не является причиной заболевания печени.

Миф. Поведенческие факторы, такие, как употребление наркотических средств и наличие множества половых партнеров, являются неотъемлемыми источниками заболевания СПИД.

Факт. Предложенные поведенческие причины заболевания СПИД, такие, как множество половых партнеров и длительное употребление наркотических средств, существовали много лет. Эпидемия СПИД, характеризующаяся распространением редких в прошлом оппортунистических инфекций, таких, как ПЦП, не распространялась до того, как ранее неизвестный ретровирус человека — ВИЧ — не распространился среди определенных групп населения.

Неопровержимое доказательство против гипотезы, что поведенческие факторы являются причиной заболевания СПИД, вытекает из недавних исследований, в которых в течение длительного времени изучали группы мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), и обнаружили, что заболевание СПИД развивалось только у ВИЧ-позитивных мужчин.

Например, в группе, которую изучали в г. Ванкувер, 715 МСМ нахо-

дились под наблюдением 8 лет и 6 месяцев. Среди 365 ВИЧ-позитивных мужчин у 136 развился СПИД. Никаких признаков заболевания СПИД не обнаружили у 350 серонегативных мужчин, хотя эти мужчины сообщили о своем положительном отношении к употреблению наркотических веществ и практике частых анальных половых сношений.

Результаты других исследований свидетельствуют, что у МСМ и потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) при отсутствии других иммуноподавляющих факторов определен дефицит иммунной системы, который приводит к заболеванию СПИД, и постоянно прогрессирующая потеря клеток CD4+ Т наблюдаются крайне редко.

Миф. Эпидемия заболевания СПИД развилась вследствие иммуноподавляющего эффекта препарата азидотимидин.

Факт. Испытания с применением безвредных лекарств показали, что азидотимидин и другие лекарства, применяющиеся в случаях заболеваний, связанных с ВИЧ, могут помочь пациентам, отсрочив на год или два начало заболевания, ассоциируемого со СПИД. По большому счету, продление таких исследований на длительное время даже без видимой длительной пользы азидотимидина никогда не показывало, что влияние лекарства усиливало прогрессию болезни или смертность. Недостаточное количество случаев СПИД и смерти во время испытаний с применением этого лекарства эффективно опровергает аргументацию, что это лекарство является причиной заболевания СПИД.

Кроме того, у многих людей, никогда не принимавших азидотимидин или подобных лекарств, развилось заболевание СПИД, включая людей в США, которые заболели до появления азидотимидина, и в Африке, где сегодня очень немногие люди имеют возможность принимать это лекарство.

Миф. Заболевание СПИД среди пациентов, которым переливали кровь, произошло по причине основных болезней, из-за которых потребовалось переливание крови, а не по причине ВИЧ-инфицирования.

Факт. Это утверждение вступает в противоречие с отчетом Группы по изучению безопасных способов переливания (TSSG), сравнившей ВИЧ-негативных и ВИЧ-позитивных реципиентов, которым переливали кровь в результате похожих заболеваний.

Миф. ВИЧ-инфекция не может являться причиной заболевания СПИД потому, что организм активно реагирует, вырабатывая антитела к вирусу.

Факт. Это обоснование пренебрегает многочисленными примерами, когда вирусы, отличные от ВИЧ, могут быть патогенными после появления реакции иммунной системы. Вирус кори может просуществовать годами в клетках мозга, постепенно приводя к развитию хронической формы неврологического заболевания, несмотря на присутствие антител к вирусу. Такие вирусы, как цитомегаловирус и герпесы, могут активизироваться после многих лет пассивного состояния даже при наличии большого количества антител. У животных вирусы, родственные ВИЧ-инфекции, с длительными и

разнообразными периодами пассивного состояния, такие, как овечий вирус у овец, являются причиной поражения центральной нервной системы даже после выработки антител.

Кроме того, достаточно широко признается, что ВИЧ-инфекция способна поддаваться мутациям во избежание реакции иммунной системы организма — хозяина.

Миф. Небольшое количество клеток CD4+ Т, пораженных ВИЧ, является недостаточным для значительного нарушения функции иммунной системы.

Факт. Новые методы лабораторных исследований, такие, как ПЦР, дали возможность ученым продемонстрировать тот факт, что намного большая, чем думали раньше, часть клеток CD4+ Т была инфицирована, в частности, в тканях лимфы. Макрофаги и другие типы клеток также поражаются ВИЧ и служат местами распространения вируса.

Результаты исследований одной группы свидетельствуют, что 25 % клеток CD4+ Т-хелперов в лимфе ВИЧ-инфицированных людей скапливают ВИЧ-инфицированную ДНК на ранних стадиях развития заболевания. Согласно другим данным, ВИЧ-инфекция развивается в результате динамического процесса, включающего повторяющиеся циклы новой вирусной инфекции и быстрое прохождение циклов приблизительно двух миллиардов клеток CD4+ Т-хелперов ежедневно.

Миф. ВИЧ-инфекция не является причиной СПИД, потому что у многих ВИЧ-инфицированных пациентов не развивается заболевание СПИД.

Факт. ВИЧ-инфекция имеет продолжительные и разнообразные стадии развития. Средний период между ВИЧ-инфицированием и началом явной клинической формы заболевания составляет приблизительно 10 лет.

Как и в случаях со многими заболеваниями, целый ряд факторов может повлиять на процесс развития ВИЧ-заболевания. Такие факторы, как возраст или разница в генетическом строении людей, уровень вирулентности индивидуальных видов вирусов, так же как и влияние внешних факторов, таких, как взаимодействие с другими микроорганизмами, могут определять тяжести заболевания.

Миф. У некоторых людей наблюдается много симптомов, ассоциирующихся с заболеванием СПИД, при отсутствии ВИЧ-инфекции.

Факт. Большинство симптомов СПИД-заболевания возникают вследствие развития оппортунистических инфекций и онкологических заболеваний, сопровождающихся сильнейшим подавлением иммунной системы, вторичным признаком ВИЧ-инфицирования.

Однако подавление иммунной системы имеет много других потенциальных причин. Пациенты, принимающие глюкокортикоиды (гормоны надпочечников) и/или лекарства, подавляющие иммунную систему с целью предотвращения отторжения трансплантата или для лечения других заболеваний иммунной системы, могут иметь повышенный уровень восприимчивости к нестандартным инфекциям, как имеют пациенты, обладающие

определенной генетической предрасположенностью, страдающие от сильного недоедания и определенных видов онкологических заболеваний. В таких случаях не существует очевидного доказательства, подтверждающего тот факт, что количество таких случаев возросло, в то время как многочисленные эпидемиологические доказательства подтверждают ошеломляющий темп увеличения случаев подавления иммунной системы среди пациентов, у которых наблюдается один и тот же признак — ВИЧ-инфекция.

Миф. ВИЧ-инфекция не подтверждает постулаты Коха в отношении причины заболевания СПИД.

Факт. В постулатах Коха, сформулированных перед открытием вирусов, содержится утверждение, что во всех случаях заболевания должна быть найдена инфекция, инфицированный микроорганизм должен быть изолирован от организма-хозяина, этот микроорганизм должен привести к заболеванию после введения в здоровый организм и этот же организм должен быть вновь изолирован из недавно зараженного организма-хозяина.

Постулаты Коха подтвердились в случае с медицинскими работниками, которые случайно подверглись ВИЧ-инфицированию, а также в случаях развития заболевания СПИД после ВИЧ-сероконверсии в случаях переливания крови. Эти постулаты также подтверждены в случаях с бабуинами, которым был привит ВИЧ-2, и макаками, заразившимися вирусом иммунодефицита обезьян (ВИО).

Миф. Заболевание СПИД не распространяется широко среди населения, как ожидается в случае, когда причиной является ВИЧ-инфекция — новый вирус.

Факт. ВИЧ-инфекция распространяется вследствие определенных видов рискованного поведения, а не при случайном контакте, и поэтому не является эпидемической в таком же смысле, как инфекция гриппа или обычная простуда. Более актуальным вопросом является, соотносятся ли распространение ВИЧ-инфекции и заболевание СПИД, а этот факт подтверждается.

Миф. Разнообразие инфекций, сопутствующих СПИД-заболеванию, которое наблюдается в различных группах населения, доказывает, что СПИД — это в действительности несколько болезней, не имеющих отношения к ВИЧ-инфекции.

Факт. Заболевания, сопутствующие СПИД, такие, как ПЦП и другие, не развиваются вследствие ВИЧ-инфекции, но скорее являются результатом подавления иммунной системы по причине ВИЧ-заболевания. С ослаблением иммунной системы ВИЧ-инфицированные люди становятся восприимчивыми к определенным вирусам, грибковым или бактериальным инфекциям, присущим определенным слоям населения. Например, у ВИЧ-инфицированных людей в некоторых среднезападных и среднеатлантических регионах скорее разовьется заболевание гистоплазмия, причиной которого является грибок, чем у жителей города Нью-Йорка. Любой житель Африки подвергается раз-

личным патогенам чаще, чем любой житель американского города. Дети также сильнее подвержены различным инфекциям, чем взрослые.

Миф. В Африке не существует заболевания СПИД. СПИД — это новое название старой болезни.

Факт. Заболевания, сопровождающие СПИД в Африке, такие, как истощающий синдром, диарея и туберкулез, являются тяжелым бременем для этой страны. Однако высокие показатели смертности по причине этих заболеваний, в прошлом ассоциирующиеся с пожилыми людьми и людьми, которые получают недостаточное питание, сейчас являются типичными среди ВИЧ-инфицированных людей молодого и среднего возраста.

Во время проведения последних исследований в сельской местности Уганды установлено, что люди пожилого и среднего возраста, имеющие положительные результаты на антитела к ВИЧ, были в 60 раз больше подвержены вероятности смерти в продолжение следующих 2 лет периода наблюдения, чем люди из той же возрастной группы с негативными результатами тестирования. Исследования в Заире показали, что ВИЧ-инфицированные младенцы подвергались в 11 раз большему риску смерти по причине заболевания диареей по сравнению с неинфицированными детьми. Результаты других исследований, проведенных в Африке, совпадают с вышеизложенными показателями.

глава вторая

Происхождение ВИЧ

Откуда появился СПИД?

Дискуссия вокруг происхождения СПИД привлекла к себе значительный интерес с самого начала эпидемии. Однако существует опасность, что при попытке определить, откуда возник СПИД, люди могут попытаться использовать дискуссию и взвалить вину за болезнь на отдельные группы людей или определенный образ жизни.

Первые случаи заболевания СПИД не дали достаточно информации об источнике заболевания. Сейчас уже доказано, что причиной заболевания СПИД является ВИЧ-инфекция. Поэтому для определения источника СПИД, нужно установить источник ВИЧ-инфекции.

Вопрос происхождения ВИЧ-инфекции может выходить далеко за рамки просто академического интереса, так как понимание того, откуда произошел вирус и как он развивался, может быть решающим в разработке вакцины против ВИЧ-инфекции и более эффективных лечебных препаратов в будущем. Знание, откуда появилась эпидемия СПИД, также важно в определении направления развития эпидемии в будущем и в разработке эффективных образовательных и профилактических программ.

Часто считают, что ВИЧ — очень молодой вирус, который перешел от животных к людям и достаточно быстро распространился дальше. На самом деле существует несколько теорий о происхождении ВИЧ и длительности присутствия вируса в человеческой популяции.

Происходит ли ВИЧ от животных?

ВИЧ принадлежит к семейству лентивирусов (вирусов, которые вызывают болезнь медленно). Другие вирусы этого семейства приводят к подобным расстройствам иммунной системы и инфицируют многих млекопитающих, включая обезьян, овец, рогатый скот и кошек. Они специфичны для каждого вида.

На сегодняшний день существует два вида ВИЧ: ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Было установлено, что ВИЧ-1 является потомком вируса иммунодефицита обезьян (ВИО), который обнаруживают у некоторых африканских обезьян, из-за большого генетического подобия этих двух вирусов. В 1999 г. американская группа исследователей предположила, что ВИЧ произошел от разновидности ВИО, обнаруженного у шимпанзе подгруппы троглодитов, и что люди приобретали вирус, охотясь на шимпанзе или питаясь ими.

Необходимость поиска истоков

Научное исследование происхождения вируса может помочь определить, каким образом бороться с ним наиболее эффективно. Для понимания настоящей истории ВИЧ, вирулентности вируса и возможного иммунитета к нему стоит изучать популяции, которые могли быть подвержены ВИЧ уже много лет тому назад, как, например, в Африке. Изучение иммунной реакции приматов, инфицированных ВИО, может способствовать дальнейшей разработке вакцин.

ВИЧ-2 происходит от черных мангабейских обезьян. У них он заболевания не вызывает.

Одна группа вирусологов подсчитала, что человеческий и обезьяний вирусы иммунодефицита, возможно, отличались друг от друга, по меньшей мере, лет 140 тому назад, хотя доказательств СПИД-подобных заболеваний до середины 1960 г. в Африке не имеется.

Ведущий вирусолог Яаап Гудсмит считает, что районом Африки, где ВИЧ впервые появился, скорее всего, является Камерун и западное экваториальное побережье, поскольку это единственный район в Африке, где сегодня находят ВИЧ-1, ВИЧ-2 и относительно новый подвид (субтип) ВИЧ-1 — ВИЧ-0. Он считает, что распространение подвидов ВИЧ из этого региона могло начаться в начале двадцатого века, чему могла способствовать торговля между немецкими колониями Камеруном и Танганьикой.

Все другие исследователи считают, что образование новых

подвидов ВИЧ-1 происходило только после 1959 года, представляя как доказательство определения генетического материала вируса, выделенного из образца крови 1959 года, взятого в Заире.

По мнению исследователей, большинство африканских приматов были инфицированы передающейся половым путем формой ВИО на протяжении уже тысяч лет и эти вирусы больше не причиняют вреда своим хозяевам. Тем не менее, когда один тип ВИО переходит к представителю другого вида, он вызывает заболевание.

Чем отличается ВИЧ-1 от ВИЧ-2?

В основном по всему миру преимущественно распространен вирус ВИЧ-1, и обычно, когда люди употребляют слово «ВИЧ», не уточняя конкретно вид вируса, они имеют в виду вирус ВИЧ-1. Как ВИЧ-1, так и ВИЧ-2 передается посредством полового контакта, через кровь и от матери к ребенку. Эти вирусы, как оказывается, являются причиной СПИД, не имеющего клинических форм.

Однако ВИЧ-2 не так легко передается, и период между первоначальным инфицированием и развитой стадией болезни при передаче этого вируса длится намного дольше.

Сколько существует подвидов ВИЧ-1?

ВИЧ-1 является вирусом, способным очень легко изменять форму и поддаваться мутации. Виды мутации могут классифицироваться в группы и подвиды. Таких групп насчитывают две: группа М и группа О.

В сентябре 1998 года французские исследователи сообщили, что они нашли новую разновидность ВИЧ-инфекции у женщины из Камеруна в Западной Африке. Эта разновидность вируса не принадлежит ни к группе М, ни к группе О. Она была найдена всего лишь у трех людей во всем Камеруне.

В настоящее время в группе М существует, по крайней мере, десять генетически различаемых известных подвидов ВИЧ-1. Эти подвиды обозначаются английскими буквами от А до J. Кроме этого, группа О содержит другую различаемую группу гетерогенных вирусов. Подвиды группы М могут настолько отличаться, насколько группа М отличается от группы О.

В чем главное отличие между этими подвидами?

Главным отличием этих подвидов является генетическая структура, которую могут отражать биологические отличия, наблюдаемые в лабораторных условиях и в реальной жизни.

Также были высказаны предположения, что определенные подвиды могут ассоциироваться в основном с конкретными формами передачи. Например, подвид В — с половым контактом между МСМ и ПИН (например, через кровь), а подвиды Е и С — с формой передачи между гетеросексуалами (через слизистую оболочку).

Лабораторные исследования, проведенные доктором Максом Ессексом в Гарвардской школе здравоохранения в Бостоне, продемонстрировали, что подвиды С и Е передаются и размножаются более

эффективно, чем подвид В, в клетках, которые присутствуют в слизистой оболочке влагалища, шейке матки и крайней плоти пениса, но не на стенках прямой кишки. Согласно этим данным, потенциал передачи ВИЧ-подвидов Е и С между лицами гетеросексуальной ориентации более высокий, чем у подвида В.

Однако всегда нужно осторожно подходить к возможности использования результатов лабораторных исследований в реальных жизненных ситуациях. Другие факторы, влияющие на риск передачи вируса, такие, как стадия развития ВИЧ-заболевания, частота контактов, использование презерватива и наличие других болезней, передающихся половым путем, должны также приниматься во внимание перед тем, как прийти к какому-либо окончательному выводу.

Имеют ли одни подвиды более высокую степень заражения, чем другие?

Во время некоторых недавно проведенных исследований было предположено, что подвид Е распространяется более легко, чем подвид В. Во время одного исследования, проводимого в Таиланде (Mastro et al., The Lancet) 22 января 1994 года, обнаружили, что соотношение передачи подвида Е среди женщин — работниц секс-бизнеса и их клиентов было выше, чем подвида В, который был выявлен среди общего населения в Северной Америке.

Во время второго исследования, также проводимого в Таиланде (г. Курнхунсонг) 29 апреля 1995 года среди 185 пар, в которых один партнер был инфицирован ВИЧ-подтипом Е

и В, обнаружили, что большую вероятность заражения обоим партнерам в паре представлял подвид Е (69 %), чем подвид В (48 %). Это свидетельствует, что подвид Е более легко передается.

Однако важно отметить, что ни одно из исследований не разрабатывалось, чтобы полностью контролировать многочисленные факторы, которые могут повлиять на уровень риска передачи инфекции.

Определяют ли традиционные тесты на ВИЧ-антитела все подвиды?

Обычные тесты на ВИЧ-антитела, которые сейчас широко используются для проверки крови и в диагностических целях, определяют практически все подвиды ВИЧ-инфекции. Большинство компаний модифицировали свои тесты таким образом, чтобы они выявляли ВИЧ-1 и недавно определенные разновидности группы О.

Какова вероятность возникновения других подвидов?

Ученые почти уверены, что в будущем будут открыты новые генетические подвиды ВИЧ-инфекции, и они будут развиваться благодаря постоянной мутации вируса. Подвиды, существующие сейчас, также будут продолжать распространяться в новые районы, охватываемые эпидемией.

Какое значение имеет изменчивость ВИЧ-инфекции для исследований по вопросам лечения?

Необходимо провести больше исследований в этой области. Было

обнаружено, что некоторые подвиды в лабораторных условиях имели разный показатель роста и иммунологические характеристики. Эти отличия должны быть продемонстрированы в реальной жизни.

Неизвестным является то, какие именно генетические разновидности в подвиде Е или других подвидах реально отличаются с точки зрения риска передачи инфекции или реакции на противовирусную терапию.

Существует ли связь с полиовакциной?

Часто высказываются мнения, что ВИЧ-2 распространялся полиовакцинацией, т.е. через прививки полиомиелита, ВИЧ-2 связывают с формой ВИО, обнаруженной у темных мангабеев, которые обитают только в Западной Африке. Эдвард Хупер считает, что наиболее вероятным объяснением перехода ВИЧ в человеческую популяцию является первичное заражение оральной полиовакцины ВИО. По его мнению, французская вакцина, используемая в этом регионе французскими и португальскими исследователями, могла оказаться зараженной, если шимпанзе (почки которых используют в процессе приготовления вакцины) содержались в непосредственной близости с темными мангабеями, инфицированными ВИО, а их почки были после этого использованы для производства вакцины. Хупер документирует возможность межвидовой передачи ВИО у шимпанзе в нескольких питомниках, где собирали приматов с целью проведения исследований в конце 50-х годов прошлого столетия.

Исследователь предложил ряд мероприятий, которые нужно провести, чтобы опровергнуть теорию, что ВИЧ распространялся путем вакцинации зараженной полиовакциной:

- Независимое тестирование образцов вакцины, начиная с конца 50-х годов прошлого столетия.
- Независимое изучение всех документов по производству американских, французских и бельгийских оральных полиовакцин в период между 1957 и 1960 годами.
- Тестирование шимпанзе из регионов, в которых их отлавливали для проведения опытов между 1957 и 1959 годами.
- Тестирование законсервированных африканских образцов крови, собранных до 1957 года, для того чтобы определить, находился ли в них ВИЧ группы М; на сегодняшний день самым ранним считается образец 1959 года.

Стал ли ВИЧ более опасным?

Некоторые ученые считают, что ВИЧ мог существовать в течение многих лет в организме человека, будучи относительно безвредным, но изменившиеся условия сделали его более опасным. ВИО вызывал все более сложное заболевание при продвижении по цепи обезьян. Это свидетельствует о том, что приспособление к новому хозяину увеличивает вирулентность вируса иммунодефицита. Условия, способствующие повторной передаче ретровируса таким образом будут способствовать развитию более опасных штаммов ретровирусов.

Теория о том, что ВИЧ распространялся оральными полиовакцинами в конце 50-х годов прошлого столетия в некоторых частях Африки, внимательно изучалась благодаря исследованию Эдварда Хупера. Он установил, что почки, которые использовались для культивации жидких полиовакцин в период между 1956 и 1959 годами, не всегда принадлежали азиатским макакам (которые не подвержены заражению ВИО) и что африканские шимпанзе, инфицированные ВИО, в это же время тоже могли быть использованы несколькими производителями вакцин. Более того, опубликованное в 1999 году исследование показало, что ВИО может передаваться оральным путем. Это значит, что оральная полиовакцина теоретически могла передать вирус такого вида.

Когда у штамма ретровируса мало возможности обрести нового хозяина, естественный отбор будет благоприятствовать живучести штаммов ВИЧ, остающихся в равновесии с их хозяевами, для того, чтобы продолжалось самовоспроизводство. Для вируса в такой ситуации было бы губительным убить своего хозяина. Но если штамм ВИЧ начнет переходить по цепочке от хозяина к хозяину, более слабые хозяева позволят вирусу беспрепятственно разрастаться и естественный отбор будет способствовать образованию новых штаммов, которые очень заразны, то, по всей вероятности, вирус будет уничтожать хозяина. В условиях частой передачи новым хозяевам вирулентные и патогенные штаммы имеют такую же

вероятность выживать, как и «неподвижные», менее патогенные штаммы.

ВИЧ-1 и ВИЧ-2 являются примерами родственных штаммов, что может помочь проследить эволюцию ВИЧ. ВИЧ-2 вызывает заболевание реже, чем ВИЧ-1, и кажется, что он не так часто передается половым путем. До недавнего времени зону распространения ВИЧ-2 ограничивали Западной Африкой. ВИЧ-1 мог выделиться из ВИЧ-2 несколько десятилетий тому назад и стать более вирулентным, поскольку он стал более распространенным и часто передаваемым.

Пришел ли ВИЧ из Африки?

Доказательством африканского происхождения является и крепкая «привязка» ВИЧ-2 к Западной Африке до конца 80-х годов прошлого столетия. К тому же наличие большего числа генетических подвидов ВИЧ в Африке по сравнению со всеми другими континентами, свидетельствует, что вирус уже длительное время бытует среди африканского населения и соответственно изменяется.

Еще один аргумент «за» — то, что многие ранние случаи диагноза СПИД (с 1959 года до начала 80-х годов прошлого века) происходили скорее с людьми, имевшими связь с Африкой, чем с европейцами без африканских связей.

Однако важно заметить, что практически не существует достоверных данных по тестированиям на антитела, которые бы доказывали, что ВИЧ присутствовал в значительном масштабе в африканских городах до 1981 года, по меньшей мере через три года после того, как он

Мы, возможно, никогда не узнаем точно, когда и где впервые возник этот вирус, но ясно то, что приблизительно в середине XX столетия ВИЧ-инфекция у людей развилась в эпидемию заболевания по всему миру, которое сейчас мы называем СПИД.

начал появляться среди MSM и ПИН в Северной Америке. В ходе одного исследования удалось найти достоверные доказательства наличия ВИЧ-инфекции лишь в четырех из 6015 образцов сыворотки, взятых между 1976 и 1984 годами в Африке (период, на протяжении которого считалось, что ВИЧ широко распространяется по Африке); и один из этих образцов был взят у белого европейца.

Эти результаты подкреплены исследованиями образцов крови, собранных в Замбии и других странах Южной Африки, которые не смогли предоставить убедительного доказательства присутствия ВИЧ-инфекции на протяжении 1970-х годов прошлого столетия.

С другой стороны, при изучении образцов крови в Заире установлено, что 5 из 659 образцов были положительными и три из них принадлежали людям, которые впоследствии умерли с клиническими синдромами, наталкивающими на мысль о СПИД. Более того, в 1984 году бельгийские врачи сообщили о 18 случаях СПИД, часть из которых относилась к 1979 году, среди жителей Заира, посещавших больницы в Бельгии. Эти факты свидетельствуют о том, что эпицентр эпидемии ВИЧ-1 находился где-то в бассейне Конго.

Что привело к такому внезапному распространению эпидемии?

Существует несколько факторов, которые могли повлиять на внезапное распространение эпидемии, включая такие, как международные переезды, сфера работы с кровью и распространенное использование наркотиков.

Особенно была подчеркнута роль международных переездов в распространении ВИЧ-инфекции после случая, который называют случаем «пациента Зироу» («нулевой пациент»). Пациент «0» был канадским бортпроводником по имени Гетан Дугас, который много передвигался по всему миру. Анализ нескольких ранних случаев заболевания СПИД показал, что зараженные люди были прямо или косвенно вовлечены в сексуальные отношения с этим бортпроводником. Все случаи имели место в различных американских городах и продемонстрировали роль международных переездов в распространении вируса. Это также натолкнуло на мысль, что заболевание, возможно, было последствием действий единственного посредника передачи вируса.

Мог ли СПИД стать результатом генной инженерии или же распространился случайно?

Некоторые люди предполагают, что ВИЧ-инфекция была разработана и произведена ЦРУ, в то время как другие уверены, что ВИЧ-инфекция была разработана специалистами генной инженерии.

Утверждения о том, что ВИЧ был искусственно создан как биологическое оружие нереалистичны: до начала эпидемии ни у одного ученого

не было биотехнологических инструментов, необходимых для создания ВИЧ из известных лентивирусов.

Альтернативная теория: ВИЧ — вирус человека

Новое исследование, представленное на Одиннадцатом международном конгрессе по вирусологии в августе 1999 г., подвергло сомнению бытующую теорию происхождения ВИЧ.

Группа профессора Роберта Гарри из Туланского университета (Новый Орлеан) подтвердила, что молодой работник секс-бизнеса умер от связанного с ВИЧ оппортунистического заболевания в Сент-Луисе (США) в 1968 году. Образцы тканей тела мужчины заморозили после его смерти, и группа профессора Гарри впоследствии обнаружила, что он был инфицирован разновидностью ВИЧ, подобной ВИЧ-1, подтипу III/LAI.

Этот вирус скорее инфицирует Т-клетки, чем макрофаги, как утверждает профессор Гарри. Он считает, что более легкая форма ВИЧ бытовала среди людей уже на протяжении сотен или тысяч лет и что сегодняшнюю пандемию вызвала недавняя мутация вируса.

В 2000 году две группы ученых (из США и Бельгии) использовали молекулярное определение генетического кода вируса для определения средней скорости эволюции ВИЧ и на основе этой информации рассчитали время развития различных подвидов ВИЧ-1 группы М. Обе группы пришли к выводу, что появление новых видов ВИЧ имело место между 1910 и 1940 годами.

глава третья

Начало эпидемии ВИЧ-инфекции

Для того чтобы добиться успеха в борьбе со СПИД, необходимо четкое понимание механизмов, которые способствовали развитию эпидемии. Причины ее, как правило, связаны с изменениями в поведении людей. Микробы тоже часто изменяют свое поведение в результате изменений в жизнедеятельности их хозяев. СПИД не появился из ниоткуда, он возник вследствие социальных изменений, позволивших ВИЧ быстро распространяться. Понимание того, каким образом социальные изменения способствовали распространению ВИЧ, поможет нам предугадать последующее развитие эпидемии.

Так это начиналось

Зимой 1980/1981 года в госпиталь Нью-Йоркского университета поступили несколько человек с малознакомой для врачей формой заболевания, так называемой саркомой Капоши (СК). В США и странах Западной Европы СК наблюдается исключительно редко: 1—2 случая на 10 млн населения, причем, как правило, только у мужчин старше 60 лет. Мужчины же, поступившие в Нью-Йоркский госпиталь, были моложе 30 лет. Все они оказались MSM. СК протекала у них злокачественно и большая часть их погибла в течение 20 месяцев.

Весной 1981 года врачи Лос-Анджелеса и Нью-Йорка обнаружили еще одну группу больных со злокачественной формой ПЦП, которая была зарегистрирована у молодых людей, оказавшихся MSM. Лечение не давало эффекта — за год погибли почти все.

Летом 1981 года в США насчитывалось уже 116 подобных случаев. Врачи заподозрили, что имеют дело не с двумя, а с одним заболеванием, которое поначалу было названо «чумой беспутных».

Весной 1982 года СПИД отмечен у первого больного гемофилией — наследственной несвертываемостью крови. Затем частота случаев «новой болезни» при гемофилии начала прогрессировать, что было связано с переливанием лекарственных препаратов — факторов VIII или IX, получаемых из плазмы крови. Хотя в США были зафиксированы лишь 15 тысяч больных гемофилией, распространение СПИД вызвало у них тревогу, так как возникла угроза инфицирования банка крови. Скоро стало ясно, что причина заражений — переливание крови.

Не вызывало сомнений, что появилась новая грозная эпидемическая болезнь. Число заболевших продолжало увеличиваться, удваиваясь сначала за 8—9, а затем за 5—6 месяцев. Заболевание стали образно называть «четыре Г», что отражало

включение в эпидемию основных категорий риска: МСМ (77 %), потребители наркотиков, вводившие внутривенно героин (16—17 %), больные гемофилией, а также жители Гаити.

Кстати, причины особо высокой заболеваемости на Гаити до сих пор не ясны. Американские ученые полагали, что первые больные в США заразились в этой стране, тогда как ученые Гаити убеждены, что эпидемию в их страну занесли американские МСМ.

В 1981 году СПИД обнаружился и в странах Западной Европы. К июню 1985 года СПИД уже зарегистрировали в 40 странах мира. Болезнь продолжала наступать, охватывая все более широкие слои общества, в том числе и детей. У большинства (78 %) заболевших детей один из родителей был болен СПИД и относился к одной из уязвимых групп, 12 % заразились в результате переливания крови, 6 % болели гемофилией.

Таким образом, СПИД впервые был выделен как синдром в 1981 году в результате ряда случаев заболевания МСМ в больших городах США с устоявшимися сообществами МСМ. Последующий обзор медицинской литературы обнаружил изобилие необъяснимых заболеваний, подобных СПИД, начиная с конца 40-х годов прошлого столетия, в Соединенных Штатах и Европе.

Случаи СПИД до 1981 года

Случаи до 1981 года можно разделить на две категории: те, после которых сохранились законсервированные образцы крови с обнаруженной ВИЧ-инфекцией, и случаи,

после которых не осталось таких образцов, но набор выявленных симптомов свидетельствует о том, что это был СПИД.

Самый старый случай СПИД с подтвержденным диагнозом — это заболевание молодого американца, умершего в 1969 году. Случай с моряком из Манчестера, которого считали умершим от СПИД в 1959 году, был недавно подвергнут сомнению вследствие открытия того, что штамм ВИЧ, выделенный из образцов его тканей, был практически идентичным штаммам, распространенным тридцатью годами позже. Американские исследователи утверждали, что такое совпадение невозможно, если только вирус не был занесен в лаборатории, поскольку ВИЧ в течение тридцати лет, как правило, подвергается значительным мутационным изменениям.

Еще диагноз ВИЧ был поставлен одной норвежской семье — отцу, матери и ребенку, — которые умерли в 1976 году. Как один из самых ранних случаев ВИЧ-2 задним числом диагностировали также заболевание португальца в 1978 году.

Упомянутые случаи с ВИЧ важны, поскольку они подвергают сомнению тот факт, что ВИЧ был завезен на Запад в 70-х годах прошлого века. Хотя некоторые из этих случаев и свидетельствуют о связи с Африкой, случай 1969 года с молодым американцем таких связей не показывает.

Для определения случаев до 1981 года использовались и различные записи. Специалисты, занимающиеся историей заболевания, искали в медицинской литературе необычные случаи, которые подходили бы к определению СПИД.

В Северной Америке и Европе таких случаев, относящихся, по меньшей мере, к 1940 году, очень много. Также зафиксировано большое количество случаев СПИД-подобного синдрома у новорожденных детей в Германии, Польше и Скандинавии, начиная с 1939 года и вплоть до конца 50-х годов XX столетия. Синдром определяли как ПЦП, цитомегаловирусную инфекцию и гиппергаммаглобинемию (очень большое число антител); все они и сегодня характерны для СПИД у новорожденных.

Голландский исследователь Яап Гудсмит утверждает, что вспышка СПИД-подобного синдрома была связана с многократным использованием игл в больницах — обычная практика до изобретения одноразовых шприцев. Он также утверждает, что этот синдром мог быть вызван штаммом ВИЧ, являющимся менее опасным для взрослых, чем существующие сегодня формы, и что он был привезен в Европу немецкими колонистами, возвращающимися из Камеруна перед тем, как началась война.

Однако другие исследователи считали, что все эти случаи были следствием иммунодефицита в результате плохого питания, о чем не говорил Гудсмит.

Разработки Эдварда Хупера показывают, что все вспышки заболевания имели место в регионах, где добывался уран.

Подобных детальных отчетов для Африки не существует, кроме данных о СК, ставшей эпидемическим заболеванием в Экваториальной Африке в конце 50-х годов. Эта форма СК, смертельная лишь в 10 % случаев, не ассоциирова-

Отдельные случаи СПИД-определяющих заболеваний имели место среди МСМ и ПИН с начала 70-х годов XX века в Нью-Йорке и Сан-Франциско. Врачи не связывали их один с другим до начала 1981 г., когда целый ряд заказов на препарат пентамидин, используемый для лечения ПЦП, вызвал интерес сотрудников в центрах по контролю заболеваемости. Хотя эти случаи были определены в 1981 г., возможно, что до этого случаи ПЦП лечили стандартными антибиотиками, и поэтому они не определялись центрами контроля заболеваемости в течение нескольких лет до 1981 г.

лась с ВИЧ или иммунодефицитом и поражала только африканцев, но не европейцев, проживающих в Африке. Высказывались мнения, что существует несколько различных форм СК, возможно, с абсолютно различными причинами, поэтому нужно скептически относиться к тому, что наличие СК в Африке означало широкое распространение там ВИЧ до 70-х годов прошлого века.

Приблизительно десяток случаев СПИД-подобных заболеваний был выявлен Эдвардом Хупером в Киншасе, Руанде и районах Конго, где самый ранний должным образом задокументированный случай имел место в 1962 году. Африканские врачи соглашались, что СПИД не имел возрастающей тенденции в Африке до конца 70-х годов, а эпидемией стал только в начале 80-х. В первые годы эпидемии синдром был известен под названием «слим» в

Тестирование на вирусную нагрузку положило начало эре «индивидуализированной терапии» ВИЧ-инфекции, при которой препараты более не назначались согласно данным их клинического испытания и одна привычная комбинация назначалась тысячам пациентов. Лечение ВИЧ-инфекции начало проводиться согласно индивидуальной вирусной нагрузке каждого больного и его предыдущей истории лечения.

Уганде и других странах Центральной Африки. Он впервые появился в Уганде на северных берегах озера Виктория, в Бурунди, Руанде (странах на запад от озера Виктория) и в Киншасе (столице Заира), лежащей на пересечении путей, соединяющих Восточную Африку, Западную Африку, Анголу и Заир.

Некоторые исследователи считают, что случаи СПИД изредка

наблюдались в небольших количествах до 40-х годов прошлого столетия, не возбуждая особого подозрения из-за общего высокого уровня инфекционных заболеваний. Лишь когда инфекционные заболевания стали более редкими, иммунный дефицит стал заметнее. Медицинский историк Мирко Грмек считает, что до изобретения антибиотиков немногочисленные случаи ВИЧ-заболевания могли маскировать туберкулез и сифилис.

Все же Эдвард Хупер уверен, что многие из этих случаев объясняются другими причинами. Он проводит тщательнейшее исследование и находит эти причины практически в каждом из случаев. Если его объяснения соответствуют истине, это, по мнению Хупера, переместит появление СПИД не раньше чем в конец 60-х годов.

ДАТЫ И СОБЫТИЯ

1978

У нескольких пациентов в США и Швеции (МСМ), а также в Танзании и на Гаити (гетеросексуалов обоего пола) зарегистрированы симптомы заболевания, которое через несколько лет назовут СПИД.

1981

Фармацевты Центра по контролю заболеваемости в США отметили необычно большое количество заявок на лекарство, использующееся в лечении ПЦП. Этот факт был описан в научном докладе, а также было отмечено, что такие случаи впервые произошли среди пяти МСМ из г. Лос-Анджелеса. Поэтому заболевание вначале называли «рак геев», а затем — «иммунодефицит геев».

Начались исследования не только этих случаев, но также случаев СК, редкого рака кожи, наблюдающегося среди МСМ г. Нью-Йорка. В 1981 году от этого заболевания в США умерли не менее 128 человек.

Позже, в этом же году, появились первые случаи ПЦП среди ПИН.

1982

Специалисты Центра по контролю заболеваемости в США 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 установлены. Позже стало известно, что его причиной является возбудитель инфекции, возможно, вирус,

который мог быть распространен путем попадания в кровь.

В журнале «Wall Street» появилась статья по поводу того, как ИГ (иммунодефицит геев) уже начал встречаться у гетеросексуальных женщин и мужчин, употребляющих наркотики. Вместе с этим было обнаружено, что беженцы из Гаити в Майами, страдающие гемофилией, также имели этот синдром.

В США впервые были выявлены случаи заболевания СПИД после переливания крови среди детей младенческого возраста.

Случаи заболевания СПИД были обнаружены в четырнадцати странах по всему миру.

1983

Люк Монтанье из Института Пастера (Франция) открыл вирус, который считают причиной СПИД (*HIV — human immune deficiency virus*).

В США об аналогичном открытии сообщил Роберт Галло.

В Европе были зарегистрированы две вспышки заболевания СПИД. Одна брала начало в Африке, вторая была связана с МСМ, посетившим США.

В Великобритании официально зарегистрирован первый случай заболевания СПИД. В Австралии первый смертельный случай был зарегистрирован в Мельбурне.

В мае 1983 года был выявлен случай заболевания СПИД среди детей. Во время его оглашения было высказано достаточно бестактное предположение о возможности случайной передачи инфекции в бытовых условиях. Это вызвало серьезную обеспокоенность

среди представителей многих стран, а в Америке этот вопрос стал настолько значимым, что некоторые водители автобусов постоянно носили защитные маски. Потребовалось провести огромную просветительскую работу среди населения, чтобы убедить людей в том, что передача вируса происходит только очень специфическими путями и что случайной передачи вируса в бытовых условиях не было.

В этом же году количество детей, инфицированных ВИЧ, увеличилось, и ученые признали, что дети унаследовали инфекцию от своих матерей внутриутробно или во время родов. Также стало ясным, что вирус, ставший причиной заболевания СПИД, мог быть передан во время переливания крови.

В г. Денвер (США) была проведена первая конференция по вопросам СПИД.

Случаи заболевания СПИД были выявлены в 33 странах. У 3 тысяч американцев было обнаружено заболевание СПИД, 1283 из них умерли.

1984

Американский ученый Роберт Галло объявляет о том, что открыл вирус СПИД (HTLV-III), однако это произошло через год после французского открытия.

В г. Сан-Франциско были закрыты «сауны» для МСМ.

Маргарет Хеклер, секретарь Департамента здравоохранения США, со всей уверенностью предсказала, что эпидемия будет короткой, и заметила, что «через очень короткое время будет получена вакцина и до 1990 года будет найдено лекарство от СПИД».

К концу года уже у 7 тысяч американцев был обнаружен СПИД.

От СПИД умер Гетан Дунас, человек который «привез» СПИД в Северную Америку.

1985

Было установлено, что ВИЧ передается через жидкие среды организма: 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 г. Атланта (США) состоялась Первая международная конференция по СПИД.

В Нью-Йорке прошла премьера пьесы «Нормальное сердце» драматурга Лэрри Крамера. Это первая театральная постановка, посвященная СПИД.

В США за год зарегистрировано 6972 случая смерти от СПИД. Среди умерших — известный киноактер, кумир Америки Рок Хадсон. Он был первой значимой общественной фигурой, о ком было известно, что он умер от СПИД.

В США выгнали из школы 13-летнего Раяна Уайта, больного гемофилией и СПИД.

Стало известно, что в Центральной Африке заражено огромное количество людей. В Уганде СПИД считали «худой болезнью» из-за того изнуряющего влияния, которое она оказывала.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) адаптировала в Африке новый способ клинического определения заболевания СПИД, чтобы представители стран Африки могли

более точно проводить оценку и сообщать о количестве людей, больных СПИД.

К концу этого года случаи заболевания СПИД были зарегистрированы в 51 стране.

1986

Стало известно, что вирусы LAV и HTLV-III являлись одним и тем же вирусом. Согласно решению международного комитета, оба названия были заменены одним — вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).

На Второй международной конференции по вопросам СПИД в Париже были прочитаны предварительные доклады об использовании препарата азидотимидин (АЗТ) для лечения СПИД.

ВОЗ начала внедрять свою стратегию относительно СПИД по всему миру. На встрече представителей ВОЗ по вопросам распространения СПИД среди ПИН было рекомендовано обеспечивать ПИН стерильными иглами и шприцами в качестве профилактических мер, которые должны были проводиться в каждой стране с целью профилактики распространения СПИД.

Министр здравоохранения Уганды объявил, что в его стране отмечено заболевание СПИД; другие африканские страны последовали его примеру и попросили помощи у ВОЗ.

В Замбии начала работать Национальная просветительская программа по проблемам СПИД, внедряя просвещение по вопросам СПИД в школах среди детей, на танцевальных площадках, в театрах и на концертах, среди жителей сельской местности.

В Великобритании правительство основало Комитет по вопросам СПИД при Кабинете Министров.

Глава Министерства здравоохранения США Эверетт Кооп опубликовал первый официальный доклад о проблеме СПИД. 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 общественная организация Экт-Ап (ACT UP), действующая под девизом «Молчание — смерть».

1987

Учреждена Глобальная программа ВОЗ по СПИД.

Всемирной ассамблеей здравоохранения принята Глобальная стратегия борьбы со СПИД. СПИД стал первым заболеванием, которое обсуждалось на сессии Генеральной Ассамблеи ООН.

В ряде стран одобрено первое лекарство против СПИД — АЗТ (зидовудин, ретровир) компании «Глаксо».

В Канаде запрещено распространение зараженных ВИЧ кровепродуктов.

Президент США Рональд Рейган впервые публично произнес слово «СПИД».

В Сан-Франциско начато создание СПИД-мемориала «Квилт». Известный борец за права МСМ Клив Джоунс поместил первую вставку в мемориал в память о своем друге Марвине Фелдмане.

Опубликована книга Рэнди Шилтса «Оркестр продолжал играть».

Зарегистрированы первые случаи заболевания СПИД в СССР.

Правительство Великобритании начало главную рекламную кампанию «Не умирай из-за незнания» и распространило брошюры о заболевании СПИД в каждую семью.

Принцесса Диана открыла первый специализированный госпиталь для больных СПИД в Англии.

Президент Замбии Каунда объявил, что его сын умер от СПИД.

В США был принят закон, который запрещал въезд на территорию Соединенных Штатов Америки ВИЧ-инфицированных эмигрантов, иностранцев и туристов, приезжающих на короткое время.

В США агрессивно настроенные люди сожгли семью в ее собственном доме, так как не хотели, чтобы сыновья из этой семьи, болеющие СПИД, ходили в местную общеобразовательную школу.

К ноябрю 1987 года из 127 стран со всего мира во ВОЗ была отослана официальная информация о 62 тыс. 811 случаях заболевания СПИД.

В этой таблице представлены только те случаи, которые были реально известны. По оценкам ВОЗ, к концу 1987 года реальное количество случаев СПИД по всему миру колебалось от 100 тысяч до 150 тысяч.

1988

ВОЗ совместно с правительством Великобритании была проведена встреча министров здравоохранения по проблеме СПИД.

День 1 декабря объявлен Всемирным днем борьбы со СПИД.

В США издан закон, запрещающий дискриминацию федеральных служащих с ВИЧ-инфекцией.

В США внедрены новые правила, которые сокращали время, затрачиваемое на разработку лекарств против СПИД.

В Великобритании было увеличено финансирование акций, касающихся схем обмена шприцев с целью

профилактики инфицирования среди наркозависимых.

В Нью-Йорке открылась программа обмена шприцев.

В Лондоне был проведен Всемирный саммит министров здравоохранения с целью обсуждения вопросов общей стратегии относительно СПИД. Внимание было сосредоточено на программах профилактики СПИД, которые обсуждали делегаты из 148 стран. Одним из результатов саммита была Лондонская декларация профилактики заболевания СПИД, в которой особое внимание уделялось просвещению, свободному обмену информацией, опытом и необходимости защиты человеческих прав и достоинства.

1989

На Гаити запрещено распространение зараженных ВИЧ кровепродуктов.

Под давлением активистов организации Экт-Ап фирма «Глаксо» снижает цену АЗТ на 20 %.

В США испытания АЗТ были завершены досрочно после того, как было обнаружено, что люди, принимающие его, боролись с ВИЧ-инфекцией более эффективно, чем те, которые принимали безвредные лекарства, прописываемые для успокоения больного.

В США за год зарегистрировано 27 666 смертей от СПИД, среди умерших — телезвезда Аманда Блейк.

В России, в больницах Элисты, Волгограда и Нижнего Новгорода, заражено ВИЧ более 200 детей. Официальная причина заражения — небрежность медперсонала.

1990

Рональд Рейган принес свои извинения за невнимание к проблеме СПИД в годы своего президентского правления.

В США в 19-летнем возрасте умер Раян Уайт, больной гемофилией, зараженный ВИЧ-инфекцией вследствие переливания ему инфицированной крови. Он был ранее широко известен как человек, отстаивающий свои права на посещение общеобразовательной школы.

Всего через несколько месяцев после смерти Раяна Уайта Конгрессом был издан «Акт заботы», названный в честь Раяна Уайта. Конкретной целью этого акта была забота о людях, болеющих СПИД, у которых не было соответствующей медицинской страховки или других финансовых источников.

Огромное количество детей в детских домах Румынии заразились ВИЧ-инфекцией главным образом в результате многочисленных переливаний крови.

К декабрю 1990 года ВОЗ было официально объявлено о более 307 тыс. случаев заболевания СПИД, но, по реальным оценкам, количество случаев было близко к миллиону.

Оценка количества ВИЧ-инфицированных людей по всему миру составляла 8—10 млн. Согласно предположениям, приблизительно 5 из 8 млн составляли мужчины, а остальные 3 млн — женщины.

По приблизительным оценкам, в этом году родилось 700 тыс. ВИЧ-инфицированных детей.

В СССР создана сеть специализированных медицинских учреждений (СПИД-центров) для профилактики и лечения ВИЧ/СПИД.

1991

В США одобрен новый противовирусный препарат ди-ди-ай (диданозин, видекс). Алая ленточка ста-

ла международным символом осведомленности о заболевании СПИД.

Было принято решение в 1992 году провести международную конференцию по вопросам СПИД в Амстердаме, а не в Бостоне, как планировалось ранее. Место проведения конференции было изменено из-за обязательного условия политики США, требующего от посетителей США декларировать свой ВИЧ-статус.

К этому времени стало ясно, что ВИЧ-инфекция развила устойчивость к лекарствам, которые применялись при лечении СПИД с определенными ограничениями. Таким образом, лекарства становились неэффективными уже после одного года применения.

По данным ВОЗ, 10 млн людей во всем мире живут с ВИЧ-инфекцией, из них более 1 млн — в США.

Профессиональный баскетболист Мейджик Джонсон объявляет о своей ВИЧ-инфекции. Он решил активно заниматься вопросами распространения информации о ВИЧ-инфекции и безопасном сексе.

Фредди Меркьюри, солист рок-группы «Queen», подтвердил тот факт, что у него был СПИД, и всего несколько часов спустя было объявлено, что он умер.

К концу 1991 года в США было сообщено о новых 100 тыс. случаев заболевания СПИД и 133 тыс. смертельных случаев.

1992

В США одобрен препарат ди-ди-си (зальцитабин, хивид), проводятся клинические испытания сочетаний лекарств, введена ускоренная процедура одобрения новых препаратов для лечения СПИД. Здесь за год зарегистрировано более 40 тыс. смертей, среди умерших — актер Роберт Рид.

Звезда тенниса Артур Эше объявил, что он был заражен ВИЧ-инфекцией в результате переливания крови в 1983 году.

1993

В результате европейских исследований, известных под названием «Конкорд», было обнаружено, что препарат АЗТ оказался неэффективным для ВИЧ-позитивных людей с неразвитыми симптомами.

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 СПИД умерли теннисист Артур Эш и легенда балета Рудольф Нуриев.

Введение тестирования на вирусную нагрузку

Разработка теста, который мог бы определять наличие ВИЧ более точно, чем тест на антиген р24, стала возможной с совершенствованием диагностической методики, основанной на ПЦР. При этой технологии производится многократное увеличение присутствующего в образце генетического материала таким образом, что становится возможным определение содержания даже минимальных его фрагментов. Исчезает необходимость в выделении или культивировании возбудителя в лаборатории (при условии, что его геном достаточно изучен). Наиболее современный из ПЦР-тестов позволяет определить вирус при наличии всего 5 генетических последовательностей в 1 миллилитре крови (по сравнению с 10 000 в 1995 г.). Это делает данный тест высокочувствительным методом наблюдения ВИЧ-инфекции.

Тест на вирусную нагрузку дал ученым средство для постановки диагноза ВИЧ-инфекции в ее бессимптомной фазе. До этого момента тестирование на антиген р24 и технологии прямого культивирования вируса были единственными средствами определения ВИЧ, причем их низкая чувствительность не позволяла определять низкие концентрации вирусного материала.

Определение вирусной нагрузки в крови бессимптомных больных привело к открытию ошеломляющей информации. Исследователи, в частности Дэвид Хоу, обнаружили, что и в бессимптомный период имеет место высокая активность вируса. Это опровергло бытовавшее прежде мнение, что ВИЧ-инфекция протекает латентно вплоть до развития симптомов.

Тестирование сохраненных проб крови также выявило, что лица с высокой вирусной нагрузкой имели гораздо больший риск прогресса заболевания. Анализ изменений вирусной нагрузки после 8—12 недель лекарственной терапии в нескольких клинических исследованиях обнаружил, что чем значительнее снижение вирусной нагрузки после первых недель лечения, тем более выражено будет долгосрочное клиническое улучшение. Тест на вирусную нагрузку дал возможность в течение нескольких месяцев определять, приведет ли данная схема лечения к долгосрочному клиническому улучшению состояния больного, и изменил принципы назначения терапии большинством врачей.

1994

В Париже состоялась встреча на высшем уровне по проблемам СПИД,

на которой была принята Декларация.

В США и Западной Европе одобрен препарат d4T (зерит).

Исследования АСТГ 076 показали, что применение азидотимидина на две трети уменьшило риск передачи ВИЧ от зараженных матерей их детям.

СПИД стал главной причиной смертности среди американцев в возрасте между 25 и 44 годами. С 1981 года 400 тыс. людей в США заболели СПИД и более 250 тыс. умерли.

Среди умерших от СПИД — Джон Кэрри, олимпийский чемпион по фигурному катанию, и Рэнди Шилтс, автор книги «Оркестр продолжал играть».

1995

В Германии четверо человек приговорены к тюремному заключению за продажу зараженной ВИЧ крови.

В России 1 августа вступил в силу федеральный закон «О предотвращении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

В сентябре 1995 года результаты клинических исследований комбинированной антиретровирусной терапии показали, что азидотимидин вместе с дидеоксиазидотицином (ddI) или дидеоксицитидином (ddC) действительно повысили эффективность лечения по сравнению с применением только одного азидотимидина. Успех этого подхода был подтвержден другими исследованиями, и применение двойной комбинированной терапии стало стандартным подходом в этом лечении.

В США одобрено использование саквинавира, первого из новой группы антиретровирусных препаратов — ингибиторов протеазы.

Олимпийский чемпион по прыж-

кам в воду Грег Луганис объявил, что болен СПИД.

1996

На смену Глобальной программе ВОЗ по СПИД создана Объединенная программа ООН по СПИД (UNAIDS), в реализации которой участвуют все шесть агентств ООН: ВОЗ, Детский фонд ООН, Фонд ООН по народонаселению, Программа развития ООН, Организация Объединенных Наций по вопросам образования науки и культуры и Всемирный банк.

В Ванкувере (Канада) состоялась XI Международная конференция по СПИД, на которой было объявлено о новом поколении лекарственных препаратов — ингибиторах протеазы.

Журнал «Тайм» объявил «человеком года» американского ученого, исследователя проблемы СПИД Дэвида Хо.

Установлено, что возбудителем СК является вирус герпеса.

В России основным путем распространения ВИЧ-инфекции становится инъекционное употребление наркотиков.

Ученые пришли к выводу, что тройная комбинация терапии, когда три лекарства совмещаются, потенциально может быть более эффективной, чем двойная терапия. Три препарата могут лучше справиться с вирусом, подавить его воспроизводство и таким образом предотвратить развитие сопротивляемости лекарствам.

В конце этого года организация UNAIDS сообщила, что значительно уменьшилось количество новых случаев ВИЧ-инфекции во многих странах благодаря соблюдению мер безопасности во время половых контактов, однако в целом в мире этот

показатель продолжал быстро расти.

В число стран, в которых наблюдалось замедление эпидемии, вошли Соединенные Штаты Америки, Австралия, Новая Зеландия, страны Северной Европы и частично Африка, кроме стран, расположенных к югу от пустыни Сахары.

Мейджик Джонсон возвращается в спорт.

Боксер-тяжеловес Томми Моррисон объявляет о наличии у него ВИЧ-инфекции.

Первая больница для безнадежно больных пациентов, основанная в Сан-Франциско, была закрыта по причине того, что очень мало людей умирали от СПИД в США в результате новых методов лечения.

1996 год может по праву считаться годом наибольшего оптимизма в отношении лечения ВИЧ-инфекции и СПИД за весь период существования эпидемии. К началу 1997 года уже было ясно, что новые методы лечения, которые внедрялись в течение 1996 года, оказали огромное влияние на уровни смертности и заболеваемости среди ВИЧ-инфицированных людей.

Эти нововведения включали:

- Значительно повысившееся понимание течения ВИЧ-инфекции благодаря проведению теста на вирусную нагрузку.
- Признание изменения вирусной нагрузки в ответ на лекарственную терапию точным показателем клинической эффективности препарата.
- Открытие того, что развитие лекарственной устойчивости может быть отодвинуто на неопределенное время при условии снижения вирусной нагрузки до минимума.
- Определение схем лечения, способ-

ных снижать активность вируса до минимума в течение 8—12 недель.

- Открытие того, что после существенного подавления вирусной активности может происходить восстановление иммунитета, что приводит к снижению частоты оппортунистических инфекций.
- Лицензирование нового класса препаратов (ингибиторов протеолитических ферментов), оказывающих мощное противовирусное действие, особенно при использовании их в составе схем комбинированной терапии.
- Коммерческая доступность тестирования на вирусную нагрузку с точки зрения его использования в клинической практике.

Все эти достижения имели место с сентября 1995 по сентябрь 1996 года и полностью изменили подход к лечению ВИЧ-инфицированных людей.

1997

Создан Глобальный бизнес-совет по ВИЧ/СПИД — первый международный орган, координирующий участие коммерческих структур в борьбе с эпидемией.

В ходе реализации Программы ООН по СПИД (UNAIDS) начат первый этап «Инициативы по доступу к лекарствам» — проекта по обеспечению доступности лекарств для населения развивающихся стран.

В США одобрен препарат делавирдин, первый в последней группе лекарств — ингибиторов обратной транскриптазы.

Стало очевидным, что количество людей, пострадавших от побочных эффектов группы лекарств ингибиторов протеазы, было больше, чем ожидалось. Также стало очевидным, что некоторые из побочных эффектов могли

быть достаточно серьезными, в частности, у пациентов, больных сахарным диабетом. Развитие сопротивляемости лекарствам также продолжало оставаться серьезным поводом для беспокойства, поскольку существовало много новых комбинаций лекарств, слишком сложных и достаточно трудных для постоянного применения.

Однако многим ВИЧ-инфицированным, имеющим доступ к новым комбинациям лекарств и не испытывающим серьезного побочного влияния, эти новые лекарства продлевали жизнь и давали надежду. Но в 1997 году большинство людей по всему миру вообще не имели доступа к антиретровирусным лекарствам.

Центром по контролю заболеваемости в США впервые зарегистрировано снижение смертности от СПИД в стране по сравнению с предыдущим годом за счет применения новых методов лечения.

Общее количество людей, умерших от СПИД, во всем мире составило около 6 400 000. Примерное число людей с ВИЧ-инфекцией в мире — 22 000 000. Это больше, чем все население Австралии.

Предполагалось, что по всему миру один из ста взрослых в возрасте от 15 до 49 лет был заражен ВИЧ-инфекцией и только один из десяти зараженных знал о своей инфекции.

1998

В Женеве (Швейцария) состоялась XII Международная конференция по СПИД, на которой было признано, что, несмотря на прогресс науки, миллионы людей умирают от СПИД из-за дороговизны и недоступности лекарств.

Видный ученый, бывший директор Программы ВОЗ по СПИД, доктор Джонатан Манн и его супруга, доктор

Мари-Лу Клеменс-Манн, занимавшаяся вопросами исследования СПИД, погибли в авиакатастрофе.

В г. Ванкувер (Канада) произошла вспышка ВИЧ-инфекции среди ПИН.

В некоторых странах ВИЧ-позитивные люди благодаря комбинированной терапии смогли вернуться к работе в результате улучшения состояния их здоровья. Однако некоторые начали страдать от достаточно сильного побочного влияния препаратов, что породило сомнения по поводу безопасности комбинированной терапии, применявшейся в течение достаточно длительного времени.

После испытаний, проведенных в Таиланде, компания «Глаксо» снизила цену на зидовудин на 75 %. Эти испытания показали эффективность препарата в профилактике передачи инфекции от матери ребенку. Однако были предположения, что даже при таком снижении цены, лекарство все равно будет оставаться слишком дорогим для применения во многих развивающихся странах.

Бывший премьер-министр Франции Лорен Фабиус был привлечен к судебной ответственности по подозрению в задержке проведения проверки донорской крови, но его оправдали в мае 1999 г.

В июне компания «AIDSvax» начала проводить первые тестирования вакцины СПИД на людях, привлекая 5000 волонтеров со всех регионов США.

По подсчетам ЮНЭЙДС, в течение года еще 5 млн 800 тыс. человек заразились ВИЧ-инфекцией. Половине из них не было еще и 25 лет. Также было подсчитано, что 70 % всех новых инфекций и 80 % всех смертельных случаев произошли в странах Африки, расположенных к югу от Сахары.

1999

Государства — члены Организации Объединенных Наций взяли на себя обязательство добиться существенного снижения уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди молодежи в наиболее пострадавших странах к 2005 году, а в мировом масштабе — к 2010 году. Впервые были поставлены конкретные глобальные цели в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИД.

В Великобритании количество ВИЧ-позитивных заключенных достигло неслыханных до этого времени размеров.

Министр здравоохранения Уганды начал добровольную программу проверки всех жителей на наличие ВИЧ-инфекции с целью воспрепятствовать эпидемии СПИД, которая распространилась среди 700 тыс. человек в стране.

Первоначальные совместные исследования Уганды и США определили режим нового лекарства — однократную оральную дозу антиретровирусного препарата невирапина, как более доступную и более эффективную в снижении риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Разработка вакцин была приостановлена в связи с новостями, что у людей, зараженных ослабленной формой ВИЧ-инфекции более 17 лет назад, сейчас появились признаки заболевания СПИД.

К концу 1999 года, по данным UNAIDS, 33 млн людей во всем мире жили с ВИЧ или были больны СПИД.

2000

В г. Дурбане (Южная Африка) состоялась XIII Всемирная конференция по ВИЧ/СПИД.

В Украине начал работу Международный Альянс по ВИЧ/СПИД.

2001

25—27 июня в Нью-Йорке состоялась специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД, которая приняла Декларацию о приверженности делу борьбы в области ВИЧ/СПИД на следующее десятилетие.

Президент Украины Леонид Кучма объявил 2002 год годом борьбы со СПИД.

2002

В г. Барселоне (Испания) состоялась XIV Международная конференция по СПИД.

Создан Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

2003

Украина получила грант Глобального фонда на реализацию программ по преодолению эпидемии и ее последствий в размере 92 млн долларов США (на период 2003—2007 годов).

2004

Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине стал временным основным реципиентом Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

В Украине начала действовать Национальная программа обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, помощи и лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом на 2004 — 2008 годы.

В рамках программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине», реализуемой Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, закуплены антиретровирусные препараты, которые поступили в областные центры СПИД.

второй раздел

Эпидемия ВИЧ-инфекции как глобальный процесс



люди **и ВИЧ**

глава первая

Предпосылки и факторы развития пандемии

В течение сорока лет до того, как появился СПИД, мир изменялся быстрее, чем когда-либо со времен завоевания европейцами Америки. Некоторые из этих изменений способствовали развитию эпидемии ВИЧ-инфекции так же, как социальные изменения в период после открытия Америки привели к распространению сифилиса в Европе и многих инфекционных заболеваний в Америке.

Миграция населения вызвала перемещение многих людей в большие города, и экономические условия часто отделяли мужчин и женщин от их партнеров. Росла проституция и полигамия в африканских городах и на торговых путях между африканскими странами.

Медицинское обслуживание в Африке не претерпело существенных изменений с увеличением использования шприцев и переливания крови. Из-за недостатка игл их не всегда стерилизовали или выбрасывали после использования у каждого следующего пациента. Массовые программы иммунизации проходили без скрупулезной стерилизации игл.

Международные поездки сделали контакты между различными странами и континентами обыден-

ностью. Например, в конце 70-х годов возрастающее число европейцев начало ездить в Северную Америку, поскольку переезд стал дешевле. Африканцы чаще посещали Европу, а европейцы уезжали работать в Африку. Сексуальный туризм в такие места, как Гаити и Таиланд, привлек посетителей со всего развитого мира, значительно укрепив местную экономику.

Статус табуированной гомосексуальности значительно изменился, особенно в англоговорящих странах и Северной Европе. В 70-х годах XX столетия в Нью-Йорке, Сан-Франциско и Лос-Анджелесе появились организованные сообщества мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), которые начали привлекать МСМ со всего мира. Установлено, что 50 000 МСМ переехали в Сан-Франциско между 1969 и 1982 годами.

Сексуальная свобода была первостепенной ценностью и объединяющим принципом этих новых сообществ, отражая размах сексуальной революции в развитых странах. Бани, задние комнаты саун и гей-клубов, позволяющие многочисленные сексуальные контакты, были также характерной чертой этих сообществ. Еще одной чертой нового

образа жизни МСМ была изменчивость сексуальных ролей в поведении индивидуума. Все реже отдельные партнеры были или исключительно активными, или пассивными.

ИППП, использование антибиотиков и употребление наркотиков в этих сообществах были очень частыми, и поменять более тысячи сексуальных партнеров стало обычным явлением для тридцатилетнего МСМ. Это очень значительные изменения по сравнению с ограниченным числом партнеров у МСМ до 60-х годов.

Переливание крови стало повседневным явлением в медицинской практике; разрасталась индустрия, удовлетворяющая потребности как в крови, так и в ее продуктах. В Соединенных Штатах Америки оплачиваемыми донорами часто были ПИН. Их кровь рассылали по всему миру и часто продавали в Африку в 70-х годах.

В конце 60-х годов больных гемофилией начали лечить фактором VIII, полученным из крови доноров. Со временем производители концентрата фактора VIII с целью распространения его по всему миру использовали кровь почти 20 000 доноров. Это увеличило вероятность того, что больные гемофилией подвергнутся новым инфекциям, присутствующим в крови такого количества доноров.

В 70-х годах значительно возросло внутривенное употребление наркотиков, поскольку героин становился все более доступным с началом Вьетнамской войны. Война приучила тысячи военных к героину; на Запад вывозили большое количество

этого наркотика. Войны в Афганистане и Ливане также способствовали увеличению предложения героина, который транспортировался через средиземноморские порты Марсель и Неаполь. Образовывались большие группы наркозависимых в южноевропейских городах, которые служили пропускными пунктами героина. Большое количество наркопотребителей появилось среди сообществ национальных меньшинств в городах США. Экономические проблемы также приводили к депрессии и бедности, которые проявлялись, в свою очередь, в использовании наркотиков и их продаже.

Росту внутривенного употребления наркотиков также способствовало появление легкодоступных пластмассовых шприцев в начале 70-х, и в больших городах образовались целые «заведения» — наркопритоны — по употреблению наркотиков, где люди могли принимать наркотики и арендовать инвентарий для инъекций.

Увеличение количества наркозависимых привело к повышению уровня проституции среди инъекционных потребителей как мужского, так и женского пола, которые таким образом зарабатывали деньги на наркотики. Все эти факторы способствовали распространению ВИЧ, увеличивая количество носителей, генерируя штаммы, которые становились все более вирулентными с переходом к каждому новому хозяину.

Путешествия также сыграли решающую роль в распространении ВИЧ среди населения к тому времени, как начали бить тревогу.

В Африке эпидемия распространилась по направлениям сложившихся торговых путей или магистралей. Развитие женской проституции для обслуживания водителей-дальнобойщиков на трансконтинентальных торговых путях способствовало дальнейшему распространению ВИЧ. В США эпидемия «выплеснулась» из сообществ МСМ и центров потребления наркотиков в региональные населенные пункты, которые, в свою очередь, послужили центрами развития эпидемии на местах.

Факторы, способствующие заражению

Влияние бедности

Пол, сексуальная активность и употребление наркотиков — основные факторы, которые влияют на распространение ВИЧ. Но для многих людей дополнительным фактором риска ВИЧ-инфицирования является бедность. Пути ее влияния на повышение риска заражения ВИЧ не являются прямыми, и считать, что самые малообеспеченные члены общества неизбежно являются и самыми ВИЧ-уязвимыми, было бы излишним упрощением. Например, СПИД впервые начал проявляться среди наиболее социально мобильного и образованного населения стран Африки; эта тенденция впоследствии снова и снова повторялась в сообществах МСМ развитых стран. Однако бедность влияла и продолжает влиять на распространение ВИЧ. Рассмотрим некоторые аспекты этого влияния.

Ухудшение работы системы общественного здравоохранения

Значительное перераспределение денежных средств в пользу обеспеченных слоев населения в развитых странах в 80-х годах и в пользу развитых стран за счет развивающихся подорвало систему общественного здравоохранения, уменьшив ее способность к реагированию на распространение ВИЧ. В развитых странах сокращение налоговых требований к обеспеченному населению зарекомендовало себя как более выгодный путь, чем вкладывание средств в общественное здравоохранение и социальное страхование, в то время как развивающиеся страны вынуждены были сократить расходы на здравоохранение из-за необходимости обслуживания своих долгов. Значительный дисбаланс в распределении денежных средств в мире означает, что развивающимся странам не хватает ресурсов для борьбы с эпидемией. Их жители умирают быстрее из-за отсутствия адекватной медицинской помощи.

Сокращение помощи развивающимся странам лишило их правительства возможности планировать мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции на будущее, тогда как другие социальные программы необходимы уже сегодня.

Бедность ограничивает доступ к медицинской помощи: во всем мире самым малообеспеченным членам общества оказывается помощь самого низкого качества. Это приводит к диспропорции в частоте заболеваний, передаваемых половым путем (наличие которых повышает

риск ВИЧ-инфицирования), и других заболеваний, которые подавляют иммунитет (например, малярии и туберкулеза). Во всем мире бедные умирают быстрее.

Бедность и секс-индустрия

Бедность заставляет людей продавать секс за деньги, жилье или вещи, часто в отсутствие какой-либо защиты. В некоторых развивающихся странах секс-индустрия достигла грандиозных масштабов в

результате недостатка экономических возможностей у малообеспеченного населения; работники секс-бизнеса в развивающихся странах часто подвергаются высокому риску ВИЧ-инфицирования.

Бездомность и риск ВИЧ-инфекции

Возрастающий уровень бездомности в крупных городах является следствием выбора правительствами политики, имеющей целью со-

Что кроется в названии «коммерческий секс»?

С точки зрения профилактики ВИЧ, определение понятия «секс-бизнес», или «коммерческий секс», или «проституция», имеет важные последствия для разработки политики и программ. На сегодняшний день нет единого термина, который адекватно включал бы весь диапазон сделок, связанных с превращением секса в товар во всем мире. «Секс-бизнес», или «коммерческий секс», вероятно, процветает там, где спрос на сексуальные услуги имеет место в условиях, отмеченных социально-экономическими диспропорциями. Но даже при этом «секс-бизнес», или «коммерческий секс», приобретает различные формы. Он может быть «формальным или прямым» и предоставляться через такие учреждения, как публичные дома, сауны и массажные салоны, или же он может быть «неформальным или косвенным» и предоставляться в барах, ресторанах, на стоянках грузовиков и такси или на улице. Сделки могут носить откровенно коммерческий характер — обмен сексуальных услуг за установленную плату — или могут быть намного более скрытыми: например, сексуальные услуги в обмен на подарки или покровительство.

Кроме того, существует много путей, которые приводят женщин и девочек (а также мужчин и мальчиков) к продаже или обмену сексуальных услуг. Многие, особенно очень молодые, люди становятся объектом продажи или рабами в секс-бизнесе против своей воли.

По оценкам, каждый год объектами торговли становятся сотни тысяч людей, включая женщин и детей. Экономическая необходимость — как своя личная, так и зачастую диктуемая интересами семьи — заставляет многих людей продавать или обменивать сексуальные услуги временно или на постоянной основе.

В некоторых местах люди часто продают сексуальные услуги временно или в зависимости от сезона, когда их доходы становятся низкими — например, в условиях аграрной экономики — вместо того, чтобы наниматься на тяжелую и низкооплачиваемую работу. Не все такие женщины (и мужчины) считают себя «проститутками» (или «работниками секс-бизнеса»), особенно когда сексуальные услуги обмениваются на «подарки» и покровительство. Более того, между этими видами «коммерческого секса» не всегда существует четкое различие, в результате чего трудно точно выбрать конкретные термины в конкретных случаях.

Термин «секс-бизнес» может предполагать продажу или обмен сексуальных услуг лицами, которые действуют с определенной степенью воли, независимо от того, насколько она обусловлена социально-экономическим давлением. Однако это не касается торговли людьми, случаев порабощения или открытого принуждения.

кращение государственных ассигнований. Такая политика привела к образованию малообеспеченного декласси-

«Жизнь не должна быть товаром, доступным лишь тем, кто может за него заплатить. Все мы должны поддерживать неимущих в нашем обществе, помогать им в получении информации и лекарственных препаратов, которые помогли бы им справиться со своим состоянием, вызванным ВИЧ-инфекцией».

**Крис Кируби, бизнесмен
и член Национального совета
Кении по СПИД**

рованного слоя населения, для которого характерны низкий уровень доступа к медицинскому обслуживанию и резкое повышение риска заражения туберкулезом при наличии ВИЧ-инфекции. В популяции ВИЧ-позитивных бездомные заражаются туберкулезом гораздо чаще других в связи с большим скоплением людей в приютах для бездомных и недостаточным соблюдением ими схем лечения.

Повышение уровня жизни и качества медицинской помощи

Необходимой предпосылкой любого усовершенствования стандартов медицинской помощи в развивающихся странах (согласно данным агентств развития, работа которых не касается проблемы СПИД) является уменьшение объема государственного долга. Проведение кампаний без учета тех условий международной торговли и кругооборота финансов, которые влияют на экономику развивающихся и развитых стран, не будет иметь успеха.

В то время как искоренение бедности — очевидно желаемое изменение, которое является основой успеха любой стратегии, направленной на профилактику ВИЧ-инфекции в развивающихся странах, его, скорее всего, не удастся осуществить в короткий срок.

Одновременно с этой работой должна осуществляться деятельность по достижению других целей здравоохранения.

Врачи, работающие в развивающихся странах, указывают на то, что большинство их пациентов имеют множество первоочередных элементарных потребностей, которые должны быть удовлетворены до того, как у них начнется улучшение благодаря лекарственной терапии ВИЧ-инфекции. Эти потребности включают:

- доступ к пище, жилью и медицинской помощи;
- адекватный уход;
- доступ к лечебным учреждениям, располагающим лабораторно-диагностическими возможностями для диагностики ВИЧ-ассоциированных состояний и мониторинга содержания лимфоцитов CD4+ в крови и вирусной нагрузки;
- безопасность банка крови;
- программы контроля и лечения туберкулеза.

Все указанные блага в развивающихся странах распределены неравномерно. Некоторые группы городского населения могут иметь доступ ко всем из них, в то время как в сельской местности и очень бедных странах практически все указанные преимущества могут быть недоступны для населения. Поэтому развитие систем помощи ВИЧ-инфицированным людям имеет различные цели в разных странах.

глава вторая

СПИД приобрел масштабы пандемии



Число людей, живущих с ВИЧ/СПИД	Всего	39,4 млн [35,9–44,3 млн]
	Взрослое население	37,2 млн [33,8–41,7 млн]
	Женщины	17,6 млн [16,3–19,5 млн]
	Дети до 15 лет	2,2 млн [2,0–2,6 млн]
Люди, впервые инфицированные ВИЧ в 2004 г.	Всего	4,9 млн [4,3–6,4 млн]
	Взрослое население	4,3 млн [3,7–5,7 млн]
	Дети до 15 лет	640 000 [570 000–750 000]
Число случаев смерти от СПИД 2004 г.	Всего	3,1 млн [2,8–3,5 млн]
	Взрослое население	2,6 млн [2,3–2,9 млн]
	Дети до 15 лет	510 000 [460 000–600 000]

Интервалы оценочных данных в этой таблице определяют границы, в пределах которых находятся реальные цифры.

Введение

В 2004 году общее число людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека, возросло и достигло самого высокого уровня в истории: по оценкам экспертов, это 39,4 миллиона (35,9—44,3 миллиона) человек. Эта цифра включает 4,9 миллиона (4,3—6,4 миллиона) людей, инфицированных ВИЧ в 2004 году. За прошедший год глобальная эпидемия СПИД унесла жизни 3,1 миллиона (2,8—3,5 миллиона) человек.

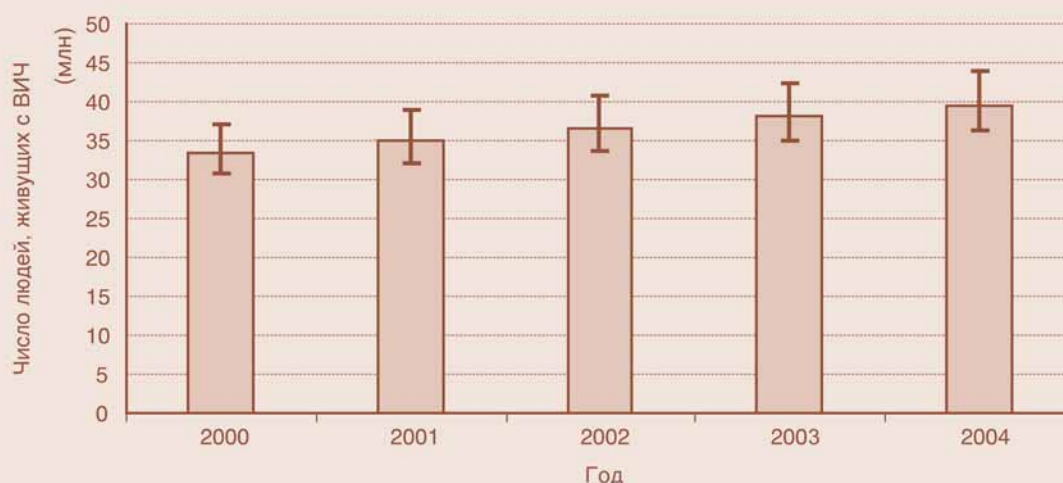
По сравнению с ситуацией, отмечавшейся два года назад, число людей, живущих с ВИЧ, возрастает в каждом регионе. Самый резкий рост наблюдается в Восточной Азии, Восточной Европе и Центральной Азии. В период между 2002 и 2004 гг. число ЛЖВ в Восточной Азии выросло почти на 50 %, в основном за счет быстро развивающейся эпидемии в Китае. В Восточ-

Эпидемия ВИЧ/СПИД проникла во все регионы мира. В некоторых странах опустошительное шествие эпидемии только начинается. В других она уничтожает завоевания десятилетий прогресса и углубляет линии раздела, уже разъединяющие общество. Это катастрофа для человеческого общества. Это глобальный кризис, который требует глобальных действий.

ной Европе и Центральной Азии в 2004 году стало на 40 % больше ВИЧ-позитивных, чем в 2002 году. Во многом эта тенденция объясняется вновь активизировавшейся эпидемией в Украине и постоянно растущим числом людей, живущих с ВИЧ, в Российской Федерации.

Африка к югу от Сахары остается наиболее сильно пострадавшим регионом. К концу 2004 года здесь проживало 25,4 млн (23,4—28,4 млн)

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ, в мире, 2000–2004 гг.



ВИЧ-инфицированных — в 2002 году эта цифра составляла 24,4 млн (22,5—27,3 млн) человек. Немногим менее двух третей (64 %) всех людей, живущих с ВИЧ, в мире и 76 % всех ВИЧ-позитивных женщин проживает в странах Африки к югу от Сахары.

Может показаться, что эпидемия в Африке к югу от Сахары в основном стабилизируется — в целом по региону средний уровень распространенности составляет 7,4 %. Однако такой обобщенный подход не позволяет увидеть многие важные аспекты. Во-первых, относительно

стабильный уровень распространенности ВИЧ означает, что можно защитить женщин от ВИЧ. Следует предоставлять женщинам и девушкам больше информации о СПИД.

В ходе недавнего опроса, проведенного ЮНИСЕФ, обнаружилось, что до 50 % молодых женщин в странах с высоким уровнем распространенности не знают даже базовых фактов о СПИД. Однако уязвимость женщин и девушек к ВИЧ вызвана не столько незнанием, сколько их широко распространенным бесправием. Большинство женщин в мире заражается ВИЧ из-за

Региональная статистика и характеристика ВИЧ-инфекции среди женщин по состоянию на конец 2002 и 2004 годов

		Число женщин (15–49 лет), живущих с ВИЧ	Процент женщин среди взрослого населения (15–49 лет), живущего с ВИЧ (%)
Африка к югу от Сахары	2004	13,3 млн. [12,4–14,9 млн]	57
	2002	12,8 млн. [11,9–14,3 млн]	57
Северная Африка и Ближний Восток	2004	250 000 [80 000–770 000]	48
	2002	200 000 [62 000–620 000]	48
Южная и Юго-Восточная Азия	2004	2,1 млн. [1,3–3,1 млн]	30
	2002	1,8 млн. [1,1–2,7 млн]	28
Восточная Азия	2004	250 000 [120 000–400 000]	22
	2002	160 000 [79 000–250 000]	21
Океания	2004	7100 [4100–11 000]	21
	2002	5000 [3000–7500]	18
Латинская Америка	2004	610 000 [470 000–790 000]	36
	2002	520 000 [390 000–690 000]	35
Карибский бассейн	2004	210 000 [120 000–380 000]	49
	2002	190 000 [110 000–360 000]	49
Восточная Европа и Центральная Азия	2004	490 000 [310 000–710 000]	34
	2002	330 000 [220 000–480 000]	33
Западная и Центральная Европа	2004	160 000 [120 000–200 000]	25
	2002	150 000 [110 000–190 000]	25
Северная Америка	2004	260 000 [140 000–410 000]	25
	2002	240 000 [120 000–390 000]	25
ИТОГО	2004	17,6 млн. [16,3–19,5 млн]	47
	2002	16,4 млн. [15,2–18,2 млн]	48

рискованного поведения их партнеров, на которое они практически никак не могут повлиять. Тяжелое положение женщин и детей в условиях эпидемии СПИД подчеркивает необходимость в разработке реалистичных стратегий, направленных на преодоление взаимодействия между неравенством — особенно гендерным — и ВИЧ.

Противодействие СПИД должно продолжаться усиливаться

Начиная с 2001 года, в глобальных действиях в ответ на эпидемию СПИД наметились значительные изменения. Глобальное финансирование возросло с примерно 2,1 миллиарда долларов США до почти 6,1 миллиарда долларов США в 2004 году¹, а доступ к основным услугам по профилактике и уходу заметно улучшился (ЮНЭЙДС, 2004 г.). Количество учеников средних школ, получающих просвещение о СПИД в школе, почти утроилось, ежегодное число клиентов, обращающихся за услугами по добровольному консультированию и тестированию, возросло вдвое, число женщин, которым предлагаются услуги по профилактике передачи вируса от матери к ребенку, увеличилось на 70 %, а число людей, получающих антиретровирусную терапию, возросло на 56 %, о чем свидетельствуют данные недавнего опроса, проведенного в 73 странах с низким и

средним уровнем доходов, на которые приходится почти 90 % случаев ВИЧ в мире (Policy Project et al., 2004). Большинство людей, нуждающихся в антиретровирусной терапии, в Южной Америке и некоторых странах Карибского бассейна сегодня могут получить к ней доступ. Деятельность по расширению лечения и ухода, включая инициативу «3 к 5», разработанную Всемирной организацией здравоохранения, ЮНЭЙДС и их партнерами, обещает дальнейшее расширение охвата.

Однако, несмотря на наметившиеся улучшения, охват услугами остается неравномерным и в некоторых отношениях крайне неудовлетворительным. В июне 2004 года примерно 440 000 человек в странах с низким и средним уровнем доходов получали антиретровирусное лечение (WHO, 2004). Это означает, что девять из десяти человек, нуждающихся в антиретровирусной терапии (большинство из которых проживает в странах Африки к югу от Сахары) ее не получают. Если такой низкий уровень охвата сохранится, то от пяти до шести миллионов человек умрут от СПИД в ближайшие два года (ЮНЭЙДС, 2004 г.) В конечном счете лечение от СПИД станет доступным и устойчивым только при эффективной профилактике ВИЧ. Только тогда можно будет остановить глобальное распространение СПИД. Уже есть немало дан-

¹ Источники финансирования включают местные средства (в том числе расходы государственного сектора, частных лиц и семей, пострадавших от СПИД), средства двусторонних доноров (включая с 2003 г. Чрезвычайный фонд Президента США для оказания помощи в связи со СПИД), многосторонних учреждений (в том числе, системы ООН, Всемирного банка и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией), а также помощь частного сектора (включая фонды, международные неправительственные организации и деловое сообщество).

ных об эффективных, недорогих и относительно простых программах профилактики ВИЧ. Однако слишком во многих местах такие программы не осуществляются. Менее 1 % взрослых в возрасте 15—49 лет обращаются в службы добровольного консультирования и тестирования в 73 странах с низким и средним уровнем доходов, наиболее сильно пострадавших от СПИД. Менее 10 % беременных женщин предлагаются доказавшие свою эффективность услуги по профилактике передачи ВИЧ во время беременности и родов. Меньше чем 3 % сирот и уязвимых детей получают государственную поддержку для обеспечения большинства услуг (за исключением стран Восточной Европы, где этот охват шире).

В странах некоторых регионов до сих пор наблюдается несоответствие между приоритетами в расходах на борьбу со СПИД и основными эпидемиологическими характеристиками существующих эпидемий. В результате такие группы населения, как потребители инъекционных наркотиков и мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, не учитываются в деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИД даже в тех местах, где они особенно сильно страдают от эпидемии.

В целом охват профилактическими программами очень низок: менее 5 % потребителей инъекционных наркотиков и всего 10 %—20 % ра-

ботников секс-бизнеса, мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, и уличных детей имеют доступ к необходимым профилактическим услугам (Policy Project et al., 2004). В основном это обусловлено социальной

«Стабилизация» может скрывать наиболее тяжелые фазы эпидемии — когда приблизительно одинаковое число людей заражается ВИЧ и умирает от СПИД.

дискриминацией и политическим равнодушием. Отчасти эта проблема объясняется до сих пор неадекватным уровнем систем эпиднадзора за ВИЧ — этот недостаток отмечается во всех регионах и подрывает возможности стран по разработке таких ответных мер, которые бы соответствовали особенностям постоянно развивающейся эпидемии.

Если не будут приниматься чрезвычайные меры, может случиться катастрофа. Необходимы огромные усилия для того, чтобы ответные меры приобрели размах, который соответствовал бы темпам глобальной эпидемии СПИД. Не имея активных стратегий профилактики ВИЧ, направленных на решительную борьбу с эпидемией, а также на решение более широких неотложных задач по обеспечению социальной справедливости и равенства, мир вряд ли сможет одержать победу над СПИД.

Восточная Европа и Центральная Азия

Статистика и характеристика ВИЧ и СПИД по состоянию на конец 2002 и 2004 годов

	Взрослые и дети, живущие с ВИЧ	Число женщин, живущих с ВИЧ	Число новых ВИЧ-инфекций среди взрослых и детей	Распространенность среди взрослых (%)	Смертность от СПИД среди взрослых и детей
2004	1,4 миллиона [920 000–2,1 млн]	490 000 [310 000–710 000]	210 000 [110 000–480 000]	0,8 [0,5–1,2]	60 000 [39 000–87 000]
2002	1,0 миллиона [670 000–1,5 млн]	330 000 [220 000–480 000]	190 000 [94 000–440 000]	0,6 [0,4–0,8]	40 000 [27 000–58 000]

Большая часть эпидемий в этом регионе по-прежнему находится на ранней стадии развития. Это означает, что своевременные и эффективные меры вмешательства способны их остановить и обратить вспять.

В Восточной Европе и Центральной Азии число людей, живущих с ВИЧ, резко выросло всего лишь за несколько лет — к концу 2004 года, по оценкам, оно достигло 1,4 миллиона (920 000—2,1 миллиона) человек. Менее чем за десять лет этот показатель вырос более чем в девять раз. В прошлом году число людей, заразившихся ВИЧ, составило приблизительно 210 000 (110 000—480 000), в то же время от СПИД умерли 60 000 (39 000—87 000) человек. По состоянию на конец 2004 года оценочный процент молодых людей в возрасте

15—24 лет, живущих с ВИЧ, составил 0,8 % (0,4—1,6 %) среди женщин и 1,7 % (0,8—3,7 %) среди мужчин.

В этом регионе существуют разнообразные эпидемии ВИЧ-инфекции. Наиболее серьезная и прочно укоренившаяся эпидемия отмечена в Украине, где наблюдается новый рост ВИЧ-инфекции, в то же время самая большая эпидемия в этом регионе (фактически во всей Европе) зарегистрирована в Российской Федерации. Однако уровень распространения ВИЧ в России неравномерен — на данный момент около 60 % всех случаев заражения ВИЧ зарегистрировано всего лишь в 10 из 89 регионов страны. В этой огромной стране существует значительный потенциал для дальнейшего роста эпидемии — одновременно здесь имеются огромные возможности для того, чтобы предотвратить такое

развитие событий. Ряд республик Центральной Азии и Кавказа вступили в раннюю стадию эпидемии, в то же время в Юго-Восточной Европе ВИЧ приобрел незначительное присутствие на фоне форм поведения, способствующих значительному распространению вируса.

Среди всего этого разнообразия можно отметить четыре отличительные характеристики. В целом большая часть эпидемий в этом регионе по-прежнему находится на ранней стадии развития. Это означает, что своевременные и эффективные меры вмешательства способны остановить и повернуть вспять эти эпидемии.

Во-вторых, огромное большинство ЛЖВ в этом регионе составляет молодежь: более 80 % случаев ВИЧ зарегистрировано среди людей моложе 30 лет (для сравнения, в Западной Европе в эту возрастную группу попадает 30 % людей, живущих с ВИЧ).

В-третьих, в каждой из наиболее пострадавших стран растет передача ВИЧ половым путем — это свидетельствует о том, что эпидемия начала распространяться среди широких слоев населения.

В-четвертых, нынешние сложные социально-экономические преобразования являются тем контекстом, в котором чрезвычайно большое число молодых людей употребляет инъекционные наркотики. В странах с нарождающимися эпидемиями программы снижения спроса, способствующие уменьшению употребления наркотиков, и программы снижения вреда, позволяющие уменьшить употребление инъекционных наркотиков и предупре-

дить передачу ВИЧ через зараженный инъекционный инструментарий среди молодежи, способны предупредить более масштабные эпидемии ВИЧ, подобные тем, которые в настоящее время разворачиваются в России и Украине. Это влечет за собой принятие комплексных мер вмешательства для снижения уязвимости молодых людей и уменьшения числа лиц, начинающих употреблять инъекционные наркотики, а также реализацию широко-масштабных программ снижения вреда и пропаганды более безопасного секса.

В Российской Федерации проживает самое большое число ВИЧ-инфицированных людей в регионе, и, кроме того, на эту страну приходится около 70 % всех случаев ВИЧ-инфекции, официально зарегистрированных в Восточной Европе и Центральной Азии (Rhodes et al., 2002). По оценкам, на конец 2003 года число людей, живущих с ВИЧ, в России составляло 860 000 (420 000—1 400 000), причем не менее 80 % из них имели возраст 15—29 лет и более трети составляли женщины (ЮНЭЙДС, 2004; Field, 2004). Показатель распространенности ВИЧ постоянно растет. Уровни инфицирования, зарегистрированные среди беременных женщин, выросли с менее чем 0,01 % в 1998 году до 0,11 % в 2003 году. В Санкт-Петербурге показатель распространенности ВИЧ вырос с 0,013 % в 1998 году до 1,3 % в 2002 году, то есть в 100 раз.

Следует отметить, что за последние несколько лет число впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в России уменьшилось. В

2003 году это число составило 39 699, что оказалось на 24 % меньше, чем в 2002 году (52 349) и на 55 % меньше, чем в 2001 году (88 577 случаев). Неясно, свидетельствует ли это о возможном замедлении темпов роста эпидемии в России и, если это так, каковы причины этому.

Одним из объяснений может служить то, что в некоторых наиболее пострадавших на данный момент районах большинство потребителей инъекционных наркотиков уже прошли тестирование на ВИЧ.

Кроме того, возможно, что распространенность ВИЧ в этих районах достигла уровней насыщения в некоторых пострадавших группах потребителей инъекционных наркотиков (EuroHIV, 2003). В некоторых районах тестирование на ВИЧ прошло меньшее число людей (общее число потребителей наркотиков, протестированных на ВИЧ, уменьшилось с 491 526 в 2001 году до 279 509 в 2003 году).

Возможно также, что все большую роль начинает играть более медленный путь передачи ВИЧ в результате сексуальных контактов. Несмотря на то что случаи ВИЧ-инфекции регистрируются по всей территории Российской Федерации, эта эпидемия по-прежнему концентрируется в 10 регионах (девять из них расположены в плотно населенной западной части страны) (AIDS Foundation East-West, 2004). При отсутствии эффективных превентивных мер серьезные вспышки ВИЧ могут последовать на остальной территории страны.

Эпидемия в России в основном развивается за счет чрезвычайно

большого числа молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики; они также ведут активную половую жизнь. Считается, что от 1,5 до 3 миллионов россиян употребляют инъекционные наркотики

Огромное большинство людей, живущих с ВИЧ в этом регионе, составляет молодежь; более 80 % случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано среди людей моложе 30 лет.

(1—2 % от всего населения) и от 30 % до 40 % ПИН пользуются нестерильными иглами или шприцами, что резко повышает вероятность передачи ВИЧ (Max Planck Institute for Foreign and International Law, 2000). Показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков во многих частях России является высоким. По результатам исследования, проведенного недавно несколькими центрами, 65 % уличных потребителей инъекционных наркотиков в Иркутске оказались ВИЧ-позитивными (из них 90 % в возрасте до 20 лет); в Твери инфицированными были 55 % ПИН, в Екатеринбурге 34 % и в Самаре 29 % (Rhodes et al., 2004). Исследования показывают, что большинство потребителей инъекционных наркотиков — это молодые люди (до 25 лет) мужского пола, не имеющие работы и живущие в крупных городах (хотя есть признаки того, что эта практика распространяется в сельских районах).

В начале 2004 года более 80 % всех случаев ВИЧ, официально зарегистрированных с начала эпидемии, приходились на потребителей

Коммерческий секс и употребление инъекционных наркотиков

Коммерческий секс превращается во все более важный фактор развития эпидемии в ряде стран: прямой обмен сексуальных услуг на наркотики или использование коммерческого секса на поддержание наркозависимости связывают эти два пути передачи ВИЧ. В последнее десятилетие отмечен не только резкий рост числа потребителей инъекционных наркотиков — после экономического кризиса конца 1990-х годов количество людей, продающих сексуальные услуги, также резко выросло в ряде городов (по некоторым данным, в одной только Москве это число увеличилось в два раза). Когда эти два пути передачи — коммерческий секс и употребление инъекционных наркотиков — перекрываются и когда отсутствуют эффективные услуги по профилактике ВИЧ, последствия могут быть драматичными.

Исследования среди работников секс-бизнеса в Российской Федерации по-прежнему проводятся редко. Показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса в Екатеринбурге составляет 15 %, а в Москве 14 % (WHO Regional Office for Europe, 2004). В то же время одним из наиболее детальных исследований является исследование, проведенное в Санкт-Петербурге, в ходе которого 81 % опрошенных работников секс-бизнеса указали на то, что они употребляли инъекционные наркотики (в основном героин) по крайней мере один раз в день, причем среди них 65 % пользовались нестерильным инъекционным инструментарием. Почти все женщины (96 %) указали, что они пользовались презервативом во время последнего платного полового акта, а уровень их знаний в отношении ВИЧ оказался высоким. На первый взгляд, это очень хорошая новость. Однако при проведении тестирования оказалось, что 48 % из них были ВИЧ-позитивными; при этом среди женщин в возрасте 20–24 лет инфицированными оказались 64 %. Очевидно, что употребление инъекционных наркотиков было основным фактором риска: девять из десяти женщин, заявивших, что они «обычно» пользовались нестерильным инъекционным инструментарием, были ВИЧ-инфицированными. Однако четыре из десяти респондентов, указавших на то, что они никогда не пользовались повторно инъекционным инструментарием, также оказались инфицированными (скорее всего, в результате половых контактов с клиентом или регулярным партнером) (Смольская и др., 2004 г.).

Другие факты также привлекают внимание. Это исследование указывает, например, на то, что вероятность заражения ВИЧ была наиболее высокой для женщин, у которых было самое большое число коммерческих сексуальных партнеров. Это может означать, что существенное число работников секс-бизнеса заразилось от своих клиентов. Это также может означать, что самая высокая вероятность инфицирования была среди женщин, которые чаще других употребляли инъекционные наркотики и поэтому чаще продавали сексуальные услуги, чтобы обеспечить свои потребности в наркотиках.

Сочетание этих факторов, вероятно, ставило женщин, продающих сексуальные услуги наиболее часто, в положение наиболее высокого риска заражения ВИЧ.

Взаимосвязь между употреблением инъекционных наркотиков и секс-бизнесом также наглядно прослеживается в Казахстане. Согласно результатам одного исследования, проведенного в девяти крупнейших городах Казахстана, до 42 % женщин, употребляющих инъекционные наркотики, и 6 % мужчин этой же категории продают также сексуальные услуги (Республиканский центр СПИД, 2001). Исследования, проведенные среди работников секс-бизнеса в городах Караганда, Павлодар, Чимкент и Уральск, показали, что в целом 14 % из них употребляли инъекционные наркотики а 42 % продавали сексуальные услуги в обмен на наркотики (Республиканский центр СПИД, 2004). На сексуальный путь передачи приходится все большая доля случаев ВИЧ-инфекции, регистрируемых в Казахстане, где в 2004 году более 25 % новых случаев заражения были обусловлены незащищенным сексом. Это, вероятно, соответствует низкому уровню использования презервативов в этой стране. Согласно данным одного недавно проведенного исследования, лишь 58 % респондентов в возрасте 15–24 лет указали, что они пользовались презервативом во время секса со случайными партнерами.

Имеющиеся исследования указывают на существование различных типов поведения, которые способны постоянно приводить к вспышкам эпидемии в этом регионе, если только не будут приняты незамедлительные эффективные профилактические меры, охватывающие потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса, их клиентов и постоянных партнеров.

инъекционных наркотиков (Российский федеральный центр СПИД, 2004). Однако согласно исследованиям, проведенным в ряде российских городов, большинство ПИН (более 70 %) ведут половую жизнь. У многих есть постоянные сексуальные партнеры, некоторые покупают или продают сексуальные услуги. Следовательно, люди, инфицированные ВИЧ, могут передавать этот вирус половым путем, если они не принимают меры предосторожности.

Кроме того, исследования показывают, что большинство потребителей инъекционных наркотиков среди мужчин нерегулярно пользуются презервативами. Например, в Тольятти и Нижнем Новгороде 83 % ПИН среди мужчин не пользовались регулярно презервативами за пос-

ледний месяц, в то же время 23 % респондентов в Мирном указали на то, что они никогда не пользовались презервативом (Lowndes et al., 2002; Moshkovich et al., 2000; Filatov & Suharsky, 2002; Rhodes et al., 2004). В результате мы наблюдаем изменение характера эпидемии, причем пропорция новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, приобретенной в результате гетеросексуальных контактов, резко выросла — с 5,3 % в 2001 году почти до 15 % в 2002 году и свыше 20 % в 2003 году. Это означает увеличение числа инфицированных женщин; более того, общая пропорция женщин среди людей, живущих с ВИЧ, в 2003 году выросла до 38 % по сравнению с 24 % в 2001 году (Российский федеральный центр СПИД). Увеличивает-

ся количество детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, что делает профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку еще одним приоритетным направлением. Число зарегистрированных беременных женщин, живущих с ВИЧ, за последние шесть лет выросло в несколько раз — со 125 в 1998 году до 3531 в 2003 году (Федеральная служба Российской Федерации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2003). Соответственно общее число детей, рожденных с этим вирусом, превысило 9000. Эта тенденция наиболее заметна там, где эпидемия является самой старой и где распространение ВИЧ «перекинулось» от потребителей инъекционных наркотиков к их регулярным сексуальным партнерам, работникам секс-бизнеса и их клиентам. Случаи инфицирования ВИЧ в результате половых контактов составляют все большую пропорцию от общего числа новых заражений, особенно в городах Калининград, Мирный, Москва и Владивосток (Rhodes et al., 2004).

Согласно официальным оценкам, показатель распространенности ВИЧ в российской тюремной системе составляет 2—4 % — это, по крайней мере, в четыре раза выше, чем среди широких слоев населения. Рост употребления инъекционных наркотиков сопровождается ростом доли заключенных, у которых есть опыт употребления инъекционных наркотиков, а также увеличением числа таких заключенных, живущих с ВИЧ.

В настоящее время в России разрабатывается программа, которая будет включать обучение мерам профилактики среди заключенных и

расширение доступа к презервативам и дезинфицирующим средствам (для дезинфекции инъекционного инструментария) (ЮНЭЙДС, 2004).

Как и в других странах региона, система сбора данных эпиднадзора за ВИЧ включает очень малый объем информации о передаче ВИЧ между мужчинами, имеющими половые контакты с мужчинами. Вероятно, что секс между мужчинами представляет собой более заметный фактор в развитии эпидемии в России, чем это отмечается в настоящее

В каждой из наиболее пострадавших стран растет передача ВИЧ половым путем. Это свидетельствует о том, что эпидемия начала внедряться среди широких слоев населения.

время, и что этот путь передачи инфекции можно увязать с ростом гетеросексуальной передачи вируса. Исследования, проведенные в Санкт-Петербурге, пролили некоторый свет на эту проблему, показав, что более трети обследованных мужчин, у которых были половые контакты с мужчинами, занимались также сексом с женщинами в последние три месяца, причем большая часть этих мужчин имела несколько партнеров среди мужчин и женщин за этот же период. Бисексуальные мужчины чаще могли вовлекаться в коммерческий секс, и среди них отмечен самый низкий уровень знаний о ВИЧ.

Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами — как и потребители инъекционных наркотиков и работники секс-бизнеса, — подверга-

ются стигматизации и дискриминации со стороны официальных лиц и со стороны общества в целом. Однако это не должно препятствовать организации надежного дозорного эпиднадзора среди таких мужчин (включая тех из них, кто занимается сексом с женщинами) и реализации соответствующих профилактических услуг, которые помогут ограни-

чить распространение эпидемии среди этих мужчин и их партнеров. Такие программы должны уделять внимание факторам риска заражения ВИЧ, связанным как с сексом между мужчинами, так и с гетеросексуальными половыми контактами (Kelly et al., 2002).

Попытка справиться с эпидемией может оказаться не столь уж пугаю-

Доступ к лечению в России

Российское законодательство обеспечивает бесплатный и всеобщий доступ к антиретровирусным препаратам для всех граждан. В то же время имеющиеся данные говорят о том, что в настоящее время антиретровирусное лечение получают менее 3000 людей, живущих с ВИЧ, из них менее 5 % составляют потребители инъекционных наркотиков, находящиеся в стадии ремиссии. Это объясняется несколькими причинами, включая высокую стоимость антиретровирусных препаратов, невзирая на усилия, направленные на снижение цен. В зависимости от конкретной схемы лечения антиретровирусная терапия в России стоит от 5 000 до 12 000 долларов США на человека в год, в то же время в 2003 году годовой валовой национальный доход на душу населения составлял около 8900 долларов США (паритет покупательской способности) (Всемирный банк, 2004). Большинство россиян, нуждающихся в антиретровирусном лечении, относятся к группе граждан, которые подвергаются постоянной дискриминации и маргинализации — это потребители инъекционных наркотиков. Те программы по СПИД, которые охватывают потребителей инъекционных наркотиков, фокусируются на профилактике; лишь немногие из них дают какой-либо доступ к уходу и поддержке. В настоящее время нет механизмов, обеспечивающих доступ потребителям инъекционных наркотиков к уходу и лечению. Знания относительно возможного взаимодействия запрещенных наркотиков с антиретровирусными препаратами низкие. Кроме того, в российских наркологических клиниках не используется заместительное лечение, которое помогает пациентам выполнять схему антиретровирусного лечения, а также повышает уровень медицинской и социальной стабилизации ПИН. Отчасти это объясняется тем, что многие российские специалисты-наркологи возражают против замены одного наркотика другим, а также тем, что заместительные препараты, такие как метадон, который широко и успешно используется во многих других странах, являются незаконными, а их применение в наркологической практике запрещено законом.

щим делом, как это может показаться. В настоящий момент эпидемия распространена в России неравномерно. Несмотря на то что случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех 89 административных территориях России, зарегистрированный уровень распространенности ВИЧ является очень низким (1—150 случаев на 100 000 населения) в 66 из них (где проживает почти 60 % населения страны) (AIDS Foundation East-West, 2004). Имея конечной целью значительное расширение охвата программами по ВИЧ, особое внимание следует уделить 10 территориям, на которые приходится более половины всех зарегистрированных случаев. Принимая во внимание, что на территории Российской Федерации реализуется около 90 проектов по снижению вреда, существуют огромные возможности для совершенствования такой работы (Rhodes et al., 2004).

В странах Балтии передача ВИЧ происходит быстрыми темпами, несмотря на то что общее число случаев ВИЧ-инфицирования остается низким. В Латвии общее число диагнозов ВИЧ-инфекции, составлявшее 2300 случаев в 2002 году, представляет собой пятикратное увеличение по сравнению с 1999 годом. Всего четыре года назад в Эстонии было зарегистрировано 12 новых случаев ВИЧ-инфекции; в 2003 году это число составило 840. В Литве в 2001 году было зарегистрировано 72 новых случая ВИЧ-инфекции, а в следующем году их число возросло в пять раз.

На употребление инъекционных наркотиков по-прежнему приходится самая большая доля новых случа-

ев инфицирования в этих странах, однако постепенно увеличивается количество заражений ВИЧ половым путем. В Беларуси (где к середине 2003 года число людей, имеющих официальный диагноз ВИЧ-инфекция, превысило 5000 человек) и в Молдове (где это число приближалось к 1800) большинство случаев заражений ВИЧ регистрируется среди молодых потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров (EuroHIV,

Имеющиеся оценки говорят о том, что в настоящее время в Российской Федерации антиретровирусное лечение получают менее 3000 людей, живущих с ВИЧ, из них менее 5 % составляют потребители инъекционных наркотиков, находящиеся в стадии ремиссии.

2003). В то же время в Молдове было установлено, что показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса, работающих на улице, составляет почти 5 %, причем каждый десятый из таких работников также отметил, что он употребляет инъекционные наркотики. Это указывает на потенциально сильную взаимосвязь в передаче ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и их клиентов (WHO Regional Office for Europe, 2004).

В то же время показатель распространенности ВИЧ остается очень низким (менее 0,3 %) в большинстве республик Центральной Азии и Кавказа, хотя общее число ВИЧ-позитивных людей продолжает увеличиваться — особенно сильно в Узбекистане, где

наблюдается одна из самых молодых эпидемий в мире. Почти 91 % всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции были обнаружены в период с 2001 по середину 2003 годов, в результате их общее число превысило 2500. Сейчас эпидемия в Узбекистане развивается быстрыми темпами. Коммерческий секс в этом

В странах Балтии передача ВИЧ происходит быстрыми темпами, несмотря на то что общее число случаев ВИЧ-инфекции остается низким.

процессе уже начинает играть большую роль. Доля женщин, живущих с ВИЧ, увеличилась за год с чуть более 12 % в 2001 году до почти 18 % в 2003 году. Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех регионах страны, хотя эта эпидемия в основном сконцентрирована в столице страны Ташкенте (48 % всех зарегистрированных случаев) и в близлежащих районах (20 %). В Казахстане, где в середине 2003 года общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции чуть превысило 3600, дозорный эпиднадзор, проведенный в 2003 году, показал уровни распространенности в 3,8 % среди потребителей инъекционных наркотиков и 4,6 % среди работников секс-бизнеса, однако здесь нет данных относительно мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (EuroHIV, 2003). Доля ЛЖВ в этом регионе, которая приходится на Казахстан, выросла с 19 % в 2001 году до 24 % в 2003 году. Эти эпидемии растут пугающими темпами и в настоящее время концент-

рируются среди молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики и/или занимающихся коммерческим сексом.

Намного меньшая по масштабам эпидемия, наблюдаемая в Кыргызстане, в основном развивается за счет употребления инъекционных наркотиков и концентрируется преимущественно в Ошской области, двух районах Чуйской области (Джайыл и Ыссыката) и городе Бишкеке. В стране, где, по официальным оценкам, не менее 2 % взрослого населения употребляют инъекционные наркотики, существует огромный потенциал для быстрого и широкого распространения ВИЧ. На Кавказе новые исследования свидетельствуют о значительных вспышках ВИЧ-инфекции в Азербайджане, где, как показывают данные, каждый четвертый уличный потребитель инъекционных наркотиков в столице страны Баку инфицирован ВИЧ. Среди уличных работников секс-бизнеса показатель распространенности ВИЧ составляет 11 %, а среди их коллег, работающих в кафе и саунах, этот показатель составляет 6 % (WHO Regional Office for Europe, 2004). Поскольку эти эпидемии по-прежнему находятся на своей ранней стадии, их можно остановить с помощью стратегий профилактики, направленных на тех, кому в настоящее время грозит самый высокий риск заражения ВИЧ.

В некоторых частях Юго-Восточной Европы (в частности, в странах, переживших конфликты и сложный переходный период) растет практика употребления инъекционных наркотиков и рискованное сексуальное поведение, то есть вскоре может

последовать увеличение числа случаев ВИЧ-инфекции. Например, в столице Румынии Бухаресте в последние несколько лет отмечался быстрый рост числа потребителей инъекционных наркотиков. К 2002 году, по оценкам, число потребителей инъекционных наркотиков в столице составило 30 000 человек (более 1 % населения города); исследование, проведенное четырьмя годами ранее, показало, что это число составляло всего 1000. Более 80 % потребителей инъекционных наркотиков моложе 30 лет и более 70 % из них не имеют работы. По оценкам, 60 % ПИН используют нестерильные иглы и шприцы, а 40—60 % из них заражены гепатитом С. На настоящий момент дозорный эпиднадзор показал очень малое число случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

В целом в Восточной Европе и Центральной Азии существующая информация о случаях ВИЧ-инфекции отражает ситуацию только среди людей и групп (главным образом среди потребителей инъекционных наркотиков), которые имеют контакты с программами тестирования на ВИЧ. Таким образом, мало что известно о распространении ВИЧ среди лиц, которые не контактируют с органами и/или службами, проводящими тестирование. Среди редких исследований, проводимых среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, можно отметить ограниченное по масштабам исследование, выполненное недавно в Екатеринбурге, которое показало, что уровень распространенности ВИЧ среди MSM составляет 5 %;

при этом треть обследованных имели также половые контакты с женщинами, а половина из них никогда не пользовалась презервативом (WHO Regional Office for Europe, 2004).

В ряде стран существуют документальные данные о сетях мужчин, практикующих секс с мужчинами; также проводятся отдельные обследования сексуального поведения (например, в Российской Федерации и Украине), которые указывают на широкую распространенность не-

«Вместо того, чтобы продолжать соглашаться с тем, что стало очевидной неправдой (что СПИД неизбежно означает потерю здоровья и смерть), нашим первоочередным и неотложным обязательством должны стать поиски путей того, как сделать доступным для неимущих то, что доступно лишь для богатых».

*Эдвин Камерон, судья,
Йоганнесбург, Южная Африка*

защищенного секса. Во всех странах региона MSM обычно подвергаются стигматизации и дискриминации; во многих странах потенциальная роль секса между мужчинами в развитии эпидемии не признается.

Новые возможности, существующие проблемы

В то время как некоторые лидеры в регионе стали больше говорить о проблеме СПИД, дела по-прежнему отстают от слов в большинстве стран. В конце 2004 года страны Европы взяли на себя обя-



зательство обеспечить всеобщий доступ к лечению и уходу во всех странах Европы и Центральной Азии к 2005 году, а также адекватный доступ к услугам и товарам по профилактике для 80 % лиц, которым грозит самый высокий риск инфицирования ВИЧ, к 2010 году. В то же время обследования показали, что охват программами профилактики ВИЧ в регионе очень незначителен: они охватывают лишь 10 % работников секс-бизнеса, менее 8 % потребителей инъекционных наркотиков и лишь 4 % мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Тем не менее набирает силу нарождающееся движение гражданского общества и людей, живущих с ВИЧ (в частности в Румынии и Украине), что также требует срочной поддержки через усиление потен-

циала, создание сетей и развитие партнерства.

Из всех нуждающихся в антиретровирусных препаратах в настоящее время лечение получают лишь чуть больше 11 % людей, причем доступ к этому лечению для ВИЧ-позитивных ПИН в наиболее пострадавших странах предоставляется редко или вообще отсутствует. Исключениями являются Молдова и Румыния, где, как считается, антиретровирусное лечение получает большинство нуждающихся. В отличие от этого, антиретровирусное лечение получают, по оценкам, 13 % всех нуждающихся в Украине и менее 5 % в Казахстане, причем лечение ПИН до сих пор не дополняется заместительной терапией. Несмотря на то что цены на антиретровирусные препараты в этом регионе по-

прежнему являются одними из самых высоких в мире, существуют значительные возможности для снижения этих цен. Международные средства, выделяемые на борьбу со СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии, резко увеличились: многосторонние учреждения и другие доноры выделили около 600 миллионов долларов США. В настоящее время широкомасштабное расширение программ профилак-

ки и лечения является реальностью в этом регионе, по крайней мере с финансовой точки зрения. Задача будет заключаться в том, чтобы обеспечить эффективную координацию и управление программами для эффективного использования этих средств, а также для более полного вовлечения растущего числа людей, живущих с ВИЧ, в этих странах, чтобы охватить маргинализированные группы населения.

СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА

Статистика и характеристика ВИЧ и СПИДа по состоянию на конец 2002 и 2004 годов

	Взрослые и дети, живущие с ВИЧ	Число женщин, живущих с ВИЧ	Число новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых и детей	Распростра- ненность среди взрослых (%)	Смертность от СПИДа среди взрослых и детей
2004	1,6 миллиона [1,1–2,2 млн.]	420 000 [290 000–570 000]	64 000 [34 000–140 000]	0,4 [0,3–0,6]	23 000 [15 000–32 000]
2002	1,6 миллиона [1,1–2,2 млн.]	390 000 [270 000–550 000]	62 000 [33 000–140 000]	0,4 [0,3–0,6]	22 000 [15 000–31 000]

Число новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в 2004 году в Северной Америке и в Западной и Центральной Европе, составило около 64 000 (34 000–140 000), в результате чего число людей, живущих с ВИЧ, в этих странах увеличилось до 1,1–2,2 миллиона человек. Что касается молодых людей в возрасте 15–24 лет, на конец 2004 года уровень инфицирования составлял 0,1 % (0,1–0,2 %) среди женского населения и 0,2 % (0,1–0,5 %) среди мужского. Широкий доступ к продляющему жизнь антиретровирусному лечению позволил удерживать в 2004 году число смертей от СПИД в пределах от 15 000 до 32 000 случаев. Однако имеются достаточные указания на то, что профилактические усилия отстают от темпов развития изменяющихся эпидемий в ряде стран.

Секс между мужчинами и в меньшей мере употребление инъекционных наркотиков остаются заметными факторами в развитии эпидемий в этих странах, в то же время меняется картина передачи ВИЧ. Эпидемия охватывает новые слои населения, причем растет число лиц, инфицируемых в результате незащищенных гетеросексуальных контактов.

В Соединенных Штатах Америки за последнее десятилетие эпидемия изменилась наглядным образом. В последние десять лет, по оценкам, в этой стране ВИЧ ежегодно заражались 40 000 человек, в то же время

СПИД поражает новые слои населения, причем растет число лиц, инфицируемых в результате незащищенных гетеросексуальных контактов.

сейчас эта эпидемия развивается диспропорционально среди афроамериканцев, причем особенно сильно среди женщин.

В 2003 году на афроамериканцев приходилось по крайней мере 25 % всех случаев ВИЧ-инфекции, в то время как в 2001 году этот показатель составлял 20 %. Эта пропорция, возможно, является более высокой, поскольку оценки были выполнены на основании данных, собранных в 29 штатах. Несмотря на то что афроамериканцы составляют лишь 12 % населения страны, в последние годы более половины новых диагнозов ВИЧ-инфекции регистрировалось среди них (согласно последним имеющимся данным, в 2002 году это количество составляло 54 %). Особенно сильно пострадали женщины-афроамериканки, на которых приходится до 72 % новых диагнозов ВИЧ-инфекции среди всего женского населения США. Уже к на-

чалу нового столетия СПИД входил в список трех ведущих причин смертности среди мужчин-афроамериканцев в возрасте 25—54 лет и женщин-афроамериканок в возрасте 35—44 лет (Centers for Disease Control and Prevention, 2003).

Само собой разумеется, что расовая и этническая принадлежность сама по себе не является фактором риска заражения ВИЧ. Однако известно, что бедность и другие формы социально-экономических лишений повышают уязвимость к ВИЧ-инфекции.

По оценкам, каждый четвертый афроамериканец живет в бедности; причем некоторые исследования, проведенные в США, показали четкую зависимость между более высокой заболеваемостью СПИД и низкими доходами (Centers for Disease Control and Prevention, 2003; Census Bureau, 2000; Diaz, et al., 1994). Возможно, что высокий процент насе-



ления, находящегося в местах заключения, особенно среди афроамериканцев, является фактором, усиливающим рост эпидемии в результате употребления инъекционных наркотиков и незащищенного секса в пенитенциарных учреждениях.

Что касается мужского населения в целом и афроамериканцев в частности, то в огромном большинстве случаев передача ВИЧ-инфекции состоялась в результате употребления инъекционных наркотиков и секса между мужчинами. По-прежнему особенно высокий уровень рискованного поведения регистрируется среди молодых МСМ. В то же время большинство случаев ВИЧ, диагностируемых среди женщин, обусловлено гетеросексуальными контактами; кроме того, имеются весомые данные о том, что основным фактором риска для многих женщин, заразившихся ВИЧ, является рискованное поведение их партнеров-мужчин, которое зачастую остается скрытым. Например, исследование, проведенное недавно в районе города Нью-Йорка, где живут малообеспеченные жители, продемонстрировало, что вероятность инфицирования женщин мужьями или постоянными партнерами более чем в два раза превышает вероятность инфицирования случайными сексуальными партнерами. Помимо употребления инъекционных наркотиков, небезопасный секс с другими мужчинами, допускаемый партнерами-мужчинами, является значительным фактором риска для некоторых женщин (McMahon et al., 2004).

Исследование, проведенное в семи городах среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчина-

ми, показало, что 9 % из них имели также половые контакты с женщинами; другое, более позднее по времени исследование, проведенное среди молодых афроамериканцев, занимающихся сексом с мужчинами, показало, что 20 % респондентов имеют контакты с партнерами-женщинами (Valleroy et al., 2004; Centers for Disease Control and Prevention, 2004).

В Соединенных Штатах Америки большую часть людей, живущих с ВИЧ, составляют мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

В Соединенных Штатах Америки эпидемия развивается диспропорционально среди афроамериканцев, причем особенно сильно среди женщин.

Данные, полученные в последние годы, которые указывают на рост случаев сифилиса и других инфекций, передающихся половым путем, среди МСМ, вызвали беспокойство по поводу того, что рискованное поведение растет и это может привести к новой волне ВИЧ-инфекции. Исследования, проведенные в Лос-Анджелесе и Сан-Франциско, свидетельствуют о резком росте числа случаев сифилиса (с 4 до 260 в округе Лос-Анджелеса в 1998—2000 годах и с 67 до 299 в Сан-Франциско за тот же период). Однако новые исследования показывают, что такой рост не оказал существенного воздействия на показатель инфицирования ВИЧ, который в 1999—2002 годах оставался стабильным среди МСМ (Centers for Disease Control and Prevention, 2004). Кроме того,

новое исследование, проведенное в 16 штатах, продемонстрировало, что большинство ВИЧ-инфициро-

В Соединенных Штатах Америки СПИД входит в число трех главных причин смертности среди мужчин-афроамериканцев в возрасте 25—54 лет и женщин-афроамериканок в возрасте 35—44 лет.

ванных МСМ, принимали меры предосторожности (включая пользование презервативами, воздержание или сохранение верности одному партнеру) для того, чтобы предупредить дальнейшую передачу ВИЧ. В то же время исследование включает рекомендации о необходимости интенсификации мер профилактики, чтобы охватить то небольшое число ВИЧ-инфицированных мужчин, которые по-прежнему практикуют небезопасный секс с другими мужчинами (Centers for Disease Control and Prevention, 2004).

После внедрения в 1995—1996 годах антиретровирусной терапии показатель смертности от СПИД в Соединенных Штатах Америки резко снижался до конца 1990-х годов, после чего процесс снижения несколько выровнялся — с 19 005 случаев смерти от СПИД, зарегистрированных в 1998 году, до 16 371 случая в 2002 году (ЮНЭЙДС, 2004). Однако в 2002 году показатель смертности от СПИД среди афроамериканцев оказался более чем в два раза выше, чем этот же показатель среди белых. В настоящее время показатель выживаемости среди афроамериканцев является самым

низким среди лиц с диагнозом СПИД. Это, вероятно, отражает позднее установление диагноза (часто после того, как заболевание стало симптоматическим) и неадекватность доступа к качественным услугам по уходу за здоровьем.

Дальше на север, в Канаде, самые последние оценки указывают на то, что в конце 2002 года число людей, живущих с ВИЧ, составляло около 56 000 (Geduld et al., 2004), причем треть из них не знали о своем ВИЧ-статусе. Вероятность наличия ВИЧ-инфекции среди коренного населения в два раза выше, чем среди некоренного. В 2002 году большая часть новых случаев ВИЧ-инфекции в Канаде была обусловлена небезопасным сексом между мужчинами (40 %) и употреблением инъекционных наркотиков (30 %, при некотором снижении в последние годы). Также был отмечен рост инфекций в результате небезопасных гетеросексуальных контактов; из них небольшой процент (менее 10 %) среди беженцев или иммигрантов из стран Африки к югу от Сахары и Карибского бассейна с высоким уровнем распространенности ВИЧ (Health Canada, 2003). В 12 за-

Имеются весомые данные о том, что основным фактором риска для многих женщин, заразившихся ВИЧ, является рискованное поведение их партнеров-мужчин, которое зачастую остается скрытым.

падноевропейских странах, где имеются данные о новых случаях заражения ВИЧ, число диагнозов ВИЧ-инфекции среди людей, зара-

жившихся через гетеросексуальные контакты, увеличилось за период с 1997 по 2002 год на 122 %. В отличие от Канады, большая доля таких диагнозов зарегистрирована среди выходцев из стран с серьезными эпидемиями, в основном из стран Африки к югу от Сахары (Hamers & Downs, 2004), а в Соединенном Королевстве среди англоговорящих выходцев из карибских стран. Также имеются признаки того, что новый всплеск опасного секса между мужчинами, отмеченный в предыдущие годы, ведет к повышению частоты передачи ВИЧ в некоторых странах среди MSM. Число диагнозов ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, увеличилось в 2001—2002 годах в Западной Европе на 22 %, хотя в предшествующие годы наблюдалось медленное снижение этого показателя (Hamers & Downs, 2004).

Однако данные относительно новых диагнозов нельзя ошибочно принимать за показатель инфицирования ВИЧ-инфекция, поскольку данные могут отражать более частое обращение по поводу тестирования (и, следовательно, могут включать людей, заразившихся несколько лет тому назад). Рост числа новых диагнозов ВИЧ-инфекции, отмечаемый в последнее время в Соединенном Королевстве, частично объясняется расширением практики тестирования на ВИЧ (в 2002 году половина диагнозов ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, была установлена, по крайней мере, спустя шесть лет после их инфицирования). Тем не менее ВИЧ-инфекция сейчас представляет собой самую быст-

рорастущую серьезную угрозу состоянию здоровья в Англии (Department of Health United Kingdom, 2003). В Германии, где расширение доступа к лечению способствовало расширению услуг по тестированию на ВИЧ уже в конце 1990-х годов, отмеченный в последнее время рост числа диагнозов ВИЧ-инфекции (с 642 случаев в 2000 году до 742 в 2002 году), вероятно, отражает фактический рост числа новых заражений. Учитывая постоянно высокий уровень распространенности ВИЧ среди MSM в Западной Европе — от 10 % до 22 % в ряде стран, — необходимо срочно активизировать и повысить качество кампаний по пропаганде безопасного секса среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (Hamers & Downs, 2004).

Несмотря на то что в большинстве стран Западной Европы на употребление инъекционных наркотиков приходится все меньшая доля новых диагнозов ВИЧ-инфекции, это поведение остается важным фактором в развитии эпидемий в ряде стран, в частности в Испании, Италии и Португалии, а также в некоторых городах других стран. В большинстве случаев это отражает уменьшение опасной инъекционной практики, которое, вероятно, ассоциируется с эффективными мерами профилактики среди потребителей инъекционных наркотиков во многих странах Западной Европы. Испания является ярким примером того, как принятие комплексных мер по снижению вреда (включая программы заместительного лечения метадонном и проекты по обмену шприцев) способно обратить вспять эпиде-

мию среди потребителей инъекционных наркотиков. Новые случаи ВИЧ-инфекции среди ПИН достигли высокого уровня в 1985—1986 годах (16 000), однако впоследствии это число резко уменьшилось (De la Fuente et al., 2003).

Тем не менее в Испании, как и в ряде других европейских стран, показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков может значительно варьироваться в зависимости от района страны (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003). Исследование, проведенное среди ПИН в испанских наркологических центрах в Каталонии, позволило установить, что показатель распространенности ВИЧ в 2001 году все еще составлял 38 % (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre l'HIV/Sida de Catalunya, 2001).

В действительности употребление инъекционных наркотиков в Испании сейчас в основном концентрируется на северо-востоке страны и на Балеарских островах (De la Fuente, 2003). В Португалии (где новые диагнозы ВИЧ-инфекции регистрируются чаще, чем в других странах Европы) в 2002 году почти 50 % диагнозов по-прежнему было обусловлено употреблением инъекционных наркотиков. В некоторых районах других стран (включая Италию, Нидерланды и Францию) среди ПИН по-прежнему регистрируется показатель распространенности ВИЧ в 20 % и выше (Hamers & Downs, 2004). Например, обследование, проведенное среди потребителей инъекционных наркотиков в лечебных центрах в Марселе, Франция, показало, что 22 % обследо-

ванных были ВИЧ-инфицированными (Emma-nuelli et al., 2004). Вдохновляет тот факт, что среди потребителей инъекционных наркотиков моложе 30 лет ВИЧ-позитивных выявлено не было. Тем не менее требуются постоянные меры, направленные на дальнейшее ограничение передачи

В Западной Европе ежегодно происходит несколько тысяч случаев заражения, причем большое число ВИЧ-инфицированных не знает своего ВИЧ-статуса. Большая доля новых диагнозов ВИЧ-инфекции зарегистрирована среди выходцев из стран с крупными эпидемиями.

ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков — и далее их сексуальным партнерам. В действительности, в 2002 году в Португалии более 40 % новых случаев ВИЧ-инфекции было обусловлено гетеросексуальными контактами. Исходя из имеющихся данных, аналогичные тенденции были установлены в ряде регионов или провинций Италии и Испании (Hamers & Downs, 2004).

Отмечается тенденция к увеличению случаев ВИЧ-инфекции, обусловленных гетеросексуальными контактами, в Западной Европе — и параллельно с этим увеличение числа женщин, которым ставится диагноз ВИЧ-инфекция. В 12 странах Западной Европы, где имеются данные, пропорция женщин, которым был впервые поставлен такой диагноз, увеличилась с 25 % (1955 из 7770) в 1997 году до 38 % (4269 из 11 337) в 2002 году (Hamers & Downs, 2004). Во Франции в 2003 году примерно две трети новых диагнозов ВИЧ-

инфекции были поставлены лицам, заразившимся гетеросексуальным путем, в то время как в Соединенном Королевстве эта пропорция составляла около 49 %, а в Германии 41 %.

В ряде стран по-прежнему инфицируется значительное число женщин — работниц секс-бизнеса, например в Нидерландах, где исследование, проведенное в 2002—2003 годах, показало, что в Роттердаме ВИЧ-инфицированными были 7 % работниц секс-бизнеса (и до 12 % работниц секс-бизнеса, работающих на улице) (Van Veen et al., 2004). Согласно результатам недавно проведенного исследования, в 1998—2003 годах примерно 5 % работников секс-бизнеса из числа иммигрантов (мужчин и женщин) в Мадриде, Испания, были ВИЧ-инфицированными. Большинство работников коммерческого секса были выходцами из стран Африки к югу от Сахары (Gutierrez et al., 2004).

Во всей Западной Европе непропорционально высокая и растущая доля случаев ВИЧ-инфекции приходится на мигрантов из стран, где отмечены серьезные эпидемии СПИД, в частности из стран Африки к югу от Сахары. Например, в Германии и Соединенном Королевстве большая доля новых случаев ВИЧ-инфекции, полученных гетеросексуальным путем, в последнее время диагностируется среди выходцев из стран с высоким показателем распространенности ВИЧ (Hamers & Downs, 2004). В Соединенном Королевстве три четверти гетеросексуальных инфекций, вероятно, были завезены из Африки к югу от Сахары, в то время как в Швеции процент таких инфек-

ций, завезенных из-за рубежа, вероятно, составил 80 %. Большинство мигрантов, живущих с ВИЧ, вероятно, не знают своего серологического статуса; все чаще диагноз ВИЧ-инфекция ставится, когда у таких людей проявляются симптомы заболевания, ассоциированного со СПИД, или когда женщины становятся беременными. В большинстве стран мигранты не охватываются адекватными, необходимыми и социально ориентированными услугами по профилактике, лечению и уходу. Для того чтобы исправить эту ситуацию, потребуются объединенные усилия, включая решительные шаги по борьбе с социальной и правовой дискриминацией и устранению административных барьеров, с которыми сталкиваются мигранты.

В странах Центральной Европы (включая Венгрию и Чешскую Республику) число новых диагнозов ВИЧ-инфекции остается стабильным с конца 1990-х годов; большинство новых случаев сейчас регистрируется в Польше. Известно, что секс между мужчинами является ведущим путем передачи ВИЧ в Венгрии, Словацкой Республике, Словении и Чешской Республике.

В отличие от других регионов мира, значительное большинство людей в большей части стран этого региона, которые нуждаются в антиретровирусном лечении, имеют к нему доступ. В результате смертность от СПИД, которая резко снизилась в середине-конце 1990-х годов, остается низкой. В 2002 году в Западной Европе число смертей, зарегистрированных среди больных СПИД, составило 3101 (ЮНЭЙДС, 2004). Однако наблюдаются две

тенденции, которые вызывают озабоченность. В ряде стран большая доля случаев ВИЧ-инфекции остается недиагностированной; например, в Соединенном Королевстве, по оценкам, треть людей, живущих с ВИЧ, не знают своего серологического статуса и, скорее всего, обнаружат его только после того, как у них появится заболевание, связанное со СПИД (Department of Health, 2003). Кроме того, появляются тревожные свидетельства о том, что в Западной Европе у некоторых пациентов, которым впервые поставлен диагноз ВИЧ-инфекция, развивается резистентность к антиретровирусным препаратам (Girardi, 2003).

В целом, в этих странах ежегодно происходит несколько тысяч случаев заражения, причем большое число ВИЧ-инфицированных не знает своего ВИЧ-статуса. Основными задачами являются: предоставление эффективного лечения и ухода на ранней стадии для всех ВИЧ-позитивных людей, активизация мер профилактики и их адаптация к изменениям в развитии эпидемии, а также уменьшение психосоциальных, экономических и физических последствий инфицирования ВИЧ.

Пояснения к оценкам ЮНЭЙДС/ВОЗ

Приведенные оценочные показатели ЮНЭЙДС/ВОЗ основываются на самых последних данных относительно распространения ВИЧ в странах мира. Эти показатели являются условными. ЮНЭЙДС и ВОЗ совместно с экспертами национальных программ по СПИД и научно-исследовательских учреждений проводят регулярный анализ и пере-

сматривают оценочные показатели по мере появления новых данных относительно эпидемии; при этом они также используют новейшие достижения в области методики получения оценочных данных. В силу этих и будущих достижений текущие оценки нельзя сопоставить непосредственно ни с оценками за прошлые годы, ни с теми, которые могут быть опубликованы в дальнейшем. Оценки и данные, представленные на графиках и в таблицах, приведены в округленных числах. Однако при расчете региональных уровней и суммарных показателей использовались неокругленные числа, что может приводить к небольшим несовпадениям между глобальными суммарными показателями и суммой региональных показателей.

(Данные приведены с любезного разрешения ЮНЭЙДС).

Стадии эпидемии: социально-экономический аспект

Развивающиеся страны не могут себе позволить бороться со СПИД, но не могут позволить также не бороться. Эта мысль становится все ясней по мере того, как все больше и больше стран проходят через четыре стадии эпидемии. **Первой стадией** является невидимое распространение — период, который обычно сопровождается официальным отрицанием наличия в обществе распространенных стандартов поведения, которые приводят к высокому риску ВИЧ-инфицирования. Ярким примером страны, недавно вышедшей из этой стадии, является Китай.

Вторая стадия носит название ранней стигматизации. Она в любом

случае включает изоляцию и отторжение людей из маргинальных групп, у которых начинает развиваться СПИД. Работники секс-бизнеса в Мьянме, потребители инъекционных наркотиков в России и МСМ на Западе — все они подвергались стигматизации. На этом этапе очень мало средств вкладывается в обеспечение замены игл и распространение презервативов, что может оказать сильнейшее влияние на частоту ВИЧ-инфекции в дальнейшем.

Третьей стадией является массовое изменение поведения, которое включает признание того, что ВИЧ-инфекция распространяется за пределы стигматизированных групп. Этой стадии достигли Индия, Таиланд и Южная Африка, но лишь в Таиланде до настоящего времени удалось разработать эффективную государственную кампанию, поощряющую применение презервативов.

Четвертая стадия — это тот этап, на котором расходы на лечение больных начинают превышать расходы на профилактику, а высокий уровень заболеваемости и смертности начинают серьезно влиять на экономику страны, как это происходит в Ботсване, Уганде и Зимбабве.

В отличие от хорошо изученных инфекционных болезней, ВИЧ-инфекция получила от некоторых комментаторов и журналистов прозвище «медленной чумы» — из-за того, что заболевание многие годы распространяется незаметно перед тем, как первые его признаки проявятся в регионе или группе населения. Эта характерная для ВИЧ-инфекции особенность эпидемического процесса привела к нежела-

нию правительств бедных ресурсами регионов принимать превентивные законодательные акты до появления признаков эпидемии; а между тем к этому времени часто уже бывает слишком поздно — процесс выходит из-под контроля.

Стадии эпидемии: эпидемиологический аспект (По данным ЮНЭЙДС)

Существует три стадии развития эпидемии ВИЧ-инфекции:

1. Начальная стадия — характеризуется тем, что значительный уровень инфицированности ни в одной группе населения не наблюдается.

Инфекция регистрируется в основном среди людей с поведением высокого риска (работников коммерческого секса, потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих секс с мужчинами).

2. Концентрированная, или локализованная стадия — характеризуется распространением ВИЧ в определенных группах населения, а именно — в группах, особенно уязвимых к ВИЧ. При локальной эпидемии ВИЧ практически не выявляется в основных группах населения, но имеет интенсивное распространение среди потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса, мужчин, имеющих секс с мужчинами.

3. Генерализованная стадия характерна тем, что ВИЧ-инфекция прочно укореняется среди общего населения. На этом этапе основным путем заражения является половой, что непременно приводит к увеличению числа ВИЧ-позитивных женщин.

При этом уровень распространения инфекции среди беременных превышает 1 %.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

НАЗАД Я НЕ ВЕРНУСЬ

Оксана (Украина)

Меня зовут Оксана. Я употребляю наркотики уже 3 года. У меня было много попыток прекратить колоться, но полностью отказаться от наркотиков я не могла.

Моя жизнь была обыкновенной, жила я в свое удовольствие: крутые рестораны, немного водки, немного наркотиков. Шло время, и все это затягивало дальше и дальше. У меня был муж, он не пил и не принимал наркотики, был настоящим мужчиной и все время жил со мной, веря, что я изменюсь. Я не понимала, чего мне не хватало. Я имела сына, обставленную двухкомнатную квартиру, но в погоне за красивой жизнью (как я думала) я не видела сына и совсем не интересовалась его воспитанием. Он рос без материнской любви. У меня не было никаких отношений с родными. Много раз я хотела прыгнуть с водки и наркотиков, но ни разу не получилось, и я решила лечь в психиатрическую больницу. У меня взяли анализ на ВИЧ, и через неделю я узнала свой страшный результат. Анализ на ВИЧ был положительным. У меня был шок. Страшно вспоминать, что со мной было. Я плакала, кричала, пребывала в жуткой депрессии. Я просто не думала, что эта страшная болезнь коснется меня.

Оказалось, я заразила мужа. Мы разошлись. Он меня ненавидит, ведь я поломала и его жизнь. Недавно я видела его возле пивного бара, он уже алкоголик. Я еле узнала его, он стоял грязный и пьяный.

Положительный анализ полностью убил меня как личность. Я стала заниматься проституцией, выходила на трассу зарабатывать на очередную дозу наркотика. И так изо дня в день. Я видела в жизни наркотик и трассу. Мама, глядя на меня, плакала, просила остановиться, но я не хотела, да и не видела смысла в жизни. Сына у меня забрала свекровь, мужа потеряла, в квартире не осталось даже кровати, я все проколола.

Иногда я встречалась со своей старой подругой, она мне рассказывала про Иисуса Христа, что он может изменить мою жизнь. Сначала это меня раздражало, но потом я решила прийти в церковь. Меня удивили счастливые лица. Я думала, они притворяются, но церковь не покидала. Стала все меньше колоться, у меня появилось желание жить.

Прошли месяцы, я больше не чувствовала себя униженной. Я сделала выбор — служить Иисусу Христу. Живу я теперь любовью и верой в живого Бога. Во мне появилось смирение перед ВИЧ. К людям я отношусь с любовью. Иногда мне бывает очень тяжело, но я знаю: что бы ни случилось, назад я не вернусь. Ведь сколько горя я причинила близким. Теперь я молюсь Богу, чтобы Он меня простил и удержал трезвой.

Боже, спаси и сохрани меня.

глава третья

Обзор эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине

Распространение ВИЧ-инфекции в Украине

По данным Украинского Центра профилактики и борьбы со СПИД, первые случаи ВИЧ-инфекции в Украине были зарегистрированы в 1987 году после начала широкомасштабного скрининга населения на антитела к ВИЧ. К концу года было выявлено 6 ВИЧ-инфицированных жителей Украины и 75 иностранных граждан, которые в соответствии с действовавшим тогда законодательством были депортированы из страны. Число ежегодно выявляемых ВИЧ-инфицированных иностранцев до 1994 года имело четкую тенденцию к снижению, а граждан Украины колебалось в пределах 6—40. Распространение ВИЧ до 1994 года включительно можно охарактеризовать как медленное с доминирующим гетеросексуальным путем передачи. Соотношение выявленных ВИЧ-позитивных мужчин и женщин было практически равным. Всего за этот период было зарегистрировано 183 ВИЧ-инфицированных гражданина Украины. В других республиках бывшего СССР ситуация по ВИЧ-инфекции была достаточно благополучной на фоне значительного ежегодного прироста числа больных СПИД в странах Западной Европы

(за исключением РСФСР, где были зарегистрированы крупные вспышки внутрибольничного распространения ВИЧ в Элисте, Волгограде и Ростове-на-Дону).

В конце 1994 года были зарегистрированы 2 случая ВИЧ-инфекции у братьев — ПИН, проживающих в г. Николаеве. Один из них предположительно заразился в Польше, где уровень распространенности ВИЧ в этой среде был в то время относительно высок. Эпидемиологическое расследование позволило выявить еще более 20 ВИЧ-позитивных лиц, употреблявших наркотические вещества, используя общий шприц. В начале 1995 г. были отмечены первые случаи заражения среди потребителей наркотиков в г. Одессе. Эпидемиологических доказательств связи этих случаев со случаями в Николаеве найти не удалось. Далее количество регистрируемых ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков стало увеличиваться подобно снежному кому. В эпидемиологический процесс стали вовлекаться представители этой уязвимой группы из других регионов, и в 1997 г. не осталось ни одной области, где не были бы зарегистрированы случаи распространения ВИЧ среди ПИН.

Открытым до сих пор остается вопрос, когда же ВИЧ попал в группу инъекционных потребителей наркотиков в Украине. Существует мнение, что это произошло за несколько лет до 1995 года. За эти годы накопилась критическая масса ВИЧ-позитивных лиц среди этого контингента, что и определило быстрый охват эпидемией всей территории страны. С другой стороны, в соответствии с действующей нормативной базой, в тот период каждый, состоящий на учете в наркологическом диспансере, дважды в год обязан был пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Даже с учетом того, что обследовали не только ПИН, а, к примеру, и токсикоманов, ежегодное количество обследований этого контингента составляло 23—37 тыс. человек.

Возвращаясь к первой выявленной эпидемиологической цепочке ВИЧ-инфицированных ПИН в г. Николаеве (более 20 человек), следует отметить, что только около 30 % ВИЧ-позитивных лиц состояли на учете в наркологическом диспансере и, следовательно, проходили регулярное тестирование. Предположение о том, что критическая масса ВИЧ-позитивных лиц накапливалась исключительно среди так называемых эпизодических потребителей наркотиков, не состоящих на учете в наркологической службе, представляется маловероятным. В 1993 году в Украине проведено рекордное количество обследований — 7,2 млн. Оно проводилось практически при оказании любой медицинской помощи, связанной со взятием крови для различных исследований. Трудно предположить, что в такую «мелкоячеистую скрининговую сеть» не по-

пал ни один из ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков, если таковые в этот период уже были.

В соответствии с данными Украинского центра СПИД, наибольшая численность официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных наблюдалась в 1997 г. (8934 чел.) и в 2003 г. (10 009 чел.). Об этом же свидетельствуют и данные сероземиологического мониторинга. С 1998 г. количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных, казалось, пошло на спад: 1998 г. — 8590 чел., 1999 г. — 5830 чел., 2000 г. — 6216 чел., 2001 — 7009 человек. Тот факт, что с 1998 г. в течение нескольких последующих лет отмечалось снижение числа зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции (причем это снижение наиболее заметно среди ПИН — на 23 % по сравнению с 1997 г. и на 42,1 % в 1999 г. по сравнению с 1998 г.), ни в коей мере не указывал на стабилизацию эпидемической ситуации. Он явился результатом снижения количества тестирований вообще и ПИН в частности вследствие принятия в марте 1998 г. новой редакции Закона Украины «О предотвращении заболеваемости синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) и социальной защите населения», впервые декларирующего принцип добровольности при тестировании на ВИЧ.

ВИЧ-инфекция все интенсивнее начинает распространяться от ПИН на другие группы населения. По данным Европейского центра эпидемиологического мониторинга за СПИД, по уровню инфицированности лиц, пожелавших стать донорами, Украина занимает одно из лидирующих положений в Европейском регионе ВОЗ.

Косвенными признаками тенденции к «переходу» ВИЧ-инфекции на другие группы населения является как снижение доли ВИЧ-позитивных лиц, потребляющих наркотики, в общей численности ВИЧ-инфицированных, так и повышение доли женщин среди ВИЧ-инфицированных. По данным официальной статистики, среди зарегистрированных наркопотребителей доля женщин составляет 25 % и более.

Распространение ВИЧ-инфекции по регионам Украины неравномерно. Наиболее поражены области, расположенные на востоке и юге страны: Донецкая, Днепропетровская, Одесская, Николаевская, а также Автономная Республика Крым. Важно отметить, что именно они лидируют и по числу потребителей наркотиков, состоящих на учете,

а также по заболеваемости гепатитом В — инфекцией, имеющей аналогичные с ВИЧ пути передачи.

Что же явилось причиной такого «взрывоподобного» распространения ВИЧ в Украине? Их несколько:

- Резкое возрастание численности лиц, потребляющих наркотические вещества инъекционным путем. В 1990 году на учете в наркологической службе состояло 22 466 наркозависимых (4,3 чел. на 10 тыс. населения), а в 1999 их число составило 74 554 (14,9 чел. на 10 тыс. населения), а по итогам 2002 года — 83 868 человек. Оценочное число ПИН составляет не менее 560 000 человек.
- Особенность потребления инъекционных наркотиков в Украине, а именно: практика использования



общих шприцев и емкостей для их промывания, покупка наркотиков, расфасованных в шприцы, многократно употреблявшиеся ранее; технология изготовления наркотика из маковой соломки, которая предусматривала добавление в готовый раствор наркотика свежей крови с целью его очистки.

- Действенная профилактическая работа среди этой группы населения стала проводиться с большим опозданием и сопровождалась недостаточным охватом, хотя мировой опыт свидетельствует, что ПИН наиболее уязвимы по отношению к ВИЧ и распространение инфекции среди них происходит очень быстро. Охват ПИН профилактическими мероприятиями продолжает оставаться крайне недостаточным, и это не дает оснований полагать, что в ближайшее время ход развития эпидемии удастся изменить в лучшую сторону.

Крайне неблагоприятна эпидемиологическая ситуация по ИППП. Индикатором этого неблагополучия является эпидемия сифилиса в Украине. Так, если в 1990 г. заболеваемость сифилисом составляла 6,5 случая на 100 тыс. населения, то в 1999 г. — 113,6, и эта тенденция сохраняется до сегодняшнего дня. С одной стороны, это обстоятельство, безусловно, сыграло свою роль (пусть и не главную) в столь стремительном распространении ВИЧ-инфекции, а с другой — эпидемия сифилиса — неблагоприятный прогностический признак, указывающий на возможность распространения ВИЧ половым путем среди населения, не относимого к уязвимым группам.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Украине, которая нарастала поразительными

темпами за последнее десятилетие и в настоящее время укоренилась, продолжает расширяться. Темпы роста новых случаев ВИЧ-инфекции увеличивались с каждым годом с начала этого столетия, составив 7 % в 2000 году, 13 % в 2001 году и 25 % в 2002 году. Всего 10 лет назад в Украине было официально зарегистрировано всего лишь 183 случая ВИЧ, но уже к середине 2004 года это число превысило 68 000 (EuroHIV, 2003). Эти цифры значительно занижают фактический масштаб эпидемии, поскольку они отражают число случаев инфицирования ВИЧ только среди лиц, установивших прямой контакт с органами и учреждениями, проводящими тестирование.

Рост передачи ВИЧ половым путем становится все более важным фактором развития эпидемии в Украине, которая достигла точки, когда все большее число новых инфекций передается в результате небезопасного секса между людьми, не имеющими прямой связи с потребителями инъекционных наркотиков. В 2003 году около 30 % новых случаев заражения ВИЧ было обусловлено гетеросексуальными контактами (почти в три раза больше, чем показатель в 11 %, зарегистрированный в 1997 году); при этом более 40 % людей, живущих с ВИЧ, составляют женщины, большая часть которых находится в расцвете репродуктивного возраста (EuroHIV, 2003). Так, по имеющимся данным, до 60 % ВИЧ-позитивных женщин моложе 25 лет. В городских районах, например в Одессе и Николаеве, более 1 % беременных женщин, посещающих дородовые консультации, имеют положительную реакцию на ВИЧ.

Такие тенденции заставили значительно усилить действия по расширению программ для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, и это начинает приносить плоды — доля ВИЧ-инфицированных младенцев, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, уменьшилась с 27 % в 2001 году до 12 % в 2003 году.

В то же время употребление инъекционных наркотиков остается важным аспектом эпидемии, особенно в восточных и южных частях страны. Как и в других странах региона, огромное большинство (около 80 %) ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков — это молодые люди (до 30 лет).

Украина: ВИЧ-статистика

С 1995 года Украина находится в стадии концентрированной эпидемии ВИЧ-инфекции.

Основной путь инфицирования в стране с 1995 г. по настоящее время — инъекционный, связанный с потреблением наркотических веществ.

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа новых случаев ВИЧ-инфекции за счет гетеросексуального и перинатального путей передачи ВИЧ.

По оценочным данным национальных экспертов (Украинский центр профилактики и борьбы со СПИД, Украинский институт социальных исследований, Институт экономики), а также экспертов ЮНЭЙДС и ВОЗ, число ЛЖВ в Украине в настоящее время может превышать 400 000 человек (до 1 % взрослого населения страны, т.е. лиц от 15 до 49 лет).

По данным Украинского центра профилактики и борьбы со СПИД, среди граждан Украины официально зарегистрировано следующее количество случаев ВИЧ-инфекции:

1995 г. — 1490
1996 г. — 5400
1997 г. — 8913
1998 г. — 8575
1999 г. — 5827
2000 г. — 6212
2001 г. — 7009
2002 г. — 8756
2003 г. — 10 009
2004 г. — 10 013 (10 мес.)

За 10 месяцев 2004 года было зарегистрировано 2152 случая СПИД у взрослых и 76 — у детей, 4702 новых случая ВИЧ-инфекции — у потребителей инъекционных наркотиков.

За этот же период умерли от СПИД 1388 взрослых и 25 детей.

Украина занимает одно из первых мест в Европе по числу ВИЧ-инфицированной молодежи — юношей и девушек в возрасте от 15 до 24 лет.

Среди них большую долю — около 28 %, согласно исследованию, недавно проведенному в Киеве, Одессе и Донецке, — составляют женщины. То же исследование показало широкое распространение практики повторного использования инъекционного инструментария среди потребителей наркотиков, причем более половины из них вели активную половую жизнь. Практика использования презервативов не распространена: лишь одна треть сексуально активных ПИН пользовались презервативом во время секса в течение предыдущего месяца. Мощное сочетание употребления инъекционных наркотиков и коммерческого секса было установлено в таких городах, как Донецк, где 33 % женщин-работниц секс-бизнеса, употреблявших инъекционные наркотики, были ВИЧ-позитивными. Несколько обнадеживает тот факт, что многие потребители инъекционных наркотиков, которые знали о наличии у них ВИЧ, либо воздерживались от секса (40 % из них не имели половых контактов за последний месяц), либо пользовались презервативами (Booth et al., 2004).

Вызывает недоумение тот факт, что в стране, где эпидемия быст-

рыми темпами приобретает зрелый характер, так мало известно о роли секса между мужчинами как факторе развития эпидемии. Система регистрации ВИЧ в Украине предусматривает, чтобы лица, имеющие положительный результат теста на ВИЧ, сообщали, если это возможно, о том, как они могли заразиться этим вирусом. С 1987 года, когда в Украине был зарегистрирован первый случай ВИЧ, лишь 44 случая инфицирования были отнесены к случаям заражения в результате секса между мужчинами — это необычайно низкая цифра, заставляющая верить тем, кто опасается, что ВИЧ, возможно, распространяется среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в значительной мере незаметно (EuroHIV, 2003).

Смертоносное сочетание ВИЧ и туберкулеза является серьезной проблемой в Украине, где, по оценкам, 10—15 % больных туберкулезом имеют резистентность сразу к нескольким препаратам. Туберкулез стал главной причиной смертности среди людей, живущих с ВИЧ. Это подчеркивает потребность в значительном расширении доступа к антиретровирусному лечению в Украине.

глава четвертая

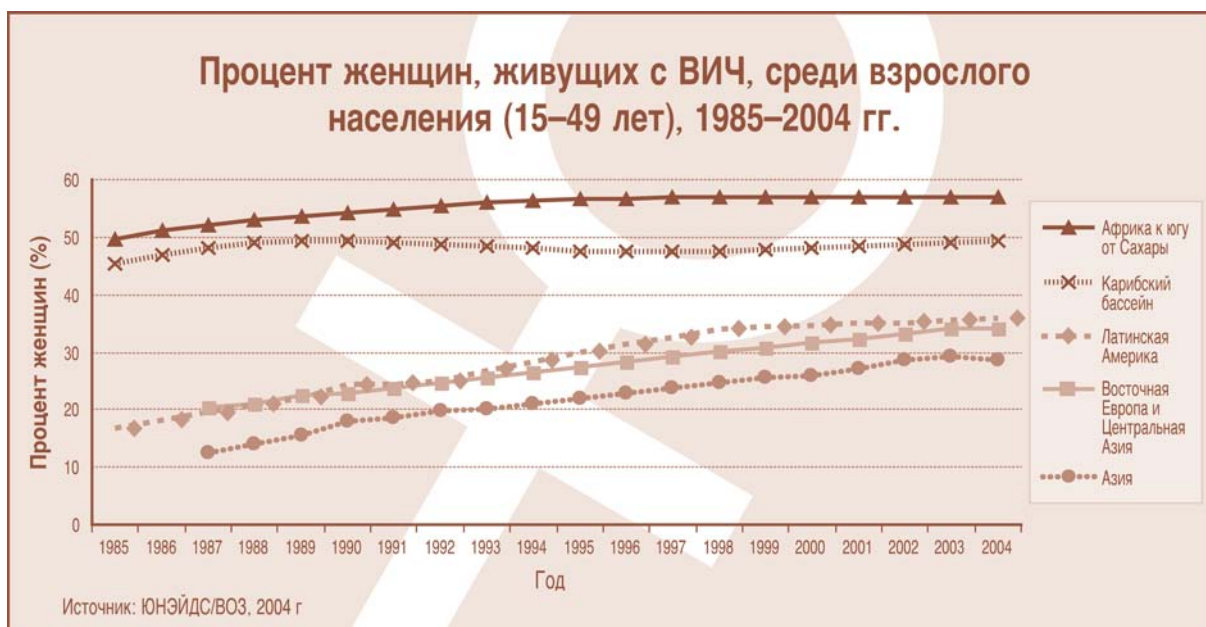
Женщины и эпидемия

Введение

СПИД поражает женщин наиболее сильно там, где доминирующим путем передачи ВИЧ являются гетеросексуальные половые контакты, как это происходит в странах Африки к югу от Сахары и в странах Карибского бассейна. Женщины и девушки составляют почти 57 % взрослых, живущих с ВИЧ, в странах Африки к югу от Сахары. В целом, три четверти общего количества женщин с ВИЧ в мире живут в этом регионе. Согласно последнему опросу населения среди домохозяйств, вероятность инфицирования для взрослых женщин в странах Африки к

югу от Сахары в 1,3 раза выше, чем для их партнеров-мужчин (ЮНЭЙДС, 2004). Особенно высок этот дисбаланс среди молодых женщин в возрасте от 15 до 24 лет, вероятность инфицирования для которых в три раза выше, чем для молодых мужчин того же возраста.

При близком рассмотрении эта ситуация выглядит еще более тревожной. Например, в Южной Африке, Замбии и Зимбабве вероятность инфицирования для молодых женщин (в возрасте 15–24 лет) в три-шесть раз выше, чем для молодых мужчин (Zambia Central Statistical Office, 2003; Zimbabwe Young Adult Survey 2001–2002). В



этих странах более трех четвертей всех молодых людей, живущих с ВИЧ, — женщины (WHO Regional Office for Africa, 2003; Reproductive Health Research Unit and Medical Research Council, 2004). Женщины составляют около половины из 420 тысяч (260—740 тысяч) взрослых, живущих с ВИЧ, в странах Карибского бассейна, где вероятность инфицирования для молодых женщин в возрасте 15—24 лет почти в два раза выше, чем для молодых мужчин (UNAIDS, UNIFEM, UNFPA, 2004).

В других частях мира большинство случаев ВИЧ-инфицирования происходит вследствие введения наркотиков с помощью зараженного инъекционного инструментария, незащищенного секса между мужчинами и небезопасного коммерческого секса. Однако представление о том, что такие эпидемии сосредоточены лишь в отдельных группах населения, не соответствует действительности. Большинство потребителей инъекционных наркотиков молоды, и многие из них сексуально активны, поэтому они подвергаются двойному риску контакта с вирусом. В некоторых странах, особенно в Азии и Восточной Европе, значительная часть работников секс-бизнеса также употребляет наркотики инъекционным путем. У большинства мужчин — клиентов работников секс-бизнеса есть также другие сексуальные партнеры, включая жен и постоянных подруг. В каждом регионе значительная часть мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, занимается сексом также и с женщинами. Ни один из аспектов пан-

демии СПИД не существует в изоляции от других. Чем шире распространяется эпидемия СПИД, тем больше женщин заражается ВИЧ.

На сегодняшний день женщины составляют 36 % от 1,7 миллиона (1,3—2,2 млн) взрослых, живущих с ВИЧ, в Латинской Америке, где эпидемия, главным образом, концентрируется среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков. Поскольку все большее число женщин в Восточной Европе и Центральной Азии инфицируются ВИЧ вследствие использования зараженного инструментария при введении наркотиков и от партнеров-мужчин, которые также являются потребителями инъекционных наркотиков и/или клиентами работников секс-бизнеса, общая доля женщин, живущих с ВИЧ, в регионе также возрастает. В этом регионе женщины составляют 34 % людей, живущих с ВИЧ, по сравнению с 33 % два года назад. В России, где отмечается самая большая эпидемия в данном регионе, доля женщин среди людей с диагнозом ВИЧ-инфекции возросла до 38 % в 2003 году по сравнению с 24 % в 2001 году (Российский федеральный центр СПИД, 2004 г.).

Как и в Восточной Европе, в некоторых частях Азии отмечаются эпидемии СПИД, распространяющиеся как внутри отдельных групп населения, так и между ними (например, среди работников секс-бизнеса или потребителей инъекционных наркотиков), а затем и среди населения в целом. При этом все в большей мере страдают женщины и девушки. В

Восточной Азии женщины составляют 22 % всех взрослых, живущих с ВИЧ, и 28 % молодежи (в возрасте 15—24 лет), живущей с ВИЧ. В Южной и Юго-Восточной Азии 30 % взрослых (два года назад эта цифра составляла 28 %) и 40 % молодых людей, живущих с ВИЧ, — женщины и девушки.

По приблизительным подсчетам, на сегодняшний день в Индии на женщин приходится более четверти новых случаев инфекции, а среди тех, чей анализ на ВИЧ в женских консультациях дал положительный результат, 90 % сообщают, что состоят в длительных отношениях с одним партнером (Cohen, 2004). Передача ВИЧ между супругами стала более частой причиной новых случаев инфекции в таких странах, как Камбоджа, Мьянма и Таиланд, которые подобно некоторым регионам Индии уже борются с серьезными эпидемиями. Двенадцать лет назад около 90 % случаев передачи ВИЧ в Таиланде происходило между работниками секс-бизнеса и их клиентами. Перспективные оценки показывают, что к 2002 году приблизительно 50 % новых случаев инфекции имели место между супругами, когда мужчины — настоящие или бывшие клиенты работников секс-бизнеса — заразили вирусом своих жен (Thai Working Group on HIV/AIDS Projections, 2001).

Во всем мире растущее воздействие эпидемии на женщин происходит в контексте глубокого гендерного, классового и других видов неравенства. Это также наб-

Широко распространенная неосведомленность о ВИЧ и сексе

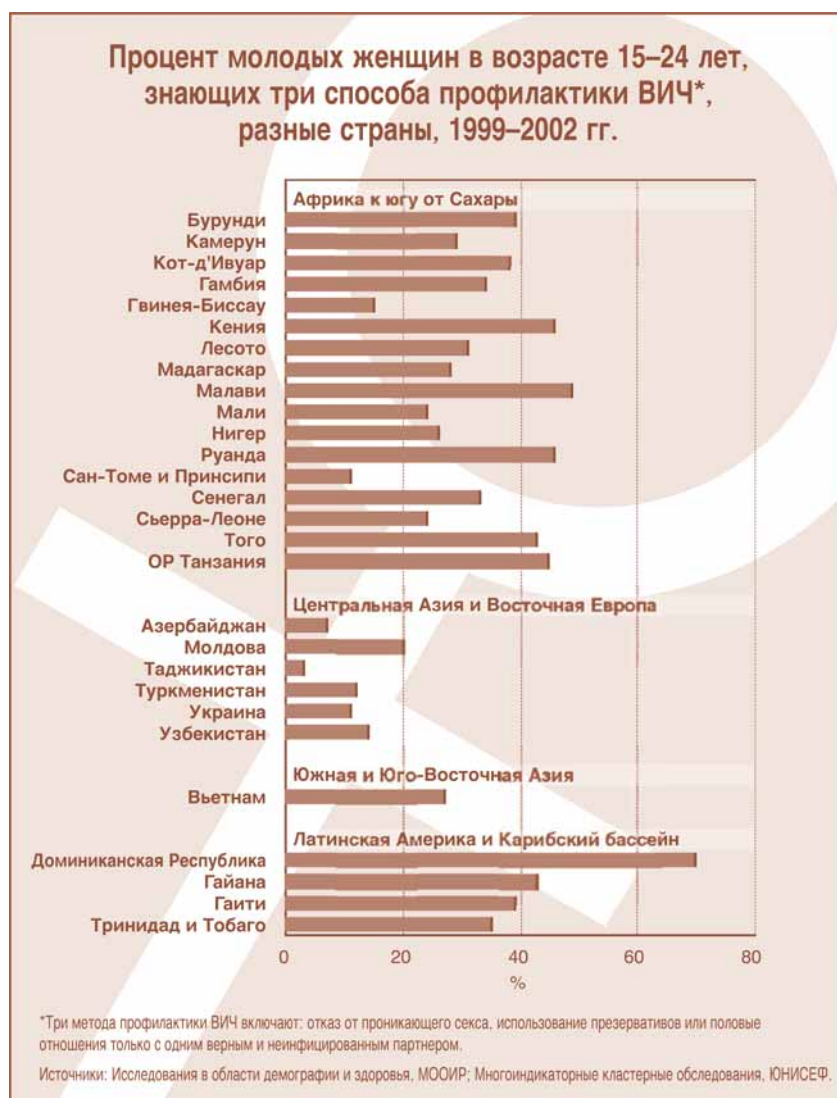
Социальные нормы являются причиной опасной неосведомленности девушек и молодых женщин. Часто считается, что они не должны разбираться в вопросах, связанных с сексом и половой жизнью. Недостаток знаний увеличивает для них риск ВИЧ-инфицирования. Во многих странах большинство молодых женщин не знают, как защитить себя от ВИЧ-инфекции. В таких странах, как Камерун, Лесото, Мали, Сенегал и Вьетнам две трети или больше молодых женщин (в возрасте от 15 до 24 лет) во время опроса не знали трех методов профилактики ВИЧ. В Молдове, Украине и Узбекистане у 80 % молодых женщин отмечался недостаток знаний по этому вопросу. Во многих местах также удивительно мало знают и о половой жизни вообще.

людается и в промышленно-развитых странах Западной Европы и Северной Америки, где около четверти людей, живущих с ВИЧ, — женщины и где ВИЧ все чаще поражает женщин, принадлежащих к маргинализированным группам населения, включая меньшинства, иммигрантов и беженцев. Так, например, афроамериканки и латиноамериканские женщины составляют менее четверти всех женщин в Соединенных Штатах Америки, но на них приходится 80 % случаев СПИД, зарегистрированных среди женщин с начала нынешнего столетия (US Centers for Disease Control and Prevention, США, 2002 г.).

Неравенство, гендер И ВИЧ

Во многих местах в работе по профилактике ВИЧ не учитываются гендерное и другие виды неравенства, которые формируют типы поведения людей и ограничивают возможности их выбора. Многие стратегии борьбы с ВИЧ разрабатываются для идеального мира, где все равны и имеют право свободного выбора, где каждый может на свое усмотрение воздерживаться от секса, хранить верность

одному партнеру или постоянно пользоваться презервативами. В реальной жизни женщины и девушки подвержены различным факторам риска и уязвимости, с которыми не сталкиваются мужчины и мальчики. Многие из этих факторов обусловлены социальными отношениями и экономическими реалиями обществ, к которым они принадлежат. Эти факторы сложно устранить или изменить, но пока они существуют, усиливая,



направленные на обуздание и обращение вспять эпидемии СПИД, вряд ли увенчаются успехом.

Отношения с многочисленными партнерами, сопровождаемые «подарками», могут стать основной стратегией выживания для многих неимущих женщин. Бедность и стремление к лучшей жизни заставляют женщин использовать секс в качестве товара для обмена

на вещи, услуги, деньги, жилье или другие предметы первой необходимости — часто с мужчинами старшего возраста (Halperin and Epstein, 2004). Такой «коммерческий секс» предполагает внебрачные сексуальные отношения, часто с многочисленными или старшими по возрасту партнерами-мужчинами. Это говорит о преимущественном экономическом положении

Пока смерть не разлучит нас

Программы, направленные на убеждение девушек воздерживаться от секса до замужества, не принесут особой пользы многим молодым женщинам. В некоторых регионах основным фактором риска заражения ВИЧ для женщины является то, что она верна мужу, у которого были или есть другие сексуальные партнеры. Согласно результатам многофакторного исследования, уровни ВИЧ-инфекции среди сексуально активных девушек в возрасте 15—19 лет в городах Кисуму (Кения) и Ндола (Замбия) были на 10 % выше для замужних, чем для сексуально активных незамужних девушек (Glynn et al., 2001). В сельских районах Уганды среди ВИЧ-инфицированных женщин в возрасте 15—19 лет 88 % состояли в браке (Kelly et al., 2003). Это объясняется тем, что девушки, особенно подростки, часто вступают в брак с мужчинами намного старше себя, а у этих мужчин, вероятнее всего, были другие партнеры, и поэтому они могли заразиться ВИЧ.

То, что во многих отношениях баланс силы склоняется в пользу мужчин, может стать вопросом жизни или смерти. Женщины и девушки часто лишены возможности воздерживаться от секса или настаивать на использовании презервативов, даже если они подозревают, что у мужчины есть другие сексуальные партнеры и он может быть ВИЧ-инфицированным. Например, по данным исследования в Замбии, только 11 % женщин считают, что они имеют право попросить своих мужей пользоваться презервативом, даже если известно, что он изменяет жене и является ВИЧ-позитивным. В Мумбаи, Индия, многие женщины считают, что экономические последствия разрыва длительных рискованных отношений значительно перевешивают опасность таких отношений для здоровья (Gupta, 2002). Последнее исследование среди женщин, обращающихся в женские консультации в Соуэто, Южная Африка, показало, что вероятность инфицирования женщин ВИЧ выше среди тех пар, где мужчине принадлежит значительно больше власти и контроля, чем женщине (Dunkle et al., 2004). Нужно уделить особое внимание профилактике ВИЧ в браке. Женщинам во всем мире необходимо больше прав и умения, которые помогли бы им определять условия сексуальных отношений; в то же время, риск инфицирования ВИЧ для их партнеров-мужчин должен быть снижен (Stephenson and Obasi, 2004).

мужчин и их лучшим доступе к материальным средствам, о трудностях женщин в удовлетворении своих основных потребностей, а также о том, что традиционно считается, что у мужчины должно быть много сексуальных партнеров (Jewkes and Wood, 2001).

Одной из определяющих характеристик черт в южной части Африки, наиболее сильно пострадавшем регионе мира, является социальное и экономическое неравенство не только между богатыми и бедными, но и среди бедных. Связь между распространенностью ВИЧ и социально-экономическими показателями очень сложна. Тем не менее социальное неравенство, которое наложилось на широко распространенное обнищание и социальные деформации, вызванные системой, основанной на использовании труда мигрантов, в совокупности с быстрым развитием потребительского спроса обеспечивает плодородную почву для эксплуататорского коммерческого секса ради выживания и разновозрастного секса в странах юга Африки (UN Secretary-General's taskforce on women, girls and AIDS in southern Africa, 2004). Системы, основанные на использовании труда мигрантов, серьезно усугубили экономическую зависимость женщин от их партнеров-мужчин, причем в гораздо большей степени, чем в других частях континента, где женщины занимают важное место в рыночной торговле и других формах коммерческой деятельности. В этом субрегионе возможности малообразованных женщин для заработка крайне

невелики, а отрасли промышленности с преобладанием женского труда (например, производство одежды) сильно пострадали из-за сокращения количества рабочих мест, вызванного изменениями тарифов и политики субсидирования. Из-за этого экономическое положение женщин еще больше ухудшилось, возросло гендерное неравенство и, вероятно, повысилась уязвимость женщин к ВИЧ (Hunter, 2002).

Важно признать, что сексуальные отношения выполняют также и другие социальные функции и тесно связаны с потребностью в установлении доверительных отношений, в утверждении своего статуса и самооценки, с попытками избежать одиночества и избавиться от скуки. Например, исследования в Южной Африке указывают, что в условиях массового обнищания и высокого уровня безработицы (а также отсутствия доступных видов отдыха) сексуальные отношения зачастую дают возможность повышения самооценки и статуса среди людей одного круга и являются средством избавления от скуки (Jewkes, Vundule and Maforah, 2001). Такие ситуации представляют опасность для многих женщин не только потому, что эти отношения развиваются в местах широкого распространения ВИЧ-инфекции, но и потому, что все это происходит в условиях вопиющего гендерного неравенства, где мужчины привыкли властвовать над женщинами и где общественные нормы и законодательство зачастую поддерживают такое положение вещей.

Однако одной информации и знаний недостаточно. Для того чтобы профилактические мероприятия имели в конечном итоге успех, они должны быть направлены на взаимосвязь между гендерным и социально-экономическим неравенством и уязвимостью к ВИЧ. При подготовке профилактических мероприятий необходимо принимать во внимание неравные условия, в которых приходится жить большинству женщин. В стратегиях нужно учитывать тот факт, что для миллионов людей секс может быть одной из немногих форм капитала, имеющих в их распоряжении (Stephenson and Obasi, 2004; Cates, 2004). Многие рискованные формы сексуального поведения девушек и женщин характеризуются неравноправными гендерными отношениями, неравным доступом к материальным ресурсам, средствам, возможностям заработка и к социальным правам. Должно быть сделано гораздо больше для обеспечения приемлемого заработка для женщин и девушек, особенно для тех, кто живет в домохозяйствах, возглавляемых женщинами, для того чтобы они могли защитить себя от ВИЧ и справиться с его последствиями. Повышение экономических возможностей женщин и их социальных прав должно рассматриваться как неотъемлемая часть потенциально успешных и устойчивых стратегий борьбы со СПИД.

Помнить о возрастном разрыве

Сексуальные отношения между молодыми женщинами и значи-

тельно старшими по возрасту мужчинами распространены во многих странах, включая Азию, страны Карибского бассейна и страны Африки к югу от Сахары. Несмотря на то

Чтобы контролировать эпидемию СПИД, необходимо снизить уровень инфицирования среди женщин и девушек. Действующие сегодня программы профилактики с этим не справляются.

что, например, в Азии это часто происходит в рамках договорных браков, во многих африканских странах этот феномен может быть менее четко определен и зачастую связан с престижем семей, которые соединяются для взаимной выгоды, или с необходимостью преодоления нужды. Сексуальные отношения между представителями разных поколений и коммерческий секс зачастую связаны между собой. Так, например, исследование в странах Африки показало, что мужчины старшего возраста часто помогают семьям девушек оплатить основные расходы, такие как плата за школу, затраты на транспорт и продукты питания (Buve, Bishikwabo-Nzarhaza and Mutangadura, 2002; Gregson et al., 2002; Hallman, 2004; Luke and Kurz, 2002). Однако скрытые издержки могут быть высокими. Мужчины в возрасте около тридцати или сорока лет с большой долей вероятности могут быть ВИЧ-позитивными, в то время как зависимость, присущая таким отношениям, ограничивает возможности женщин защитить себя от ВИЧ-инфекции,

особенно в тех случаях, когда мужчины отказываются от использования презервативов, считая более молодых женщин «чистыми» (Gregson et al., 2002; Preston-Whyte et al., 2000). Кроме того, риск инфицирования во время незащищенного полового акта выше для женщин, чем для мужчин, а риск для молодых девушек наиболее высок, так как у них еще недостаточно развита слизистая оболочка шейки матки.

Так, например, в южной части Африки женщины и девушки заражаются ВИЧ почти сразу же после начала половой жизни. Во время исследования в Замбии 18 % женщин, сообщивших, что они были девственницами за год до тестирования на ВИЧ, оказались ВИЧ-позитивными, в то время как в Южной Африке ВИЧ-позитивными были 21 % сексуально активных девушек в возрасте 16—18 лет. Есть данные о том, что разница в возрасте влияет на вероятность заражения молодой женщины (Kelly et al., 2003). В сельских районах Зимбабве распространенность ВИЧ среди девушек-подростков (15—19 лет), последние партнеры которых были старше их менее чем на 5 лет, составляла 16 %, а среди девушек с партнерами на 10 и более лет старше распространенность ВИЧ была в два раза выше (Gregson et al., 2002). В Кисуму, Кения, среди женщин, которые были младше своих мужей на три года и менее, не оказалось ни одной ВИЧ-инфицированной, тогда как

половина женщин, мужа которых были старше на 10 и более лет, оказались ВИЧ-позитивными.

Для многих девушек первый сексуальный опыт отмечен принуждением и насилием. Согласно опросам, в сельских районах Перу 24 % молодых женщин сообщили, что их первый сексуальный опыт был насильственным, в то время как на Ямайке значительный процент девушек (12 %, по данным исследования 2001 г.), начавших половую жизнь в возрасте до 20 лет, были изнасилованы. Отвечая на вопросы недавнего национального опроса в Южной Африке, 10 % молодых женщин, имеющих сексуальный опыт, указали, что их принудили к занятию сексом (Исследовательское подразделение по вопросам репродуктивного здоровья и Совет медицинских исследований, 2003 г.). В ходе исследования, проведенного в Замбии, выяснилось, что каждую шестую девочку подросткового возраста в определенный момент мужчины принуждали к сексу (Measure DHS, Central Statistical Office, Central Board of Health Zambia, 2002).

ВИЧ и насилие в отношении женщин

Насилие в отношении женщин — это беда, широко распространенная во всем мире и представляющая серьезные проблемы для защиты прав человека и общественного здравоохранения*. Кроме того, насилие увеличивает уязвимость женщин к ВИЧ-инфекции.

* Отношения с мужчинами старшего возраста, вероятнее всего, основаны на неравноправии, что делает девушек уязвимыми к жестокому обращению и эксплуатации.

Исследования подтверждают тесную связь между сексуальным и другими формами насилия в отношении женщин и вероятностью того, что женщина может заразиться ВИЧ-инфекцией (García-Moreno and Watts, 2000; Maman et al., 2000). Кроме того, страх перед насилием — не только со стороны партнеров, но и со стороны общества в целом — мешает женщинам получать информацию о ВИЧ, проходить тестирование и обращаться за лечением, даже если они сильно подозревают, что инфицированы.

Наиболее распространенной формой насилия в отношении женщин является насилие со стороны их половых партнеров. Так, например, от одной трети до половины участниц опроса в Намибии, Перу и Таиланде указали, что подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны партнеров (WHO, forthcoming 2005). Зачастую женщины лишены правовой защиты, особенно в тех странах, где законы, запрещающие бытовое насилие, отсутствуют или плохо выполняются.

Исследования показывают тесную связь между насилием со стороны половых партнеров и повышенной вероятностью заразиться ВИЧ (Heise, Ellsberg, Gottemoeller, 1999). Исследование, проведенное в Кигали, Руанда, среди женщин, имеющих стабильные отношения с партнером, показало, что ВИЧ-инфицированные женщины гораздо чаще подвергались физическому и сексуальному насилию со стороны партнеров-мужчин, чем неинфицированные женщины (Van der

Straten et al., 1998). Среди женщин моложе 30 лет, проживающих в одном из городов Танзании, ВИЧ-положительные женщины чаще подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны их теперешних партнеров, чем ВИЧ-отрицательные женщины (хотя среди женщин старше 30 лет их ВИЧ-статус не был связан с насилием) (Maman et al., 2002). В ходе опроса в женских консультациях в Соуэто, Южная Африка, также было обнаружено, что ВИЧ-инфекция

Отношения с мужчинами старшего возраста, вероятнее всего, основаны на неравноправии, что делает девушек уязвимыми к жестокому обращению и эксплуатации миллионов женщин во всем мире, которые подвергаются изнасилованию и сексуальному насилию, нет возможности воздерживаться или выбирать более безопасный секс.

более распространена среди женщин, подвергавшихся физическому насилию со стороны партнеров, чем среди тех, кто не имел такого опыта (Dunkle et al., 2004).

Для того чтобы деятельность по профилактике ВИЧ стала успешной, ее необходимо осуществлять вместе с другими мероприятиями, направленными на преодоление и снижение насилия в отношении женщин и девушек. Насилие в отношении женщин и девушек — не частное дело, оно является нарушением основных прав человека и имеет серьезные экономические и социальные последствия для се-

мей, общин и стран. Необходимо разработать и принять законы против такого насилия, перестроить правоохранительные органы и обучить должностных лиц, чтобы добиться выполнения этих законов.

Низкий уровень образования и здравоохранения

Неравноправие женщин в отношениях с партнерами отражает более широкое социальное неравенство, ограничивающее самостоятельность и возможности женщин. Большинство стран Африки и Азии добились немалых успехов в расширении возможностей получения образования — особенно для девочек — после крушения колониализма. Несмотря на этот прогресс, во многих регионах, особенно в Азии, до сих пор наблюдаются большие различия в численности мальчиков и девочек, которые учатся в школе. Наряду с другими факторами, включая усиливающуюся бедность и непозволительно высокую для многих стоимость школьного образования, СПИД несет угрозу этим достижениям в наиболее сильно пострадавших странах.

Тенденция к снижению охвата школьным образованием, сама по себе вызывающая беспокойство, также способствует развитию эпидемии. Образование является основным средством защиты против распространения ВИЧ-инфекции. Например, исследования, проведенные в Замбии, показали, что среди лучше образованных людей уровень ВИЧ-инфекции ниже (UNICEF, 2003), а в Кении в ходе исследования было установлено, что, чем выше уровень образова-

ния, тем выше уровень информированности и знаний о СПИД, тем чаще люди пользуются презервативами и тем более открыто вопросы профилактики ВИЧ обсуждаются между партнерами.

Однако взаимосвязь между уровнем образования и ВИЧ довольно неоднозначна. В Буркина-Фасо уровень ВИЧ среди беременных женщин был самым высоким среди тех, кто закончил только начальную школу или не получил законченного среднего образования (2,9 % и 2,6 % соответственно). Самая низкая распространенность отмечалась среди женщин, которые окончили среднюю школу (1,6 %) или вообще не учились в школе (1,9 %) (Ministere de la Sante, Burkina Faso, 2003). В Гане распространенность ВИЧ среди беременных женщин, имевших только начальное образование, была почти в два раза выше (2,8 %), чем среди тех, кто не получил официального образования (1,5 %) и на одну треть выше, чем среди тех, кто окончил среднюю школу (2,1 %) (Ghana Statistical Service et al., 2003). Тем временем, в ходе последнего раунда эпиднадзора за ВИЧ, проведенного в Нигерии, самые высокие уровни инфекции были выявлены среди беременных женщин, получивших только начальное образование (5,6 %), а самые низкие — среди имевших высшее образование и не получавших никакого официального образования (соответственно 4 % и 3,8 %) (Federal Ministry of Health Nigeria, 2003). Связь между отсутствием официального образования и низкими уровнями ВИЧ-

инфекции можно отнести на счет географических и других факторов. Однако понятно, что наличие законченного среднего образования может расширить социальные права женщин, возможности их трудоустройства, их экономической самостоятельности, и поможет снизить для них риск заразиться ВИЧ.

Хотя среднее образование может стать защитным фактором для девочек, существуют и печальные свидетельства о том, что в очень многих местах обучение в школе также может подвергать девочек риску. В ходе исследования, про-

веденного в Зимбабве, было обнаружено, что девочки сталкиваются с сексуальными домогательствами как со стороны соучеников, так и со стороны преподавателей. Другие исследования, проведенные в Ботсване, Южной Африке, Свазиленде и Замбии, также выявили подобные факты (Human Rights Watch, 2001).

Доступ к образованию — равный для мальчиков и девочек — необходимо расширить. Отмена платы за школьное обучение поможет устранить хотя бы одно препятствие к всеобщему образованию. Разработка планов, которые помо-

Разработать микробициды и обеспечить ими женщин

Микробициды обещают стать тем средством профилактики, которым женщины смогут беспрепятственно пользоваться. Данные моделирования показывают, что даже микробициды с эффективностью не выше 60 % могли бы оказать существенное воздействие в 73 странах мира с самым низким уровнем доходов. Даже если этим средством воспользуется всего 20 % женщин, уже обратившихся в медицинские службы, то в течение трех лет можно было бы предотвратить 2,5 миллиона новых случаев инфицирования среди женщин, мужчин и детей.

Микробициды первого поколения будут готовы для распространения через пять-семь лет. Однако для того, чтобы это случилось, необходимо срочно и значительно увеличить инвестиции в научные исследования и разработку микробицидов, чтобы можно было провести испытания действенных и недорогих микробицидов с новыми механизмами действия в местах, накопивших большой опыт работы в условиях высокой заболеваемости. Сегодня структура частных рыночных отношений, построенных на получении прибыли, не позволяет направлять серьезных инвестиций на разработку микробицидов, несмотря на то что, по оценкам экспертов, потенциальные объемы рынка этих препаратов составят около 1,8 миллиарда долларов США к 2020 году (Access Working Group, 2002). Необходимо значительно повысить финансирование этой работы, чтобы без задержки провести тестирование опытных образцов микробицидов и провести подготовительную работу для эффективного распространения успешных препаратов.

гут девочкам окончить среднюю школу, приобретает жизненно важное значение. Факты свидетельствуют о том, что среднее образо-

По мере роста числа жертв эпидемии все больше бабушек ухаживают за сиротами по сравнению с тем, что было десять лет назад.

вание может значительно снизить уязвимость девочек к ВИЧ, поскольку годы, проведенные в школе, помогают развить навыки и возможности, необходимые для достижения большей экономической самостоятельности. Опыт многих стран подтверждает, что наличие школьных субсидий повышает девочкам доступ к образованию и приносит другие преимущества девочкам и их семьям. Кроме того, мониторинг таких субсидий проводить легче по сравнению с другими формами прямых субсидий. Следует принять меры для того, чтобы школы обеспечивали безопасные условия для девочек. Необходимы совместные усилия для более широкого включения преподавания жизненных навыков, а также вопросов сексуального и репродуктивного здоровья в учебные программы начальной и средней школы, а также для совершенствования обучения учителей, чтобы они могли эффективно преподавать эти предметы.

Недостаточный доступ к профилактике и лечению

Для женщин вероятность заразиться ВИЧ в результате одного

незащищенного полового акта с ВИЧ-инфицированным партнером гораздо выше, чем для мужчин. Однако зачастую именно от решения и поведения партнера-мужчины зависит, будет ли женщина заниматься сексом и будет ли этот секс защищенным. К сожалению, до сих пор нет широко распространенного метода профилактики под контролем женщины. Благодаря женским презервативам все больше женщин могут защитить себя, однако для этого все равно требуется определенное умение договариваться и желание мужчин идти навстречу. Кроме того, эти презервативы гораздо дороже мужских и, несмотря на признаки растущего спроса, пока недостаточно широко доступны и неоднозначно воспринимаются обществом. Микробициды, воздействующие на ВИЧ, могут выпускаться в форме гелей, кремов, суппозиторий (свечей) или колец и обещают стать достаточно эффективным средством для профилактики под контролем женщин. Сегодня уже несколько стран участвуют в испытаниях опытных образцов микробицидов. Микробициды помогут женщинам контролировать репродуктивное здоровье (но в то же время следует продолжить работу по преодолению существующего неравенства).

Подавляющее большинство детей, живущих с ВИЧ, заразились от своих матерей во время беременности, родов или грудного вскармливания. В Африке к югу от Сахары около 1,9 миллиона (1,7—2,3 млн) детей младше 15 лет жили с ВИЧ в конце 2004 года — почти 8 % от

общего числа ВИЧ-инфицированных в регионе (ЮНЭЙДС, 2004 г.). Многих из этих случаев можно было бы избежать, если бы женщины сами не были инфицированы и если бы инфицированные имели доступ к тестированию на ВИЧ и антиретровирусной лекарственной профилактике для них и их новорожденных детей. Однако слишком во многих местах до сих пор не существует служб добровольного консультирования и тестирования для выявления ВИЧ-статуса без беременности; и сегодня всего 1 % беременных женщин в странах, сильно пострадавших от эпидемии, предлагаются услуги, направленные на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку. Все больше таких программ появляется в большинстве сильно пострадавших стран, особенно в Африке к югу от Сахары, но лишь немногие из них также обеспечивают антиретровирусное лечение матерям, нуждающимся в проведении лечения.

Во всем мире мужчины имеют, как правило, лучший доступ к услугам по лечению и уходу в связи со СПИД там, где лечение от СПИД предоставляется в основном в частном секторе и в рамках испытаний лекарств. И это еще один показатель многих других преимуществ, которыми пользуются мужчины. В Африке общий доступ к лечению как для мужчин, так и для женщин остается удручающе низким — всего 150 000 человек имели доступ в июне 2004 года (ВНО, 2004). Доступ к добровольному консультированию и тестированию до сих пор представляет

серьезную проблему для девушек и женщин, которые не обращаются в службы репродуктивного здоровья, так же, как и для мужчин, которые обычно реже, чем женщины, пользуются услугами общественного здравоохранения. По мере глобального расширения программ по лечению возникает вполне оправданное опасение, что женщины могут упустить возможность узнать свой ВИЧ-статус и получить лечение, поскольку они боятся, что если окажутся ВИЧ-положительными, то партнеры узнают об их ВИЧ-статусе.

Препятствия, мешающие женщинам получить доступ к лечению и уходу, должны быть выявлены и преодолены. Отчасти эту проблему можно решить путем усиления служб по сексуальному и репродуктивному здоровью и лучшего обеспечения первичного доступа к услугам по лечению и уходу с помощью более совершенной системы выдачи направлений. Объединение служб лечения инфекций, передающихся половым путем, с деятельностью по планированию семьи поможет уменьшить страх женщин перед общественным осуждением и увеличить потребление ими соответствующих услуг. Также очень важно проводить более широкую работу по преодолению стигмы в связи с ВИЧ. Кроме того, необходимо обеспечить, чтобы отсутствие согласия опекунов или надлежащих документов не мешало девушкам моложе 18 лет получать услуги по добровольному консультированию, тестированию и лечению. Необходимо также добиться более широкого участия

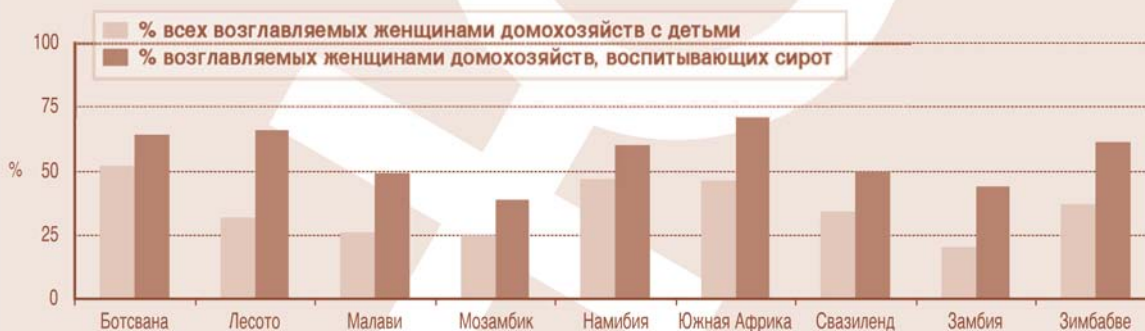
женщин в клинических испытаниях новых лекарственных препаратов.

Растущее бремя забот

СПИД усиливает и обостряет неравенство в распределении труда и обязанностей в домохозяйствах. Уже сегодня в странах юга Африки отмечается самый высокий средний процент домохозяйств, возглавляемых женщинами, — примерно 34 % домохозяйств с детьми в этом субрегионе по сравнению с 18 % в Западной и Центральной Африке и 21 % — в Восточной Африке (UNICEF and UNAIDS, 2003). Поскольку в основном уход за больными СПИД осуществляется в домохозяйствах (по оценкам, в странах Африки к югу от Сахары уход за больными СПИД в 90 % случаев обеспечивается на дому), то именно на плечи женщин ложится несоразмерно тяжелый груз этих забот (Ogden and Esim, 2003).

Как правило, в большинстве случаев уход на дому осуществляют женщины и девушки (например, во Вьетнаме 75 % всех людей, ухаживающих за людьми, живущими с ВИЧ, — женщины), они же чаще заботятся о сиротах, занимаются сельским хозяйством и ищут другие виды дохода для содержания домохозяйств (Ogden and Esim, 2003). Исследование, проведенное в трех провинциях Южной Африки, показало, что почти в трех четвертых домохозяйств, пострадавших от СПИД, главами становились женщины, значительная часть которых тоже боролась с болезнями, связанными со СПИД (Steinberg et al., 2002). Во многих районах нищета населения и слабость государственных служб еще больше усугубляются из-за СПИД, в результате чего бремя ухода превращается для женщин в настоящий кризис, который имеет далеко идущие

Процент домохозяйств, возглавляемых женщинами, и домохозяйств, возглавляемых женщинами, где воспитывают сирот, девять стран юга Африки, 2003 г.



Источник: Осиротевшие поколения Африки, ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС, 2003 г.

щие социальные, медицинские и экономические последствия.

Женщинам приходится платить слишком высокую цену, и это не только тяжелый физический труд и душевные страдания. Поскольку обязанности по уходу за больными отнимают все больше времени и сил, у женщин остается все меньше возможностей, чтобы продолжить образование, добиться некоторой финансовой независимости за счет заработков или приобрести профессиональные навыки. По сообщениям из примерно 40 % пострадавших домохозяйств Южной Африки, женщины, обеспечивающие основной уход, вынуждены отпрашиваться с работы или из школы, чтобы ухаживать за больными СПИД. Из-за того, что женщинам приходится отвлекаться от продуктивного труда, страдают целые семьи. Большинство из опрошенных в Южной Африке домохозяйств уже жили в нищете — некоторые в крайней нищете — до того, как появился СПИД. Эпидемия еще больше усугубила эту ситуацию. По словам респондентов, домохозяйства потеряли в среднем две трети доходов из-за необходимости лечения сопутствующих СПИД болезней. (Steinberg et al., 2002). Исследования в Танзании показали, что женщины тратят примерно на 50 % меньше времени на сельскохозяйственные работы, если их мужья серьезно больны (Rugalema, 1999). Тем временем возможность доступа к производительным ресурсам, таким как земля, кредиты, знания и навыки, обучение и технологии слишком часто определяется по гендерному признаку; при этом

женщины, как правило, подвергаются дискриминации.

Зачастую домохозяйства распадаются после смерти женщины — главы семьи, как это произошло в двух третях домохозяйств, опрошенных в районе Маникаланд (Зимбабве) (Mutangadura, 2000). Большая часть бремени забот, возникших после смерти женщины — главы семьи, ложится на плечи других, как правило, престарелых женщин, которые вынуждены принять на себя обязанности по воспитанию детей. Об этом свидетельствует целый ряд исследований (Steinberg et al., 2002; UNICEF and UNAIDS, 2003).

Во многих странах домохозяйства, возглавляемые женщинами, в том числе престарелыми, гораздо чаще принимают на воспитание сирот, причем большее число сирот, чем домохозяйства, главами которых являются мужчины. Сегодня, по мере роста числа жертв эпидемии, за сиротами ухаживает больше бабушек, чем десять лет назад. Например, в Ботсване, по оценкам экспертов, бабушки воспитывают примерно половину детей, потерявших мать или отца (UNICEF and Ministry of Local Government Botswana, 2003).

Системы социального обеспечения в большинстве наиболее серьезно пострадавших стран слишком слабы, чтобы хоть как-то облегчить это бремя. В результате нищие домохозяйства (особенно женщины и девушки, живущие в них) имеют крайне мало возможностей доступа к внешней помощи, которая могла бы защитить их от тяжелых последствий эпиде-

мии. Семьи, общины и правительства не должны полагаться только на силы и стойкость женщин в обеспечении устойчивой социальной помощи. Ухаживая за больными, возделывая землю, зарабатывая деньги или предлагая добровольную помощь, женщины вносят существенный вклад в благосостояние своих семей и национальной экономики в целом. Бремя забот, возникшее в связи со СПИД, влечет за собой убытки не только для женщин и их домохозяйств, но и для всей экономики — и это бремя необходимо облегчить. Программы по уходу за больными СПИД на дому не следует ограничивать только медицинским или медсестринским уходом. Они должны включать и услуги по консультированию, продовольственную и материальную помощь, выделение субсидий на школьное образование и создание возможностей для заработка в интересах домохозяйств. Также необходимо оказывать социальную защиту и экономическую поддержку людям старшего возраста и тем, кто заботится о сиротах, а кроме этого, разработать более удобные процедуры получения пенсий и пособий на детей, за счет которых иногда выживают целые семьи (HelpAge International, 2004).

Видеть общую картину

Необходимы стратегии для решения проблем структурной динамики эпидемии СПИД, в особенности широко распространенного гендерного неравенства, которое способствует распространению

ВИЧ. Одним из первых необходимых шагов должно стать лучшее понимание проблемы. Национальные программы должны обеспечить разделение данных об эпидемии по половому признаку. Это позволит провести более четкий анализ того, каким образом гендерные отношения влияют на эпидемию, и выявить потребности женщин и девушек, мужчин и юношей в связи со СПИД — такое знание жизненно необходимо для разработки более эффективных программ борьбы со СПИД.

В равной степени важно более тесно вовлекать женщин в разработку и руководство программами, которые для них предназначены. В первую очередь, это касается женщин, живущих с ВИЧ, которые могут внести уникальный вклад в усиление мероприятий по противодействию эпидемии. Кроме того, развитие сильных организаций гражданского общества, особенно женских и молодежных групп, может улучшить охват, подотчетность и эффективность программ по СПИД.

Во всех этих усилиях мужчины и юноши должны играть более активную роль. Сегодня мир, в котором живут женщины, в основном определяют мужчины, а это значит, что они должны выступить партнерами в проведении социальных изменений. Программы, направленные на женщин, должны научиться вовлекать мужчин в работу в качестве партнеров, для того чтобы создать такие социальные структуры, которые будут оказывать больше поддержки женщинам. Участие мужчин в программах

по уходу на дому и других поддерживающих мероприятиях станет одним из способов расширения их ответственности за здоровье и благосостояние в их общинах и странах. Именно мужчины и юноши смогут бросить вызов пагубным стереотипам мужественности и преодолеть их, повести борьбу с позорным насилием в отношении женщин и взять на себя долю ответственности за профилактику и защиту в связи с ВИЧ, особенно в отношениях со своими партнерами.

Все это представляет собой очень нелегкую проблему. Проме-

жуточные меры, принимаемые в условиях кризиса, помогают добиться временного облегчения, однако в долгосрочной перспективе они оказываются недостаточными, если условия, способствующие распространению ВИЧ, остаются без изменений. Это вовсе не означает, что эпидемию можно будет победить только после установления гендерного равенства. Однако прогресс на этом фронте совершенно очевидно поможет уменьшить масштабы, тяжесть и продолжительность глобальной эпидемии СПИД.

Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИД

Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИД была создана ЮНЭЙДС в начале 2004 г. для привлечения внимания к воздействию ВИЧ/СПИД на женщин и девушек и для стимулирования эффективных действий, направленных на снижение этого воздействия. Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИД — это не просто новая организация, это движение людей, сетей и организаций, получающее поддержку со стороны активистов, лидеров, представителей правительств, общественных деятелей и знаменитостей. Ее деятельность сосредоточена на семи направлениях:

- профилактика ВИЧ-инфекции среди девочек и молодых женщин;
- снижение насилия в отношении женщин;
- защита имущественных прав и прав наследования женщин и девушек;
- обеспечение равного доступа женщин и девушек к уходу и лечению;
- поддержка повышения качества услуг по уходу в общинах, с уделением особого внимания женщинам и девушкам;
- пропаганда доступа к новым средствам профилактики, включая женские презервативы и микробицидные препараты;
- поддержка постоянной работы по обеспечению всеобщего образования для девочек.

Дополнительную информацию можно получить в ЮНЭЙДС или в Интернете по адресу: <http://womenandaids.unaids.org>

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

Оксана (Симферополь)

Меня зовут Оксана. В данный момент я работаю консультантом по АРВ-терапии по принципу «равный-равному».

Как оказалось, это очень нужная и интересная работа. Во-первых, я информирую людей о проблеме ВИЧ/СПИД, т. к. большое количество пациентов не имеют достаточной информации о своей болезни.

Во-вторых, я рассказываю людям об АРВ-терапии. Мне проще находить контакт с ними, т.к. я и сама ее принимаю. Все-таки одно дело — им говорят доктора, а другое дело — им говорит человек с такой же проблемой, с таким же статусом.

В-третьих, я и сама постоянно узнаю что-то новое в общении с пациентами.

Раньше я употребляла наркотики, но просто от этого устала. Пролечилась в наркологическом реабилитационном центре. Там я впервые услышала об АРВ-терапии. Затем я пришла в КРЦ профилактики и борьбы со СПИД, где уже получила более полную информацию. А вообще я на учете с 1996 г. И все эти годы из-за своих страхов, неинформированности не посещала центр. А тут пришла и увидела человеческое отношение к больным. Я не почувствовала дискриминации в отношении себя и других людей с ВИЧ-статусом. Наоборот, я нашла здесь поддержку и понимание, мне еще и смысл жизни дали почувствовать. Теперь я точно знаю, что надо жить! И у меня появилась возможность не просто жить полноценной жизнью, но и приносить пользу обществу.

глава пятая

Эпидемиология ВИЧ-инфекции и СПИД

Эпидемиология изучает закономерности распространения инфекционных болезней и разрабатывает меры борьбы с эпидемиями. Она дает возможность предсказать, как будут развиваться эпидемии и кого они, вероятнее всего, поразят. Эпидемиологи отслеживают типы болезней и часто в процессе своей работы выявляют новые заболевания. ВИЧ-инфекция и СПИД — яркий пример этого: возможность появления нового заболевания, для которого будет характерно подавление иммунитета, впервые предположили, когда Центр по контролю и профилактике заболеваний в США отметил необычно большое количество заказов на препараты для лечения ПЦП, которая в то время была очень редким заболеванием.

Эпидемиология объясняет:

- как возникла эпидемия;
- где она развивается в настоящее время;
- как она, скорее всего, будет развиваться.

Адекватное понимание настоящей природы эпидемии ВИЧ и путей ее вероятного развития в ближайшем и отдаленном будущем является жизненно необходимым, так как работа государственных служб — включая службы оказания помощи и

профилактики ВИЧ-инфекции — должна соответственно планироваться, точно направляться и эффективно осуществляться.

Эпидемиология дает нам информацию по двум отдельным, но тесно связанным между собой вопросам:

- Как передается ВИЧ?
- Кто в первую очередь подвержен риску заражения (в прошлом, настоящем и будущем)?

Группы высокого риска

Эпидемиологи используют выражение «группы риска» для обозначения людей, которые могут быть уязвимы в отношении определенной медицинской или социальной проблемы. Сегодня чаще употребляют другой термин — «уязвимые группы». Например, курильщики представляют собой группу риска развития рака легких и нуждаются в специализированной целенаправленной просветительской работе. Таким образом, идея выделения групп риска полезна для определения потребности в ресурсах и услугах.

Несмотря на то, что каждый человек при контакте с ВИЧ является биологически восприимчивым к инфекции, это не означает, что риск заражения вирусом одинаков для всех.

Учитывая все это, определенные группы населения можно назвать уязвимыми группами с большой точностью, так как они подвергаются наивысшему статистическому риску стать ВИЧ-инфицированными путем незащищенного секса или рискованного употребления инъекционных наркотиков. Это позволяет установить приоритеты в просветительской деятельности на тему ВИЧ-инфекции, а также в обеспечении помощью. В мире ограниченных ресурсов имеет смысл их целенаправленное распределение между сферами, где они наиболее необходимы.

К сожалению, эта положительная концепция была неправильно использована в процессе развития эпидемии. Идентификация МСМ и ПИН как групп риска в начале 80-х годов не привела к концентрации на них просветительских услуг и помощи государства (эта деятельность в большой степени была отдана на откуп недостаточно финансируемых волонтерских организаций с тем, чтобы они «присматривали за своими»). Напротив, сформировалось ложное убеждение, что члены уязвимых групп представляют повышенный риск для окружающих, а не сами подвергаются ему. На МСМ и ПИН обрушился шквал истерических обвинений, предубеждения и дискриминации.

Неправильная интерпретация эпидемиологического понятия «группы высокого риска» также сыграла роль в возникновении ложной интерпретации связи между группами. Отсюда возникла идея относительно того, что ВИЧ-инфекция от

МСМ через мужчин-бисексуалов переходит к женщинам, а далее, именно таким образом, распространяется среди населения в целом, что не соответствует действительности, имея в виду влияние на темпы распространения эпидемии.

Поэтому работники служб, занимающихся профилактикой ВИЧ-инфекции в 80-х годах, много сделали для того, чтобы снизить употребляемость терминологии, касающейся групп высокого риска. Но теперь, после всех происшедших событий, стало ясно, что отказ от употребления понятия может принести больше вреда, чем пользы.

Направление просветительской работы относительно СПИД, которое делало акцент на том, что потенциально каждый человек имеет риск ВИЧ-инфицирования, было также интерпретировано неправильно: из него был сделан вывод, что риск для каждого человека одинаков. Как следствие, деятельность в области профилактики ВИЧ-инфекции в 80-х годах характеризовалась неопределенными и нецеленаправленными кампаниями «для населения в целом», а инициативами, направленными на группы наивысшего риска, практически полностью пренебрегали.

Это привело к двум типам неблагоприятных последствий. Во-первых, люди гетеросексуальной ориентации, не употреблявшие наркотики, решили, что они не подвергаются такому высокому риску ВИЧ-инфицирования, как это утверждали информационные кампании, и в настоящее время не склонны доверять никакому направленному на них просвещению в области СПИД. Во-вторых, не

уделялось внимания проведению кампаний на тему безопасного секса для МСМ. Это, скорее всего, было одной из причин повышения распространенности незащищенного секса и увеличения числа новых случаев заражения ВИЧ среди МСМ, начиная с конца 80-х годов.

В условиях низкой распространенности инфекции обычно считается, что эпидемия изначально концентрируется в определенных группах риска — обычно в среде работников секс-бизнеса, потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих сексуальные

О терминологии

Впервые слово «гомосексуал» появилось в 1869 году благодаря венгерскому доктору Бенкерту и вошло в обиход английского языка благодаря Хэвдлоку Эллису, который в 90-х годах прошлого столетия исследовал человеческую сексуальность. Слово «гомосексуал» происходит от греческого *homos* — такой же, а не от латинского *homo* — человек. Противоположное понятие «гетеросексуал» (греческое *heteros* означает иной) появилось позднее, а Бенкерт говорил о гетеросексуальном поведении как о «нормальной сексуальности».

В русском языке смысловое, семантическое неравенство «гомо» и «гетеро» выражено сильнее, чем в английском, французском и немецком. Употребляемый в тех языках термин «гомосексуальность» имеет точный аналог в «гетеросексуальности». Слово «гомосексуализм» звучит сильнее, потому что «гетеросексуализма» не бывает, а всякий «-изм» — что-то странное и подозрительное. То же самое с «-ист». Лишний «-ист» — и уже дискриминация.

Слово «гей» (англ. *gay* — веселый, радостный; яркий, пестрый) в настоящий момент является синонимом слова «гомосексуал». Точно неизвестно, когда это слово впервые стало использоваться в гомосексуальном контексте, но английская писательница Гертруда Стейн (*Gertrude Stein*) применила его для описания двух гомосексуальных подруг в своем коротком рассказе «Мисс Фурр и мисс Скин». Интересен тот факт, что первоначальное понятие «гей» было адресовано к женщинам, но в XIX веке значение его изменилось. Поскольку слово «гей» проще писать и произносить, чем «гомосексуал», и к тому же оно не несет клинического оттенка, данное слово легко вошло в обиход.

Дебаты вокруг определения «мужчины, которые имеют сексуальные отношения с другими мужчинами» не прекращаются, поскольку некоторым кажется, что это определение касается мужчин, которые живут половой жизнью с другими мужчинами, но не считают себя геями; другие полагают, что это определение охватывает все разнообразие мужчин, включая тех, кто сам себя не считает геем или бисексуалом, и тех, кто не осуждает их сексуального поведения.

отношения с мужчинами. Как правило, эти виды занятий в высшей степени стигматизированы. Однако представители этих особенно уязвимых групп не живут в изоляции; они общаются с другими группами населения, и это подтверждают данные поведенческих исследований. Тем не менее, своевременные, широкомасштабные мероприятия именно среди групп риска могут остановить потенциальную эпидемию.

В условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции эпидемия широко распространяется среди всего населения. Чем выше уровень

распространенности инфекции в целом по стране, тем выше доля людей, которым нужно перейти к безопасному поведению для того, чтобы поставить эпидемию под контроль. В таких случаях важнейшее значение приобретает широкий охват населения эффективными мероприятиями.

Основой эффективности профилактики, независимо от уровня распространенности ВИЧ-инфекции, является применение важнейших профилактических стратегий с учетом реалий эпидемии на местном, национальном или даже региональном уровнях.

глава шестая

Для чего нужны эпидемиологические исследования

Важность целенаправленных мер профилактики ВИЧ-инфекции

Аргументация в пользу целенаправленных мер профилактики ВИЧ-инфекции базируется на значительных различиях в частоте ее распространения среди людей, которые практикуют различные виды поведения, связанные с высоким риском ВИЧ-инфицирования, проживают в различных местностях и принадлежат к различным демографическим группам.

Привлечение внимания общественности к тому, что большое количество людей подвергается низкому, но не нулевому риску, имеет потенциально серьезные политические последствия. Люди не очень объективно способны оценить информацию относительно маловероятных событий, которые могут иметь неблагоприятный исход. Они склонны значительно переоценивать либо недооценивать вероятность таких событий. При этом небольшие количества новой информации могут оказывать слишком сильное влияние на сделанные ими оценки.

Поэтому привлечение общественного внимания к низкому, но не

совсем нулевому риску ВИЧ-инфицирования может привести к переоценке многими людьми степени своего риска заразиться. Если полученная впоследствии информация, в том числе личный опыт, противоречит этим преувеличенным страхам, люди склонны возвращаться к прежней недооценке риска.

К тому же люди могут заключить, что работники системы здравоохранения, активисты движения по борьбе со СПИД и исследователи сознательно манипулируют их страхом перед заражением ВИЧ с целью продвижения своих проектов. Эффективная программа профилактики ВИЧ-инфекции должна иметь в составе как **универсальный**, так и **целевой** компонент. Универсальный компонент включает снижение уровня дискриминации, имеющей отношение к проблеме ВИЧ-инфекции, снятие коммерческих ограничений на материалы, необходимые для «безопасного» поведения, и предоставление информации относительно риска заражения ВИЧ. Целевой компонент включает концентрирование ограниченных ресурсов, необходимых для интенсивных программ

изменения поведения, на ситуациях, где риск инфицирования ВИЧ является наивысшим. Такая стратегия была бы практическим выражением принципа «Широко предупреждайте и мудро расходуйте».

Целевая профилактика ВИЧ-инфекции фактически обозначает цепочку последовательных решений, которые принимаются в процессе профилактической работы. Эта цепочка включает:

- определение местных потребностей (в идеале со ссылками на эпидемиологические данные национального и местного масштаба);
- признание наличия определенных групп риска/потребностей;
- решение относительно распределения ресурсов для удовлетворения определенных потребностей (выбор приоритетов);
- разработку стратегии деятельности с конкретной уязвимой группой;
- оценку влияния целенаправленной работы;
- адаптацию стратегии с учетом результатов оценки и влияния целенаправленной работы на эпидемиологические тенденции.

На кого должна быть нацелена работа в области профилактики ВИЧ-инфекции?

ВИЧ-инфекция по-прежнему концентрируется в определенных группах населения, на которые достаточно легко нацелить работу служб, призванных свести риск передачи ВИЧ к минимуму.

Например, в Великобритании по-прежнему большое значение имеет профилактическая работа среди MSM, потому что в этой группе риск

ВИЧ-инфицирования продолжает оставаться наивысшим (в отличие от Украины, где наиболее уязвимой группой остаются ПИН). Это особенно важно, если учитывать последние данные о том, что число новых случаев ВИЧ-инфекции среди MSM снова возрастает во многих странах.

Работая с MSM и бисексуалами, следует также принимать во внимание вероятность того, что они могут иметь незащищенные сексуальные контакты с женщинами.

Эффективная профилактика ВИЧ сочетает в себе стратегии, рассчитанные на все общество, с мерами, нацеленными на группы населения, подвергающиеся самому высокому риску.

Потребители наркотиков являются частью общества

Эпидемия ВИЧ-инфекции, связанная с потреблением инъекционных наркотиков, не будет ограничена только средой наркопотребителей. Большинство из них — молодые, сексуально активные мужчины. Они могут заразиться или передать ВИЧ не только вследствие использования общего инъекционного инструментария, но и сексуальным путем, с регулярными или случайными партнерами. Потребление инъекционных наркотиков также сильно пересекается с секс-бизнесом, поскольку наркопотребители часто пользуются услугами коммерческого секса сами или продают такие услуги, чтобы купить себе наркотики.

Небольшие, изолированные профилактические мероприятия могут замедлить развитие эпидемии, но ненадолго, как показал опыт Непала. Осуществление

программ по обмену игл в этой стране началось еще в 1991 году; а в 1995 году некоторые исследователи уже объявили, что благодаря этим мерам удалось предотвратить эпидемию среди ПИН. Однако к 1997 году почти половина наркопотребителей, прошедших тестирование в Катманду, были инфицированы ВИЧ. Программа по обмену игл имела крайне ограниченный характер и охват, поэтому не смогла оказать значительное и долгосрочное воздействие. Ее пришлось расширить. Программы по обмену игл и шприцев были также расширены в некоторых странах Европы и в Австралии.

В 2000 году в Англии и Уэльсе действовало 420 программ по распространению шприцев, в рамках которых было роздано 27 миллионов шприцев, то есть 180 — 540 штук на одного ПИН в год.

Данные, полученные из экономически развитых государств и стран с

низким уровнем доходов, показывают, что эффективные программы по профилактике и уходу все-таки можно осуществлять, несмотря на маргинализацию, общественное презрение и карательные законодательные меры, которые сопровождают жизнь ПИН. Однако наибольшего успеха такие программы достигают, когда законы страны и организация работы полиции способствуют профилактической работе среди ПИН.

В Украине удалось преодолеть серьезные официальные препятствия. В 1998 году парламент страны внес в закон о борьбе с ВИЧ/СПИД гарантии государственной поддержки предоставления наркопотребителям услуг по обмену игл. В рамках этой непростой правовой реформы было также отменено обязательное тестирование. Поначалу в политических и общественных кругах высказывались опасения, что такие изменения подстегнут рост

Большое плавание — большой риск

Матросы торгового флота, пересекая Мировой океан и заходя из порта в порт, особенно уязвимы к ВИЧ-инфекции. В Таиланде команда единомышленников решила заняться решением этой проблемы. Созданный при посредничестве Экономической и социальной комиссии ООН для Азии и Тихого океана, Таиландского предпринимательского совета по СПИД и Таиландского исследовательского центра Общества Красного Креста, этот проект включает вопросы ВИЧ/СПИД в стандартные программы обучения в морских колледжах. Уже идет работа в рамках пилотного проекта, охватывающего и другие колледжи Таиланда. Следующим этапом будет проведение программ информирования по вопросам ВИЧ/СПИД непосредственно на судах, включая подготовку команды «учителей»-коллег, которую можно будет направлять для проведения взаимного обучения на различных судоходных линиях.

потребления наркотиков и усугубят другие социальные проблемы. Однако масштабная информационная кампания и широкое обсуждение проблемы общественностью постепенно убедили избирателей и законодателей в том, что эта реформа в конечном итоге послужит на пользу всему обществу.

Целенаправленная работа с ПИН, по мнению британских специалистов, останется необходимой, несмотря на очевидно уменьшающуюся распространенность ВИЧ-инфекции в этой группе. Это происходит потому, что число ПИН-новичков и зарегистрированных (стоящих на учете) лиц, страдающих наркотической зависимостью, продолжает расти.

Профилактика ВИЧ-инфекции необходима также среди туристов и работающих за границей лиц. Такую работу можно проводить при помощи разнообразных методов. Например, целесообразно, чтобы любой человек, нуждающийся в вакцинации против тропических инфекций, был ознакомлен с факторами риска ВИЧ-инфицирования за границей.

Проводя профилактическую работу среди основных уязвимых для ВИЧ-инфекции групп, также нужно учитывать дискриминацию, которой подвергаются эти группы и вообще люди, инфицированные ВИЧ или больные СПИД.

Успехи, достигнутые в Камбодже, Сенегале, Таиланде, Уганде и городских районах Замбии, а также в целом ряде экономически развитых стран, доказывают эффективность

Мы сейчас осознаем, что эпидемия ВИЧ/СПИД находится на ранней стадии своего развития, и по-прежнему остается неясным, как она будет развиваться в долгосрочной перспективе. Невзирая на очевидную потенциальную угрозу взрывоопасного роста эпидемии всего за несколько лет, общую динамику ее развития следует рассматривать в масштабах нескольких десятилетий.

*Питер Пиот,
Исполнительный Директор
ЮНЭЙДС*

всеобъемлющих профилактических подходов. Этот опыт наглядно демонстрирует, что именно является эффективным.

Одного знания недостаточно. Для достижения изменений в поведении требуется распространять целевую информацию, подходящую к местным условиям, обучать умению договариваться и принимать решения, предоставлять социальную и правовую поддержку безопасного поведения, обеспечивать доступ к средствам профилактики (например, презервативам или стерильным иглам) и мотивировать людей к изменению поведения.

Риск и уязвимость в разных странах весьма различны, равно как и возможности по выявлению конкретных уязвимых групп и работе с ними. Какой-либо один профилактический подход не может быть эффективным повсеместно. Для того чтобы добиться изменения поведения и сохранения его устойчивости в

масштабах страны, целевые профилактические программы должны использовать разнообразные компоненты, разработанные в тесном сотрудничестве с представителями всех уязвимых групп, чтобы удовлетворить их специфические потребности и учесть многочисленные факторы, влияющие на изменение поведения.

Поскольку характер эпидемии постоянно меняется, профилактические мероприятия должны разрабатываться с учетом развития эпидемии, данных исследований и оценок, подтверждающих успех или неудачу. Как и общество, эпидемия находится в постоянном движении, приспосабливаясь к окружающим факторам и обстоятельствам.

глава седьмая

Отношение общественности к СПИД

Предубеждение, стигма и дискриминация требуют постоянной борьбы. Опыт дает нам мощный урок того, что битва с предубеждением и стигмой никогда не оканчивается безоговорочной победой. То, что СПИД повсюду ассоциируется с жестокими страданиями, смертью и поведением, о котором людям трудно говорить и которое трудно принять, значит, что со стигмой СПИД придется постоянно бороться.

Раздуваемое желтой прессой предубеждение в отношении больных СПИД и ВИЧ-положительных людей развивалось с распространением эпидемии. Использование авторитета знаменитостей и членов королевских семей с целью стимуляции осознания общественностью проблемы СПИД началось приблизительно тогда же, когда общественное просвещение начало акцентировать внимание на риске ВИЧ-инфицирования для населения гетеросексуальной ориентации. До этого времени известные люди избегали того, чтобы их имена связывали со словом «СПИД», из страха, что это может быть воспринято как публичное признание гомосексуальности. В 1987 г.

теленеделя осознания проблемы СПИД в Великобритании использовала знаменитостей — например, певца Яна Дьюри — для обращений к молодежи на предмет безопасного секса. Ожидалось, что реклама применения презервативов знаменитостью вызовет у молодых людей больше доверия, чем врачебные советы.

Авторитет знаменитостей использовался также другими путями: для привлечения средств и для выражения сочувствия людям, больным СПИД. В 1987 г. принцесса Диана открыла палату для ВИЧ-положительных в одной из лондонских больниц. Это

«Вы можете любить людей, больных СПИД. Вы можете прикасаться к ним. Вы можете быть друзьями. Вы можете ухаживать за ними. Мы все одинаковые».

*Нкоси Джонсон,
активист движения против СПИД,
Йоганнесбург, Южная Африка*

было первое из многих появлений принцессы на публике в поддержку больных СПИД, показывавшее ее заботу о них. Особенно замечено прессой было ее решение не

надевать ни защитной одежды, ни перчаток, которые многими воспринимались как обязательная предосторожность при контакте с ВИЧ-инфицированными людьми. Это был первый из жестов доброй воли, значительно изменивший отношение общественности к инфицированным. Принцесса впечатляюще продемонстрировала, что ее не пугает ассоциация ее имени с больными СПИД, хотя это и вызвало жестокую критику со стороны части общественности. «Она что, действительно хочет войти в историю как святая — покровительница содомского греха?» — спрашивал журналист из «Санди Экспресс».

Участие принцессы Дианы также помогло общественности по-другому взглянуть на проблему СПИД. Когда известные и богатые люди увидели, что принцесса готова связать свое имя со столь противоречивой проблемой и посвятить ей часть своего времени, многие из них, похоже, наконец ощутили, что это безопасно и они тоже могут так поступать.

«Те из нас, кто живут с ВИЧ, сталкиваются с дискриминацией. Для меня, да и для многих других, самое страшное заключалось в том, что мы оказались «за бортом» в плане получения работы. Если у нас нет работы, мы не можем содержать свои семьи [...]. Я ведь способный, я учился для того, чтобы делиться своими знаниями с обществом, чтобы использовать знания, которые я получил».

*Рамон Асеведо,
НПО «Друзья всегда друзья»,
Доминиканская Республика*

Что такое алая лента? Алая лента — это символ осознания людьми важности проблемы СПИД, принятый во всем мире. Память о сотнях тысяч людей, унесенных этой жестокой болезнью. Это символ нашей солидарности с теми, кого эпидемия СПИД коснулась лично: с людьми, живущими с ВИЧ-инфекцией и СПИД, с их близкими, родными и друзьями. Это символ надежды на то, что скоро будет найдено лекарство, излечивающее от СПИД, и вакцина, предохраняющая от заражения. Символ поддержки ведущихся во всем мире научных разработок и клинических испытаний, призванных найти новые лекарства и вакцину от СПИД. Алая лента — это символ протеста против истерии и невежества, против дискриминации и общественной изоляции людей, живущих с ВИЧ.

Смерть поп-звезды Фредди Меркьюри от СПИД в конце 1991 года стала вторым знаменательным моментом. Она вызвала равные по силе излияния тоски и яда гомофобии; средства от повторного выпуска сингла «Богемская рапсодия» были переданы в благотворительный фонд Терренс Хиггинс Траст. Дальнейшие сборы от ряда посмертных перевыпусков альбомов Меркьюри были переданы фонду Меркьюри-Феникс Траст, а в мае 1992 года на стадионе Уэмбли состоялся грандиозный рок-концерт, собравший вместе многих звезд мировой величины. Его целью была стимуляция осознания проблемы СПИД, а также привлечение средств в поддержку больных СПИД и ВИЧ-инфицированных. Это и было то событие, которое

Я хочу обратиться к людям, которые считают нас наркоманами, проститутками, падшими людьми: «Не думайте о нас плохо. Я не наркоманка, но так сложилось, что у меня ВИЧ, и в этом нет моей вины. Не надо думать о нас, как об изгнанных из общества. Мы такие же, как и вы, только у нас в крови есть вирус. Нам и вам нужно общаться и не заикливаться на болезни. Не нужно выбрасывать нас из жизни — в этом ничего особенно страшного нет, с этим можно жить. А когда время придет... оно придет, и от этого никуда не денешься. Мы такие же, как вы, ничем не отличаемся от вас, мы не инопланетяне, и не надо от нас ограждаться».

Венера (Украина)

запечатлело в общественном сознании алую ленту.

Алая лента была принята в США во время войны 1991 года в Персидском заливе как символ осознания проблемы СПИД и знак протеста активистов против выделения государством гигантских средств на военные действия, в то время как ассигнования на борьбу со СПИД администрация Буша урезала.

Активисты выбрали своим символом алую ленту по контрасту с желтыми лентами, которые носили в память военнослужащих, принимавших участие в войне. Однако алая лента пережила войну в заливе и приобрела международное значение как символ озабоченности проблемой СПИД. Алая лента появлялась на церемонии вручения престижной премии «Эмми» в 1991 г., на вручении «Оскара» и на

концерте в поддержку осознания проблемы СПИД памяти Фредди Меркьюри в 1992 г., во время проведения Всемирного дня СПИД в 1992 г. и на церемонии инаугурации Президента США Клинтона в 1993 г.

Стигма и страх, окружающие СПИД сегодня так велики, что во многих местах участники программы лечения на дому ухаживают за терминально больными людьми и помогают их семьям без единого упоминания слова «СПИД». Всему миру стал известен случай Гугу Дламини, молодой зулусской женщины, которую забила до смерти разъяренная толпа в местном баре после того, как она публично признала себя ВИЧ-позитивной во Всемирный день борьбы со СПИД в 1998 году. Это не был единичный случай: истории о том, как инфицированных женщин, детей и мужчин бросали умирать в темных углах и физически избивали, — не редкость, и поэтому прорвать стену молчания тяжело. Тем не менее все больше и больше людей находят храбрость говорить об этом вслух и проявлять сочувствие к людям со СПИД, когда они сами заражаются или становятся очевидцами страданий и смерти любимых.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

ЧТО ЗНАЧИТ ДЛЯ МЕНЯ ЖИТЬ С ВИЧ?

Тамила (Украина)

Для меня жить с ВИЧ означает, что будильник моей жизни уже заведен и отсчет времени по нему уже пошел. О том, что у меня ВИЧ, я узнала, лежа в больнице, очередной раз избавляясь от наркотической

зависимости. Когда мне сообщили о моей проблеме, показалось, что земля уходит из-под ног. Мне казалось, что со мной этого произойти не могло, что жизнь для меня почти окончена. К чему теперь бросать наркотики?

Но еще большей проблемой для меня стало отношение ко мне людей, которым становилось известно о моей болезни. Люди шарахались от меня, как от чумы. Но почему? Ведь ВИЧ не передается бытовым путем.

Нет, я не обвиняю людей в бесчеловечности, потому что за такой болезнью, как ВИЧ, стоит смерть. Но и рак ведет к тому же исходу! Однако к людям с таким заболеванием относятся с состраданием, а ВИЧ или СПИД воспринимаются не иначе как позорная болезнь. Да, о нем очень не просто рассказывать кому бы то ни было. Даже людям, на которых привык полагаться в трудных обстоятельствах. Страх столкнуться с испугом или враждебностью заставляет не доверять никому.

Зла я никому не причинила. Ведь в таком положении, как я, может оказаться любой человек. Разве может он после этого перестать быть человеком только потому, что болен? И даже если ВИЧ-инфицированному повезло и никто, кроме лечащего врача, не знает о его тайне, он никогда не станет прежним. Все то, чем он жил, потеряет прежнюю ценность, друзья и близкие станут казаться пустыми и беззаботными людьми; да еще и живи с кляпом во рту.

Мне кажется, что нужно бороться именно с болезнью, а не с людьми, которые заболели. Мы же не убега-

ем от своих близких и знакомых, когда они простуживаются, хотя и знаем, что можем заразиться сами. В этой проблеме нужно видеть прежде всего человека. И относиться к нему не как к источнику заразы, а как к пострадавшему. Когда люди попадают в аварии, мы же не бросаемся врассыпную. Наоборот, спешим к ним, чтобы оказать помощь. Так и ВИЧ-инфицированных нужно принимать — как людей пострадавших, попавших в сложную жизненную аварию.

Отчего же такая дискриминация?

Моя знакомая ВИЧ-инфицированная. Ее дочурке 1,5 годика, и она тоже инфицирована. Очень умный и одаренный ребенок. Но когда ее приносят в больницу, то невозможно найти врача, который уделил бы должное внимание крошке. Девочку если и осматривают, то с отвращением. А в чем виноват этот ребенок? И таких случаев можно привести великое множество.

Иногда я просто схожу с ума, думая о том, что никогда не смогу иметь детей, что никто и никогда не назовет меня ласково мамой. За эти слова я, наверное, отдала бы полжизни. А ведь я еще так молода...

И все-таки я благодарна своей прошлой жизни. Потому что, если бы не было ВИЧ, я так и не поняла бы, зачем я на этой земле и в чем смысл жизни. Я вообще считаю, что ВИЧ-инфекция — это болезнь «проверки на качества» человека. Она дает возможность пересмотреть свою жизнь и выбрать главное.

Жизнь с ВИЧ-инфекцией — это жизнь в другом измерении. Ты подружому все ощущаешь, видишь и

обдумываешь каждый шаг, прежде чем что-то сделать; жизнь становится более насыщенной и интересной. Каждый день проживаешь как последний; радуешься каждому новому дню.

Еще благодаря моей болезни, жизнь свела меня с людьми, которых я никогда бы не встретила раньше — это настоящие друзья. Они воспринимают меня такой, какая я есть, несмотря на то, что у меня ВИЧ. Они поддерживают меня в трудные минуты, и мне становится легче жить. Я люблю вас всех!

Жизнь прекрасна со всеми ее достоинствами и недостатками.

Чтобы бороться со СПИД, нужно пропагандировать безопасный секс, а лучше — чистые, верные

отношения. Чтобы помочь ВИЧ-инфицированным, нужно изменить общественное мнение, помогать им открываться близким, создавать службы реабилитации, а также группы взаимопомощи и поддержки ВИЧ-инфицированных. Тогда эти люди, живущие рядом, не будут чувствовать себя выброшенными за борт жизни, а смогут спокойно общаться с такими же, как сами, и чувствовать поддержку других.

Для меня ВИЧ-инфекция — это не страшная болезнь, хотя и смертельная. Ведь все мы на этой земле не вечны. И никто не знает, сколько ему отмерено. Но с ВИЧ можно жить полноценно. И другим можно жить с ними рядом.

третий раздел
ВИЧ и законодательство



люди и ВИЧ

глава первая

Права человека и ВИЧ

СПИД и права человека

В «мире СПИД» недостаточная защита прав человека может стать вопросом жизни и смерти. И, наоборот, защита этих прав помогает людям избежать инфекции или — если они уже инфицированы — более успешно справляться с последствиями ВИЧ/СПИД.

ВИЧ углубляет линии социально-экономического раздела среди общин и сообществ. Во всем мире от ВИЧ/СПИД больше всего пострадали люди и сообщества, которые не имеют равного доступа к основным социально-экономическим правам. Ущемление основных прав ограничивает возможности людей в плане защиты своей самостоятельности, получения средств к существованию и обеспечения самозащиты, что делает их более уязвимыми как к самой ВИЧ-инфекции, так и к последствиям этой эпидемии.

Группы, пострадавшие в результате социальной дискриминации, включают женщин и детей, а во многих местах — расовые и этнические группы, мигрантов и беженцев. Другие группы страдают в результате дискриминации по той причине, что деятельность, в которой они участвуют, является уголовно наказуемой или не одобряется обществом. Это

люди иной сексуальной ориентации, а также работники секс-бизнеса, потребители наркотиков и заключенные.

По этой причине необходимо дать оценку эпидемии в контексте прав человека.

Права человека, которые важнейшим образом касаются снижения последствий эпидемии, содержатся в действующих документах по правам человека, таких, как Всеобщая декларация прав человека, Пакт об экономических, социальных и культурных правах, Пакт о гражданских и политических правах, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Конвенция о правах ребенка.

Принципы недискриминации, равенства и участия являются основными принципами для реализации эффективной стратегии по ВИЧ/СПИД, включающей права человека. Если говорить более конкретно, принципы в области прав человека, которые непосредственно касаются защиты достоинства людей, инфицированных или пострадавших в результате ВИЧ/СПИД, а также предупреждения распространения инфекции, включают: недискриминацию; право на здоровье; право на равенство между мужчинами и женщинами; права

детей; право на неприкосновенность частной жизни; право на получение образования и информации; право на труд; право вступать в брак и основывать семью; право на социальное обеспечение, помощь и благосостояние; право на свободу и право на свободу передвижения.

В контексте ВИЧ/СПИД правительства обязаны уважать, защищать и выполнять права человека. Ряд международных правовых документов, принятых за последние 50 лет, создает основу для подотчетности. Кроме того, в последние два года интерпретация документов по правам человека в связи с ВИЧ/СПИД получила более широкое признание:

- Общий комментарий 14 к праву на здоровье (май 2000 г.), принятый Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам, рассматривает ряд характерных ключевых особенностей права на здоровье в контексте ВИЧ/СПИД. Сюда включаются наличие и приемлемость служб, товаров, услуг и программ, действующих в области общественного здравоохранения, а также доступ к ним.
- Резолюция Комиссии ООН по правам человека 2001/33 о «Доступе к лекарственному лечению в контексте таких пандемий, как ВИЧ/СПИД» признает, что доступ к лекарственному лечению в контексте таких эпидемий, как ВИЧ/СПИД имеет фундаментальное значение в целях обеспечения полного осуществления права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Эта резолюция призывает государства проводить политику,

которая должна обеспечивать наличие связанных с ВИЧ/СПИД лекарственных препаратов в достаточном количестве и таким образом, чтобы они были доступными для каждого человека.

Кроме того, тесная связь между ВИЧ/СПИД и правами человека была подтверждена в ходе специальной сессии Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД в 2001 г.

Международное законодательство в области прав человека обеспечивает надежную основу для того, чтобы отдельные лица и организации имели возможность доказать необходимость перемен и действий: требовать и осуществлять свои права, противостоять остракизму и маргинализации и бороться за социальную справедливость.

Осуществление прав

Неравный доступ к сохраняющему жизнь лечению при ВИЧ-инфекции — это очевидная проблема прав человека. Это также определяет степень сохраняющейся стигматизации, поскольку стигма и дискриминация в связи с ВИЧ в значительной мере обусловлены тем, что ВИЧ/СПИД неизлечим и смертелен. По этой причине расширение доступа к лекарственному лечению не только помогает осуществить право на здоровье и преодолеть неравенство, обусловленное бедностью; это также меняет отношение.

Проблема ВИЧ/СПИД оказалась столь многоликой, что затронула практически все сферы деятельности человека, отразилась на многих

факторах развития международных отношений, заставила людей изменить свое отношение к близким, консолидироваться на почве предотвращения распространения эпидемии.

Одним из основных аспектов этой проблемы является правозащитная деятельность, которая призвана помочь людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ), осознать свой правовой статус и предотвратить нарушение своих прав или восстановить нарушенные права. Эта деятельность регламентирована международными правовыми нормами. Она включает в себя постоянный поиск путей совершенствования правового и законодательного поля, кропотливую работу по лоббированию интересов этой группы людей, а также создание правозащитной сети ЛЖВ в международном масштабе.

В Международных руководящих принципах (МРП) «ВИЧ/СПИД и права человека» (Женева, 23—25 сентября 1996 года) в п. 15 b зафиксировано: «Интересы общественного здравоохранения не вступают в коллизию с правами человека. Напротив, общепризнанно, что, когда защищаются права человека, инфицируется меньшее количество людей, а лица, инфицированные ВИЧ и больные СПИД, и их семьи успешнее справляются с трудностями, вызванными ВИЧ/СПИД».

Чтобы снизить уровень уязвимости людей к инфекции и болезни, необходимо обеспечить защиту прав человека. Наряду с мерами по устранению дискриминации людей, инфицированных ВИЧ, необходимо обеспечить осуществление права

на охрану здоровья, информацию и другие социальные и экономические права, закрепленные в конвенциях ООН в области прав человека и во Всеобщей декларации прав человека. Реализация МРП, касающихся прав человека в связи с ВИЧ/СПИД, также имеет важнейшее значение. Профилактика распространения ВИЧ предполагает в то же время защиту прав человека — как на индивидуальном, так и на коллективном уровне, — а также защиту интересов общественного здоровья.

Руководящие принципы, касающиеся прав человека в связи с ВИЧ/СПИД

Руководящий принцип 1

Государствам следует создать эффективную национальную базу, обеспечивающую скоординированный, предполагающий широкое участие, гласный и ответственный подход к проблеме ВИЧ/СПИД, объединяющий политику и программы реагирования на ВИЧ/СПИД на всех правительственных уровнях.

Руководящий принцип 2

Государствам следует обеспечить посредством политической и финансовой поддержки проведение консультаций на уровне сообществ на всех стадиях выработки политики, выполнения и оценки результативности программ в области ВИЧ/СПИД, а также создание возможностей для того, чтобы общинные организации могли эффективно осуществлять свою деятельность, в том числе в области этики, права и прав человека.

Руководящий принцип 3

Государствам следует пересмотреть и реформировать законодательство в области общественного здравоохранения, имея в виду обеспечить, чтобы оно позволяло адекватно решать вопросы общественного здоровья, возникающие в связи с ВИЧ/СПИД, чтобы его положения, применимые к случайно передаваемым болезням, не применялись неправильным образом к ВИЧ/СПИД и чтобы оно было совместимым с международными обязательствами в области прав человека.

Руководящий принцип 4

Государствам следует пересмотреть и реформировать их уголовное законодательство и исправительные системы, с тем чтобы они соответствовали международным обязательствам в области прав человека, не использовались недобросовестно в контексте ВИЧ/СПИД и не были направлены против уязвимых групп населения.

Руководящий принцип 5

Государствам следует принять или усилить антидискриминационные и другие охранительные законы, которые защищали бы от дискриминации в государственном и частном секторах уязвимые группы, лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИД, инвалидов; обеспечивали бы неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность и соблюдение этических норм при проведении исследований на человеке; делали бы акцент на воспитании и примирении и предусматривали бы быстрое и эффективное применение

административных и гражданско-правовых средств защиты.

Руководящий принцип 6

Государствам следует принять законодательства с целью регулирования вопросов, связанных с товарами, услугами и информацией в области ВИЧ, имея в виду обеспечить широкую доступность качественных профилактических мер и услуг, надлежащее информирование о лечебно-профилактических аспектах ВИЧ, а также безопасное и эффективное лечение по доступным ценам.

Руководящий принцип 7

Государствам следует создать и поддерживать службы правовой поддержки, которые будут информировать лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИД, об их правах, оказывать бесплатные юридические услуги с целью обеспечения соблюдения этих прав, накапливать опыт работы по правовым аспектам проблем, связанных с ВИЧ, и использовать в дополнение к судам такие правозащитные структуры, как службы министерства юстиции, омбудсмены, отделы по рассмотрению жалоб на медицинские органы и комиссии по правам человека.

Руководящий принцип 8

Государствам следует в сотрудничестве с населением и через его посредство способствовать созданию благоприятной и стимулирующей среды для женщин, детей и прочих уязвимых групп, устраняя порождающие эту уязвимость предрассудки и неравенство путем диалога с населением, создания специальных социальных служб и служб

общественного здравоохранения, а также поддержки групп населения.

Руководящий принцип 9

Государствам следует способствовать широкому и непрерывному распространению творческих воспитательных, учебных и информационных программ, специально предназначенных для того, чтобы дискриминация и остракизм, ассоциируемые с ВИЧ/СПИД, сменились пониманием и состраданием.

Руководящий принцип 10

Государствам следует обеспечить разработку правительственными органами и частным сектором кодексов поведения по вопросам ВИЧ/СПИД, воплощающих принципы прав человека в кодексы профессиональных обязанностей и практики, которые дополнялись бы механизмами обеспечения их соблюдения.

Руководящий принцип 11

Государствам следует создать контрольные и правоприменительные механизмы с целью гарантировать защиту прав человека, включая права людей, инфицированных ВИЧ и больных СПИД, их семей и сообществ.

Руководящий принцип 12

Государствам следует сотрудничать со всеми соответствующими программами и учреждениями системы ООН, в том числе с ЮНЭЙДС, в обмене знаниями и опытом по проблематике защиты прав человека, связанных с ВИЧ, а также создавать эффективные механизмы защиты прав человека в контексте

ВИЧ/СПИД на международном уровне.

Уделяя особое внимание стигме и дискриминации, Всемирная кампания против СПИД 2002—2003 гг. направлена на активизацию мер против стигмы и дискриминации в рамках глобальных усилий, включая:

- призыв к руководителям на всех уровнях и во всех слоях общества открыто бороться против дискриминации в связи с ВИЧ, возглавлять общественные действия и выступать против всех других форм дискриминации, с которыми приходится сталкиваться людям в связи с ВИЧ/СПИД;
- активное вовлечение людей, живущих с ВИЧ/СПИД, в мероприятия, проводимые в ответ на эпидемию;
- мониторинг нарушений прав человека и обеспечение для людей возможности вести борьбу против дискриминации и получать возмещение за ущерб через национальные административные и судебные институты и институты по правам человека, которые обязаны обеспечивать соблюдение этих прав;
- создание благоприятной правовой среды для борьбы против дискриминации;
- обеспечение доступности услуг по профилактике и лечению, уходу и поддержке для всех.

Эффективные долгосрочные меры в ответ на эпидемию основываются на признании и защите прав людей. Отдельные лица и сообщества, которые имеют возможность осуществить свои права на получение информации, образование,

Стигма и дискриминация не появляются на пустом месте. Они возникают вследствие других стереотипов, предрассудков и социального неравенства и усугубляют их — в том числе в связи с гендером, национальной и этнической принадлежностью, сексуальностью, а также с деятельностью, которая является уголовно наказуемой (например, секс-бизнесом, употреблением наркотиков или сексом между мужчинами). Стигма, дискриминация и нарушение прав человека образуют порочный круг, узаконивая и подстегивая друг друга.

здоровье и медицинскую помощь, а также защищены от дискриминации и насилия, оказываются менее уязвимыми к эпидемии.

В 2000—2001 гг. ЮНЭЙДС в сотрудничестве с Международным советом организаций по борьбе со СПИД и его региональными структурами сосредоточила свои усилия на расширении возможностей гражданского общества по реализации и защите прав человека в связи с ВИЧ/СПИД. Совместно с Советом организаций по борьбе со СПИД для стран Азии и Тихоокеанского региона ЮНЭЙДС разработала учебный модуль по правам человека и ВИЧ/СПИД для данного региона и провела учебные курсы в Камбодже. Совет организаций по борьбе со СПИД для стран Латинской Америки и Карибского бассейна провел региональный семинар с целью определения возможных последствий реализации Национальных стратегических планов по СПИД с точки зрения прав человека

в регионе, а также разработал стратегии по включению в эти планы мероприятий, нацеленных на обеспечение прав человека. Наконец, Африканский Совет организаций по борьбе со СПИД поддерживает деятельность на уровне общин, направленную на включение вопросов прав человека в мероприятия по профилактике и уходу в Буркина-Фасо и Объединенной Республике Танзания.

Некоторые наиболее успешные меры в ответ на эпидемию были осуществлены, когда люди — от сообществ МСМ (начиная с 80-х годов) в странах с высоким уровнем доходов до городских и сельских общин Уганды и работников секс-бизнеса в Бангладеш и Индии — добились права выступать открыто, мобилизовывать ресурсы и объединяться.

В Бангладеш работники секс-бизнеса объединились в организацию под названием «Дарджой», которая борется против торговли девочками и женщинами в целях проституции. Вместе с неправительственными организациями «Дарджой» добилась в 2001 г. судебного решения, в котором в законном порядке признаются права работников секс-бизнеса заниматься своим ремеслом и поддерживать свои семьи. В Калькутте (Индия) работники секс-бизнеса пошли еще дальше — сейчас они помогают работникам местной полиции вырабатывать навыки, необходимые для борьбы с насилием в отношении работников секс-бизнеса. Кроме того, они создали совет, который объединяет работников секс-бизнеса, руководителей местных сетей секс-бизнеса, а

также представителей министерства труда и здравоохранения, в целях предупреждения насилия в данной сфере деятельности.

Активность гражданского общества в связи с проблемой прав человека повсеместно остается одной из наиболее ярких отличительных особенностей эффективных ответных мер, особенно там, где в них участвуют люди, живущие с ВИЧ/СПИД, и молодежь.

В ряде стран Африки и Азии Секретариат ЮНЭЙДС (вместе со своими коспонсорами, Управлением Верховного комиссара по правам человека и другими партнерами) поддерживает программы подготовки национальных партнеров по вопросам прав человека в связи с ВИЧ для организаций на уровне общин, неправительственных организаций, занимающихся проблемой прав человека, политических лидеров, руководителей Национальных программ по СПИД, людей, живущих с ВИЧ/СПИД, и законодателей.

Декларация о приверженности

К 2003 году обеспечить принятие, укрепление и соблюдение соответствующего законодательства, положений и иных мер для ликвидации всех форм дискриминации в отношении лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, и членов уязвимых групп и для обеспечения полного осуществления ими всех прав человека и основных свобод (пункт 58).

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД, июнь 2001 г., Нью-Йорк

Документы по правам человека

- Статья 25 Всеобщей декларации прав человека
- Статья 12 Международного Пакта об экономических, социальных и культурных правах
- Статья 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
- Статья 24 и 25 Конвенции о правах ребенка
- Статья 19 Всеобщей декларации прав человека
- 17 Международного Пакта о гражданских и политических правах
- Статья 37 Конвенции о правах ребенка
- Статья 12 Всеобщей декларации прав человека
- Статья 17 Международного Пакта о гражданских и политических правах
- Статья 37 Конвенции о правах ребенка
- Статья 27 Всеобщей декларации прав человека
- Статья 15 Международного Пакта об экономических, социальных и культурных правах

Борьба против дискриминации в связи со СПИД

Защита прав человека играет решающую роль для смягчения последствий эпидемии для людей, живущих с ВИЧ/СПИД. В историческом плане первая дискриминация в связи со СПИД заключалась в виктимизации отдельных лиц, имеющих серопозитивный статус, а также в нетерпимости и социальном ostracisme по отношению к таким людям. Несмотря на то что такие злоупотребления, к сожалению, все еще

имеют место во всех странах, были разработаны ответные меры, основанные на гуманитарных и прагматических соображениях; при этом перечень успешных мероприятий, проводимых активистами-правозащитниками в связи с ВИЧ/СПИД, впечатляет.

Например, в Мумбаи, Индия, ассоциация «Коллектив юристов» успешно защищала в судах работников, потерявших работу по причине своего ВИЧ-статуса. Эта ассоциация также информирует общественность по вопросам ВИЧ/СПИД во время общественных собраний и мобилизует общественное мнение против стигмы и дискриминации. Одним из значительных достижений этой ассоциации явилась поддержка в пользу принятия положения, согласно которому люди, живущие с ВИЧ/СПИД, имеют право подавать иск, используя псевдоним. В то же время в Нью-Дели Совет по работе с населением помогает организовывать больницы, ориентированные на нужды ВИЧ-инфицированных, чтобы сделать их более приемлемыми для удовлетворения потребностей людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

В Южной Африке Центр по изучению СПИД при университете Претории проводит работу в целях создания климата для проведения устойчивых и эффективных мер в ответ на ВИЧ/СПИД в студенческом городке и среди населения в целом. Ставя эпидемию в контекст прав человека, борясь против стигмы, дискриминации, расизма и предрассудков, руководство университета надеется создать такую атмосферу, которая позволит

персоналу и студентам — при желании — беспрепятственно раскрывать свой ВИЧ-статус. Студенты получают подготовку по всем аспектам ВИЧ/СПИД и получают активную поддержку в борьбе против стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ/СПИД в своих общинах и по месту работы.

Национальные организации по правам человека Ганы, Индии и Южной Африки осуществляют деятельность, которая способствует защите прав человека в связи с ВИЧ/СПИД в стране. Законодатели также способствуют развитию прав человека в связи с проблемой ВИЧ/СПИД. Например, в Соединенном Королевстве Вестминстерская межпартийная парламентская группа по ВИЧ/СПИД провела в 2001 г. открытые слушания в целях определения реформ в области прав и политики, которые рекомендовано провести в последующие пять лет.

Декларация о приверженности

К 2005 году обеспечить разработку и ускоренное осуществление национальных стратегий по расширению возможностей женщин,ощущению и защите всестороннего осуществления женщинами всех прав человека и снижению их уязвимости инфицированию ВИЧ/СПИД посредством ликвидации всех форм дискриминации, а также всех форм насилия в отношении женщин и девочек (пункт 61).

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД, июнь 2001 г., Нью-Йорк

На региональном уровне Парламентский форум Южно-африканского сообщества по развитию (САДС) учредил постоянный Комитет по ВИЧ/СПИД, который занимается разработкой стратегических планов работы в связи с ВИЧ/СПИД.

Парламентские слушания по эпидемии ВИЧ/СПИД состоялись 1 декабря 2003 года в Верховной Раде Украины. Депутаты парламента, правительственные чиновники, главы международных представительств, а также международных и украинских НПО приняли участие в однодневной дискуссии, обсуждая экономические и социальные последствия ВИЧ/СПИД и необходимость принятия политических мер, направленных на борьбу с эпидемией.

Среди выступавших были глава Комитета ВР по вопросам здравоохранения, материнства и детства Николай Полищук; Министр здравоохранения Украины Андрей Пидачев; официальный представитель и координатор программ ООН в Украине Дуглас Гарднер; глава Всеукраинской сети ЛЖВ, Владимир Жовтяк; глава Миссии АМР США в Украине Кристофер Краули; посол и

глава Представительства Европейской Комиссии в Украине Норбер Жустен; а также директор Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине Андрей Клепиков.

Были затронуты такие конкретные вопросы, как повышение уровня информированности школьников о ВИЧ/СПИД; работа по уменьшению стигмы и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИД; увеличение доступности АРВ-лечения; и, что является наиболее срочной задачей для парламента — освобождение от налогообложения гранта Глобального Фонда борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией, полученного Украиной, поскольку без освобождения от налогов, следующий транш гранта, ожидаемый через несколько месяцев, может не пройти утверждение.

Во время слушаний в здании парламента демонстрировалась фотовыставка «Люди, живущие с ВИЧ», спонсором которой выступил Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. На фотовыставке также распространялись информационные материалы и публикации, изданные несколькими украинскими и международными организациями.

глава вторая

Обзор и анализ украинского законодательства

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО УКРАИНЫ В СФЕРЕ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИД: выводы и рекомендации

Результаты анализа национального законодательства Украины относительно ВИЧ/СПИД, проведенного с учетом Международных руководящих принципов по ВИЧ/СПИД и правам человека, «Руководства для законодателей по проблемам ВИЧ/СПИД, законодательства и прав человека», других международных документов нормативного и рекомендательного характера, дают возможность констатировать, что законодательство Украины в основном отвечает современным международным требованиям к законодательному определению государственной политики в данной сфере.

К изложенному следует добавить, что в Украине, по крайней мере формально, в соответствии с требованиями приведенных выше Международных руководящих принципов, создана национальная база, способная обеспечить скоординированный, основанный на широком участии, гласности и ответственности, подход к проблеме ВИЧ/СПИД, объединяющий политику и программы реагирования на

ВИЧ/СПИД на всех уровнях государственного управления.

Следует также отметить, что постепенно все большее развитие (если не на уровне обеспечения реальной государственной финансовой поддержки, то, по крайней мере, на уровне диалога) приобретает такой важный руководящий принцип, как обеспечение поддержки партнерских отношений между государством и представителями разных общин, включая лиц, живущих с ВИЧ, организации, которые оказывают поддержку таким лицам, правозащитные организации и т.п.

В пользу последних двух выводов свидетельствует тот факт, что к реализации действующей ныне Национальной программы профилактики ВИЧ-инфекции/СПИД на 2004—2008 годы, как и к реализации предшествующих национальных программ в этой сфере, привлечены не только органы управления здравоохранением, но и другие структуры исполнительной власти, органы местного самоуправления и т.п.

В соответствии с Указом Президента Украины от 1 ноября 2000 г. «О неотложных мерах по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции/СПИД» и Постановлением

Кабинета Министров Украины от 7 февраля 2001 г. № 116, при Кабинете Министров Украины создана Правительственная комиссия по профилактике ВИЧ-инфекции/СПИД (в настоящее время — Правительственная комиссия по вопросам борьбы с ВИЧ/СПИД — Авт.), которую возглавляет вице-премьер-министр Украины по гуманитарным вопросам. В состав этой Правительственной комиссии входят представители различных министерств и ведомств, которые несут ответственность за разные аспекты решения проблемы ВИЧ/СПИД, представители парламента, Академии медицинских наук Украины, Президент Общества Красного Креста Украины и т.п.

Основными задачами деятельности Правительственной комиссии, в соответствии с Положением об этом органе, утвержденном Постановлением Кабинета Министров Украины от 26 октября 2001 г. № 1401, являются определение приоритетных направлений профилактики, диагностики, лечения и фундаментальных исследований по проблемам ВИЧ/СПИД; разработка комплекса стратегических мероприятий и программ противодействия ВИЧ/СПИД в Украине, обеспечение реализации этих мероприятий и программ; контроль за выполнением соответствующих государственных программ; координация деятельности центральных и местных органов исполнительной власти, предприятий, учреждений и организаций, связанной с противодействием ВИЧ/СПИД; информирование Президента Украины, Верховной Рады Украины, Кабинета

Министров Украины, международного сообщества и населения Украины о ситуации с ВИЧ/СПИД в Украине, о состоянии борьбы с этим заболеванием.

Кроме того, в одном из пунктов этого Положения указано, что Правительственная комиссия по вопросам борьбы с ВИЧ/СПИД сотрудничает с отечественными и зарубежными предприятиями, учреждениями и организациями, среди которых определяет партнеров по реализации общих мероприятий и программ профилактики ВИЧ/СПИД. Это означает также возможность привлечения к решению различных вопросов и проблем, которые относятся к сфере ведения Правительственной комиссии, в том числе и общественных, неправительственных организаций.

Следует подчеркнуть, что в соответствии с частью второй статьи 21 действующего Бюджетного кодекса Украины неправительственные, общественные организации, которые не имеют статуса бюджетных учреждений, принципиально могут получать средства из бюджета в качестве финансовой помощи или даже получить полномочия от органов государственной власти на выполнение общегосударственных программ или предоставление услуг, то есть выступать в роли получателей бюджетных средств.

Несомненно, в равной степени это касается и общественных организаций, целью деятельности которых является предоставление социальных, правозащитных и других услуг по поддержке лиц, живущих с ВИЧ. Таким образом, эта статья Бюджетного кодекса Украины дает

возможности для развития партнерских отношений между государством и общественными организациями не только на уровне диалога, но и на уровне реальной государственной финансовой поддержки деятельности данных организаций.

Итак, можно утверждать, что, по крайней мере, с организационно-институциональной и правовой точек зрения формально Украина готова к внедрению эффективных стратегий обеспечения контроля за эпидемией ВИЧ/СПИД. Однако, несмотря на это, как известно, ситуация с распространением эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине продолжает оставаться критической, и по темпам увеличения масштабов этой эпидемии государство занимает одно из ведущих мест на Европейском континенте.

Причинами этого являются как сложное экономическое положение государства, низкий уровень доходов и недостаток средств для обеспечения необходимого финансирования социальных потребностей в целом и проблемы профилактики ВИЧ/СПИД в частности, так и неудовлетворительное выполнение требований действующего и достаточно прогрессивного законодательства, а также часто формальный, декларативный подход к решению многих проблем даже из числа тех, которые требуют незначительного финансирования или же не требуют его вообще. Тем не менее, анализ этих причин, как уже подчеркивалось выше, не являлся целью этой работы.

Вместе с тем, несмотря на позитивный и в основном прогрессивный характер законодательной

базы Украины в контексте ВИЧ/СПИД, нельзя отрицать то, что целый ряд положений национального законодательства в данной сфере требуют дальнейшего усовершенствования, целью которого может быть как повышение эффективности мер по контролю за эпидемией, так и одновременное с этим усиление гарантий соблюдения прав человека, дальнейшее ограничение потенциальных возможностей для дискриминации и остракизма относительно лиц, живущих с ВИЧ, их близких и уязвимых в отношении ВИЧ/СПИД групп населения.

И первым шагом в усовершенствовании законодательства, как это ни парадоксально, на первый взгляд, выглядит, может стать изменение дефиниции понятия «синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)», принятой в действующем Законе «О профилактике заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) и социальной защите населения». Как было отмечено выше, несмотря на весь разрушительный для общества потенциал, который несет в себе эта болезнь, с чисто эпидемиологической точки зрения, исходя из степени контагиозности и особенностей механизма передачи ВИЧ, абсолютно необоснованным является отнесение ВИЧ-инфекции/СПИД к категории особо опасных инфекций.

Эта болезнь не является более заразной, чем вирусные гепатиты или, например, сифилис, не говоря уже о такой, казалось бы, банальной болезни, как грипп. Профилактика ВИЧ-инфекции не требует изоляции больных или носителей

вируса, проведения каких-либо специальных карантинных мероприятий. Предотвратить ее развитие можно путем соблюдения универсальных правил гигиены и соответствующего безопасного поведения при наличии определенных знаний. Поэтому ставить ВИЧ/СПИД по степени контагиозности в один ряд с такими карантинными инфекциями, как чума, натуральная оспа, холера и т.п., на наш взгляд, не только нецелесообразно, но и вредно, в том числе с точки зрения соблюдения прав человека и защиты от дискриминации.

Прежде всего, именно эта дефиниция понятия «СПИД» заложила в Закон «О профилактике заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) и социальной защите населения» и в Закон «О защите населения от инфекционных болезней» необоснованные, исходя из мирового опыта, требования относительно обязательного предъявления иностранцами при оформлении визы на въезд в Украину документа, который подтверждает отсутствие ВИЧ-инфекции.

Кроме того, именно наличие этой дефиниции привело к тому, что в обществе формируются не совсем объективные знания о ВИЧ-инфекции и о якобы чрезвычайно высокой опасности ее передачи другим лицам (даже в тех ситуациях, когда, в соответствии с объективными научными знаниями и приобретенным в мире практическим опытом, риск этой передачи является нулевым или чрезвычайно низким). Результат этого — потенциальное провоциро-

вание дискриминации и остракизма относительно уязвимых в контексте ВИЧ/СПИД групп населения.

Именно поэтому законодателям целесообразно рассмотреть вопрос об изменении этой дефиниции, а Министерству здравоохранения — об изъятии ВИЧ/СПИД из утверждаемого им Перечня особо опасных инфекционных болезней.

Кроме того, законодателям, как уже отмечалось выше, целесообразно рассмотреть вопрос о возможности отмены статьи 11 Закона «О профилактике заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) и социальной защите населения» и требований части четвертой статьи 24 Закона «О защите населения от инфекционных болезней» в том, что касается обязанности подтверждения ВИЧ-статуса для иностранцев и лиц без гражданства при получении ими виз на въезд в Украину.

Определенного усовершенствования в контексте проблемы ВИЧ/СПИД требует и уголовное законодательство Украины. В частности, речь идет если не о целесообразности полной декриминализации действий, предусмотренных статьей 130 Уголовного кодекса Украины, то, по крайней мере, о необходимости ее приведения в соответствие с рекомендациями ЮНЭЙДС. При пересмотре этой статьи Уголовного кодекса Украины законодателям следует учесть приведенные в указанном выше документе ЮНЭЙДС параметры применения уголовной ответственности в случаях, связанных с передачей/угрозой передачи ВИЧ. При этом необходимо учитывать, что уголовная

ответственность в таких ситуациях может быть оправдана лишь в случае, если речь идет о насильственных действиях относительно потерпевшего, о явном обмане пострадавшего обвиняемым относительно реального ВИЧ-статуса последнего и доказанная (с учетом современных научных знаний) высокая с точки зрения возможности передачи ВИЧ степень риска поведения обвиняемого. Детальные аргументы в пользу такого подхода, полученные на основе анализа указанных выше рекомендаций ЮНЭЙДС, приведены в книге В. Рудого «Законодательство Украины в сфере борьбы с ВИЧ/СПИД».

С принятием нового Гражданского кодекса Украины, который введен в действие с 1 января 2004 года, усовершенствования и внутреннего согласования требует и та часть национального законодательства, в которой регулируется обеспечение равенства правового состояния уязвимых групп, в частности детей.

В первую очередь речь идет о необходимости усовершенствования регулирования возможности детей и подростков принимать участие в процессе принятия решений по таким важным вопросам, как предоставление согласия на медицинское вмешательство вообще и на добровольное тестирование на ВИЧ в частности.

В этом плане очевидной является необходимость внесения соответствующих изменений в статью 43 «Основ законодательства Украины о здравоохранении», которая, в отличие от части третьей статьи 284 нового Гражданского кодекса

Украины и части четвертой статьи 7 Закона Украины «О профилактике заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита человека (СПИД) и социальной защите населения», устанавливает возможность самостоятельного принятия решения о предоставлении согласия на медицинское вмешательство в целом (а, следовательно, и на проведение тестирования на ВИЧ) начиная с возраста не 14, а 15 лет, и таким образом является несколько более дискриминационной, чем указанные выше нормы Гражданского кодекса и Закона Украины «О профилактике заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита человека (СПИД) и социальной защите населения».

Исходя из требований Гражданского кодекса Украины и опыта законодательного урегулирования этой проблемы в других государствах, в статье 43 «Основ законодательства Украины о здравоохранении» и статье 7 Закона Украины «О профилактике заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита человека (СПИД) и социальной защите населения» целесообразно четко указать, что в случае решения вопроса об осуществлении медицинского вмешательства (в том числе и тестирования на ВИЧ) относительно лица в возрасте от 14 до 18 лет обязательным есть одновременное согласие на это вмешательство как такого лица, так и его родителей или других законных представителей. Естественно, эта процедура не должна распространяться на случаи, когда речь идет об острой угрозе жизни несовершеннолетнего лица (в таких случаях

данное согласие не является необходимым).

На основании анализа трудового законодательства Украины в контексте проблемы ВИЧ/СПИД, в частности тех его положений, которые касаются защиты от инфицирования профессиональных работников при выполнении ими служебных обязанностей, можно говорить и о целесообразности внесения соответствующих изменений в нормативные акты, касающиеся необходимости защиты на рабочем месте, в частности, медицинских работников. Нормы, которые касаются использования универсальных мер по контролю за ВИЧ-инфекцией на рабочем месте, должны распространяться не только на работников учреждений здравоохранения, которые проводят диагностические исследования на ВИЧ-инфекцию, оказывают медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИД, а также контактируют с кровью и с другими биологическими материалами от ВИЧ-инфицированных лиц, а на всех медицинских работников без исключения.

Последнее является целесообразным исходя из того, что потенциально у любого медицинского работника в любом медицинском учреждении в любой момент может возникнуть необходимость оказания помощи ВИЧ-инфицированным лицам и лицам, страдающим другими заболеваниями, передающимися через кровь и прочие биологические материалы (или носителям возбудителей таких болезней). Поэтому все без исключения медицинские работники должны быть обеспечены всеми необходимыми

средствами, способными обеспечить универсальную защиту как персонала, так и пациентов, и постоянно соблюдать универсальные меры по обеспечению контроля за инфекцией.

Определенного усовершенствования требует и та часть национального законодательства Украины, которая влияет на доступность для населения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, которые имеют важное значение в контексте проблемы ВИЧ/СПИД.

В частности, учитывая чрезвычайно острую ситуацию с ВИЧ/СПИД в Украине, довольно высокую стоимость антиретровирусных препаратов и то, что в Украине их не производят (а, следовательно, весь их ассортимент закупается за границей), законодателям целесообразно рассмотреть вопрос о введении нулевой ставки ввозной таможенной пошлины на указанную группу лекарственных средств путем внесения соответствующих изменений в Закон Украины «О Таможенном тарифе Украины». Такой подход однозначно содействовал бы снижению цен на указанные препараты и повышению их доступности для тех, кому они необходимы.

Кроме того, говоря в законодательном аспекте о проблеме доступности антиретровирусных препаратов всем, кому они необходимы, следует обратить внимание на целесообразность внесения в Закон «О профилактике заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита человека (СПИД) и социальной защите населения» соответствующих дополнений, которые бы предусматривали воз-

возможность осуществления экстренной медикаментозной профилактики ВИЧ-инфекции лицам, которые подверглись риску инфицирования ВИЧ вследствие сексуального насилия, и медицинским работникам, которые подверглись такому риску при выполнении профессиональных обязанностей.

В контексте необходимости обеспечения доступности лекарств и услуг населению законодателям также необходимо обратить внимание на нецелесообразность принятия решения относительно отмены льгот по налогообложению введением налога на добавленную стоимость для операций по продаже лекарственных средств, изделий медицинского назначения и предоставления услуг по здравоохранению, которое периодически предлагает им правительство и некоторые политики, ссылаясь на необходимость пополнения доходной части бюджета.

Следствием отмены указанных налоговых льгот станет неминуемое существенное подорожание лекарственных средств и изделий медицинского назначения как в целом, так и тех, которые непосредственно применяются для профилактики и лечения ВИЧ/СПИД, что отрицательно скажется на уровне финансовой доступности этих товаров тем, кто в них нуждается. Поэтому увеличение поступлений в бюджет, которое ожидается в результате отмены указанных выше льгот по налогообложению введением налога на добавленную стоимость, с высокой достоверностью могут быть нивелированы теми непрогнозируемыми затратами и отрицательными

социальными и демографическими последствиями, которые появятся в обществе в результате ухудшения состояния здоровья населения вследствие снижения финансовой доступности лекарств и изделий медицинского назначения. И в полной мере это касается проблемы ВИЧ/СПИД.

В конце концов, определенного усовершенствования требует и та часть законодательной базы Украины, целью которой является решение проблемы ВИЧ/СПИД в среде инъекционных наркоманов.

Несмотря на достаточную прогрессивность украинского законодательства в этой части, внедрение целостной стратегии снижения вреда, которая в настоящее время в мире считается наиболее эффективным средством контроля за эпидемией ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих наркотики, в Украине пока что носит фрагментарный характер.

При этом фактически (и в довольно ограниченном объеме, в основном на уровне отдельных проектов, которые поддерживаются международными и зарубежными донорскими организациями) реализуются лишь четыре из пяти рекомендованных ООН и ВОЗ принципов профилактики ВИЧ-инфекции в указанной среде, а именно: информационная работа и образование, обеспечение легкой доступности социальных служб и служб здравоохранения, активная работа среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, и обеспечение этих лиц стерильными инъекционными инструментами и дезинфекционными средствами.

«Уважение гражданских прав и прав человека в контексте проблемы ВИЧ/СПИД является составной частью эффективных общенациональных ответных мер, предпринимаемых в каждой стране. Профилактика, лечение и уход ничего не дадут, если инфицированные и пострадавшие люди не будут иметь возможности организовываться и полноценно участвовать в мерах, предпринимаемых в ответ на эпидемию на местном или общенациональном уровне».

*Международный совет организации по борьбе со СПИД,
Заявление на заседании комиссии ООН по правам человека,
Женева, 1999 г.*

Что касается такого принципа, как предоставление лицам, употребляющим наркотики путем инъекций, возможности получать заместительную терапию, то, несмотря на официальное признание этого метода лечения наркотической зависимости, в Украине он еще не приобрел достаточного распространения. Это, безусловно, снижает эффективность остальных, указанных выше, направлений профилактики ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов.

Одной из причин торможения широкого внедрения в практику заместительной терапии как одного из методов лечения наркотической зависимости является отсутствие официально утвержденных соответствующих методических рекомендаций и инструкций Министерства здравоохранения, которые должны были бы унифицировать условия и порядок применения этого метода лечения, в том числе и меры, направленные на обеспечение соответствующего государственного контроля за оборотом применяемых в заместительной терапии наркотических лекарственных средств.

Итак, Министерству здравоохранения Украины следует активизировать деятельность по доработке таких нормативных актов и как можно скорее довести их до ведома специалистов наркологической службы, которые будут непосредственно применять данный метод лечения наркотической зависимости на практике. Эти документы, безусловно, должны сыграть существенную роль и в деле повышения уровня профессионального образования работников указанной службы и в изменении необоснованного отрицательного отношения многих из них к вопросу целесообразности внедрения заместительной терапии.

Кроме того, Министерству здравоохранения Украины вместе с Государственным департаментом Украины по вопросам исполнения наказаний необходимо решить проблему нормативного урегулирования проведения заместительной терапии наркотической зависимости лицам, которые отбывают уголовное наказание и содержатся в следственных изоляторах и исправительно-трудовых учреждениях. Ведь при

условии официального признания возможности применения этого метода лечения наркотической зависимости для всего населения лишение указанных выше лиц возможности лечиться, в том числе и таким методом, будет определенным образом дискриминировать представителей этой группы населения, необоснованно ограничивая их право на получение надлежащей, предусмотренной общепринятыми в государстве стандартами медицинской помощи.

Министерству здравоохранения следует также рассмотреть вопрос о включении метадона, уже зарегистрированного в Украине в качестве лекарственного средства, в Национальный перечень основных (жизненно необходимых) лекарственных средств и изделий медицинского назначения, утвержденный Постановлением Кабинета Министров Украины от 16 ноября 2001 года № 1482, и в Перечень лекарственных средств отечественного и иностранного производства, которые могут закупать предприятия и учреждения здравоохранения, полностью или частично финансируемые из государственного и местных бюджетов, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Украины от 14 апреля 2003 года № 169.

Этот шаг, учитывая наличие в указанных официальных Перечнях такого препарата, как бупренорфин, оказал бы содействие не только в расширении внедрения заместительной терапии наркотической зависимости, но и в расширении возможностей выбора врачами соответствующих лекарственных средств из разрешенного к применению в медицин-

ской практике арсенала лекарств. В свою очередь, это способствовало бы индивидуализации медицинского подхода к применению указанного метода лечения с учетом целесообразности выбора того или иного лекарственного средства для конкретного пациента.

Принятие изложенных выше предложений содействовало бы дальнейшему развитию и совершенствованию национального законодательства Украины в контексте проблемы ВИЧ/СПИД, рационализации и повышению эффективности соответствующих государственных стратегий, направленных на обеспечение контроля за развитием эпидемии этой болезни, а также усилению гарантий прав и свобод человека в связи с данной проблемой.

Верховной Радой Украины 03.02.2004 г. было принято Постановление № 1426-15 «О Рекомендациях парламентских слушаний на тему: «Социально-экономические проблемы ВИЧ/СПИДа, наркомании и алкоголизма в Украине и пути их решения».

Принятие этого Постановления является знаменательным событием для всех проектов снижения вреда, так как в нем впервые в Украине на государственном уровне признается тот факт, что формирование государственной политики в сфере борьбы с незаконным оборотом наркотиков и профилактики наркомании должно базироваться на стратегиях снижения вреда, включать в себя различные формы профилактики и для улучшения сложившейся в этой сфере в Украине ситуации следует внести в существую-

щее законодательство ряд существенных изменений. Принятию данного документа Верховной Радой предшествовала напряженная адвокативная деятельность Всеукраинской ассоциации снижения вреда. Многие выводы, сделанные в ходе анализа украинского законодательства в сфере борьбы с ВИЧ/СПИД, проведенного в рамках действия адвокативного проекта Всеукраинской ассоциации снижения вреда «Улучшение правозащитной политики в отношении потребителей инъекционных наркотиков и людей, живущих с ВИЧ/СПИД» Владимиром Рудым, занимавшим пост Главы Секретариата Комитета Верховной Рады Украины по вопросам охраны здоровья, материнства и детства, являющегося признанным экспертом в этой сфере и добровольным экспертом адвокативного проекта Всеукраинской ассоциации снижения вреда, представленные депутатам на Парламентских слушаниях, а также рекомендации, направленные Ассоциацией в Парламент Украины, были признаны депутатами Верховной Рады Украины и вошли в текст Постановления.

К их числу, в частности, относятся:

- признание того, что целый ряд положений национального законодательства в указанной сфере требуют дальнейшего усовершенствования. При этом, в качестве цели такого усовершенствования законодательства выделяется как повышение эффективности мероприятий по контролю за эпидемией, так и необходимость одновременного усиления гарантий соблюдения прав человека,
- дальнейшее ограничение потенциальных возможностей для дискриминации и остракизма относительно лиц, живущих с ВИЧ, их близких и уязвимых в контексте ВИЧ/СПИД групп населения;
- признание того, что национальное антинаркотическое законодательство и практические мероприятия, осуществляемые с целью противодействия наркомафии и незаконному обороту наркотиков, продолжают быть ориентированы на действия преимущественно репрессивного характера, в том числе относительно потребителей наркотиков;
- признание необходимости внесения изменений в Уголовный и Административный кодексы Украины, а также в другие нормативные акты, позволяющих эффективную третичную профилактику (что подразумевает изменения, позволяющие широко применять заместительную (метадоновую) терапию на законных основаниях);
- признание необходимости ускорения полноценного внедрения в широкую практику заместительной терапии как одного из методов лечения наркотической зависимости и реального механизма снижения риска распространения ВИЧ-инфекции в среде инъекционных наркоманов и уменьшения нелегального спроса на наркотики, эффективность которого подтверждена мировым опытом;
- признание необходимости внесения изменений в Законы Украины «О едином таможенном тарифе Украины», «О налоге на добавленную стоимость» и «О Таможенном тарифе Украины», на-

правленных соответственно на обеспечение освобождения от обложения ввозной таможенной пошлиной товаров, работ и услуг, приобретаемых за счет средств, предоставленных Украине Глобальным фондом, а также установления нулевой ставки ввозной таможенной пошлины на лечебные средства, которые применяются для антиретровирусной терапии больным ВИЧ-инфекцией;

- признание необходимости приведения в соответствие с Международными руководящими принципами «ВИЧ/СПИД и права человека» и другими рекомендациями ООН соответствующих норм Уголовного кодекса Украины;
- признание необходимости при формировании в дальнейшем соответствующих программ противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД и наркомании, финансируемых из государственного и местных бюджетов, предусматривать при-

влечение к их выполнению неправительственных организаций, имеющих опыт в осуществлении мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИД и наркомании, лечению, уходу и обеспечению поддержки больных.

Приведенные выше выводы, вошедшие в текст Постановления, желающие смогут найти также в книге В. Рудого «Законодательство Украины в сфере борьбы с ВИЧ/СПИД. Современное состояние и пути усовершенствования», изданной в рамках проекта ВАСВ «Улучшение правозащитной политики в отношении потребителей инъекционных наркотиков и людей, живущих с ВИЧ/СПИД, в рамках реализации проектов снижения вреда».

Международные эксперты уже отметили, что она представляет собой первую в Украине серьезную попытку комплексного анализа национального законодательства в указанной сфере.

четвертый раздел
Передача вируса
иммунодефицита
человека



люди и ВИЧ

глава первая

Механизм и пути передачи ВИЧ-инфекции

Источником ВИЧ-инфекции является человек (вирусоноситель или больной СПИД). ВИЧ у человека можно выделить из семенной жидкости, секрета шейки матки, лимфоцитов, плазмы крови, спинномозговой и околоплодной жидкостей, слез, слюны, мочи и материнского молока, но концентрация вируса в них различна. Реально инфекционными (содержащими в себе количество возбудителя, достаточное для заражения) являются сперма, кровь, вагинальные выделения и грудное молоко. Имеется лишь три пути передачи ВИЧ от одного человека другому. Первый путь — половой. Половые контакты могут осуществляться в самых разнообразных вариантах, причем некоторые виды полового общения часто, а другие, напротив, крайне редко приводят к заражению. Второй осуществляется во время инъекций или переливания инфицированной ВИЧ крови и ее продуктов; при контакте с инфицированными ВИЧ тканями или органами; при неоднократном использовании инструментов, предназначенных для инъекций лекарственных средств, в том числе при внутривенном введении наркотиков. Третий путь передачи ВИЧ — от инфицированной матери ребенку при беременности,

ВИЧ может попасть в организм через открытые раны и порезы или непосредственно заражая клетки слизистых оболочек (даже в отсутствие разрывов ткани). Заражение может произойти через анус и прямую кишку, вагину или пенис, рот и глаза. Эти части тела надо защищать от инфицированных жидкостей. ВИЧ не может проникать через здоровую, неповрежденную кожу.

прохождении родовых путей и при грудном вскармливании.

Вероятность передачи ВИЧ вышеуказанными путями не одинакова. Так, переливание инфицированной крови или ее продуктов почти всегда приводит к развитию ВИЧ-инфекции у реципиента — вероятность инфицирования превышает 90 %. Вероятность передачи вируса от матери ребенку — около 30 %; при однократном незащищенном вагинальном половом контакте — 0,1 %, анальном — 1,0 %. При внутривенном введении наркотиков она составляет 30 %.

Для передачи вируса нужны три условия:

1. Наличие ВИЧ

Заражение может произойти если один из участвующих в контакте

ВИЧ-инфицирован. Некоторые люди полагают, что определенное поведение (например, анальный секс) приводит к СПИД само по себе, даже если партнеры не заражены. Это не так.

2. Достаточное количество вируса

Произойдет ли заражение, определяется концентрацией вируса. В крови, например, концентрация вируса может быть очень высокой. Небольшое количество крови может быть достаточным, чтобы заразить кого-то. Других же жидкостей понадобится для передачи гораздо больше. Например, в слюне

концентрация вируса в 10 000 раз меньше, чем в крови, поэтому для заражения понадобилось бы в 10 000 раз больше слюны. Важно помнить, что контакт с ВИЧ, даже в высоких концентрациях, не всегда приводит к заражению.

3. ВИЧ должен попасть в кровоток

Недостаточно быть в контакте с инфицированной ВИЧ жидкостью: неповрежденная кожа не пропускает ВИЧ в организм. ВИЧ может проникнуть в организм только через открытые раны или контакт со слизистыми оболочками ануса, прямой кишки, гениталий, рта и глаз.

глава вторая

Передача половым путем

Этот путь — один из основных. В настоящее время на долю полового пути заражения приходится 90 % всех случаев заражения ВИЧ в мире. ВИЧ пополнил собой список возбудителей инфекций, передаваемых при незащищенных половых контактах.

Различные виды сексуальных контактов отличаются по степени опасности заражения ВИЧ. Выделяют контакты высокого, умеренного и низкого риска.

Высокий риск инфицирования, больше рискует:

- пассивный партнер (мужчина или женщина) незащищенного анального полового акта, особенно с эякуляцией;
- женщина при незащищенном вагинальном половом акте, особенно с эякуляцией;
- активный партнер при незащищенном орально-генитальном контакте (фелляции), особенно с эякуляцией в ротовую полость.

Умеренный риск инфицирования для:

- активного партнера незащищенного анального полового акта;
- мужчины-партнера вагинального незащищенного полового акта;
- обоих партнеров при фистинге (проникновении кисти/кулака в половые пути женщины или в нижние отделы кишечника женщины или мужчины) без применения

барьерных средств;

- обоих партнеров при анилингусе (римминге, орально-анальном контакте);
- пассивного партнера фелляции;
- как для активного, так и для пассивного партнера (женщины) при куннилингусе (орально-генитальном контакте).

Низкий риск инфицирования:

- ручная мастурбация с эякуляцией на поверхность тела партнера;
- использование сексуальных приспособлений, передаваемых от партнера к партнеру;
- «влажные» (глубокие) поцелуи.

Опасность заражения ВИЧ увеличивается как при использовании рискованных сексуальных приемов и практик, так и при частой смене сексуальных партнеров.

В большом исследовании в европейских странах, которым было охвачено 563 гетеросексуальные пары с одним ВИЧ-инфицированным партнером, частота передачи вируса от мужчины женщине вдвое превысила передачу от женщины мужчине. Большую подверженность женщин инфицированию ВИЧ от мужчин, чем наоборот, объясняют большей поверхностью слизистой оболочки (влагалища и шейки матки), а также большей концентрацией вируса в сперме.

Интересно, что мужчины, не имеющие поражений в области

Чтобы избежать заражения ВИЧ половым путем, людям необходимо предпринять ряд конкретных шагов. При этом прежде всего следует отметить, что лица, не ведущие половой жизни, и неинфицированные люди, имеющие половые контакты лишь с верными и неинфицированными партнерами, не подвергаются опасности заражения ВИЧ половым путем.

полового члена и с необрезанной крайней плотью в 2,7—8 раз чаще инфицируются ВИЧ, чем те, кому было сделано обрезание, и даже чаще, чем мужчины с язвенными поражениями полового члена. В качестве объяснения допускается, что кожная поверхность головки полового члена, не прикрытая крайней плотью, становится грубой и менее доступной для проникновения ВИЧ. Женщины с эктопией (см. Словарь) шейки матки (физиологической у молодых девушек и органической у взрослых женщин) существенно больше подвержены заражению вирусом при половых контактах с инфицированными мужчинами, чем женщины с нормальным ее положением. Могут также наблюдаться случаи передачи ВИЧ от женщины женщине.

Несмотря на то, что при однократном незащищенном половом акте вероятность заражения низкая, половой путь является доминирующим. Высокие показатели обусловлены рядом факторов, способствующих повышению эффективности передачи вируса при половых контактах, а именно: наличие у человека заболеваний, передающихся половым путем; хронических воспалительных заболеваний половых органов; микротравм половых органов; частая сме-

на половых партнеров; отсутствие предохранительных средств. Опираясь на вышесказанное, можно подойти к понятию **рискованное поведение, приводящее к инфицированию ВИЧ.**

Рискованное сексуальное поведение

Неиспользование предохранительных средств при анальном, вагинальном, оральном сексе опасно. Но если рассматривать эти три разновидности половых отношений, то следует знать, что анальный контакт наиболее опасен, далее по степени риска следует вагинальный, а затем оральный контакт. Частая смена половых партнеров повышает вероятность контакта с ВИЧ-инфицированным человеком, а также может привести к заражению ИППП, что в свою очередь повышает вероятность инфицирования ВИЧ.

Чтобы избежать заражения ВИЧ половым путем, людям необходимо предпринять ряд конкретных шагов. При этом прежде всего следует отметить, что **лица, не ведущие половой жизни, и неинфицированные люди, имеющие половые контакты лишь с верными и неинфицированными партнерами, не подвергаются опасности заражения ВИЧ половым путем.**

Другие лица должны:

- сократить количество половых партнеров (чем больше партнеров, тем выше риск заражения);
- избегать половых контактов с людьми, имеющими большое количество других половых партнеров (например, с лицами, занимающимися проституцией);
- избегать половых контактов без презерватива — вагинальных, оральных, анальных;

- всегда пользоваться презервативом от начала до конца полового акта.

Профилактика и презервативы

Презервативы играют ключевую роль в профилактике распространения ВИЧ/СПИД и сексуально передаваемых инфекций, так же, как и сексуальное воздержание, более позднее начало половой жизни и соблюдение взаимной верности партнерами.

Национальные институты здравоохранения США и Центры по контролю и профилактике заболеваний США провели всесторонний обзор результатов различных исследований и подтвердили, что при правильном использовании презервативы являются эффективным средством профилактики ВИЧ-инфекции для женщин и мужчин, а также гонореи для мужчин. Не обеспечивая доступ к презервативам, многие стратегии профилактики (например, информационные программы по изменению поведения, школьное просвещение по вопросам секса и репродуктивного здоровья, не говоря уже о кампаниях по планированию семьи) в значительной степени теряют свою потенциальную эффективность.

Нехватка презервативов

Ежегодно в мире распространяется 6—9 миллиардов презервативов (включая те, которые продаются в коммерческой сети), но это значительно меньше требуемого количества в размере 8—24 миллиардов штук, которое, по оценкам, необходимо для всех групп населения для защиты от ВИЧ и сексуально передаваемых болезней.

Расширение доступности и наличия презервативов будет способствовать росту их использования. В

начале 90-х годов в Бразилии после снижения цен на презервативы был отмечен массовый рост их использования. Когда южноафриканский филиал компании «Форд» включил массовое распространение презервативов в свою стратегию борьбы с ВИЧ/СПИД и поставил автоматы по распространению презервативов в каждый туалет, использование презервативов выросло в 25 раз.

Страны с низким уровнем доходов должны разработать планы для решения проблем с поставками с учетом постоянного роста донорской поддержки для покрытия расходов на презервативы.

Микробициды: наилучшее средство профилактики для женщин?

Микробициды, представляющие собой своего рода «химический презерватив» для самостоятельного применения, повышают возможности профилактики для женщин и мужчин, которым трудно или невозможно убедить партнеров пользоваться презервативом. Исследования приемлемости, проведенные в Южной Африке, Уганде и Зимбабве, показывают, что женщины, которые никогда не пользуются презервативами, или используют их редко, могут снизить общий риск инфицирования, если на рынке появятся эффективные и недорогие микробицидные препараты.

Микробициды вводятся во влагалище или анальное отверстие и предназначены для предотвращения инфицирования ВИЧ и, возможно, других вирусных или бактериальных сексуально передаваемых инфекций. Препараты могут выпускаться в виде геля, крема,

свечей, тампонов или в другой форме и могут также обладать контрацептивными (спермицидными) характеристиками. В идеале, эти средства должны быть бесцветными и не иметь запаха, поэтому партнеры, не желающие применять другие средства защиты, не смогут их обнаружить.

После разочарования, постигшего специалистов на третьем этапе испытаний ноноксинола-9, сегодня на разных стадиях разработки — от доклинических исследований до третьего этапа испытаний эффективно — находится еще примерно 59

новых препаратов. Поскольку ни одна из крупнейших фармацевтических компаний до сих пор не делала инвестиций в разработку микробицидов, исследования этого варианта профилактики недавно получили новый импульс в виде нескольких грантов Фонда Билла и Мелинды Гейтс.

Международная рабочая группа по микробицидам, в состав которой входит несколько государственных учреждений разных стран мира, продолжает оказывать поддержку и содействие разработке микробицидных препаратов.

Пример профилактического буклета для молодежи, созданного для распространения на Акции «Модно быть здоровым», проведенной Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД при поддержке Агентства по международному развитию США в г. Киеве 19 июля 2003 года.

ОЧЕНЬ ОПАСНО	Использование нестерильных растворов, посуды и инструментов при введении наркотика
	Анальный секс без презерватива
ОТНОСИТЕЛЬНО БЕЗОПАСНО	Вагинальный секс без презерватива
	Оральный секс без презерватива или латексной салфетки
	Переливание непроверенной донорской крови и ее продуктов
	Использование нестерильных инструментов в медицинских и косметических целях
	Использование нестерильных инструментов для татуировки, пирсинга (прокалывания), скрининга (художественных шрамов на коже), маникюра, педикюра, бритья в парикмахерских салонах
	Совместное использование станка для бритья, зубной щетки, маникюрных принадлежностей
ПОЛНОСТЬЮ БЕЗОПАСНО	Анальный секс с презервативом и гелем на водной основе
	Вагинальный секс с презервативом
	Кундалинг (оральный секс с женщиной) с использованием латексной салфетки
	Минет, фелляция (оральный секс с мужчиной) с использованием презерватива
	Глубокий петтинг (прикосновения к половым органам партнера/партнерши)
ПОЛНОСТЬЮ БЕЗОПАСНО	Взаимная мастурбация
	Использование стерильных инструментов в медицинских учреждениях
	Использование собственных (индивидуальных) станка для бритья, зубной щетки, маникюрных принадлежностей
	Поваренный лезвие (без прикосновения к половым органам партнера/партнерши)
	Дружеский поцелуй, массаж тела
	Работа, учеба, общий досуг с ВИЧ-позитивным человеком и его семьей
Объятия, прогулки за руку, чтение стихов, фантазии	
Полное воздержание	

СПИД – это синдром приобретенного иммунодефицита.

Синдром – потому что у больных возникает множество различных симптомов (признаков), которые развиваются из-за поражения защитной системы.

Приобретенный – потому что это состояние, возникающее вследствие заражения, а не врожденное.

Иммунный – потому что поражает иммунную (защитную) систему организма, которая борется с болезнями.

Дефицит – потому что иммунная система перестает работать должным образом.

ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфекция – это заболевание, возникающее вследствие заражения ВИЧ. Основная особенность – преимущественное поражение системы иммунитета, из-за чего организм человека становится беззащитным даже перед сравнительно безобидными микроорганизмами, в том числе эпителиальными грибами.

СПИД

СПИД – конечная стадия ВИЧ-инфекции. СПИД может развиваться по-разному. Иногда за 2–3 года, иногда через 10–20 лет.

Передача ВИЧ

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) присутствует в биологических жидкостях организма инфицированных людей: в крови, слюне, вагинальных выделениях и грудном молоке. ВИЧ передается только в случае попадания этих жидкостей из инфицированного организма в здоровый.

Пути передачи ВИЧ

- Данальный, вагинальный или оральный секс без предохранения (презерватива или латексной салфетки). ВИЧ не может проникнуть только через презервативы высокого качества.
- Контакт "кровь-кровь". Это происходит, как правило, при использовании игл и тех же инструментов для введения наркотиков.

В прошлом, до того как было введено обязательное тестирование донорской крови, это происходило при переливании крови или ее продуктов.

Передать вирус от матери, инфицированной ВИЧ, к ребенку может произойти во время беременности, в процессе родов и при грудном вскармливании. Без медицинского вмешательства составляет 20-30%. При своевременной медицинской помощи риск инфицирования ребенка снижается до 1-5%. Беременным назначают курс специальных препаратов, роды проводят кесаревым сечением и вскармливают ребенка искусственными смесями.

Большинство инфицированных людей не сразу замечают, что они заражены. В этой стадии отсутствуют признаки болезни, так может продолжаться много месяцев или лет.

Разработаны лекарства при помощи которых можно замедлить развитие ВИЧ-инфекции в организме человека, что предотвращает развитие СПИД как у взрослых, так и у детей. Благодаря этим лекарствам люди могут жить полноценной жизнью многие десятки лет. Наша задача – способствовать тому, чтобы в Украине эти лекарства стали доступными для людей, живущих с ВИЧ.

**НЕ БОЙСЯ ЖИТЬ!
НАСЛАЖАЙСЯ ЖИЗНЬЮ
БЕЗОПАСНО!**

**ТВОЯ ЖИЗНЬ,
ТВОЙ ВЫБОР,**

ТВОЙ ХОД!

глава третья

Парентеральный путь передачи

Этим путем вирус передается при переливании инфицированной крови или ее продуктов, при пользовании одной иглой наркозависимыми для введения наркотиков, при применении в лечебных учреждениях загрязненных свежей кровью игл, систем для переливания, режущих инструментов и т.п. Вероятность передачи ВИЧ с кровью зависит от частоты переливаний крови и стадии ВИЧ-инфекции у донора, а также объема крови, полученной реципиентом.

Передача с донорской кровью и ее продуктами

ВИЧ передается при переливании цельной крови, эритроцитарной массы, тромбоцитов, свежей и замороженной плазмы и т.д. В США в 1978—1984 гг., до обязательного обследования доноров на ВИЧ, свыше 10 тыс. жителей заразились ВИЧ через гемотрансфузии. Начиная с 1985 г., выявляемая в США инфицированность доноров снизилась вдвое (с 0,04 % до 0,02 %). Тем не менее, даже в настоящее время число жителей, заразившихся при гемотрансфузиях, составляет 2 % среди взрослых (12 000 чел.) и 7,7 % среди детей. Причиной заражения при гемотрансфузиях

является невозможность выявить инфицированного донора в ранней стадии ВИЧ-инфекции (до сероконверсии, т.е. появления антител).

Все большую тревогу вызывает применение кровепродуктов. По имеющейся информации, альбумин и плазменный белок, экстрагируемые холодным этиловым спиртом и затем пастеризуемые, ВИЧ не содержат. Иммуноглобулины (Rh Ig, γ -глобулины и анти-HB Ig) не могут быть подвергнуты пастеризации без потери активности, тем не менее, при многочисленных проверках они ВИЧ не содержали, и реципиенты этих продуктов не заражались. Иное дело криопреципитаты антикоагулянтов (факторы VIII и IX), применяемые для лечения больных гемофилией А и В. До 1984 г. эти продукты не подвергались тепловой обработке, и их применение привело к заражению ВИЧ 80 % больных гемофилией А и 50 % — гемофилией В. Внедрение методов тепловой обработки факторов VIII и IX привело к удорожанию их в 6 раз. В настоящее время открыт ген фактора VIII и появилась перспектива производства безопасного относительно ВИЧ концентрата этого фактора путем очищения моноклональными сыворотками.

Случаев заражения в процессе гемодиализа при соблюдении соответствующих мер по дезинфекции и стерилизации не наблюдалось.

Передача ВИЧ в результате переливания крови — серьезная проблема в странах, где еще не учреждены национальные службы скрининга доноров крови на выявление антител к ВИЧ.

На большом фактическом материале было установлено, что частота заражения медперсонала при контактах с ВИЧ-инфицированной кровью не превышает 0,2 % (для сравнения — при контакте с кровью больных гепатитом В частота заражения медицинских работников достигает 7—30 %).

Передача, связанная с употреблением наркотиков

Парентеральный путь заражения ВИЧ реализуется в широком масштабе ПИН, вводящими наркотические препараты внутривенно, подкожно или внутримышечно. Эта категория наркозависимых использует один и тот же шприц, а часто одну и ту же иглу не только в тесной компании знакомых друг другу пользователей, но, что намного опасней, «арендуют» шприц на время инъекции у особых держателей этого инструментария. Если в первом случае ПИН знает того, с кем он вместе пользуется иглой, то во втором все многочисленные пользователи ему совершенно незнакомы. Учитывая, что потребность в повторных введениях наркотика может возникать у тяжелобольных ПИН каждые 4—6 часов, легко себе представить какому огромному риску заразиться ВИЧ подвергает себя такой человек.

Ретроспективный анализ сыровоток показал, что первые ПИН, зараженные ВИЧ, появились в Нью-Йорке в 1978 г., в Италии — в 1979 г., в ФРГ — в 1982 г., в Дании — в 1984 г., в Украине в 1994—1995 г. Инфицированность ПИН в Нью-Йорке возросла через два года после этого до 40 %, в Эдинбурге до 50 %, в Милане через 4 года до 50 %, а к 1987 г. — до 62 %. В Бангкоке (Таиланд) пораженность наркозависимых ВИЧ в конце 1987 г. составляла 1 %, 15 марта 1988 г. — 15 % и в декабре 1988 г. — 43 %. В Янгоне (Мьянма) в начале 1990 г. серопораженность составляла 2 %, в конце этого года — 68 %, в 1992 г. — 77 %. В Манипуре (Индия) ВИЧ среди ПИН не выявлялся до октября 1989 г., а через восемь месяцев инфицированными оказались 55 %. Как видно, темпы поражаемости наркозависимых ВИЧ колоссальны. Риск заражения ВИЧ для них определяется рядом факторов. Прежде всего числом партнеров, участвующих в групповом употреблении наркотиков, числом производимых инъекций и свойствами инъекционной аппаратуры.

В Эдинбурге пораженность ВИЧ среди ПИН, обычно не обменивающихся шприцами, составила 30 %, обменивающихся изредка — 56 % и обменивающихся регулярно — 75 %. Обследование 1363 ПИН в Италии показало, что серопораженность тех из них, кто никогда не обменивался иглами, составляла 22 %, в отличие от постоянно обменивающихся, инфицированность которых достигла 67 %. Применение инъекционных наркотиков вызывает целый ряд расстройств, клиническая картина

которых схожа с симптомами острой стадии ВИЧ-инфекции, что затрудняет выявление ВИЧ-инфицированных. По каким-то причинам у ПИН существенно реже развивается СК. Если у МСМ и бисексуалов СК как единственный диагноз обнаруживается в 36 % случаев, а в комбинации с другими оппортунистическими инфекциями — в 11 % случаев (вместе — в 47 %), то у наркозависимых, применяющих наркотические средства парентерально, только в 2,6 % и 1,3 % (вместе в 3,9 %) соответственно.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

БУДЕМ ЖИТЬ

Аноним (Украина)

Родная моя доченька, моя кровиночка, моя надежда, солнышко мое!

Какие страшные муки прошли мы с тобой в те дни, месяцы, годы, когда в твою и в мою жизнь ворвались наркотики. Я всегда стремилась понять, осмыслить, помочь. Было очень тяжело. Я боролась, бессильно опускала руки, но всегда надеялась.

Но я никогда не могла даже подумать, что это еще не все, что еще более страшное испытание ждет нас впереди. Мрак, оцепенение, невыносимая боль, бессилие и мука ворвались в мою жизнь, когда ты мне первый раз сказала, что заразилась ВИЧ и что жить тебе осталось недолго. Разве я могла представить себе, что эта страшная болезнь, которая была так далеко от нас, где-то за границей, ворвется в нашу жизнь. Все рушилось, почва уходила из-под ног.

Кому расскажешь, с кем поделиться, кто поймет? Ведь к таким у нас в обществе относятся, как к изгоям и прокаженным.

Ты тогда удивилась моей реакции на твоё известие — слез, истерики не было. А что творилось в душе моей? Я смотрела на тебя, как на живого мертвеца. А как больно матери хоронить своё любимое дитя!

Сейчас уже прошло много времени с того дня, как в ассоциации «Свет надежды» я встретила с такими же матерями и у меня открылись глаза. Я вспоминаю, как я себя тогда вела, какая была глупая и что делала тогда, и теперь мне смешно, а тогда было страшно. Ведь мы с тобой представления не имели, что такое ВИЧ.

Когда ты приходила в гости, я (чтобы не заметила ты и никто из домашних) обрабатывала посуду, которой ты пользовалась, раствором марганца и хлорки, кипятила ее. Хлорировала дверные ручки и унитаз. Как все это было глупо. Но затем, читая все, что попадалось под руку о ВИЧ/СПИД, литературу, которую приносила ты, я поняла, что это такое, как и ты, которая сначала решила, что жить тебе только один-два года, а затем прозрела. Ведь только одному Богу известно, сколько кому жить на этом свете. Ведь умирают же люди от рака или туберкулеза.

Я только хотела одного, чтобы ты отказалась от наркотиков, которыми убивала себя, чтобы научилась радоваться жизни, солнцу, небу, чтобы личико твоё снова засияло и ожило.

Я опять старалась понять, помочь, поддержать. Может, когда и делала ошибки, то не во зло тебе, а во благо, ведь и ты так много ошибалась.

Кто же вас, детей наших, поймет и обогреет, как не родная мать. Вам болит — больно ей, вам плохо — плохо ей. Вы здоровы — здорова и она, вы умрете — умирает и она.

Как хорошо, когда ты, доченька, не колешься, когда глаза твои чистые и честные, смотрят прямо в мои глаза. Когда на твоих щечках румянец, когда ты не думаешь о своей болезни и обреченности, а строишь планы на будущее. Когда

ты окружена друзьями, которые смотрят на тебя и не верят, что перед ними наркоман и обреченный человек, а так ли уж он обречен?

Все в твоих руках — и радость жизни, и мрак смерти — выбирай, но знай, что всегда с тобой твоя мама — и в радости и в печали.

Давай жить и радоваться вместе, родная доченька моя, моя кровиночка, мое солнышко, моя надежда. Будем жить.

глава четвертая

Передача от матери к ребенку

Передача ВИЧ от матери к ребенку (перинатальное инфицирование) может иметь место до и во время родов или непосредственно после них. Общий риск передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку составляет от 25 до 40 процентов. Были зарегистрированы случаи инфицирования детей при кесаревом сечении. В литературе имеются сообщения о случаях постнатальной передачи ВИЧ (через грудное молоко) у детей, имевших контакт при грудном вскармливании с матерями, инфицированными ВИЧ уже после родов.

Исследования показали, что ВИЧ может быть передан плоду даже на сроке 8 недель, поскольку его находили в абортированном плоде. Однако исследователи уверены, что в основном передача вируса происходит на поздних сроках беременности или незадолго до родов.

Передача ВИЧ от матери к ребенку (ПМР)

По оценкам, в мире ежегодно

беременеют 200 миллионов женщин, при этом 2,5 миллиона из них — ВИЧ-инфицированы. Одна из основных задач — добиться того, чтобы 99% беременных, не зараженных вирусом, сохранили свой отрицательный ВИЧ-статус. Эта задача неразрывно связана с широкомасштабными усилиями по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

Утвержденный на международном уровне подход к профилактике ПМР включает в себя целый ряд стратегий:

- 1) первичная профилактика ВИЧ-инфекции среди будущих родителей;
- 2) предупреждение нежелательной беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин;
- 3) профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Более детально аспекты передачи ВИЧ от матери ребенку рассмотрены в пятом, шестом и девятом разделах.

Там, где уровень распространенности ВИЧ-инфекции высок, профилактика передачи инфекции от матери ребенку является важнейшей частью комплексного подхода к уходу и лечению. Каждый год более 600 000 детей в возрасте до 15 лет заражаются ВИЧ или заболевают СПИД (главным образом, в развивающихся странах). Около 90 % из них заражаются вирусом от своих матерей. Считается, что две трети случаев инфицирования имеет место во время беременности и родов и около одной трети — во время грудного вскармливания.

глава пятая

Низкий и теоретический риск инфицирования

ВИЧ находится практически во всех биологических жидкостях организма человека, но в различных концентрациях. Самые высокие концентрации вируса содержит кровь, за тем — сперма и вагинальный секрет.

Допускается, что ВИЧ-инфицирование возможно при нанесении татуировок, проведении иглоукалывания, электролитических процедурах (например, эпиляции), бритье.

Оральный секс гораздо менее опасен, чем анальный или вагинальный. Только небольшое число случаев передачи ВИЧ через оральный секс полностью документированы. Часто не исключен маскирующий эффект в случаях, когда имел место и оральный, и вагинальный или анальный секс, а путем передачи инфекции считают только вагинальный или анальный.

Возможно, вирус может передаваться и через предэякуляторную жидкость. Нет единого мнения о том, содержится ли в ней вирус. Некоторые исследователи нашли в ней ВИЧ, другие — нет. Хотя пред-

эякуляторная жидкость и не является семенем (вырабатывается другой железой), она может содержать небольшие количества семени. Мы должны учитывать, что вероятность передачи ВИЧ через нее все же существует, хоть и очень небольшая.

Другие жидкости, такие, как моча и грудное молоко, заразны только при контакте с большим их количеством (как, например, при вскармливании ребенка грудью или при уринотерапии).

Теоретически существует риск заразиться ВИЧ, проглотив большое количество мочи, однако неизвестен ни один случай такого способа передачи ВИЧ.

С точки зрения только вирусологических данных, поцелуй, казалось бы, могли быть вполне вероятным способом заражения, так как имеются случаи выделения ВИЧ из слюны. Однако эпидемиологические данные не подтверждают риск инфицирования через сухой (бытовой) поцелуй.

глава шестая

Как ВИЧ не передается?

ВИЧ не передается через:

- слюну;
- слезы;
- пот.

Слюна и слезы могут содержать очень низкие концентрации вируса, недостаточные для инфицирования. ВИЧ никогда не находили в поте. Говоря об этих жидкостях, избегать выражения «жидкости тела». Это может приводить к путанице. Лучше использовать названия для каждой отдельной жидкости.

ВИЧ не передается через укусы насекомых: комаров, мух, клещей, блох, пчел или ос. Если кровососущее насекомое укусит ВИЧ-инфицированного человека, вирус погибнет в теле насекомого. Он способен существовать только в человеческих клетках. Комары не могут переносить ВИЧ, потому что:

ВИЧ погибает в желудке комара.

Эти факты подтверждаются эпидемиологическими данными. В

регионах, где много комаров и активно циркулирует ВИЧ, распространенность вируса среди населения не отличается от других регионов. А ведь можно было бы ожидать намного большего, чем официально регистрируется, количества случаев заражения ВИЧ стариков и детей, если бы комары переносили ВИЧ.

Людей иногда вводит в заблуждение пример малярии, заболевания, которое действительно распространяют комары. В случае ВИЧ это не так.

Не имеется никаких данных, например, свидетельствующих о том, что ВИЧ может быть передан респираторным, воздушно-капельным (через воздух), или энтеральным, алиментарным (с водой или продуктами питания), или контактно-бытовым путем (через социальные контакты дома или в других местах).

пятый раздел
Диагностика
ВИЧ-инфекции



люди и ВИЧ

глава первая

Что такое «анализ на СПИД»?

В настоящее время ВИЧ-инфекция во всем мире стала одной из основных проблем здравоохранения. Выявление и регистрация первых случаев ВИЧ-инфекции и СПИД способствовали развитию методов лабораторной диагностики этой инфекции. В общем их перечне основная роль, несомненно, принадлежит методам серологической диагностики, направленным на определение антител к ВИЧ в крови и других биологических жидкостях организма, и в первую очередь — методам иммуноферментного анализа (ИФА).

По сравнению с другими методами ИФА обладает рядом бесспорных преимуществ. К ним относится высокая чувствительность, возможность использования минимальных объемов исследуемых образцов биологических жидкостей, простота проведения реакции, инструментальный учет конечных результатов и автоматизация почти всех этапов ИФА и не в последнюю очередь — относительно низкая стоимость диагностических наборов. Следует отметить, что хотя существует несколько вариантов ИФА (прямой, непрямой, конкурентный, «сэндвич») во всех используют ферментный конъюгат, который связывается с специфическими антителами/антигенами и субстрат (хромоген), который реагирует с конъюгатом, в

результате чего развивается окраска реакционной смеси.

Большинство ИФА-тест-систем для выявления суммарных (IgM и IgG) антител к ВИЧ построены по принципу классического твердофазного непрямого ИФА (ELISA — Enzyme Linked Immunosorbent Assay). В качестве твердой фазы (иммуносорбент) применяют полистирол или полихлорвинил с иммобилизованными на его поверхности антигенами — аналогами диагностически значимых белков ВИЧ. Ферментный конъюгат — это антитела к глобулинам человека (антивициновые антитела), синтетические или рекомбинантные пептиды, меченные пероксидазой хрена или щелочной фосфатазой. Индикатором для выявления комплекса антиген-антитело служит раствор хромогена (например, ортофенилендиамина, тетраметилбензидина). Интенсивность окраски реакционной смеси, которую определяют фотометрически по величине оптической плотности, находится в линейной зависимости от наличия и концентрации антител к ВИЧ в исследуемом образце сыворотки (плазмы) крови.

После появления антител к ВИЧ в крови инфицированного лица, их количество возрастает на протяжении 3—5 месяцев на ранней стадии инфекции, пока не достигает пика. В

это же время авидность антител остается довольно низкой и возрастает параллельно с прогрессированием болезни. В зависимости от количества присутствующих антител или от их авидности, по данным литературы, ВИЧ-инфекция у конкретного пациента может быть отнесена к «недавней» (recent) или «установившейся» (established). Выявление факта недавнего инфицирования ВИЧ оказалось возможным благодаря новой стратегии «Чувствительные / менее чувствительные анализы» (Sensitive/ Less-Sensitive Assays, S/LS strategy), которая заключается в применении комбинации различных поколений иммуноферментных тест-систем. «S/LS strategy» позволяет установить возможные сроки инфицирования путем определения титров анти-ВИЧ или их авидности при использовании тестов 3-го поколения одновременно с модифицированными лизатными тест-системами 1-го поколения или быстрыми тестами с сознательно сниженной чувствительностью.

«Золотым стандартом» подтверждения специфичности полученного положительного результата тестирования на анти-ВИЧ методом ИФА все еще остается иммунный блоттинг (иммуноблот — ИБ, Western Blot — WB), основанный на комбинации гель-электрофореза и реакции антиген—антитело. В полиакриламидном геле происходит распределение по молекулярному весу предварительно очищенных антигенов ВИЧ, которые потом переносят на нитроцеллюлозную мембрану и разрезают на полоски (стрипы). Исследуемый материал (сыворотку или плазму крови пациента) наносят

на стрип и при наличии в пробе специфических антител последние связываются с соответствующими им (комплементарными) антигенными полосами. Результат этого взаимодействия визуализируют путем последовательного добавления конъюгата, меченного ферментом, и хромогена. Интерпретацию результатов исследований осуществляют в соответствии с инструкцией к конкретной тест-системе.

Необходимо отметить, что коммерческие тест-системы для исследований методом ИБ различаются природой вирусных антигенов, методами разделения белков в геле и переноса антигенов на нитроцеллюлозную мембрану. Отличаются также применяемые в разных наборах конъюгаты и хромогенные субстраты. Исходя из этого, тест-системы для ИБ, точно так же, как и ИФА-тест-системы имеют различную чувствительность.

Кроме диагностикумов, основанных на классическом методе ИБ (WB), существуют так называемые линейные тесты, которые также применяют для подтверждения первично положительных результатов ИФА. Эти тесты отличаются от классических тем, что в качестве антигенов используют рекомбинантные или синтетические пептиды, которые нанесены на нитроцеллюлозные стрипы. Считают, что линейные тесты являются более специфичными по сравнению с классическим вариантом ИБ, поскольку в них отсутствуют компоненты клеточных культур, которые могут перекрестно реагировать с компонентами исследуемых образцов сывороток крови.

Исследования на наличие антител к ВИЧ с помощью иммуноферментных тест-систем и методом ИБ предусматривают наличие хорошо оснащенных диагностических лабораторий, укомплектованных всем необходимым оборудованием. Но довольно часто проведение таких исследований затруднено или невозможно, в особенности в небольших периферийных больницах или лабораториях. В этих случаях для срочного обследования донорской крови, для обследования небольшого количества пациентов прежде всего в ургентных (экстренных) состояниях, а также для частных лиц с целью определения состояния инфицированности ВИЧ целесообразно использовать, так называемые, быстрые/простые тесты.

Быстрые/простые тесты для выявления антител к ВИЧ — это диагностические наборы (тест-системы), применение которых позволяет получить конечный результат без использования специального оборудования для проведения ИФА. В качестве материала для исследования можно использовать образцы цельной крови, сыворотки или плазмы крови. Разработаны и применяются также быстрые тесты для определения антител к ВИЧ в образцах слюны и мочи.

Современные быстрые тесты условно разделяют на две группы, соответственно тому, каким образом проводят анализ. К первой группе («dot blot» или «flow through»-тесты) относят диагностические наборы, при применении которых исследуемый биологический субстрат наносят на поверхность твердой фазы, конечный результат получают в

виде окрашенной точки или полосы. Ко второй группе («lateral flow»-тесты) принадлежат диагностические наборы, в которых мембрану (например, пластиковый «гребешок», или нитроцеллюлозные полоски) с нанесенными антигенами погружают в исследуемый образец, который потом диффундирует по мембране. Большинство быстрых тестов позволяет дифференцированно выявлять антитела к ВИЧ-1 и ВИЧ-2. В самих тестах предусмотрена контрольная точка или полоса для проверки корректности проведенного анализа.

При выборе тестов для быстрого определения антител к ВИЧ необходимо учитывать ряд факторов, а именно:

- заявленные свойства быстрого теста, то есть способность дифференцированно выявлять антитела к ВИЧ-1, ВИЧ-2 или суммарные антитела;
- диагностические характеристики теста, а именно его чувствительность и специфичность;
- наиболее простой алгоритм проведения анализа;
- необходимость дополнительного оборудования;
- время проведения исследования и срок пригодности быстрого теста;
- стоимость быстрого теста;
- уровень подготовки специалистов, которые будут проводить исследование;
- возможность дальнейшей верификации результатов первичного тестирования в лаборатории, которая осуществляет подтверждающие исследования.

По своим диагностическими характеристиками (чувствительности и

специфичности) современные быстрые тесты приближаются к традиционным твердофазным ИФА-тест-системам. По данным ряда авторов, эти тесты имеют чувствительность > 99 % и специфичность > 95 %, то есть отвечают минимальным критериям ВОЗ относительно диагностических характеристик наборов для определения антител к ВИЧ. Вместе с тем, другими исследователями были установлены колебания чувствительности от 100 до 94,6 %, при этом быстрые тесты выявляли антитела к ВИЧ в среднем на 2—8 дней позднее, чем ИФА-диагностикумы 3-го поколения. Предполагают, что относительно низкая чувствительность и/или специфичность быстрых тестов на ранней стадии болезни может препятствовать их широкому использованию в странах с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции.

Следует также отметить, что, хотя для быстрых тестов не требуется специального оборудования для проведения анализа, стоимость одного исследования обычно выше, чем при использовании традиционного ИФА. Кроме того, полученные результаты тестирования оценивают визуально, то есть имеет место их субъективная интерпретация, при этом не остается документально подтвержденного результата анализа. Учитывая это, при использовании быстрых тестов чрезвычайно важно убедиться в высоком уровне профессиональной подготовки персонала, проводящего исследование.

С целью выявления антител к ВИЧ применяют также непрямую иммунофлюоресценцию, радиоиммунный анализ, методы, базирую-

щиеся на реакции агглютинации.

Метод непрямой иммунофлюоресценции заключается в связывании специфических антител, которые находятся в исследуемом образце, с антигенами, которые продуцируются ВИЧ-инфицированными клетками. Применение антивидовых иммуноглобулинов, конъюгированных с изотиоцианатом флюоресцеина, позволяет выявить комплекс антиген-антитело с помощью люминесцентного микроскопа.

Радиоиммунный анализ (РИА) базируется на выявлении комплекса антиген-антитело с помощью радиоактивного йода (зачастую используют 125). При выявлении антител к ВИЧ применяют твердофазный вариант РИА. К преимуществам метода относят его высокую чувствительность и специфичность, а также возможность стандартизации и автоматизации анализа. Вместе с тем, этот метод не приобрел широкого распространения в связи с необходимостью применения радиоактивных материалов и специального оборудования; кроме того, тест-системы для выявления антител к ВИЧ на основе РИА имеют очень короткий срок пригодности, вследствие распада радиоактивной метки. В настоящее время РИА используют преимущественно с научно-исследовательскими целями.

Агглютинационные тесты для определения антител к ВИЧ просты, достаточно чувствительны и специфичны, не требуют наличия специального оснащения; для интерпретации результатов необходим некоторый опыт работы. Чаще всего используются тесты, основанные на агглютинации частичек латекса или

желатины, сенсibilизированные антигенами ВИЧ, при взаимодействии со специфическими антителами. Следует отметить, что применение метода агглютинации для скрининговых обследований на антитела к ВИЧ ограничено визуальным учетом результатов, отсутствием четких критериев предельного значения положительной реакции, трудностями в автоматизации проведения реакции, и тому подобное.

Таким образом, выявление специфических антител к ВИЧ при помощи твердофазного ИФА является наиболее приемлемым в практике лабораторных исследований. Однако определение анти-ВИЧ в крови обследованного лица является лишь косвенным свидетельством наличия ВИЧ-инфекции, и это ограничивает информативность методологии выявления анти-ВИЧ с помощью ИФА. Так, как было указано выше, в первые недели после заражения антитела к ВИЧ не выявляются современными иммунохимическими методами в связи с их отсутствием в сыворотке крови или низкой концентрацией; все тест-системы для ИФА могут давать неспецифические результаты; эффективность тестирования на антитела к ВИЧ снижается практически до нуля при обследовании детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, и т.д. Следует подчеркнуть, что при ВИЧ-инфекции, равно как и при диагностике других инфекционных болезней, прямым доказательством наличия заболевания является выявление и идентификация самого возбудителя. Выделение ВИЧ с диагностической целью практически не применяют, поскольку это связа-

но со значительной стоимостью и сложностью подобных исследований, а также с транзитным характером виремии и непостоянством экскреции вируса.

Как было указано выше, в ряде случаев (диагностика инфекции в серонегативном периоде, у детей, родившихся от ВИЧ-позитивных матерей, и т.д.) эффективность определения ВИЧ-инфекции с помощью стандартных методов, прежде всего путем выявления антител, недостаточна. Внедрение в лабораторную практику молекулярно-биологических методов исследований, в первую очередь, метода ПЦР, разработанной в 1985—1987 гг., открыло новые перспективы в диагностике и профилактике ВИЧ-инфекции. По образному определению исследователей этот метод позволяет «выявить иголку в стоге сена», а затем воссоздать «стог иголок». Благодаря высокой чувствительности, специфичности и воспроизводимости результатов анализа ПЦР сегодня широко применяют в различных областях медицинской и биологической науки и практики: биотехнологии, генетике, судебной медицине, для диагностики генетических и вирусных заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекции. С помощью ПЦР можно выявить РНК или ДНК ВИЧ, встроенную в геном пораженных лимфоцитов даже в период отсутствия в крови антител или при их количестве, недостаточном для выявления имеющимися серологическими методами.

Как материал для исследования можно использовать препараты, выделенные не только из свежих биосубстратов, но и из замороженных,

высушенных или фиксированных образцов, которые содержат частично разрушенные нуклеиновые кислоты. ПЦР расширяет возможности диагностики ВИЧ-инфекции благодаря способности выявлять инфекцию на ранних ее этапах до сероконверсии, определять концентрацию вируса, экспрессию его генов, контролировать эффективность лечения и прогнозировать течение болезни и т.д.

ПЦР представляет собой процесс, который протекает в одной пробирке и состоит из повторных циклов амплификации (размножения) определенной специфической последовательности молекулы нуклеиновой кислоты с целью получения большого количества копий, которые в дальнейшем выявляют обычными методами детекции. Ключевыми компонентами реакции являются праймеры — синтетические олигонуклеотиды, комплементарные наиболее консервативным участкам нуклеиновой кислоты инфекционного агента. Реакция происходит с помощью фермента, обычно термостабильной ДНК-полимеразы при наличии в реакционной смеси ДНК-мишени, дезоксинуклеозидтрифосфатов и комплементарных к мишени праймеров. Каждый цикл ПЦР повторяется 30—50 раз и состоит из трех стадий, которые происходят при различных температурах: денатурации, ренатурации и удлинения. В результате каждого цикла количество молекул матричной ДНК возрастает в геометрической прогрессии. В случае необходимости определения РНК ВИЧ ПЦР-анализ включает дополнительный этап — реакцию обратной транскрипции РНК вируса в ДНК, что осуществляется с помо-

щью фермента ревертазы (обратной транскриптазы). Таким образом, выявление ВИЧ методом ПЦР в крови возможно в двух вариантах — определение ДНК-провируса ВИЧ, интегрированного в геном мононуклеарных клеток периферической крови, и определения РНК ВИЧ, которая входит в состав вирионов.

В заключение следует подчеркнуть, что лабораторная диагностика является первым шагом при установлении факта ВИЧ-инфицирования. В идеале лабораторное обследование пациента с подозрением на ВИЧ-инфекцию должно включать весь комплекс анализов — и серологических на наличие антигенов и антител к ВИЧ, и молекулярно-биологических для выявления генетического материала возбудителя. На практике, как правило, определяют только антитела к ВИЧ в сыворотке крови, что, как уже указывалось, является только косвенным свидетельством наличия заболевания. Однако до сих пор отмечают случаи, когда диагноз «ВИЧ-инфекция» устанавливают на основании единичного положительного результата в ИФА, что является не только недопустимым, но и преступным. Только на основании комплексного обследования пациента, включающего сбор эпидемиологического и клинического анамнеза, врач может сделать вывод о наличии ВИЧ-инфекции, и осознание этого является очень важным для специалистов лабораторной службы.

Выявление и регистрация первых случаев ВИЧ-инфекции/СПИД способствовали развитию методов лабораторной диагностики этой

инфекции, направленным на выявление как серологических (антигенов и антител), так и молекулярно-биологических (РНК и ДНК) маркеров возбудителя.

Известно, что ранние антитела к основным внутренним белкам ВИЧ — p55, p24, p17 — продуктам гена *gag* — могут быть определены в среднем на 3—6-й неделе после инфицирования приблизительно у 75 % лиц. Наиболее иммуногенными считаются гликопротеины — продукты гена *env*: gp160, gp120 и gp41, антитела к которым, как правило, появляются позднее и определяются у 98 % инфицированных лиц. Для ВИЧ-инфекции характерно наличие, так называемого, периода «окна» (его еще называют серонегативным, латентным, инфекционным, диагностическим), когда антитела к ВИЧ в сыворотке крови отсутствуют или их количество настолько незначительно, что они не выявляются современными иммуноферментными тест-системами для определения антител. Период «окна» предшествует сероконверсии, то есть появлению антител в крови инфицированного человека. Как правило, первыми появляются иммуноглобулины класса М к *gag* протеинам, которые циркулируют на протяжении виремии. Через 5—7 дней после появления IgM-антител начинают синтезироваться антитела класса IgG к p24 и gp120. Установлено, что более чем у 95 % ВИЧ-инфицированных лиц сероконверсия происходит на протяжении 5—8 месяцев после трансмиссии ВИЧ, и это время зависит от ряда факторов. Поэтому, безусловно, интересным представляется рассмотрение современных методов для выявления основных

серологических и молекулярно-биологических маркеров ВИЧ.

Для выявления антител к ВИЧ наиболее широко применяются иммуноферментные тест-системы, которые стали коммерчески доступными в 1985 году, спустя всего 2 года после первичного выделения ВИЧ. В течение практически двух десятилетий разработано множество ИФА-наборов, основанных на различных антигенах ВИЧ, формате либо на принципах, положенных в основу тестов. С момента появления первого диагностикума ученые ведущих научно-производственных компаний постоянно работали над усовершенствованием диагностических характеристик тестов, начиная со скрининговых наборов, в которых использовался разрушенный вирус, полученный из инфицированных ВИЧ лимфоидных клеточных линий и до производства более новых тест-систем на основе рекомбинантных антигенов, синтетических пептидов, а также их комбинаций. Усовершенствования как в процессе приготовления антигенов ВИЧ, так и в системах иммуноферментной детекции, привели к более высокой чувствительности и специфичности диагностикумов.

В первых ИФА-диагностикумах антигенами были инактивированные, а в дальнейшем — разрушенные и очищенные препараты ВИЧ, при этом большое значение имела надежная инактивация вируса. Основным недостатком тест-систем 1-й генерации являлось получение большого числа ложноположительных результатов, связанных со значительными количествами побочных продуктов при производстве этого

типа наборов, таких, как, например, клеточных компонентов лимфоидных клеток в вирусном лизате, нанесенном на твердую фазу. Недостатки тестов 1-го поколения были учтены и после многочисленных научных исследований по изучению нуклеотидных последовательностей в генах белков изолятов ВИЧ-1, а позднее и ВИЧ-2, в конце 80-х годов были созданы ИФА-диагностикумы 2-го поколения. Они основаны на использовании рекомбинантных белков и синтетических пептидов ВИЧ (вместо лизатов вируса) как подложки на шариках или дне микропланшет. Тест-системы этой генерации имели улучшенную специфичность благодаря снижению значительного числа ложноположительных реакций, свойственных тестам, созданным в начале эры изучения ВИЧ. В тоже время общая чувствительность данных наборов оставалась подобной тест-системам 1-й генерации. Важно отметить, что при тестировании образцов сывороток крови на диагностикумах 1-го и 2-го поколений имелась опасность получения ложноотрицательных результатов, связанных с образованием в организме человека специфических иммунных комплексов, в которых антитела к ВИЧ блокируются вирусными антигенами (преимущественно белком р24); также могли не определяться антитела против высоко дивергентных субтипов ВИЧ в случае использования в качестве тест-антигенов менее консервативных участков протеинов ВИЧ. Еще одной причиной ложно-отрицательных результатов была, вероятно, недостаточная специфичность применяемого конъюгата антител с ферментом,

так как в ранних тест-системах не учитывалось наличие в крови инфицированных лиц ранних специфических IgM-антител. Таким образом, диагностические наборы 1-й и 2-й генераций давали возможность выявлять антитела к ВИЧ в течение 6—12 недель после заражения, т.е. имели диагностическое «окно», равное приблизительно 42—84 дням.

Специфические антитела к ВИЧ синтезируются вскоре после попадания возбудителя в организм человека, однако, точное время их появления может зависеть от многих факторов, в том числе от особенностей иммунного ответа организма и собственных характеристик вируса. Поскольку антитела к ВИЧ отсутствуют в самой ранней фазе ВИЧ-инфекции, то имеется остаточный риск трансмиссии возбудителя посредством содержащих вирусные частицы (но не антитела) донаций крови. Требования трансфузионной безопасности донорской крови и кровепродуктов привели к созданию в начале 90-х годов прошлого века нового поколения иммуноферментных тест-систем для детекции антител к ВИЧ, которые сейчас широко известны как ИФА тесты 3-й генерации. Данные скрининговые диагностические наборы представляли собой качественно новую разработку в иммуноферментных технологиях. В диагностикумах этого поколения использовались 2 «ноу-хау»: формат теста, основанный на принципе двойного антигенного сэндвича (рекомбинантные антигены и/или синтетические пептиды ВИЧ, сорбированные на твердофазном носителе и входящие в состав конъюгата) и возможность детекции IgM антител к

ВИЧ, в дополнение к определению антител класса IgG. Тем не менее, несмотря на эти усовершенствования, все равно оставалось диагностическое «окно», которое составляло 3—4 недели при детекции существующей ВИЧ-инфекции с использованием тест-систем 3-го поколения. Поэтому в середине 90-х годов XX века родилась идея соединить в одном формате определение двух различных серологических маркеров: антител к ВИЧ и антигена р24 ВИЧ-1.

Такие наборы представляют собой следующий этап в разработке ИФА тестов для диагностики ВИЧ-инфекции и получили название тест-систем 4-й генерации или комбинированных тестов. Было показано, что эти диагностикумы обладают значительной чувствительностью и могут редуцировать период «окна» за счет раннего выявления антигена р24 ВИЧ-1. Так, например, «Enzygnost HIV Integral» (Dade Behring) закрывает сероконверсионное «окно» на 2—18 дней раньше, чем тесты, определяющие только антитела к ВИЧ; ИФА-тест-системы «Vidas HIV DUO» (Bio Merieux), «Vironostika HIV Uni-Form II Ag/Ab» (Organon Teknika) сужают эту фазу на 11 и 7—14 дней соответственно. Следует, однако, отметить, что эти результаты были получены при тестировании различных сероконверсионных панелей и степень закрытия «окна» зависела от характеристик образцов сывороток, составляющих такие панели. В среднем же при применении ИФА-тестов 4-го поколения по сравнению с диагностикумами предыдущей генерации достигается редукция фазы «окна»

на 4 дня. Тем не менее, возможно, потребуется дальнейшее улучшение диагностических характеристик этих препаратов, в том числе чувствительности, по ряду причин.

Некоторые авторы считают, что сочетанные диагностикумы не смогут заменить антигенные, так называемые единичные, тесты для скрининга донорской крови. Предел детекции антигена р24 в тестах 4-го поколения составляет 20,0—100,0 пкг/мл белка, что выше, чем в соответствующих единичных тестах (3,5—10 пкг/мл). Таким образом, высокочувствительные ИФА-наборы для определения р24 ВИЧ-1 выявляют первичную инфекцию в среднем на 1—2 дня раньше, чем диагностикумы 4-ой генерации. Кроме того, модуль определения антигена в наборах 4-го поколения имеет различную чувствительность при детекции определенных субтипов ВИЧ-1 (не относящихся к субтипу В), включая группу О, и ВИЧ-2. Некоторые диагностикумы новой генерации оказались не способными выявлять малые концентрации антигенов ВИЧ-1 не В-субтипов. Таким образом, учитывая, что генетическое разнообразие ВИЧ во всем мире быстро увеличивается, в том числе и в индустриально развитых странах, тесты 4-го поколения нуждаются в дальнейшей модификации для более полного выявления всех субтипов ВИЧ-1, а также ВИЧ-2.

Дополнительный потенциальный риск в ослаблении чувствительности комбинированных тестов связан с тем, что более ограниченный участок твердой фазы может быть использован для определения антител, так как приблизительно

1/3 мест связывания на подложке заняты анти-p24 антителами для детекции антигена ВИЧ-1. Следовательно, часть или модуль определения антител также может быть менее чувствительным в отношении выявления анти-ВИЧ, чем в тестах 3-й генерации. Таким образом, существует возможность пропуска положительной сыворотки в случае так называемого второго сероконверсионного «окна», которое наблюдается на ранней стадии инфекции при условии наличия антител к ВИЧ в низких титрах и падения уровня антигенемии.

Кроме того, поскольку тесты 4-го поколения сочетают в одном формате определение двух различных детерминант, то имеется вероятность получения большего числа неспецифических реакций, чем в диагностических наборах предыдущих поколений. Уровень ложноположительных результатов, полученных при исследовании проб донорской крови и так называемых интерферирующих, т.е. перекрестно реагирующих сывороток, варьирует от 0,3 до 0,8 % (против максимума в 0,2 % для тестов 3-й генерации) и зависит от популяции доноров крови.

Иммуноферментные диагностические наборы нового поколения требуют особого, специального алгоритма для подтверждения первично положительных результатов. Подтверждение антигенной позитивности затрудняется тем, что в настоящее время ни один из коммерчески доступных тестов, основанных на детекции ДНК или РНК, не способен выявлять субтип О ВИЧ-1 и геном ВИЧ-2. Следует отметить, что в последнее время разработаны

более новые модификации антиген-антительных тестов, с более чувствительным модулем детекции антигена p24 ВИЧ-1 и повышенной специфичностью, в которых в той или иной мере устранены недостатки, присущие ранним версиям диагностических наборов 4-й генерации.

Для выявления антигенов ВИЧ (прежде всего, p24 ВИЧ-1) используются ИФА-тест-системы, применение которых с целью ранней диагностики ВИЧ-инфекции является общепризнанным методическим приемом. Однако известно, что p24 в свободном, не связанном с антителами виде циркулирует в крови инфицированного лица лишь в начале болезни и в терминальной стадии, поэтому применение тест-систем на p24 в повседневной лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции до недавнего времени было ограниченным. В последние годы появились сообщения об усовершенствовании методик иммуноферментного выявления антигена p24, что привело к значительному повышению аналитической чувствительности анализа. Предложено использовать диссоциацию иммунных комплексов при нагревании и модифицированную технологию ИФА с сигнальной амплификацией с помощью тирамида. Тирамид применяют, как промежуточное звено для получения большего сигнала на конечном этапе, что дает возможность выявлять очень малое количество антигена p24. По информации авторов, модифицированные ИФА-тест-системы не уступают в чувствительности методам определения РНК ВИЧ при ранней диагностике инфекции и могут оказаться даже более полезными при

мониторинге течения болезни и контроле антивирусной терапии. Однако для внедрения этих тестов в широкую диагностическую практику необходимо будет продемонстрировать и высокую специфичность предложенного диагностикума.

Следует отметить, что в ряде случаев (диагностика инфекции в серонегативный период, у детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями и т.д.), диагностическая эффективность выявления серологических маркеров ВИЧ, прежде всего антител, является недостаточной. Внедрение в лабораторную практику молекулярно-биологических методов исследований, в первую очередь, метода ПЦР открыло новые перспективы в диагностике и профилактике ВИЧ-инфекции. Благодаря высокой чувствительности, специфичности и воспроизводимости результатов анализа ПЦР позволяет выявить болезнь на ранних ее этапах до сероконверсии, оценить концентрацию вируса, экспрессию его генов и т. д. Так, например, при изучении способности идентифицировать ВИЧ-инфекцию на стадии пресероконверсии различных модификаций диагностических наборов для ПЦР, тестов для определения антигена р24 ВИЧ-1 и ИФА-тест-систем 3-го поколения показали, что чувствительность и специфичность ПЦР-тестов составляет 100 % и 95—98 %, в то время как тестов для определения антигена р24 — 79 % и 99 %, а ИФА-тест-систем 3-го поколения — 79 % и 97 % соответственно.

Выявление ВИЧ методом ПЦР в крови возможно в двух вариантах — определение ДНК-провируса, интегрированного в геном мононуклеар-

ных клеток периферической крови, и определения РНК, входящей в состав вирионов. Как правило, определение ДНК провируса применяют при диагностике инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, а РНК ВИЧ — для количественного измерения концентрации вируса в крови (вирусной нагрузки) с целью прогноза течения болезни, мониторинга эффективности антивирусной терапии и т.д.

В современной практике наиболее широко применяются три основных типа тестов: Q-RT-PCR, branched DNA (bDNA) и Nucleic Acid Sequence-Based Amplification (NASBA). Количественная полимеразная реакция (Q-RT-PCR) используется для определения числа копий РНК ВИЧ в большинстве биологических жидкостей организма; по этому принципу создан тест-набор «Amplicor HIV-1 Monitor Test» (Roche). Для этой же цели применяют bDNA (от «branch» — ответвление), основанный на получении сигнала от мишени с помощью олигонуклеотидной гибридизации без этапа обратной транскрипции вирусной РНК. Количественное определение НК с помощью NASBA основывается на одновременном применении трех ферментов: обратной транскриптазы вируса птичьего миелобластоза, РНК-азы H и РНК-полимеразы фага T7. Вирусную РНК коамплифицируют вместе с внутренними калибраторами — синтетическими РНК, которые отличаются от ВИЧ дикого типа лишь небольшими последовательностями. Внутренние калибраторы вводятся в систему с исследуемой РНК в различных концентрациях,

подвергаются одновременной транскрипции и циклической амплификации с последующим анализом концентрации хемилюминесцентным методом. Амплификация методом NASBA осуществляется в одном температурном режиме без циклического изменения температур.

Следует отметить, что, по данным ряда авторов, молекулярно-биологические методики выявления генетического материала различаются способностью выявлять НК различных субтипов ВИЧ, поэтому при мониторинге каждого пациента рекомендуют использовать один и тот же метод определения «вирусной нагрузки».

Кроме того, известно, что существуют биологические колебания уровня РНК, соответственно чему показатели «вирусной нагрузки» у взрослого ВИЧ-инфицированного пациента со стабильным клиническим состоянием могут уменьшаться или увеличиваться приблизительно в три раза на протяжении одного или нескольких дней. Острые инфекционные заболевания, вакцинация и пр. также могут приводить к временному повышению уровня РНК ВИЧ. Поэтому к результатам определения «вирусной нагрузки» нужно подходить достаточно осторожно и при принятии решения о назначении лечения не следует полагаться на однократно полученный результат анализа.

Несмотря на то, что ПЦР и другие молекулярно-биологические исследовательские приемы в настоящее время рассматриваются, как наиболее информативные, при применении этих методов могут регистриро-

ваться ошибочные результаты (ложнопозитивные и ложнонегативные). Ложнонегативные результаты ПЦР наблюдаются довольно часто (до 3 % случаев), при этом для большинства из них характерен низкий уровень «вирусной нагрузки» — от 3000 до 15000 копий/мл.

Вышеизложенное касается, прежде всего, так называемой стандартной, или «uniplex» ПЦР, направленной на выявление генетического материала одного возбудителя. В последние годы предложен новый подход к генодиагностике инфекционных болезней, в том числе и ВИЧ-инфекции — «multiplex» ПЦР, применение которого позволяет определять НК нескольких инфекционных агентов в одной пробе. Было показано, что с помощью «multiplex» ПЦР возможно эффективно выявлять и дифференцировать инфицирование и коинфицирование, вызванное различными ретровирусами человека, путем комбинации 4 пар праймеров для определения gag-региона ВИЧ, env-региона ВИЧ, pol-региона HTLV-1 и tax-региона HTLV-2. Исследователи установили, что «multiplex» ПЦР позволяет выявить от одной до десяти инфицированных клеток, то есть имеет такую же чувствительность, как и «uniplex». По мнению, наиболее эффективным новый вариант ПЦР может оказаться при тестировании донорской крови, так как станет возможным идентифицировать серонегативных лиц, инфицированных как ретровирусами, так и другими вирусами, которые передаются через кровь, — ВГВ, ВГС и CMV.

К недостаткам ПЦР можно отнести то, что различные этапы проведения реакций, чувствительные к

факторам окружающей среды, тяжело поддаются стандартизации. Кроме того, эти методы довольно дороги, требуют специальных помещений и оснащения, высокой квалификации специалистов.

В заключение следует подчеркнуть, что с помощью современных методов можно достаточно надежно выявлять как серологические, так и молекулярно-биологические маркеры ВИЧ. Однако изменчивость вируса, не имеющая аналогов

по сравнению с другими известными вирусами человека, создает риск получения ошибочных результатов, поэтому необходимо постоянно усовершенствовать имеющиеся и разрабатывать новые методические подходы и методы исследований. При этом необходимо иметь в виду, что различные диагностические методы целесообразно использовать в комплексе, а не чрезмерно увлекаться одними в ущерб другим.

глава вторая

Стратегия лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции в Украине

В настоящее время существует несколько методических подходов к проведению скрининговых обследований на ВИЧ. Под скринингом подразумевается методологический подход, применяемый для обследования населения или отдельных его контингентов с целью выявления определенного заболевания, уровня его распространенности и факторов, способствующих возникновению и развитию эпидемического процесса. При этом скрининговые исследования носят многоэтапный характер и могут быть направлены не только на обнаружение заболевания, но и на более углубленное обследование с целью уточнения диагноза и принятия решения о необходимом медицинском вмешательстве.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ и ЮНЭЙДС при проведении обследований с целью: 1) обеспечения безопасности донорской крови, ее продуктов, тканей, органов, спермы, яйцеклеток, 2) диагностики, 3) эпидемиологического надзора и научных исследований предлагается использовать три стратегии тестирования на антитела к ВИЧ, так как эти цели подразумевают различные стратегии. Эти стратегии определяют конкретный порядок проведения и

преимущество первичных и подтверждающих (верификационных) исследований при тестировании различных групп населения в зависимости от цели обследования и уровня распространения ВИЧ-инфекции.

Первая стратегия состоит в том, что образцы крови исследуются методом твердофазного ИФА или в простом (быстром) тесте: сыворотка, реагирующая положительно, считается содержащей антитела к ВИЧ.

Вторая стратегия: сыворотки, позитивные в первом ИФА, подлежат повторному исследованию с помощью ИФА или простого (быстрого) теста, основанных на альтернативном антигенном препарате (ИФА + ИФА). Сыворотки, положительно реагирующие в обоих анализах, считаются содержащими антитела к ВИЧ. Если исследуемый образец позитивен в первом, но негативен во втором анализе, он подлежит проверке с помощью обоих использованных диагностикумов. При сомнительных результатах повторных исследований сыворотка считается неопределенной в отношении присутствия антител к ВИЧ.

Третья стратегия предусматривает такой же подход, как и предыдущая. Однако в зависимости от

цели тестирования, а также уровня распространения инфекции среди обследуемых контингентов или на конкретной территории, при получении неопределенных результатов нужен еще один дополнительный тест (иммуноблот — ИБ, ПЦР).

Скрининговым обследованием на ВИЧ в Украине подлежат определенные категории граждан в соответствии с Законом Украины «О профилактике заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) и социальной защите населения» (1991), дополнениями к этому закону (1998), «Правилами медицинского осмотра с целью выявления ВИЧ-инфекции, учета ВИЧ-инфицированных и больных СПИД и медицинского наблюдения за ними» (1998).

Обследования на ВИЧ в Украине регламентированы «Инструкцией по организации работы лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции» (2002). В соответствии с этой инструкцией при проведении исследований на первом этапе выявляются положительные в ИФА образцы крови, которые затем исследуют вторично той же самой тест-системой:

1. Сыворотки крови исследуются с применением тест-систем, рекомендованных для первичного скрининга и зарегистрированных в Украине.

2. Образцы, реагирующие позитивно при первом ИФА, подлежат повторному анализу в соответствии с инструкцией к используемой тест-системе.

3. Все образцы сывороток, положительно реагирующие во втором исследовании, поступают на референтный подтверждающий этап, предусматривающий тестирование с помощью двух альтернативных ИФА-

тест-систем. Диагностикумы, которые применяют на референтном этапе, должны характеризоваться более высоким показателем специфичности, чем препараты, применяемые для первичного скрининга. Положительный результат подтверждающего исследования с высокой долей вероятности свидетельствует о наличии антител к ВИЧ в образце сыворотки.

При уровне распространенности ВИЧ в популяции или среди определенных контингентов обследованных менее 10 % на референтном этапе следует применять три альтернативные ИФА-тест-системы.

После получения результата вышеописанного анализа необходимо продолжить обследование для уточнения истинного ВИЧ-статуса. При обследовании детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, установлении клинической стадии ВИЧ-инфекции у больных, проведении арбитражных исследований, в случае предоставления справки о ВИЧ-инфицированном по требованию следственных органов и в некоторых других случаях референтное исследование осуществляется с помощью метода ИБ.

При обследовании образцов донорской крови на антитела к ВИЧ необходимо применять высокочувствительные ИФА-тест-системы. Положительные сыворотки, выявляемые в первом исследовании, тестируют повторно. В случае получения отрицательного результата, в соответствии с «Инструкцией...», такую кровь можно использовать для изготовления препаратов, которые проходят термическую или химичес-

кую обработку. Если результат тестирования остается положительным, — кровь поступает на последующие референтные этапы исследования, которые проводят в общем порядке с учетом эпидемиологических и анамнестических данных.

Необходимо подчеркнуть, что лабораторная диагностика остается одним из самых важных и наиболее совершенных элементов Глобальной программы борьбы со СПИД. Установить диагноз «ВИЧ-инфекция» может только врач на основании комплексного обследования, включающего сбор и анализ эпидемиологических, лабораторных и клинических данных о пациенте. Однако получение истинного результата тестирования на ВИЧ возможно лишь при условии создания единой и четко работающей системы диагностики, для успешной деятельности которой необходимо выполнение следующих задач:

- Организация унифицированной системы диагностики ВИЧ-инфекции в соответствии с действующим в стране законодательством и мировым опытом.
- Осуществление государственного контроля качества обследова-

ния на ВИЧ, независимо от ведомственного подчинения диагностических лабораторий.

- Обеспечение надлежащего уровня профессиональной подготовки работников лабораторной службы.
- Координация взаимодействия всей сети диагностических лабораторий.

В заключение следует отметить, что лабораторная диагностика является первым шагом при установлении факта ВИЧ-инфицирования или диагноза СПИД. Установить анализ «ВИЧ-инфекция» может только врач, на основании комплексного обследования, включающего сбор и анализ эпидемиологических, лабораторных и клинических данных о пациенте. Анализ результатов лабораторных исследований позволяет также получить информацию об уровне распространенности инфекции среди различных групп населения, о контингентах, особо уязвимых к ВИЧ и других параметрах, характеризующих эпидемический процесс. Такие данные являются базой для разработки научно обоснованных профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на ограничение распространения ВИЧ-инфекции.

Основой данного раздела являются оригинальные статьи сотрудников лаборатории вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции Института эпидемиологии и инфекционных болезней АМН Украины им. Л. В. Громашевского.

глава третья

Обследование на антитела к ВИЧ и связанное с ним консультирование в Украине

Добровольное обследование на антитела к ВИЧ и связанное с ним предтестовое и послетестовое консультирование являются процедурами, проведение которых регламентируется Законом Украины «О профилактике заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) и социальной защите населения» и соответствующими нормативными документами. Согласно **статье 4** Закона, «Государство гарантирует: доступность, качество, эффективность медицинского осмотра, в том числе анонимного, с оказанием предварительной и последующей консультативной помощи». **Статья 7** дополнительно содержит следующую норму: «Медицинский осмотр осуществляется на добровольных началах».

Таким образом, можно констатировать, что в Украине существуют благоприятная правовая база для внедрения в практику учреждений здравоохранения консультирования, связанного с обследованием на ВИЧ.

В то же время повседневная практика свидетельствует о том, что не везде обеспечивается бесплатное для клиентов (или отдельных уязвимых категорий клиентов) об-

служивание, включающее услуги по консультированию и тестированию. Данная медицинская услуга, в ее полном исполнении, не является безусловно доступной любому гражданину по ряду параметров:

- **По цене** (от бесплатной услуги в государственных центрах до 10—15 у.е. в частных лечебных заведениях). Соотношение «цена — качество» в данной ситуации далеко не всегда коррелируют между собой. Например, экспресс-диагностика в частных клиниках стоит дороже всего и не всегда сопровождается консультированием.

- **По удобству** расположения, приближенности к потенциальному клиенту (отсутствие соответствующих служб в небольших населенных пунктах, неудобство места расположения и/или удаленность от потенциальных клиентов).

- **По возможности** обеспечить действительно конфиденциальное посещение такого центра.

- **Вследствие** недостаточной разветвленности сети кабинетов доверия (центров анонимного обследования на антитела к ВИЧ и предоставление консультирования), в первую очередь, адекватных по-

требностям молодежи и особо уязвимых групп населения.

- **Социальная реклама** центров тестирования чрезвычайно ограничена (если не отсутствует вообще) в абсолютном большинстве городов, в том числе в столице — г. Киеве, и городах с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции. Весьма часто в лечебных учреждениях городов имеется устаревшая информация о расположении и графике работы центров тестирования, что отражается на таком объективном показателе, как количество посещений и в конце концов на доступности данной услуги для населения.

Потребность областей в тест-системах удовлетворяется за счет как центрального, так и местного бюджетного финансирования. Соотношение объемов по этим двум позициям достаточно разнообразно и определяется совокупностью факторов, как объективных, так и

субъективных. Первичное тестирование осуществляется главным образом на отечественной тест-системе.

Несмотря на то, что польза, преимущества и профилактическая эффективность процесса консультирования, в частности пред- и послетестового, признаны отечественными специалистами, что нашло свое отражение в ст. 4 Закона, ее положения реализуются далеко не везде и не всегда. Практически консультирование удовлетворительного качества доступно исключительно в кабинетах доверия центров СПИД и единичных НПО, а этого крайне недостаточно. Поэтому абсолютно корректным будет утверждение, что до настоящего времени в Украине полноценное консультирование, непосредственно связанное с обследованием на антитела к ВИЧ, скорее является исключением, чем общепринятой практикой.

глава четвертая

Консультирование, связанное с ВИЧ

Консультации перед тестированием

Тестирование на антитела к ВИЧ — это не то же самое, что профилактика заражения ВИЧ. Со времени введения в практику тестирования на антитела к ВИЧ некоторые комментаторы, к сожалению, интерпретировали тест таким образом, как будто получение результата анализа было необходимым и достаточным, чтобы гарантировать, что человек принял условия безопасного секса.

Во всем мире исследования показали, что не существует четкой или универсальной связи между осведомленностью о своем ВИЧ-статусе (наличии или отсутствии антител к ВИЧ) и следованием правилам безопасного секса. Мы знаем, что единственное, что связывает между собой тестирование на антитела к ВИЧ и принятие правил безопасного секса — это качественное пред- и послетестовое консультирование, а не результат теста сам по себе. Более того, такое непонимание цели тестирования на антитела включает в себе риск отвлечения внимания от жизненно важной потребности каждого постигать правила безопасного секса.

Хороший консультант может использовать возможность консультирования по безопасному сексу и

безопасному употреблению наркотиков при тестировании на антитела.

Консультантам придется давать советы и оказывать поддержку людям на самых разных стадиях. Некоторым людям надо будет впервые задуматься о принятии для себя правил безопасного поведения. Другим понадобится поддержка, чтобы продолжать следовать этим правилам.

Процедура тестирования

Подробное описание процедуры тестирования очень важно для получения осознанного согласия. Консультанту необходимо подчеркнуть следующее:

- Решение о тестировании не обязательно принимать немедленно.
- Результаты исследования будут готовы не сразу. Период ожидания может быть очень стрессовым, и наилучший способ уменьшить этот стресс — пройти тестирование в тот же день с получением результатов в ближайшие дни. Однако за счет этого не следует сокращать время на консультирование или обдумывание.
- Результаты всегда должны выдаваться лично в руки и никогда по телефону или по почте.

- Кто еще узнает о результате, какие данные будут храниться в лаборатории? Будет ли поставлен в известность участковый врач клиента?

Конфиденциальность

Принцип конфиденциальности нельзя недооценивать.

Подробное рассмотрение конфиденциальности должно включать в себя обсуждение мер защиты конфиденциальности клиента при его посещении лаборатории, особенно венерологической клиники, а также обсуждение того, как человеку сохранять конфиденциальность в течение длительного времени.

Многие люди не скрывают факта тестирования, ожидая, что оно даст отрицательный результат. Это может создать серьезные проблемы для соблюдения конфиденциальности, если результат окажется положительным.

Сообщать ли партнерам о результате теста? Проводит ли клиника политику поощрения партнеров информировать друг друга? Как это можно сделать?

Каждый клиент должен пройти послетестовое консультирование, посетив консультанта столько раз, сколько потребуется, независимо от того, положителен результат или отрицателен.

Оценка риска

В предтестовом консультировании большую роль играет определение степени риска, поскольку многие люди, никогда не подвергавшиеся риску заражения, стремятся пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Ожидание теста способно вызывать психологические страдания,

Некоторые проблемы консультирования до и после теста (для консультантов)

В предтестовом консультировании необходимо учитывать следующие факторы:

- Оценка риска. Подвергался ли человек риску?
- Точность тестирования на ВИЧ.
- Понимание безопасного секса и безопасного (относительно ВИЧ) употребления наркотиков.
- «За» и «против» тестирования для данного человека на данном этапе. Как в данный момент может отреагировать этот человек на положительный результат? Есть ли достаточное клиническое обоснование необходимости теста? Не беременна ли консультируемая?
- Процедура тестирования, включая то, как выполняют тест, процедура выдачи результата, послетестовое консультирование, кому рассказывать о прохождении теста.
- Конфиденциальность: дискуссия о путях защиты персональной конфиденциальности.
- Обсуждение послетестовых проблем, включая послетестовое консультирование; как человек может отреагировать на положительный и отрицательный результат, какие доступны клинические и социальные службы; не упускать консультируемого из виду.
- Особые потребности определенных групп: МСМ и бисексуалы, ПИН, женщины, находящиеся под предродовым наблюдением, вероятно, будут иметь различные потребности в дотестовом консультировании.

Для некоторых MSM тестирование на ВИЧ может превратиться в повторяющуюся процедуру, когда человек получает отрицательный результат после рискованного секса, какое-то время практикует безопасный секс, а затем снова возвращается к опасному сексу. Поскольку результаты тестов оказываются отрицательными, это может приводить к утрате должного внимания к проблеме безопасного секса. Такие люди могут считать себя обладателями загадочного иммунитета к ВИЧ-инфекции, либо полагать, что их инфицирование — лишь дело времени, пасуя перед трудностями поддержания практики безопасного секса.

которые можно в значительной мере облегчить в ходе консультирования на предмет возможного риска заражения в прошлом.

Согласно отзывам пациентов, информированность о собственном ВИЧ-статусе мало влияет на их поведение, в то время как консультирование о безопасном сексе и употреблении наркотиков влияет значительно. Поэтому беседа с пациентом об определении степени риска может быть очень важным средством привлечения его внимания к вопросам безопасного секса и употребления наркотиков. К тому же предтестовое консультирование поможет избежать напрасного расходования средств на тестирование людей, не подвергавшихся риску заражения ВИЧ.

Для того чтобы делать правильные выводы о степени риска, которому подвергался человек в прошлом, и давать полезные советы

обеспокоенным людям, необходимо хорошо знать механизмы передачи ВИЧ-инфекции.

Мужчинам бывает трудно признаться в наиболее рискованных действиях, таких, как опасный секс с другими мужчинами или использование общих шприцев при употреблении наркотиков. Консультанту нужно найти деликатный подход к пациентам, чтобы реалистично оценить риск, которому они подвергались.

Некоторым женщинам нетрудно признаться в рискованном поведении (например, в опасной половой близости с мужчинами), но гораздо труднее признать, что их партнеры могли подвергаться риску заражения, например употреблять наркотики. Поэтому женщинам, даже в располагающей и конфиденциальной обстановке, труднее правильно оценивать степень риска. Также трудно женщинам бывает признаться, что их риск мог быть обусловлен анальным сексом, из-за табу, существующего в обществе на этот счет.

Страх перед СПИД

При консультировании в связи с обследованием на антитела к ВИЧ нужно быть готовым к встрече с различными страхами перед СПИД, зачастую необоснованными. Существует опасность навешивания на таких людей ярлыков «паникеров» или «невротиков». Вот некоторые примеры таких страхов:

1. Страх по поводу половых контактов, не являвшихся рискованными, например половая близость с проституткой с использованием презерватива, который остался целым. Человек стремится пройти тестирование «на всякий случай».

2. Страх по поводу секса с незначительным риском, особенно орального.
3. Страх по поводу маловероятных событий, которые могли привести к заражению, например, человек боится, что ему ввели инфицированную кровь, пока он спал.
4. Страх из-за сомнений в точности результата теста, что приводит к просьбам этот тест повторить. Это обычно связано с другими видами страха, упомянутыми выше.

Первый и второй варианты страха, вероятно, основаны как на чувстве вины, так и на недостаточной информированности о путях передачи инфекции. Часто у клиентов нет возможности обсудить с кем-либо волнующие их проблемы секса.

С третьим вариантом страха справиться гораздо труднее, так как он в основе своей абсурден. Не было зарегистрировано случаев ВИЧ-инфекции в результате введения крови так, чтобы человек не знал об этом, но эта информация вряд ли убедит такого человека и рассеет его страхи. Любой человек с такой формой боязни нуждается в опытном консультанте или психотерапевте, чтобы выявить первопричину своего страха. Это единственная форма страха, которую можно назвать фобией.

В случаях с фобиями успешно применяется психотерапия, чтобы помочь людям избавиться от навязчивых страхов относительно ВИЧ-инфекции. С этими страхами нельзя справиться в ходе обычного предтестового консультирования или давая советы по телефону. Лучшим решением будет направление такого пациента к психологу-клиницисту или консультанту, специализирующемуся

на случаях с фобиями. Однако направление к психологу-клиницисту даст положительный результат лишь в том случае, если психолог достаточно хорошо информирован о ВИЧ-инфекции. Слишком часто люди, направляемые к психологам за помощью, обнаруживают, что те дают им противоречивую информацию о ВИЧ, что только ухудшает ситуацию.

Четвертая форма страха часто связана с другими его вариантами. Например, тот, кто испытывает чувство вины из-за половой связи с другим мужчиной или из-за секса «на стороне», **может добиваться повторных тестов**, чтобы получить подтверждение правомерности своих действий и убедиться, что ничего страшного не случилось.

С другой стороны, это может быть связано с недостатком информации о ВИЧ и тестировании. Все это может сильно огорчать консультантов, поскольку повторное тестирование подрывает доверие к их советам. Вот почему для консультантов очень важно постоянно знакомиться с новейшими данными о механизмах передачи и тестировании на ВИЧ и быть в состоянии четко объяснить, почему людям следует полагаться на эти данные.

Все эти формы страхов могут сопровождаться стойкими и убедительными симптомами, которые усиливают страхи и заставляют пациента приходить к консультанту снова и снова. Эти симптомы нередко имеют другую физическую причину, совершенно не связанную с ВИЧ-инфекцией, и если консультант будет убеждать пациента в том, что это психосоматические (внушенные) симптомы, это не принесет пациен-

Согласно отзывам пациентов, информированность о собственном ВИЧ-статусе мало влияет на их поведение, в то время как консультирование о безопасном сексе и употреблении наркотиков влияет значительно.

ту никакого облегчения, так как его страдания могут быть вполне реальными.

Особенности консультирования МСМ

Проведение ВИЧ-теста может являться предварительным условием перед тем, как согласиться на рискованный секс с партнером. Эта договоренность опирается на соглашение о том, что никто из двух партнеров не будет иметь рискованного секса «на стороне», и на соглашение о том, что является приемлемой сексуальной практикой на стороне. Например, один из партнеров может сомневаться относительно безопасности орального секса, а другой — нет.

Такого рода разногласия могут вызвать сильное беспокойство и напряжение во взаимоотношениях. Важная задача послетестового консультирования — помочь обоим партнерам в решении подобных проблем.

Консультирование пар может создать проблемы для конфиденциальности в отношении тестирования на ВИЧ. Например, один из партнеров может не рассказать другому о некоторых деталях своего сексуального прошлого. Все же необходимо поощрять пары приходить на консультирование вместе после отрицательного или положительного ре-

зультата, чтобы убедиться, что они оба достигли понимания последствий этого результата для их взаимоотношений.

Некоторым МСМ и бисексуалам, особенно начинающим, было бы полезно разъяснить, что к тесту на антитела к ВИЧ не следует относиться, как к обычному исследованию в одном ряду с анализами на сифилис и гепатит В. Превращение тестирования на ВИЧ в рутинную процедуру может психологически травмировать некоторых МСМ. Под этим они могут подразумевать неизбежность развития сероконверсии у МСМ, что ведет к подсознательному фатализму.

Для других МСМ тестирование на ВИЧ может превратиться в повторяющуюся процедуру, когда человек получает отрицательный результат после рискованного секса, какое-то время практикует безопасный секс, а затем снова возвращается к опасному сексу. Поскольку результаты тестов оказываются отрицательными, это может привести к утрате должного внимания к проблеме безопасного секса. Такие люди могут считать себя обладателями зачаточного иммунитета к ВИЧ-инфекции, либо полагать, что их инфицирование — лишь дело времени, пасуя перед трудностями поддержания практики безопасного секса.

В таких ситуациях тестирование не помогает им решить проблему собственной защиты на будущее.

Многие люди хорошо знакомы со всеми аргументами за и против тестирования на ВИЧ и многое знают о ВИЧ-инфекции, но при этом они могут длительное время воздерживаться от тестирования, приняв для себя решение о том, что

знать собственный ВИЧ-статус необязательно.

Для многих, однако, потребность знания может перевесить желание оставаться в неведении относительно своего ВИЧ-статуса. Это может произойти вследствие вступления в связь с ВИЧ-позитивным или ВИЧ-негативным партнером, с которым возникает дискуссия о желательности рискованного секса. Это также может быть следствием получения новой информации о лечении бессимптомной ВИЧ-инфекции или из-за беспокойства о своем здоровье в целом.

Во всех таких случаях консультант должен признать, что это чувство неуверенности может парадоксальным образом помогать достижению безопасности и что диагноз ВИЧ-инфекции может вызвать такой же сильный шок у хорошо информированного человека, как и у того, для кого этот диагноз, как гром среди ясного неба.

Особенности консультирования женщин

Женщины могут испытывать затруднения в определении степени риска. Большинство из них, имея рискованные половые контакты с мужчинами, зачастую затрудняются в оценке риска заражения ВИЧ.

У каждой женщины, живущей с ВИЧ, своя история. Многие из них не знали, что их мужчины-партнеры вели опасный образ жизни, например, вступая в половые связи с другими мужчинами или употребляя инъекционные наркотики. Если партнер женщины не попадает ни в одну из указанных категорий, это не значит, что она не подвергается ри-

ску заражения. Она может не знать о его рискованной жизни в прошлом, или партнер отрицает свое рискованное поведение. Таким образом, очень важно не экономить время на обсуждении возможности получения положительного результата теста женщинами, казалось бы, с минимальным риском заражения.

Консультанту необходимо тщательно обсудить с клиенткой стратегию безопасного секса. Следует ли она ей сейчас? Есть ли у нее свой хороший или печальный опыт в этом отношении? Испытывает ли она какие-либо дополнительные трудности, такие, как сложности в применении контрацептивов (например, пероральных контрацептивов), или подвергается оскорбительному и агрессивному обращению со стороны мужчины-партнера?

Также тщательно нужно проверить обоснованность тестирования клиентки. Некоторые женщины могут стремиться пройти тестирование потому, что подозревают наличие факторов риска у партнера (например, его неверность). Легко ли ей будет иметь дело с основной проблемой, принимая правила безопасного секса или продолжая следовать им, если тест даст отрицательный результат?

Стремление пройти обследование на ВИЧ может быть связанным с желанием иметь детей. Все женщины детородного возраста (и всех сексуальных ориентаций) должны получить информацию о ВИЧ и беременности. Она должна включать в себя описание риска передачи инфекции от матери к плоду, возможностей контрацепции и планирования беременности для уменьшения риска за-

ражения и детальное рассмотрение всех аспектов рождения ребенка.

Если женщина стремится пройти обследование на антитела к ВИЧ, чтобы знать свой статус перед зачатием, важно, чтобы будущий отец ребенка также принял решение пройти тест. Все больше женщин проходят тестирование во время беременности. На этом этапе важно подробно рассмотреть все потребности женщины и убедиться, что ее никто не принуждает к тестированию.

Особенности консультирования наркозависимых

Только на том основании, что клиент употреблял инъекционные наркотики в прошлом или употребляет их сейчас, нельзя делать вывод о том, что он обязательно подвергается риску заражения ВИЧ. На первом этапе консультанту необходимо тщательно проанализировать специфику поведения клиента прежде, чем прийти к заключению о риске, связанном с наркотиками или сексом.

Важно подкрепить стратегию, уже используемую клиентом, в отношении безопасного секса и менее опасного употребления наркотиков. Вероятно, будет легче развивать существующие стратегии, чем вводить совершенно новые.

Возможно, клиент принял наркотик или слишком пьян для восприятия информации и лучше было бы перенести консультацию на другой день?

Консультант должен проанализировать мотивы клиента для тестирования. Он пришел на тестирование под чьим-то давлением или это его свободный выбор? Давление может исходить от партнеров или семьи.

Эта проблема особенно остро стоит в тюрьмах и больницах.

Не подтолкнул ли его к этому реабилитационный центр? Если да, то почему? Насколько постоянно клиент употребляет наркотики? Как положительный результат теста может повлиять на употребление им наркотиков? Не начал ли клиент метадонную программу, не начал ли он сокращать прием наркотиков? В этом случае лучше всего дать ему возможность стабилизировать новый режим прежде, чем проходить тестирование.

Не был ли клиент недавно включен в программу детоксикации или реабилитации? Было бы лучше дать ему возможность адаптироваться к этим переменам перед тестированием.

Для многих людей информация, получаемая в ходе предтестового консультирования, может показаться сложной и запутанной, сопряженной с нервозностью и употреблением алкоголя или наркотиков. Для уменьшения стресса часто бывает полезным подкрепить устную информацию рисунками для ключевых моментов, предложить клиенту записать основные пункты или воспользоваться готовой листовкой.

Организации, работающие с ПИН, склонны направлять клиентов на тестирование. Положительный результат может помочь людям получить жилье, доступ к социальным выплатам и оборудованию, что значительно облегчает им жизнь с ВИЧ. Консультанты также должны быть готовы помочь ВИЧ-отрицательным ПИН получить доступ к этим материальным благам, чтобы повысить важность безопасного поведения.

Особенности консультирования представителей этнических меньшинств

Довольно трудно распределить по категориям данные о представителях этнических меньшинств, потому что они могут попадать во все основные группы риска. Однако имеется ряд ключевых проблем. Особенно важна проблема языка. Эти люди могут нуждаться в услугах переводчиков, а в отсутствие таковых они испытывают трудности в понимании того, что им рассказывают о тестировании на ВИЧ. В то же время некоторые клиенты могут быть особенно чувствительны к присутствию третьего лица — переводчика из их общины, особенно, если эта община маленькая.

Консультирование с переводом не должно проводиться с обычным переводчиком. Это должен быть человек, обладающий знаниями о ВИЧ-инфекции и понимающий важность соблюдения конфиденциальности.

Пред- и послетестовое консультирование, вероятно, особенно важно для людей, согласно обычаям которых устная информация ценится выше печатной — например, для выходцев из Вьетнама.

Мужчинам может быть трудно беседовать с женщинами-консультантами и наоборот, особенно для выходцев из мусульманских стран.

Представители различных культур также по-разному понимают категории здоровья и болезни, у них совершенно другие традиции медицины. Особенно важно учитывать национальный опыт, касающийся СПИД, если клиенты — выходцы из африканских стран.

«Мы подчеркиваем консультантам важность заботы о себе, приводя мысль о том, что, если они заболеют или «сгорят», то не смогут никому больше помочь».

*Энн Финнеган,
директор одного из филиалов Life
Line в Южной Африке*

Диагноз СПИД может приводить к тому, что больных клеймят, отвергают и изгоняют из общества, как это часто случается во многих африканских странах. Вследствие этого люди страдают от подавленности, изоляции и страха не только потому, что они больны, но и из-за реакции окружающих.

Люди из африканских стран после постановки диагноза ВИЧ-инфекции в Великобритании нередко делают вывод о своей неизбежной смерти в ближайшее время, поэтому они просто запираются в своих домах. Особенно важно убедиться в том, что клиент понимает разницу между ВИЧ и СПИД, и информировать его о доступных службах, могущих оказать поддержку и предоставить информацию. Для женщин из этнических меньшинств нужно особо выделять вопросы беременности и зачатия, потому что в ряде культур деторождение является проблемой огромной важности.

Консультанту необходимо поднимать вопросы, касающиеся планов на будущее, с ВИЧ-инфицированными матерями на случай их смерти или неспособности позаботиться о детях из-за тяжелой болезни. Кто будет заботиться об их детях? Если речь идет о большой семье, что им расскажут о ВИЧ-инфекции

и как это повлияет на обращение с детьми.

МСМ и бисексуалы из этнических меньшинств могут испытывать большую озабоченность относительно последствий положительного результата тестирования для отношений в их семьях, потому что прочность семейных связей зачастую имеет очень большое значение. Мужчинам из этнических меньшинств бывает трудно признаться в своей бисексуальности даже самим себе, не говоря уже о женщинах-партнерах.

Многие представители этнических меньшинств стремятся пройти тестирование на ВИЧ только после появления симптомов. Частично это происходит из-за недостатка информации о ВИЧ-инфекции и СПИД, особенно в общинах беженцев, но также и из-за ограниченного доступа к службам здравоохранения.

Послетестовое консультирование

Положительный результат

Любые плохие новости сообщать трудно, и эта — не исключение. Каждый человек реагирует по-своему.

Можно поддаться соблазну ободрить клиента, предоставив ему дополнительную информацию, вместо того, чтобы посочувствовать его гневу, страху, печали или панике. Почти каждый, кому ставят диагноз ВИЧ-инфекции, испытывает сильное потрясение, что затрудняет немедленное восприятие сложной информации, например, касающейся дальнейшего развития болезни.

Важно увидеться с этим клиентом снова в ближайшее время и за-

планировать его последующие визиты. Нуждается ли он также в визите к врачу? Необходимо дать ему телефоны линии помощи и информацию о том, как он может связаться с консультантом в дальнейшем. Неплохо было бы дать клиенту какую-то информацию в письменном виде. Лучше не вдаваться сразу в подробности возможного негативного воздействия ВИЧ-инфекции до того, как он усвоит первичную информацию.

Нужно проверить, знает ли клиент, к кому он может обратиться в случае срочной необходимости. Если клиент пришел с партнером или другом, узнать, хочет ли он, чтобы разговор вели с ними обоими.

Отрицательный результат

Огромное облегчение, которое испытывает человек при получении отрицательного результата, может помешать ему вникнуть в то, что ему говорят. Неплохо было бы пригласить его хотя бы еще на одну консультацию.

Отрицательный результат не дает никаких гарантий на будущее. Он не означает, что человек автоматически перейдет к практике безопасного секса или менее опасного употребления наркотиков. Роль консультанта в этой ситуации жизненно важная.

Нужно помнить, что эмоциональное состояние клиента все еще может требовать консультирования. Например, у ВИЧ-негативного МСМ есть друзья, живущие с ВИЧ или больные СПИД, из-за чего он может испытывать противоречивые и болезненные эмоции. Известно, что такие эмоции могут провоцировать рискованное поведение.

Выбор лечения для тех, кому недавно поставлен диагноз

В свете последних достижений в области лечения ВИЧ-инфекции крайне важно во время консультирования после постановки диагноза обсудить с клиентом возможные варианты его лечения, даже если он об этом не просит.

Вскоре после постановки диагноза людям нередко предлагают воспользоваться возможностью, чтобы обсудить варианты лечения с врачом. Этот подход может быть разным в различных центрах в зависимости от того, как быстро после постановки диагноза будут проделаны дополнительные тесты (тест на вирусную нагрузку, подсчет CD4+). Эта информация является принципиально важной для обсуждения, которое будет проводить с клиентом консультант или врач в первые месяцы после получения им положительного результата теста.

Можно рассмотреть много вариантов ситуаций на примерах, предложенных врачами или людьми, живущими с ВИЧ.

Немедленное начало лечения

У некоторых пациентов могут быть показания к немедленному началу антиретровирусного лечения в расчете на положительный эффект. Это зависит частично от состояния их здоровья, а частично от мнения врача, проводившего тесты. Например, некоторые врачи настоятельно рекомендуют лечение тем, кто подвергся риску заражения совсем недавно или находится в процессе сероконверсии.

При таких обстоятельствах важно, чтобы пациент понимал, что эти

предложения носят экспериментальный характер. Хотя показано, что лечение в ранний период инфекции у большинства пациентов снижает вирусную нагрузку до неопределяемого уровня, количество наблюдений остается небольшим, а процент прекративших лечение из-за его переносимости колебался от 5 до 50 в различных исследованиях. Кроме того, примерно 5 % тех, кто начал антиретровирусную терапию на этой стадии, не в состоянии соблюдать предписанный режим дозирования.

Пока неясно, как долго будет сохраняться эффект, достигнутый таким лечением. Тщательное соблюдение предписанного режима дозирования является главным определяющим фактором для достижения благоприятного и продолжительного результата лечения. Пациентам необходимо понять важность строгого соблюдения схемы приема назначаемой комбинации антиретровирусных препаратов до того, как приступить к лечению.

Врачи вряд ли будут рекомендовать очень раннее начало лечения (в ближайшие дни), разве что у пациента первичная стадия инфекции или появились симптомы заболевания.

Точность тестирования на ВИЧ

Положительный результат теста обычно очень точен, поскольку тестируются две пробы крови. В целом кровь тестируется несколько раз различными тест-системами, чтобы убедиться, что она содержит антитела к ВИЧ. Крайне мала вероятность того, что результат может оказаться ложноположительным.

Отрицательный результат также надежен, если клиент выждал, по

«На самом деле существует много учреждений, где консультанта ценят, но само консультирование как профессиональный набор умений, требующих мастерства и тренинга, недооценивается; думаю, в этой работе действительно трудно определить четкую область компетентности. Это выглядит почти так, будто любой может это делать, любой, кто находится в каких-то отношениях с пациентом или клиентом. Никким образом консультирование не имеет такого же статуса, как, например, медицинский осмотр. Недостаток признания и профессионального статуса являются коренными причинами того, что собственным потребностям консультантов в заботе и поддержке слишком часто придается низкий приоритет в организациях».

Пьер Бруар, психолог

крайней мере, три месяца после того, как он подвергся риску заражения.

Ложноположительные результаты

Есть две причины ложноположительных результатов: перекрестные реакции антител и ошибка человека. Следует подчеркнуть, что такие результаты очень редки.

Иногда в крови могут присутствовать антитела, не имеющие отношения к ВИЧ, которые, тем не менее, могут обусловить положительный результат теста. В первые годы после внедрения в практику тестирования на ВИЧ такие ложноположительные результаты встречались нередко. Было замечено, что некоторые заболевания вызывают ложноположительные результаты.

В настоящее время это случается очень редко, поскольку используется много различных тест-систем. Перекрестные реакции случаются в отдельных тест-системах, но не повторяются в других. Обычно в лабораториях используют три различные тест-системы для подтверждения положительного результата.

Люди могут ошибаться при выполнении любых анализов. Поэтому взятая на исследование кровь разделяется на две порции с тем, чтобы повторить тест еще раз, если одна из порций даст положительный результат. Это позволяет уменьшить вероятность положительного результата по причине ошибок персонала лаборатории.

Неопределенные, или слабоположительные, результаты

Неопределенным называют результат, который показывает слабоположительную реакцию либо по причине неизвестных перекрестных реакций антител, либо из-за технической ошибки, либо по причине очень низкого содержания антител к ВИЧ в сыворотке крови.

В последнем случае слабоположительный результат может отмечаться вскоре после заражения. Так происходит потому, что вирус состоит из различных белков, и антитела вырабатываются к каждому из белков отдельно. При ВИЧ-инфекции некоторые белки появляются в крови гораздо раньше других. Если в крови появляются антитела лишь к одному из многих белков, это может приводить к слабоположительному результату.

Могут ли некоторые заболевания быть причиной ложноположительных результатов?

В редких случаях — да. Вакцинация против гепатита В и гриппа может временно повысить вероятность ложноположительных результатов. Такой же эффект может иметь введение иммуноглобулина против

гепатита В и противостолбнячного иммуноглобулина. Нет никаких данных о том, что грипп может быть причиной ложноположительного результата. Ложноположительные результаты также наблюдались у небольшого количества больных волчанкой, кистозным фиброзом, хроническими болезнями печени и у больных, пользующихся «искусственной почкой».

Из «Специальных руководящих принципов консультирования, связанного с ВИЧ»

Центр по контролю за заболеваниями (ЦКЗ), Атланта, США

Центр по контролю за заболеваниями (ЦКЗ) рекомендовал проводить консультирование и тестирование на наличие вируса иммунодефицита человека с 1985 года, с тех пор, когда стали доступными серологические тесты, позволяющие обнаружить антитела к ВИЧ. В августе 1987 года ЦКЗ опубликовал утвержденные Службой общественного здравоохранения Руководящие принципы консультирования и тестирования на наличие антител к ВИЧ для профилактики ВИЧ-инфекции и СПИД. Эти руководящие принципы остаются в силе и в настоящее время.

ЦКЗ определяет следующие основные функции КТ-ВИЧ: а) предоставить желающим удобную возможность узнать свой настоящий серологический статус ВИЧ; б) предоставить этим людям возможность получить соответствующее консультирование, которое поможет им изменить свое поведение и избежать заражения ВИЧ или, если они уже заражены, предупредить передачу инфекции другим; в) помочь людям получить направления для дополнительной профилактики, медицинской помощи и других необходимых услуг; г) оказать услуги по профилактике заражения и обеспечить направлениями сексуальных партнеров ВИЧ-инфицированных людей, а также клиентов, пользующихся общими шприцами с ВИЧ-инфицированными.

Для реализации вышеупомянутых функций и удовлетворения специфических потребностей каждого клиента в профилактике заражения ВИЧ предоставления фактической информации в дидактической форме недостаточно.

Такая форма консультирования должна быть «ориентирована на клиента» и основана на консультациях с профессиональными консультантами по вопросам ВИЧ, руководителями программ и другими специалистами.

Консультанты должны использовать все предоставляющиеся им возможности для передачи клиентам информации о профилактике заражения ВИЧ.

Клиенты проявляют различную степень восприятия КТ-ВИЧ. Часть из них очень заинтересована в том, чтобы узнать свой ВИЧ-статус, другие относятся к предложению определения их ВИЧ-статуса с осторожностью или подозре-

нием. Некоторые клиенты не осознают вероятность риска заражения ВИЧ и считают, что у них нет необходимости в тестировании. Изменение рискованного поведения — это не процесс «все или ничего». Даже после прохождения теста серонегативные клиенты могут продолжать вести образ жизни, подвергающий их риску заражения ВИЧ.

Поэтому консультанты должны рассматривать встречу с каждым клиентом как потенциальную возможность предоставить ему информацию о профилактике заражения ВИЧ и усилить ее воздействие. Эти сообщения должны быть понятными и четкими (например, «Если вы не инфицированы ВИЧ, вы должны предпринимать меры, чтобы не заразиться, а если вы уже заражены, лечение на ранних стадиях может сохранить ваше здоровье, замедляя развитие болезни»).

Для того чтобы консультирование, связанное с ВИЧ, выполняло свои здравоохранительные функции, оно должно быть ориентировано на клиента, т.е. оно должно учитывать поведение, обстоятельства и специальные потребности клиента. Консультирование должно принимать во внимание:

- особенности культур (т.е. программа должна соответствовать культурным нормам, ценностям и традициям, установленным культурными лидерами и признанным населением данной местности);
- половую принадлежность;
- фактор развития человека (т.е. информация и услуги должны быть представлены на уровне, доступном для понимания клиента данного возраста и с учетом его интеллектуальных способностей);
- лингвистические особенности (т.е. информация должна быть представлена на диалекте и с использованием терминологии языка клиента и его стиля общения).

Консультирование, связанное с ВИЧ, — это не чтение лекции. Важным аспектом его является способность консультанта слушать клиента, чтобы оказать ему помощь и определить его специфические потребности в профилактике заражения.

Хотя консультирование, связанное с ВИЧ, должно придерживаться минимальных стандартов относительно предоставления основной информации, оно в то же время не должно становиться настолько стандартным, чтобы терять гибкость и не отвечать индивидуальным нуждам клиента. Консультанты должны избегать предоставления клиентам ненужной информации и построения консультационных занятий в форме сбора фактов.

Предварительное консультирование, связанное с ВИЧ, должно включать оценку индивидуального риска клиента. Целенаправленная оценка индивидуального риска является основой предварительного консультирования, связанного с ВИЧ. Посредством определения уровня риска консультант помогает клиенту оценить и взять на себя ответственность за свой риск заражения ВИЧ-инфекцией. Признание клиентом риска является критическим компонентом этой оценки. Определение риска заключается не в пассивной

оценке консультантом поведения клиента, т.е. консультант не должен только записывать, используя готовый список, виды опасности заражения ВИЧ, которым подвергается клиент; консультирование, связанное с ВИЧ, — это процесс взаимодействия консультанта и клиента. Оценку риска необходимо проводить эмпатично, уделяя особое внимание текущему поведению клиента и обстоятельствам, которые могут подвергать клиента риску заражения/передачи ВИЧ-инфекции (т.е. истории интимных отношений, истории венерического заболевания, использования наркотиков). К примеру, клиентам, проходящим консультирование в венерических клиниках, поступившим на лечение симптоматического заболевания, передающегося половым путем (не ВИЧ), необходимо объяснять, что их настоящая инфекция показывает, что они находятся в зоне повышенного риска заражения ВИЧ.

Поскольку процесс оценки риска служит основной помощью клиенту в создании проекта поведения для снижения уровня риска, то он является существенным компонентом предварительного консультирования.

Результатом консультирования, связанного с ВИЧ, должен быть индивидуальный проект поведения клиента для снижения уровня риска заражения/передачи ВИЧ.

Такое консультирование — это не только предоставление обычной информации. В его содержание должен также входить индивидуальный, согласованный проект поведения для снижения уровня риска заражения/передачи ВИЧ. Основой для этого проекта должны служить обстоятельства, навыки и потребности клиента, он должен также соответствовать выраженным и скрытым мотивам клиента изменить свое поведение. Консультант обязан не только рассказывать клиенту, что ему нужно делать для снижения уровня риска заражения/передачи ВИЧ, — он должен предоставить разнообразные доступные клиенту специфические варианты для снижения его уровня риска. Консультант должен убедиться, что клиент осознает реалистичность и выполнимость проекта поведения для снижения уровня риска заражения/передачи ВИЧ, в противном случае он, по всей видимости, обречен на провал.

Обговаривая индивидуальный проект поведения, консультанту необходимо быть внимательным к информации, которую предоставляет клиент, особенно о его успешных и неудачных попытках профилактики ВИЧ (например, его нереализованным желаниям использовать презерватив). Обнаружение и обсуждение неудавшихся попыток профилактики ВИЧ помогает убедиться в том, что план снижения уровня риска заражения ВИЧ реалистичный, что он отвечает профилактическим потребностям каждого клиента и сконцентрирован на фактических барьерах к ведению более безопасного образа жизни. Обнаружение успехов в профилактике ВИЧ в прошлом (например, успешная договоренность об использовании презерватива с новым сексуальным партнером) дает консультанту возможность поддержать клиента в позитивном выборе профилактики.

Согласованная оценка риска и созданный во время предварительного

консультирования индивидуальный проект поведения для снижения уровня риска заражения ВИЧ убеждает клиентов в том, что они получат адекватную информацию о профилактике ВИЧ еще до того, как узнают результаты теста. Чтобы облегчить процесс создания индивидуального проекта поведения, консультанты могут использовать данные об ожидаемых, по мнению клиентов, результатах своего теста (например: «Какими, по Вашему мнению, будут результаты теста? Почему? Какими будут Ваши действия, если окажется, что Вы серонегативны? Изменится ли Ваше поведение, если окажется, что Вы ВИЧ-отрицательны?»).

Программы послетестового консультирования должны предусматривать проведение активных мер по решению проблемы неявки клиентов на послетестовое консультирование. Не все клиенты, прошедшие предварительное консультирование и тестирование, приходят для прохождения послетестовой консультации и за результатами теста.

Программы ВИЧ должны активно заниматься проблемой неявки клиентов на послетестовое консультирование.

Менеджерам программ нужно определить, не существует ли специфических барьеров, препятствующих приходу клиентов на послетестовое консультирование (например, чрезвычайно продолжительное время ожидания). Консультанты должны подчеркивать важность послетестового консультирования и определять его как специфический компонент индивидуального проекта поведения для снижения уровня риска заражения ВИЧ. Программы КТ-ВИЧ должны придавать первостепенное значение контактированию с ВИЧ-позитивными и ВИЧ-отрицательными клиентами, которые входят в группы, особо уязвимые к ВИЧ, и не пришли для получения результатов теста и прохождения послетестового консультирования.

Многие ВИЧ-консультанты сообщают, что некоторым клиентам недостаточно одного занятия по послетестовому консультированию. Сероположительные клиенты часто обеспокоены тем, что болеют смертельным заболеванием, и часто нуждаются в дополнительном тестировании и поддержке. ВИЧ-отрицательные клиенты, особо уязвимые к ВИЧ, также могут нуждаться в дополнительном тестировании, для того чтобы развить навыки, необходимые для ведения более безопасного образа жизни.

Хотя финансируемые ЦКЗ программы не предусматривают проведения повторных занятий по послетестовому консультированию, консультанты и менеджеры программ должны предполагать, что некоторые клиенты могут нуждаться в дополнительной поддержке и консультировании. В случае необходимости проводится дополнительное консультирование.

ГЛАВА ПЯТАЯ

ВИЧ-инфекция и подростки

Молодежь особенно уязвима к ВИЧ-инфекции и часто несет бремя ответственности по уходу за членами семьи, живущими с ВИЧ/СПИД. Многие уязвимы к ВИЧ из-за рискованного сексуального поведения или употребления наркотиков или алкоголя, из-за отсутствия доступа к информации о ВИЧ-инфекции и службам профилактики, или по целому ряду социальных и экономических причин. Молодые люди особенно сильно страдают от стигматизации в период становления личности и осознания собственного места в мире.

С другой стороны, именно молодежь позволяет нам надеяться на то, что ход эпидемии ВИЧ/СПИД удастся изменить, если оказать молодым людям поддержку и дать необходимые средства для этого.

Молодые и уязвимые

Хотя многим взрослым трудно свыкнуться с такой мыслью, тем не менее, большое число молодых людей начинает половую жизнь в относительно раннем возрасте, активно занимается сексом до брака, не придерживается верности одному партнеру и нерегулярно использует презервативы для защиты. Во многих странах значительная часть молодых людей начинает половую жизнь в возрасте до 15 лет, а многие из них к этому возрасту уже вступают в брак. Кроме того,

молодежь иногда стремится попробовать наркотики, в том числе и инъекционные. Все это подчеркивает огромную важность осуществления профилактических программ задолго до того, как молодые люди начнут вступать в сексуальные отношения или употреблять инъекционные наркотики, поскольку слишком многие из них даже не знают об угрозе, которую несет ВИЧ.

Само по себе «знание» не обязательно означает «действие». Многие молодые люди не умеют связать воедино свои знания, осознание риска и поведение. Ситуации, приводящие к уязвимости многих молодых людей, дают только частичное объяснение проблемы. В равной степени важно понять, что может помочь молодым людям перейти к безопасному поведению — то есть, те «защитные факторы», которые помогают несовершеннолетним вырабатывать стратегии противодействия, развивать положительную самооценку и создавать систему социальной поддержки, снижающую вероятность рискованного поведения

Защитить молодежь от ВИЧ-инфекции

Дальнейший ход эпидемии зависит от тех усилий, которые предпринимаются сегодня для профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи. Исходя из утверждения о том, что

молодежь является движущей силой, способной изменить ситуацию, можно выделить несколько базовых стратегий, которые помогут молодым людям защитить себя, в том числе:

защиту и пропаганду прав ребенка, включая право на получение информации, образования, право на здоровье и медицинское обслуживание, свободу от насилия и сексуального принуждения, жестокого и бесчеловечного обращения, право девочек на равенство при получении образования, занятости, равное право наследования, брачное право, право на принятие решение по сексуальным и репродуктивным вопросам;

просвещение молодых людей по вопросам профилактики ВИЧ/ИППП, вопросам сексуальной жизни, репродуктивного здоровья и здорового образа жизни, независимо от того, посещают ли они школу;

предоставление услуг в области репродуктивного здоровья, включая недорогие или бесплатные презервативы, добровольное консультирование и тестирование, диагностику и лечение сексуально передаваемых инфекций;

целевое осуществление программ для особо уязвимых групп населения, таких как молодые потребители инъекционных наркотиков и молодые мужчины, имеющие секс с мужчинами;

борьбу с сексуальной эксплуатацией молодежи.

Эти стратегии наиболее эффективны, если они учитывают роль гендерного неравенства в развитии эпидемии и позволяют девушкам и молодым женщинам

преодолевать самые разные виды культурного и социального неравенства, делающего их более уязвимыми к инфекции по сравнению с мужчинами.

Всеобъемлющие учебные программы и их надлежащее преподавание

Несмотря на то, что ВИЧ/СПИД представляет собой очевидную угрозу для здоровья и жизни молодых людей, эта тема до сих пор считается «не совсем подходящей» для обсуждения с ними. Однако профилактические программы для школьников являются важным компонентом любых национальных мер по профилактике ВИЧ. Практический опыт дает хорошие примеры того, как делать эту работу эффективно. Программы должны быть последовательными, начинаться до начала полового созревания и продолжаться в течение всего периода школьного обучения молодых людей. Во многих странах органы власти противятся идее о том, что такое просвещение должно начинаться до вступления молодых людей в сексуально активный возраст. Однако возраст начала половой жизни может быть самым разным, поэтому важность формирования здоровых привычек, в том числе тех, которые имеют отношение к сексуальному здоровью, ВИЧ/СПИД и другим сексуально передаваемым болезням, должна быть осознана еще в юном возрасте. Профилактическое образование по вопросам здоровья должно быть всесторонним и должно прививать, с учетом возраста обучаемых, навыки здорового образа жизни, содержать информацию о вопросах репродуктивного и сексуального

здоровья, а также включать обсуждение различных взглядов и жизненных ценностей.

Чем больше предоставляется информации, тем лучше - к такому выводу пришли специалисты, недавно проводившие исследование, в ходе которого сравнивалось сексуальное и репродуктивное поведение подростков в экономически развитых странах. Относительно низкий уровень подростковой беременности и распространенности сексуально

передаваемых инфекций в таких странах, как Канада, Франция и Швеция, очевидно, свидетельствует об успешной реализации комплексных учебных программ, которые осуществляются в масштабах всей страны, охватывают широкий спектр вопросов и раскрывают возможности для безопасного сексуального поведения. В тех системах школьного образования, где в качестве единственно возможного решения проблемы подросткам предлагалось воздержание от секса вне брака, а средства контрацепции неверно представлялись как неэффективные для предупреждения беременности, ВИЧ-инфекции и других сексуально передаваемых болезней, результаты были менее успешными.

Для успешных программ характерны и другие общие черты. Среди них - логическая подача информации: успешные учебные программы содержат акцентированную и понятную информацию о рискованности сексуальной активности в подростковом возрасте, о том, как избежать полового акта или предохраниться от беременности и сексуально передаваемых болезней. Правильно подготовленные преподаватели,

занятые в этих программах, повышают их действенность. В таких программах также необходимо учитывать традиционные системы представлений и жизненных ценностей, а также типичные мифы, которые широко распространены среди молодежи и более широкого социального окружения.

Доступ к службам, ориентированным на молодежь

Ценность пропаганды безопасного секса путем проведения образовательных и информационных кампаний может быть утрачена, если молодежь не будет иметь доступа к дальнейшей информации, консультациям и службам репродуктивного здоровья, а также к лечению сексуально передаваемых болезней.

Хорошим примером организации службы, ориентированной на молодежь, является российский медицинский центр «Ювента» в Санкт-Петербурге. Здесь предлагается широкий спектр услуг, включая консультирование и тестирование на ВИЧ, контрацепцию и прерывание беременности, лечение при сексуально передаваемых инфекциях, консультирование по вопросам сексуального насилия, юридические консультации. Консультации и другие услуги предоставляются бесплатно лицам, не достигшим 18 лет, которые составляют 90% посетителей центра. В центре регулярно проводятся опросы молодых людей для выяснения удовлетворенности уровнем услуг, и по результатам этих опросов осуществляются соответствующие изменения.

**ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ЮНИСЕФ В УКРАИНЕ
«СЛУЖБЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ДРУЖЕСТВЕННЫЕ
ПО ОТНОШЕНИЮ К МОЛОДЕЖИ»**

В течение последних 10–15 лет во всем мире постоянно возрастает понимание и признание важности создания специальных подростковых и молодежных служб здоровья, которые отвечали бы их потребностям, а также совершенствуется и определяется понятие «подростковой медицины». Молодые люди, возможно, не так уязвимы к заболеваниям, как дети и пожилые люди, но у них есть целый ряд проблем, связанных с взрослением. Модели поведения, которым они следуют, будут влиять на всю их жизнь и здоровье будущих поколений.

Существующая система здравоохранения в Украине удовлетворяет потребности взрослого и детского населения, но она недостаточно развита, чтобы отвечать уникальным потребностям лиц подросткового возраста.

Дружественные клиники для молодежи призваны обеспечить консультирование и практическую помощь подросткам и молодежи по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, включая тестирование и лечение ИППП и информацию о профилактике ВИЧ/СПИД. Клиники располагаются в существующих учреждениях здравоохранения; услуги клиник бесплатны и доступны для уязвимых групп.

Первая пилотная клиника, дружественная по отношению к молодежи (КДМ), была открыта в декабре 1998 года в г. Киеве при технической поддержке представительства ЮНИСЕФ в Украине: лекарства, оборудование, консультирование, обучение медицинского персонала и волонтеров. В КДМ работает широкий круг специалистов: гинеколог, дерматовенеролог, семейный врач, психолог, терапевт и волонтеры.

Молодежные клиники также созданы на базе Донецкого и Каменец-Подольского регионального и соответственно городского центров материнства и детства. В Севастополе создана сеть медико-социальных услуг для молодежи при поддержке городского Центра социальных служб для молодежи.

С 2003 года ЮНИСЕФ содействует реформе предоставления медицинской помощи детям до 18 лет в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений путем внедрения новых стандартов этой работы и отработки механизма перехода на обслуживание подростков в детских учреждениях здравоохранения. На данный момент планируется открытие КДМ в шести регионах Украины на базе детских поликлиник.

Работа через лиц одной группы

Обучение через лиц одной группы (по методу «равный-равному») применяется во многих профилактических программах, рассчитанных как на молодежь, так и на другие группы населения, и считается одной из ключевых стратегий охвата молодых людей, которые посещают либо не посещают школу.

Проекты информационно-просветительской работы среди лиц одной группы при условии их надлежащей разработки и правильного осуществления, могут помочь добиться изменений в поведении.

Особые потребности, специальные программы

Для отдельных групп молодежи необходимо разрабатывать целевые программы по профилактике ВИЧ. Например, молодые мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), или те, кто не уверен в своей сексуальной ориентации, будут неохотно обращаться в службы, предназначенные для гетеросексуального большинства. Швейцарский Проект для МСМ, осуществляемый неправительственной национальной Федерацией по СПИДу, находит подходы к таким молодым людям разными путями, в том числе через молодежные клубы или Интернет. Основной принцип его работы состоит в том, что оказание помощи молодым людям при осознании своих сексуальных предпочтений является предпосылкой для того, чтобы они могли полностью осознать риск ВИЧ-инфекции.

Во многих странах большинство работников секс-бизнеса и потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) — это молодежь. Причем во

всех странах большинство работников секс-бизнеса и потребителей инъекционных наркотиков вовлекаются в это занятие в юном возрасте. Чем больше молодых людей потребляет инъекционные наркотики в разных странах, тем острее необходимость проведения профилактических программ, специально адаптированных для молодых ПИН. Такая деятельность предполагает создание служб для лечения от алкоголизма и наркомании, организацию программ по обмену игл и шприцев и проведение информационно-просветительской работы по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Такие же мероприятия необходимо проводить и для молодых работников секс-бизнеса. Учитывая опасности, которым они подвергаются, необходимо предоставлять им больше информации, проводить регулярные медицинские осмотры и упростить доступ к презервативам. Не менее важно оказывать им поддержку и защиту при получении этих услуг.

Молодые люди, имеющие неприятности с законом и находящиеся в местах лишения свободы или тюрьмах, являются особенно уязвимыми. Недавно ЮНФПА проводила работу с органами здравоохранения и неправительственными организациями Таиланда в целях организации информационно-просветительской работы по проблемам ВИЧ/СПИД в исправительном учреждении в провинции Районг. В проекте применялся инновационный подход с привлечением родственников молодых заключенных, а также проводились учебные туры за пределами исправительных учреждений.

Программа «ЛавЛайф» («Люби жизнь»), осуществляемая в Южной Африке: профилактика заражения ВИЧ среди молодежи в масштабах всей страны

Программа «ЛавЛайф» была начата в Южной Африке в 1999 году с осуществления впечатляющего перечня мероприятий, включая кампанию на национальном телевидении, радио и в прессе, организацию молодежных центров и бесплатных медицинских услуг и создание сети служб поддержки. Программа сочетает в себе общепринятые практические меры общественного здравоохранения и инновационные маркетинговые приемы для пропаганды сексуальной ответственности и здорового образа жизни среди молодежи. Программа «ЛавЛайф» оказала заметное влияние и в настоящее время охватывает, по оценкам, примерно четыре миллиона молодых людей ежегодно. Исследования показывают, что из 62% молодых людей Южной Африки, которые слышали о программе, 76% указали на то, что знают о риске незащищенного секса, а 78% отметили, что теперь всегда пользуются презервативом во время секса. Около 67% опрошенных сказали, что они свободно обсуждают вопросы секса и интимных отношений со своими друзьями, в то время как 69% сообщили, что они ограничили или сократили число партнеров по сексу. Инициатором программы выступила организация «Кайзер фэмили фаундейшн» в партнерстве с неправительственными организациями Южной Африки. Финансирование предоставили правительство Южной Африки, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, ЮНИСЕФ и другие организации.

Подростковый период — это период значительного познавательного, эмоционального и физического развития, который зачастую характеризуется повышенной возбудимостью и склонностью к различным экспериментам. Сталкиваясь с новыми для них явлениями (анатомическими изменениями, развитием сексуальности и половой жизнью), подростки в этот период становятся более уязвимыми к различным неблагоприятным воздействиям, в том числе к ВИЧ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Во всем мире один из двух случаев свежевыявленного ВИЧ-инфицирования (т.е. 2,9 миллиона) зафик-

сировано среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. В развивающихся странах возраст, в котором подвергаются инфицированию девушки, значительно ниже возраста юношей. Частота ВИЧ-инфицирования лиц женского пола в этой возрастной группе выше, чем в других возрастных группах.

Риск, связанный с половыми контактами

В США большинство (52 %) подростков женского пола со СПИД, были инфицированы при гетеросексуальных половых связях. Кроме этого, считается, что приблизительно 15—20 % ВИЧ-позитивных, которые относятся к группе «не установленного источника

инфицирования», так как не могут указать партнера, с которым связано их инфицирование, заразились при гетеросексуальных половых контактах. Это вызвано отсутствием понимания потенциального риска ВИЧ-инфицирования среди сексуально активных подростков. Инфицирование может происходить и во время петтинга. Такие случаи составляют небольшую, но продолжающую увеличиваться часть всех случаев ВИЧ/СПИД среди подростков.

Врачи, работающие с подростками, обращают внимание на дополнительные факторы риска этой возрастной категории. Большое количество ВИЧ-позитивных подростков, были жертвами полового насилия в детстве; среди подростков, прошедших обследование по программе «СПИД и подростки» в медицинском центре в Монтефиоре, США, 25—40 % отмечают факт полового насилия. Такие подростки в последующем во время половых контактов проявляют себя безвольными, в результате чего повышается частота половых контактов без использования средств защиты.

Кроме этого, установлено, что 20 % ВИЧ-инфицированных подростков, обследованных согласно упомянутой программе, имели ВИЧ-инфицированных родителей. Необходимо проведение дальнейших исследований по изучению влияния ВИЧ-инфекции у родителей на ВИЧ-статус детей. Необходимо учитывать, что дети ВИЧ-инфицированных родителей проживают в основном в социальной среде с высокой частотой распространения ВИЧ-инфекции, как и их родители, и часто относятся к группе, особо уязвимой к ВИЧ, из-за

болезни родителей или алкоголизма/наркомании. При обследовании подростков врач обязательно должен выяснить факт полового насилия или наличие ВИЧ-инфицированных родителей.

Как ИППП, так и беременность, являются маркерами половых контактов без использования средств защиты, к тому же ИППП (как эрозивные, так и воспалительные) повышают вероятность ВИЧ-инфицирования. Две трети из всех 12 миллионов регистрируемых случаев ИППП в США приходится на молодых людей в возрасте до 25 лет, а один из четырех случаев — на подростков. Подростки, особенно женского пола, плохо оценивают степень своего риска и неохотно подвергаются обследованию, особенно в случае отсутствия симптомов заболевания. Это является причиной распространения ИППП среди взрослых женщин.

Условия, способствующие повышенной инфицированности среди подростков

Подростки подвергаются повышенному риску инфицирования ВИЧ и ИППП в результате взаимодействия различных поведенческих, биологических и социально-экономических факторов.

Факторы риска, связанные с поведением

Очень многие подростки, несмотря на базовые знания о ВИЧ-инфекции и ее профилактике, не предпринимают никаких мер по предупреждению инфицирования. Многие из них следуют сексуальному шаблону «серийной моногамии» и не относят

себя к лицам, имеющим большое количество сексуальных партнеров. Приблизительно одна из пяти опрошенных девушек отметила употребление алкоголя или наркотиков, которые могут изменять уровень сознания и таким образом способствовать возрастанию степени риска.

Среди подростков существуют отдельные специфические группы, особо уязвимые к ВИЧ. К ним относятся: лесбиянки, бисексуалы или трансвеститы, бездомные, ПИН, психически больные, те, которые подвергаются физическому или половому насилию. К этой группе относятся также подростки, находящиеся в исправительных колониях и на воспитании в приемных семьях. Особо повышенный риск инфицирования в этих случаях связан с множественными проблемами со здоровьем или социальными проблемами, связанными с использованием наркотиков, недостатком внимания и ухода. При половых контактах лесбиянок и бисексуалов в своей возрастной подгруппе, риск инфицирования невысок, но при половых контактах со взрослыми МСМ риск ВИЧ-инфицирования увеличивается ввиду высокой распространенности ВИЧ-инфекции среди взрослых МСМ.

Биологические факторы риска

Определенные биологические факторы также способствуют повышению риска инфицирования среди подростков женского пола. В период полового созревания в шейке матки происходят физиологические изменения, во время которых однослойный цилиндрический эпителий заменяется более тонким многослойным плоским эпителием, характерным

для слизистых оболочек. В это время шейка матки более уязвима для инфицирования ИППП, особенно хламидиозом и гонореей. В то же время необходимо отметить, что вероятность передачи ИППП выше от мужчины женщине, чем наоборот, что, по всей видимости, связано с большей поверхностью женских половых органов и механизмом полового контакта, который может приводить к травме слизистой оболочки женских половых органов. Необходимо, кроме этого, помнить, что ИППП у женщин очень часто протекают бессимптомно и, следовательно, без своевременного диагностирования и соответствующего лечения в течение длительного времени.

Социально-экономические факторы

Бедность, недоступность медицинской помощи, отсутствие должного уровня образованности и незнание профилактических мероприятий еще в большей степени делают подростков уязвимыми к ВИЧ-инфекции. Определенным препятствием является также недоверие к органам здравоохранения, боязнь необоснованной госпитализации, отсутствие признания медицинскими сотрудниками прав подростка на конфиденциальность и получение помощи без участия родителей.

Кроме этого, большинство подростков обращаются за медицинской помощью преимущественно в пункты неотложной и скорой помощи. Поэтому они не имеют постоянного лечащего врача, который, наряду с оказанием медицинской помощи, дает рекомендации по профилактике заболеваний и сохранению здоровья.

Так как в подростковый период происходит формирование различных привычек и моделей поведения, которые могут оказывать влияние на уровень здоровья, в этом возрасте очень важно постоянное наблюдение и консультации специалиста. Подобное общение способствует формированию хорошего контакта и взаимодействия между врачом и пациентом.

Оказание помощи ВИЧ-инфицированным подросткам

Главным в оказании помощи лицам данной возрастной категории является вежливость, конфиденциальность, доступность медицинской помощи, благожелательность, а также объединение усилий по лечению и профилактике. Даже в развитых странах только небольшое количество подростков получают медицинскую помощь в специальных подростковых медицинских учреждениях. Большинство медицинских подростковых учреждений не в состоянии оказать им помощь в полном объеме, поэтому необходимо расширять штат подобных учреждений и/или создавать команды, которые желают оказывать медицинскую помощь подросткам, приводя в соответствие потребностям подростка и медицинские программы по оказанию помощи взрослым или семьям. Необходимо также усовершенствовать работу подростковых кабинетов, так как подростки не очень часто планируют свои действия заранее, имеют финансовые ограничения. К тому же посещение медицинского учреждения не должно отражаться на посещении школы или мешать работе.

Конфиденциальность и права подростка

В США, например, все штаты законодательно утвердили право подростков на получение лечения без родительской опеки (в Украине это не так). Это касается как неотложных случаев, так и случаев ИППП, репродуктивной медицины, лечения наркомании и токсикомании. Во многих штатах (но не во всех) право на получение подростком конфиденциальной помощи при ВИЧ-инфекции и проведении тестирования на ВИЧ также закреплено законом. Но, несмотря на это, не все медицинские сотрудники относятся с пониманием к важности этой проблемы для подростка, и признание за ними этого права зависит от штата или от медицинского учреждения.

Необходимо отметить, что именно отсутствие конфиденциальности чаще всего является причиной, по которой подростки оттягивают обращение за медицинской помощью или не обращаются за ней вовсе. Но, признавая права подростка на конфиденциальное тестирование и получение медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, медицинские сотрудники должны проводить с подростком разъяснительную работу о ВИЧ-инфекции и ее последствиях и всячески поощрять подростков, а также привлекать взрослых к участию в их лечении.

Разъяснительная работа и прохождение тестирования на ВИЧ-инфекцию

Несмотря на то, что большинство подростков не считает себя подверженными ВИЧ-инфицированию, они предпочитают, чтобы медицинский

сотрудник самостоятельно начал дискуссию об оценке риска и профилактике ВИЧ-инфекции. Все подростки должны получить информацию о профилактике ВИЧ, а среди сексуально активных подростков разъяснительная работа и конфиденциальное тестирование на ВИЧ-инфекцию необходимо проводить регулярно. Это предоставляет медицинским сотрудникам возможность выявить ВИЧ-позитивных подростков и предоставить им соответствующую медицинскую помощь и социальную поддержку, а среди ВИЧ-негативных подростков — усилить их настороженность в отношении ВИЧ-инфекции и пропагандировать мероприятия по ее профилактике.

Среди тех подростков, которые не являются сексуально активными, разъяснительная работа должна быть направлена на определение их готовности к половой жизни, на рекомендации по ее отсрочиванию, а также разъяснение способов половых контактов, которые сопровождаются низким уровнем риска ВИЧ-инфицирования.

Применение новых методик исследования на антитела к ВИЧ в слюне или моче приходит на помощь в тех ситуациях, когда подростки испытывают боязнь перед анализом крови, а также помогает медицинским сотрудникам осуществлять тестирование на ВИЧ-инфекцию в различных медицинских организациях, обслуживающих подростков. Применение методик обследования в течение одного дня нужно использовать для того, чтобы подростки являлись за результатами анализов, но при применении этой методики, следует особенно тщательно продумать

механизм сообщения положительно-го результата анализов.

При работе с подростками важна гибкость и доступность медицинской системы, использование методик тестирования на ВИЧ, которые не вызывают страха. Это помогает преодолевать барьер недоверия подростка к медицинской помощи, а также служит отправной точкой оказания этой медицинской помощи.

Как и среди других популяций, недостаточно охваченных медицинской помощью, диагностирование ВИЧ/СПИД среди подростков довольно часто запаздывает, относительно небольшое количество ВИЧ-позитивных подростков получает должную медицинскую помощь и большая их часть не знает, что они ВИЧ-инфицированы. Поэтому необходимо дальнейшее развитие и укрепление системы профилактики и оказания помощи при ВИЧ-инфекции среди подростков.

Система разъяснительной работы и тестирования для взрослых, которая чаще всего заключается в однократной беседе с медицинским сотрудником перед проведением тестирования, не эффективна среди всех подростков, относящихся к группе, особо уязвимой к ВИЧ. Применение системы двукратного собеседования, направленного на установление индивидуального риска и возможности его снижения, приводит к повышению частоты использования презервативов и профилактике новых случаев ВИЧ-инфекции и других ИППП.

Проведение беседы до и после получения результатов анализов, предоставляет медицинскому сотруднику возможность пропагандировать профилактические

мероприятия, определить, использует ли подросток алкоголь и/или наркотики, и оценить использование им противозачаточных средств. Эти собеседования должны содержать начальные данные о ВИЧ-инфекции, способствовать получению согласия на прохождение тестирования на ВИЧ-инфекцию и помогать правильной оценке имеющейся степени риска ВИЧ-инфицирования. В лечебных учреждениях должны применяться расширенные схемы собеседования о ВИЧ-инфекции с подростком.

Так как подростки довольно часто недостаточно правильно понимают пути передачи и методы профилактики ВИЧ-инфекции, медицинские работники обязаны расширить понимание ими основных данных о ВИЧ-инфекции и путях ВИЧ-инфици-

рования. Эффективность беседы о ВИЧ-инфекции с подростком, возрастает, если медицинский сотрудник учитывает особенности подросткового периода и то, что подросток находится в состоянии постоянного изменения и взросления. Кроме этого, медицинские работники обязаны соблюдать строгую конфиденциальность при оказании помощи в отдельных учреждениях, таких, как детские дома, медицинские учреждения закрытого типа и исправительные колонии.

Информация о правильном использовании презервативов и их доступность являются особенно важными мероприятиями для снижения степени риска ВИЧ-инфицирования среди подростков. Во всех медицинских учреждениях, которые оказывают помощь подросткам,

Схема собеседования с подростком о ВИЧ-инфекции, прохождении тестирования на ВИЧ-инфекцию, рассмотрения и оценки возможности снижения степени риска

Обеспечение конфиденциальной атмосферы

- Убедить подростка в сохранении конфиденциальности его посещения и наличии разрешения местных властей на проведение тестирования.
- Сообщить подростку, что прохождение тестирования — это его право выбора.
- Необходимо осознавать, что беседа на тему сексуального поведения может быть трудной для подростка.
- Помочь подростку определить взрослого, который поддерживает то, что подросток пройдет тестирование на ВИЧ.

Основные знания о ВИЧ/СПИД

- Предложить подростку описать его понимание ВИЧ-инфекции, выяснить моменты, которые он не понимает, и восполнить недостаток знаний.
- Установить отношение подростка к тестированию на ВИЧ, а также определить, проводилось ли подобное тестирование прежде.
- Установить, есть ли кто-нибудь ВИЧ-инфицированный среди людей, окружающих подростка

Оценка степени сексуального риска

- Оценить сексуальное поведение подростка, не делая при этом акцентов на его сексуальную ориентацию; не все подростки являются лицами гетеросексуальной ориентации, и не все подростки, которые ими не являются, считают себя лесбиянками или МСМ.
- Оценить количество сексуальных партнеров, их возраст. Установить наличие партнеров, относящихся к группе, особо уязвимой к ВИЧ-инфекции.
- Оценить частоту использования алкоголя и/или наркотиков во время половых контактов.
- Оценить частоту использования презервативов и наличие причин, из-за которых они не используются: застенчивость, желание забеременеть, боязнь насилия или религиозные убеждения.
- Наличие в прошлом угрозы полового насилия или изнасилования.

Употребление алкоголя и/или наркотиков и наличие других факторов, способствующих повышению риска

- Определить частоту употребления наркотиков и/или алкоголя, причины их использования и обстановку, в которой они применяются.
- Оценить степень изменения сознания вследствие использования этих препаратов, которое может приводить к незащищенному сексу.
- Оценить возможность проведения лечения наркотической зависимости.
- Оценить степень вынуждения применения данных веществ со стороны семьи или окружения подростка.

Обсуждение и обучение

- Обсудить возможность воздержания от половых контактов.
- Обсудить возможность половых контактов, которые происходят без контакта с внутренними средами организма.
- Продемонстрировать мужские, женские презервативы и презервативы, используемые при оральном сексе, на анатомическом муляже. Предоставить подростку возможность попрактиковаться на этом муляже.
- Повторно рассмотреть пути снижения риска с партнером по сексу.
- Обсудить стратегию по снижению риска среди подростков, потребляющих наркотики/алкоголь.
- Создать индивидуальный план по снижению риска. С сексуально неактивными подростками обсудить возможность воздержания от начала половой жизни.
- Определить необходимость специфической помощи (например, медицинской, психосоциальной) со стороны школы или профессионально-технического училища, медицинских учреждений, занимающихся лечением наркотической зависимости, репродуктивной медициной или психиатрией, а также учреждений по оказанию правовой или социальной помощи подростку).

Определение готовности пройти тестирование и объяснение самого тестирования

- Подросток должен быть уведомлен о существовании как анонимной, так и конфиденциальной системы тестирования.
- Объяснить подростку необходимость уведомления партнера по сексу о своем ВИЧ-статусе.
- Добиться понимания того, что означают положительные и отрицательные результаты анализов.
- Добиться понимания необходимости применения раннего лечения ВИЧ-инфекции.
- Выяснить у подростка время, когда ему удобно пройти тестирование на ВИЧ.
- Успокоить подростка, помочь ему справиться со стрессом и беспокойством во время процедуры тестирования и ожидания результатов анализов.
- Установить место и схему проведения последующей конфиденциальной встречи.

Источник: Charbon B., Futterman D. Adolescents and HIV. AIDS Clin Care, 1999.

презервативы должны быть доступны, и медицинский сотрудник обязан продемонстрировать, используя анатомический муляж, как правильно ими пользоваться.

У подростков зачастую возникают трудности с использованием презервативов. Они обусловлены следующими факторами: 1) недостаток знаний об эффективности подобного метода; 2) недостаток информации и обучения; 3) отсут-

ствие презервативов в момент сексуальной активности; 4) импульсивное изменение поведения, связанное с употреблением наркотиков/алкоголя.

Половая принадлежность и отсутствие опыта оказывают влияние на использование презервативов молодой девушкой при половом контакте со взрослым партнером. Помогая подростку в создании и утверждении системы самооценки и укрепляя его чувство собственного достоинства,

Факторы, оказывающие влияние на использование презервативов подростками

Способствуют применению

- Информация по применению презервативов.
- Уверенность в эффективности.
- Обсуждение проблемы с медицинским сотрудником.
- Достаточный уровень самооценки и самодостаточности.

- Обучение умению общения с людьми и возможности отказа от вынуждаемых действий.
- Доступность приобретения и применения.

Не способствуют применению

- Употребление алкоголя/наркотиков.
- Общение, которое способствует ощущению собственной незрелости и неполноценности.
- Прессинг со стороны окружающих подростков.
- Отсутствие должного сексуального образования.
- Отсутствие правильной культурной и социальной поддержки.

можно помочь ему противостоять навязанным моделям сексуального поведения.

Профилактика

Школьная программа обеспечивает (совместно с медицинскими школьными учреждениями) формирование и укрепление положительных поведенческих реакций, а также позволяет проводить наблюдения за уровнем физического и психического здоровья. Но зачастую она не уделяет должного внимания снижению риска определенного поведения и не способствует выявлению сексуально активных молодых людей, подверженных риску развития беременности и инфицирования ИППП.

Разумный пересмотр школьных программ с целью снижения риска подростков привел к тому, что подростки, получившие информацию о СПИД, проявляют меньшую сексуальную активность и чаще практикуют безопасный секс, нежели подростки, не получившие подобной информации в школе. Особенно успешными являются программы, построенные на социальной оценке методов и способов предотвращения незащищенного секса в зависи-

мости от возраста и опыта. Эти программы должны включать дискуссии о возможности противостояния социальному прессингу.

Школьные клиники должны предоставлять подросткам информацию о презервативах и снабжать соответствующими инструкциями по их применению. В некоторых школьных клиниках уже есть кабинеты по профилактике и тестированию на ВИЧ среди учащихся.

Кроме этого успешная профилактика ВИЧ-инфицирования, должна пропагандироваться социальными службами и средствами массовой информации, потому что пока подросток не увидит, что в кино или в музыкальном клипе обсуждаются проблемы воздержания от половых контактов, использования презервативов и пропагандируется безопасный секс, он не поверит, что это может быть социальной нормой.

Привлечение молодежи к оказанию помощи ВИЧ-позитивным подросткам

Привлечение молодежи к оказанию помощи подросткам, относящимся к группе особо уязвимых к ВИЧ, является важным звеном в сис-

Необходимо выявлять подростков, относящихся к группе, особо уязвимой к ВИЧ-инфекции, и начинать как можно раньше оказывать им первичную помощь. ВИЧ-инфицированные подростки нуждаются в сильной индивидуальной и групповой поддержке для поддержания должного уровня здоровья и предотвращения передачи ими инфекции другим людям. Медицинские сотрудники, работающие в центрах, обслуживающих подростков, обязаны приложить максимум усилий для того, чтобы их помощь была легкодоступной, гибкой, конфиденциальной и соответствовала культурному развитию подростка.

теме снижения риска ВИЧ-инфицирования подростков и оказания им необходимой медицинской и психосоциальной помощи при ВИЧ-инфекции. Большинство ВИЧ-позитивных подростков не знают о своем инфицировании, и многие социальные администраторы не отдают себе отчет в необходимости создания специальных учреждений, в которые могут обратиться подростки со своими психосоциальными проблемами. Создание местных общественных организаций является первым шагом в обеспечении помощью ВИЧ-инфицированных подростков. Необходимо широко использовать привлечение в эти организации молодых людей, так как подростки больше прислушиваются к мнению и рекомендациям своих сверстников, нежели к мнению взрослых. В то время как взрослые женщины имеют возможность пройти тестирование на ВИЧ и получить соответствующую медицинскую

помощь при различных гинекологических заболеваниях, небеременных девушек необходимо активно привлекать к прохождению тестирования на ВИЧ и получению своевременной медицинской помощи. Поэтому необходимо развивать систему медицинских учреждений, оказывающих помощь подросткам и пропагандировать, а также делать более доступным тестирование на ВИЧ среди подростков. В 1996 году в Нью-Йорке по инициативе программы «СПИД и подростки» и медицинского центра в Монтефиоре была начата кампания по социальному маркетингу непосредственной связи профилактики ВИЧ-инфекции с тестированием и лечением. «ВИЧ. С ним живут. Пройди тестирование!» — такой лозунг использовали эксперты по маркетингу, медицинские провайдеры и, что очень важно, сами подростки, привлеченные к акции. В этой кампании использовались различные методы массовой пропаганды (плакаты, радио, телевидение), которые охватывали молодежь, относящуюся к группе, особо уязвимой к ВИЧ; пропаганда также проводилась в местах, которые привыкли посещать подростки, относящиеся к этой группе. Используя для пропаганды тестирования и медицинской помощи жаргон, характерный для сексуально активных подростков, объединенные усилия программы «ВИЧ и подростки» и местных молодежных организаций были направлены на понимание подростком того, что секс может быть связан с ВИЧ-инфицированием и что для определения этого инфицирования необходимо пройти тестирование на ВИЧ. Успех этой программы привел к тому, что по инициативе Национального института здравоо-

хранения (NIH), Министерства здравоохранения (HRSA) и Медицинского исследовательского общества «ВИЧ/СПИД среди подростков» (AMHARN) с 1999 года подобные программы функционируют в следующих пяти городах: Балтиморе, Лос-Анджелесе, Майами, Филадельфии и Вашингтоне. В каждом из этих городов отмечено образование новых, успешно функционирующих молодежных организаций, увеличение количества подростков, прошедших тестирование, улучшение выявления и охвата медицинской помощью ВИЧ-позитивных подростков.

Клиническая и психосоциальная помощь ВИЧ-позитивным подросткам

Несмотря на то, что естественное течение ВИЧ-инфекции в подростковом возрасте все еще является предметом исследования, по всей видимости, течение заболевания у подростков аналогично таковому у взрослых. Установлено, что в подростковый период имеется больший резерв восстановления иммунитета, нежели у взрослых больных, что, очевидно, связано с сохранением функции вилочковой железы. Данный факт указывает на необходимость приложения максимальных усилий для наиболее раннего начала лечения.

Психосоциальные исследования

Программа AMHARN установила пять моментов, которые подлежат исследованию среди подростков с ВИЧ/СПИД, учитывая изменения их состояния здоровья: 1) получение результатов анализов, подтверждающих ВИЧ-инфицирование; 2) сообщение о

Создание местных общественных организаций является первым шагом в обеспечении помощью ВИЧ-инфицированных подростков. Необходимо широко использовать привлечение в эти организации молодых людей, так как подростки больше прислушиваются к мнению и рекомендациям своих сверстников, нежели к мнению взрослых.

ВИЧ-статусе родителям, партнерам по сексу и друзьям; 3) проблема примирения с диагнозом ВИЧ; 4) особенности периода проявления симптомов ВИЧ-инфекции; 5) подготовка к летальному исходу.

1. Получение результатов анализов, подтверждающих ВИЧ-инфицирование. Медицинские сотрудники, сообщающие подростку результаты анализов, должны поддерживать в нем надежду и оказывать ему поддержку. Подростки с бессимптомным заболеванием должны понимать, что отсутствие симптомов не означает отсутствие ВИЧ-инфицирования. Конкретное мышление, свойственное подростковому периоду, мешает некоторым подросткам свыкнуться с существованием латентного и бессимптомного заболевания.

Необходимо оказать подростку всяческую поддержку в связи с установлением у него диагноза заболевания, которое в корне изменяет его жизнь. К этой работе должны всячески привлекаться психосоциологи и социальные работники, работа должна проводиться как индивидуально, так и в группах сверстников. Может потребоваться назначение психотропных препаратов, если у

подростка уже имелись проблемы с психическим здоровьем или эти проблемы обусловлены тревогой или депрессией в связи с установлением диагноза ВИЧ-инфекции.

2. Сообщение о диагнозе. После установления диагноза перед подростком возникает проблема: кому сообщить о своем ВИЧ-статусе и когда это сделать. Сообщить о ВИЧ-статусе родителям может быть особенно тяжело для подростка, из-за боязни потерять их любовь и поддержку. Боязнь быть отвергнутым и сделать широко известным свой ВИЧ-статус препятствует сообщению о нем своему партнеру по сексу. Медицинские сотрудники должны оказывать поддержку подростку в этой ситуации, указывая ему, когда наиболее удобно и безопасно сообщить о его ВИЧ-статусе. Применение игровых схем и создание сценария уведомления о ВИЧ-статусе может помочь подростку побороть страх и подготовить его к возможным реакциям со стороны окружающих.

3. Примирение с диагнозом ВИЧ-инфекции. Подростки должны понимать, как интерпретировать уровень вирусной нагрузки и количество CD4. Изменение результатов анализов может вызвать у некоторых подростков состояние паники. Медицинский сотрудник обязан сообщить подростку, что незначительные колебания уровня этих показателей — явление обычное, и что даже значительные их изменения не должны оказывать влияния на его жизнедеятельность.

4. Период появления симптомов заболевания. Появление симптомов заболевания может быть особенно чувствительно для подрост-

ков, имеющих недостаточную информацию о своем ВИЧ-статусе. Среди некоторых подростков появление симптомов ВИЧ-инфекции приводит к установлению диагноза и началу лечения. Других подростков данная ситуация может привести к потере смысла жизни. При появлении симптомов заболевания медицинский сотрудник обязан объяснить их значение, исправить неверное понимание их значения и настоять на необходимости соответствующего лечения.

5. Подготовка к смерти. Очень небольшое количество подростков в течение своей жизни уже сталкивалось со смертью, и чаще всего они имеют довольно наивные представления о ней. Обсуждение с подростком проблемы составления завещания и назначение душеприказчика, когда еще развитие заболевания не достигло максимума, — это общепринятая практика, которая помогает подростку свыкнуться с возможным летальным исходом. Когда медицинский сотрудник сталкивается с развернутой клинической картиной заболевания у подростка, он должен обсудить с ним, где подросток предпочитает встретить смерть: дома или в больнице, обсудить с ним вопросы погребения, а также согласовать эти вопросы с родителями подростка.

Высокий уровень риска ВИЧ-инфицирования среди подростков вызывает необходимость разработки реальной программы по его предупреждению. Это подразумевает доступность обучения профилактическим мероприятиям и проведение с сексуально активными подростка-

ми собеседований о ВИЧ-инфекции и прохождении тестирования на ВИЧ в рамках любой программы, которая занимается предоставлением медицинской помощи подросткам. Учитывая то, что большинство подростков не охвачено медицинской помощью, необходимо всячески способствовать развитию «медицинских молодежных центров» с удобным для подростков графиком работы и бесплатным или недорогим медицинским обслуживанием; в этих центрах должны работать специально подготовленные специалисты в области подростковой медицины.

Необходимо выявлять подростков, относящихся к группе, особо уязвимой к ВИЧ-инфекции, и начинать как можно раньше оказывать им первичную помощь. ВИЧ-инфицированные подростки нуждаются в сильной индивидуальной и групповой поддержке для поддержания должного уровня здоровья и предотвращения передачи ими инфекции другим людям. Медицинские сотрудники, работающие в центрах, обслуживающих подростков, обязаны приложить максимум усилий для того, чтобы их помощь была легкодоступной, гибкой, конфиденциальной и соответствовала культурному развитию подростка.

глава шестая

Беременность и обследование на ВИЧ: международный опыт

Рекомендации беременным (информация, предоставляемая женщинам)

Большинству беременных в развитых странах в настоящее время предлагают пройти тест на антитела к ВИЧ в числе прочих обычных анализов. Вам предстоит сделать множество анализов, чтобы убедиться, что вы и ваш плод в полном порядке. Тест на ВИЧ — один из них. Если вы не хотите проходить этот тест, обязательно скажите об этом врачу, иначе его автоматически включают в перечень других исследований, необходимых для оценки состояния вашего здоровья и здоровья плода. У вас есть право отказаться от этого теста, и у вас есть право на получение полной информации обо всех преимуществах и недостатках тестирования, чтобы самой принять решение.

Если в ходе предродового наблюдения никто не упоминал о тестировании на ВИЧ, это значит, что в вашей больнице его еще не включили в перечень обычных анализов для беременных, и вам придется попросить сделать его. Этот тест никогда не имеют права делать без вашего

Все женщины детородного возраста (и всех сексуальных ориентаций) должны получить информацию о ВИЧ и беременности.

предварительного согласия. Не делайте вывода, что вы свободны от ВИЧ на том основании, что этот вопрос не обсуждался с врачом во время ваших предыдущих беременностей или во время настоящей.

Необходимо ли проходить тест на ВИЧ?

Вы не сможете предупредить заражение своего будущего ребенка, если вы точно не знаете, что у вас ВИЧ.

Однако, если вы или партнер в прошлом не употребляли наркотики, пользуясь общими иглами, не имели рискованного секса, и если ваш партнер не проживал в Африке, южнее Сахары, вероятность наличия у вас ВИЧ-инфекции очень низкая.

Если вы оказались ВИЧ-инфицированной, значит, вы можете передать вирус плоду во время беременности,

родов или при кормлении грудью. Естественно это скажется и на вашем собственном здоровье.

Вместе с тем, в настоящее время существует очень эффективное лечение для снижения риска передачи ВИЧ от матери к плоду. Без лечения вероятность заражения плода составляет примерно 30 %, но при современном лечении этот риск снижается до менее одного процента.

Младенцы очень чувствительны к ВИЧ-инфекции. Примерно у четверти детей, родившихся с ВИЧ, развиваются серьезные заболевания, связанные со СПИД, либо они умирают на первом году жизни.

Вам также сделают анализы для определения количества вируса в крови и для оценки состояния иммунной системы (вашей способности противостоять серьезным инфекциям).

На основании результатов этих тестов врач предложит вам несколько вариантов лечения: немедленное начало комбинированной терапии тремя препаратами для защиты вашего здоровья и здоровья вашего ребенка или лечение одним препаратом (АЗТ) после 14 недель беременности, если состояние вашего здоровья пока не требует комбинированной терапии с внутривенным введением АЗТ во время родов и месячным курсом АЗТ-терапии новорожденного для профилактики ВИЧ-инфекции у него.

Некоторые врачи предлагают кесарево сечение вместо обычных родов, поскольку это снижает риск инфицирования плода.

Вам также порекомендуют отказаться от грудного вскармливания,

Одесская областная клиническая больница (ООКБ) предоставляет медицинские и социальные услуги ВИЧ-позитивным женщинам и их семьям.

В июне 2003 года при поддержке Американского международного союза здравоохранения, Агентства США по международному развитию (USAID), муниципальной больницы города Боулдер (Колорадо, США), и международной организацией «Врачи без границ», Голландия в ООКБ была открыта сателлитная клиника, в которой женщинам, живущим с ВИЧ, их детям и партнерам предоставляются услуги медицинских специалистов, а также осуществляется координация работы с социальными службами. Впервые в Украине люди с положительным ВИЧ-статусом могут получить весь спектр медицинских услуг в многопрофильной больнице для общего населения, а не в специализированном центре СПИД. Создание клиники в ООКБ также способствует преодолению стигмы, связанной с ВИЧ/СПИД.

потому что вирус можно передать ребенку с материнским молоком.

Если вы начнете лечение сразу или тест выявит ВИЧ-инфекцию в позднем сроке беременности, все равно лечение будет полезным для плода, так как считают, что большинство случаев заражения происходит во время родов. Это значит, что у вас есть достаточно времени, чтобы обдумать, что вы хотите делать; от вас не требуется принимать решение на следующий день.

После рождения вашему ребенку нужно будет получить немало препара-

ратов и пройти исследования, чтобы вы могли убедиться, что заражения ВИЧ не произошло. Потребуется несколько дополнительных визитов в больницу и шестимесячное лечение ребенка. Через шесть месяцев с помощью ПЦР обычно можно сказать наверняка, заразился ли ребенок. До этого времени у него может быть некоторое количество материнских антител, но они постепенно исчезают по мере развития его собственной иммунной системы.

Рассказывать ли другим людям о положительном результате теста во время беременности?

Положительный результат тестирования на ВИЧ, вероятно, окажется для вас сильным шоком. Одним из следствий этого результата будет вывод о том, что отец вашего ребенка также может быть ВИЧ-позитивным, и вам придется решать, что ему сказать и когда. Вы можете испытывать гнев, поскольку считаете его виновником вашего заражения ВИЧ.

Вас может пугать мнение других людей, если они узнают о вашем

ВИЧ-статусе. По этой причине очень важно обсудить с вашим врачом, консультантом или акушеркой, сообщившей вам о положительном результате, вопрос о том, кому следует знать об этом. Ваш врач и другой персонал, оказывавший вам помощь, не имеют права рассказывать кому-либо о результате теста без вашего разрешения, но информация о нем будет записана в вашу медицинскую карту в клинике, где вы находились под наблюдением.

Что происходит, если тест дает отрицательный результат?

Отрицательный результат теста на ВИЧ означает, что в настоящее время у вас в крови нет антител к ВИЧ. В большинстве случаев это также означает, что ни вам, ни плоду ВИЧ не грозит.

Однако если вы заразились ВИЧ менее трех месяцев назад, антитела могли еще не успеть выработаться. Если вы считаете, что недавно подвергались риску заражения, вам нужно обсудить это с консультантом и определить оптимальное время для тестирования.

шестой раздел

Возможно ли предупредить заражение?



люди **и ВИЧ**

глава первая

Профилактика ВИЧ-инфекции: методы, которые работают

На чем основана возможность предупреждения заражения ВИЧ?

Существуют две стратегии профилактики ВИЧ-инфекции: **снижение риска** и **устранение риска** инфицирования. С самого начала эпидемии исследователи столкнулись с двумя противоположными представлениями о взаимоотношении приемлемых уровней риска, устойчивого изменения поведения и мероприятий по охране общественного здоровья.

Один из методов профилактики, который называется «**снижение риска**», или «снижение вреда», основан на предпосылке, что риск передачи ВИЧ можно определить.

Существуют методы защиты от инфекции, которые положительно зарекомендовали себя, например:

- использование презервативов при проникающем сексе;
- скрининг донорской крови;
- тепловая обработка фактора крови VIII;
- отказ от грудного вскармливания, если это возможно или необходимо;
- применение общих мер предосторожности в медицинских учреждениях при проведении инвазивных (предусматривающих контакт с кровью) процедур.

Таким образом, профилактика ВИЧ-инфекции, основанная на философии снижения риска заражения, предполагает замену деятельности, связанной с повышенным риском, менее рискованной. Например, пропаганда обмена использованных игл на новые является одной из форм снижения риска или вреда: при этом потенциально опасное употребление инъекционных наркотиков не устраняется как факт, но предлагается способ снижения риска инфицирования ВИЧ.

Пропаганда использования презервативов при половых контактах среди MSM также считается более предпочтительной, чем нередко предпринимаемые попытки убедить MSM полностью отказаться от половых контактов. Такой подход дает MSM выбор способов снижения уровня риска, а также предлагает альтернативные, менее опасные способы сексуальных отношений, например оральный секс вместо незащищенного анального секса. Такая же стратегия используется при работе с работниками коммерческого секса во многих странах.

Устранение риска

Стратегия устранения риска основывается на предпосылке, что защита общественного здоровья

Существует множество свидетельств тому, что профилактика приносит плоды, как показывают примеры общин МСМ в городах Северной Америки и Западной Европы, ПИН в Австралии и гетеросексуального населения в таких странах, как Бразилия, Сенегал, Таиланд и Уганда. В столице Уганды Кампале, например, осуществление решительных профилактических мер позволило резко снизить уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди девочек подросткового возраста с 28 % в 1991 г. до 6 % в 1998 г. В Таиланде за тот же период осуществление проектов по профилактике привело к снижению почти в два раза уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди призывников в возрасте 21 года.

требует устранить возможность риска как таковую. Этот подход имеет две разновидности.

Пропаганда полового воздержания превалирует над пропагандой использования презервативов и обмена использованных игл на новые. При таком подходе эффективность безопасного секса подвергается сомнению, а само потребление наркотиков инъекционным путем считается настолько же вредным, как и использование общего инструментария для инъекций.

Даже незначительный риск преподносится как полностью неприемлемый.

Такое преувеличенно серьезное отношение к незначительному риску может иметь парадоксальные последствия: у людей развивается

фатальное отношение к прошлой сексуальной жизни, они меньше используют современные проверенные приемы безопасного секса (это показывают результаты голландского исследования среди МСМ, проведенного в 1992 году). Те, кто начал беспокоиться о рискованности орального секса, чаще всего прекращали использовать презервативы и при анальном сексе, поскольку они считали, что уже подверглись опасности инфицирования вирусом, используя оральные практики.

Другим примером является обязательное тестирование медицинского персонала, которое проводилось с единственной целью: обеспечить профилактику передачи ВИЧ от медицинских работников пациентам. Этот подход отвлекает от соблюдения общих мер предосторожности, которые должны соблюдаться при проведении медицинских процедур, и подрывает доверие к таким мерам.

Конечно же, мы должны допускать, что чего-то не знаем и предпринимать излишние меры предосторожности, прогнозируя риски, связанные с течением эпидемии. К самым худшим прогнозам нужно относиться с полной серьезностью именно для того, чтобы предотвратить развитие прогнозируемых сценариев течения эпидемии. Однако если ситуация, описанная в этих сценариях, развивается на фоне якобы эффективного медицинского просвещения, следует задуматься об изменении подходов к просвещению населения.

Еще один принцип, связанный со снижением риска, — это **принцип «минимального изменения»**.

Считается, что изменения в поведении будут более устойчивыми, если они предполагают минимально возможные изменения в поведении, необходимые для собственной защиты. Вот почему для многих людей, желающих похудеть, сокращение количества жирной пищи является более реалистичной или минимальной формой снижения риска по сравнению с полным отказом от такой пищи. Советы такого рода действуют только в том случае, если не противоречат сложившимся привычкам, которые доставляют удовольствие. Сексуальные привычки глубоко укоренились в жизни каждого, и их изменение требует большего, чем просто силы воли.

Сторонники **устранения риска** утверждают, что население имеет право знать о всех формах риска в связи с ВИЧ-инфекцией и делать собственные выводы на основании полученной информации. Такие аргументы предполагают:

- что каждый может сделать выводы о потенциальном риске на основании доступных фактов;
- что представление о риске в обществе формируется на базе одних и тех же факторов и приводит к единому для всех восприятию риска;
- что факты представлены нейтрально;
- что люди получают информацию о ВИЧ/СПИД без прежних предубеждений, ошибочных представлений или осуждения;
- что информация доносится в понятной форме;
- что все одинаково способны к действиям на основании этой информации, чтобы защитить себя;

- что существуют неограниченные ресурсы для распространения информации даже о самых незначительных, теоретических видах риска. Тут можно привести следующий пример: какую форму просвещения МСМ выбрать — информировать их об опасности незащищенных половых актов или о гораздо меньшей опасности орального секса?

Советы по снижению риска

Очень важно, чтобы советы по снижению риска были:

- без труда понятными для тех, кому они предназначены;
- осуществимыми. Иными словами, люди должны захотеть и смочь предпринять рекомендуемые меры предосторожности. Если утверждать, что секс — вообще рискованное занятие, можно добиться того, что люди будут отрицать любой риск в связи с сексуальной активностью;
- убедительными, а не запугивающими.

Профилактика заражения ВИЧ

Традиционно профилактика заражения ВИЧ проводится на трех уровнях: первичном, вторичном и третичном.

Первичная профилактика заражения ВИЧ включает в себя виды деятельности, предназначенные для предотвращения инфицирования здоровых людей (например, путем сексуального просвещения, проведения пропагандистских кампаний об использовании презервативов и программах обмена использованных игл).

К самым худшим прогнозам нужно относиться с полной серьезностью именно для того, чтобы предотвратить развитие прогнозируемых сценариев течения эпидемии.

Вторичная профилактика заражения ВИЧ связана с деятельностью, направленной на предупреждение инфицирования в уязвимых сообществах и поддержание качества жизни ВИЧ-позитивных людей (консультирование о социальных правах; программы, направленные на изменение образа жизни; лоббирование против дискриминации).

Целью **третичной профилактики ВИЧ** является минимизация последствий болезни, от которых страдают люди с симптомами ВИЧ/СПИД (например, профилактическое использование лекарств и дополнительной терапии; консультирование о социальных правах для получения максимальных льгот; образовательные программы о поддержке иммунной системы; лоббирование интересов больных).

Однако на практике такое разграничение деятельности никогда не было настолько всеобъемлющим и очевидным. В общих чертах профилактика заражения ВИЧ была связана исключительно с первичным предотвращением инфицирования. При этом признавалось, что ВИЧ-инфицированные должны сами позаботиться о том, чтобы не передавать инфекцию другим людям, и что первичная профилактика других инфекций, передающихся половым путем, сама по себе является важной мерой вторичной профилактики.

Таким образом, профилактика заражения ВИЧ в основном была сосредоточена на отдельных моментах сексуального просвещения (пропаганде безопасного секса) независимо от ВИЧ-статуса слушателей.

Пропаганда безопасного секса

Пропаганда безопасного секса может быть использована для обозначения самого широкого круга понятий и может оправдывать как строгие, так и более либеральные подходы.

Например, высказывались опасения, что этот термин могут использовать для возврата ко временам санитарного контроля над всем, что касается секса, когда основное внимание обращалось на болезни и технику сексуального поведения в ущерб сексуальному удовольствию, желаниям и личным предпочтениям. Это особенно наглядно проявляется там, где пропаганда сексуального здоровья связана с медицинской контрацепцией и службами лечения ИППП (дерматовенерологических служб).

Точно так же пропаганду сексуального здоровья можно использовать, чтобы способствовать дискуссиям на тему секса и поощрять расширение возможностей для просвещения и развития личности (например, при работе с молодежью, с целевыми группами). Однако эта пропаганда может носить и ограничительный, санитарно-просветительский характер и представлять проблемы только с биологической точки зрения (как, например, в национальной программе для учебных заведений).

Пропаганда сексуального здоровья может быть связана с деятельностью, позволяющей людям, объе-

диненным в группы, выражать свои коллективные интересы. Такая деятельность в сообществах может быть довольно разнообразной; ее можно рассматривать с точки зрения реальных возможностей людей определять объемы ресурсов, необходимых для удовлетворения их потребностей. Для описания некоторых аспектов такой работы используются термины «мобилизация сообществ» и «развитие сообществ».

И, наконец, говоря о пропаганде сексуального здоровья, необходимо учитывать роль политических деятелей и людей, формирующих общественное мнение, в создании на местном или национальном уровне благоприятного климата, который сам по себе способствует сексуальному здоровью. Это может включать самый широкий спектр мероприятий: либеральные или ограничительные информационные сообщения в СМИ, формирование благоприятного или ограничительного законодательства, стратегий или руководящих принципов (например, принципов сексуального просвещения в школах; законов о совершеннолетию; расширение доступности откровенных материалов на сексуальную тему в интересах здоровья; разрешение рекламы презервативов на ТВ).

Различия в определениях

Взаимосвязь профилактики ВИЧ и пропаганды сексуального здоровья часто не очевидна с точки зрения употребляемой терминологии (то есть в данном случае нет фиксированных, общепринятых терминов). Весь диапазон этих понятий можно продемонстрировать такими

примерами:

- Пропаганда сексуального здоровья используется как общий термин для определения любых мероприятий, нацеленных на пропаганду сексуального благополучия, профилактику ВИЧ и других ИППП, а также нежелательной беременности.
- Пропаганда сексуального здоровья является ключевой темой этой стратегии и включает в себя медицинское просвещение, программы профилактики и защиты здоровья, выступая в их поддержку и, где возможно, проводя организационную работу для улучшения среды и ситуаций, отрицательно влияющих на здоровье, например, формируя законодательство и политику, благоприятные для сексуального просвещения.

Однако сексуальная активность может иметь и отрицательные последствия, такие, как нежелательная беременность или передача ВИЧ и других ИППП.

Принимая во внимание то, что ВИЧ-инфекция — это лишь самая опасная из пока еще неизлечимых ИППП, становится очевидным, что разумное сексуальное поведение имеет гораздо большее значение для общественного здоровья, чем просто «профилактика СПИД», и что подходы, ориентированные только на лечение, не решают эту проблему.

Термин «сексуальное здоровье» включает в себя описание последствий сексуальной жизни для здоровья и, наоборот, описание того, как состояние здоровья может повлиять на сексуальную жизнь.

Рассматривая эти примеры, можно предложить целый ряд

определений. Однако во всех приведенных выдержках содержатся конкретные определения здоровья (от индивидуальной профилактики заболеваний до социальных определений) и конкретный взгляд на секс (например, точки зрения тех, кто считает секс проблемой, и тех, кто относится к сексу положительно).

Поэтому очень важно, как люди используют эти определения. Если разработать план проведения предпочтительных мероприятий и предоставления услуг на уровне сообществ, определить их как «правильный» подход к пропаганде сексуального здоровья, подчеркивая их конкретную направленность (например, в интересах планирования семьи или развития политической идеологии), то этот план может стать основанием для выделения ограниченных ресурсов на финансирование такого подхода.

Методология или информация: что важнее?

Часто при обсуждении эффективности работы возникают споры о том, что важнее: методология или правильность информационных сообщений. Перед рассмотрением эффективности стоит обратить внимание на два момента:

Все контролируемые исследования эффективности методов работы были сосредоточены на методологии. Они основывались на предположении о существовании некоего «основополагающего плана» информации о ВИЧ и определенных навыков, которые граждане должны приобрести в результате просвещения. В литературе подробное содержа-

ние программ не обсуждается, поэтому невозможно понять, не было ли противоречивых действий в программах, которые вроде бы доказали свою эффективность.

Все контролируемые исследования, которые доказали эффективность программ, основывались на адаптации «основополагающего плана» пропагандируемых навыков и информации к культурным особенностям и потребностям целевой группы. Тем не менее, похожие результаты были получены во всех контролируемых исследованиях — любое вмешательство оказывает большее воздействие, чем отсутствие деятельности.

При проведении исследований в области профилактики ВИЧ необходимо и далее проводить сравнительный анализ методологии и информационных сообщений; только после этого можно дискутировать о том, что «лучше что-то делать, чем ничего не делать», или, что «иногда для более успешного использования ресурсов лучше ничего не делать, чем проводить какие-либо мероприятия». Например, исследование относительного воздействия кампаний по пропаганде недифференцированной информации о безопасном сексе для ВИЧ-отрицательных и ВИЧ-положительных людей по сравнению с кампаниями по пропаганде «договорной безопасности» может оказаться полезным для изучения этого вопроса.

Кампании в СМИ

Успех кампаний в СМИ в деле повышения уровня знаний о ВИЧ и рискованном поведении доказан в самых разных странах. Результаты

исследований свидетельствуют, что содержание информационных сообщений СМИ является важнейшим фактором, определяющим успех рекламных и информационных кампаний.

«Малые» информационные формы

Так называют такие средства массовой информации, как листовки, плакаты и малотиражная реклама, а также публикации, выпускаемые сообществами. Основным методом оценки воздействия этих средств стало изучение числа людей, увидевших эти листовки или рекламные объявления, их понятность и актуальность для целевой аудитории. Малые информационные формы можно оценить и по другим факторам воздействия, если они использовались в рамках конкретных кампаний с определенным набором задач и целей. Примером этого может быть листовка или рекламная кампания, задачей которых является распространение информации о методах безопасного секса, или о том, как узнать свой ВИЧ-статус. Степень воздействия этих материалов можно оценить по сравнению с базовыми знаниями по вопросам, рассматриваемым в этой листовке или рекламе, но возможно ли будет соотнести этот уровень знаний с изменениями в поведении? Стоит ли вообще этого ожидать?

Если цель и задача проводимых мероприятий соотносится с конкретными предположениями о возможном изменении поведения в ответ на распространяемую информацию, то, по мнению некоторых исследователей, можно допустить, что

изменения в поведении произошли именно благодаря полученной информации. Однако исследование необходимо построить таким образом, чтобы можно было получить доказательства, что люди читали указанные листовки или плакаты, которые и были основным компонентом мероприятий, и что изменение поведения было вызвано именно ими, а не другими факторами, например участием в исследовании.

Исследование, проведенное в Австралии, показало, что малые информационные формы — плакаты — почти никак не повлияли на изменение поведения тех, кто уже получил информацию из других источников. Мужчины, сообщавшие о том, что практикуют незащищенный секс, были выбраны методом случайной выборки из числа охваченных учебной программой по изменению поведения, из числа тех, кто ежемесячно получал плакаты, которые, по мнению специалистов, удачно освещали вопросы безопасного секса среди MSM, и из контрольной группы, вообще не участвовавшей в мероприятиях.

Участников попросили описать их реакцию на предложенные материалы, а также рассказать о своем сексуальном поведении после ознакомления с ними. Те, кто получал плакаты, сообщили, что они им нравятся и что вопросы безопасного секса в них освещаются успешно. Но и после этого число незащищенных сексуальных контактов в этой группе почти не изменилось по сравнению с контрольной группой. Напротив, в группе, охваченной учебной программой по изменению поведения, число незащищенных

сексуальных контактов значительно снизилось.

Проведение таких исследований является проблематичным из-за недостатка ресурсов, выделяемых на осуществление малых информационных программ. Они рассматриваются в качестве ключевых составляющих просвещения по вопросам СПИД, поскольку не требуют больших средств и могут применяться в самых различных программах, таких, как работа на местах и просвещение по принципу «Равный — равному».

Эффективные малые информационные программы должны иметь следующие характеристики:

- Учитывать культурные, языковые и стилистические особенности целевых групп.
- Оказывать визуальное воздействие и быть привлекательными.
- Быть разработанными с учетом образовательного уровня целевой аудитории.
- Должны быть представлены целевой аудитории неоднократно.

Вызывает удивление, как часто в малых информационных программах игнорировались основные правила маркетинга и рекламы и как редко к деятельности по разработке этих материалов привлекались профессиональные авторы рекламных текстов и маркетологи. Необходимо, чтобы конечный продукт создавался профессионалами в сфере общественных коммуникаций, а не общественными комитетами.

Консультирование и тестирование на ВИЧ

Доказательства эффективности тестирования на ВИЧ и консультиро-

вания с целью изменения поведения довольно противоречивы. Выводы масштабного исследования, опубликованного в 1991 году, говорят о том, что достоверных **данных, подтверждающих ценность тестирования на ВИЧ как основной меры профилактики, не существует.** Четкие доказательства того, что консультирование и тестирование существенно повлияло на практику безопасного секса, были отмечены только среди гетеросексуальных пар.

Среди ПИН, охваченных метадоновыми программами, тестирование на ВИЧ и консультирование обычно приводило к сокращению случаев пользования общими иглами, однако между теми, кто получил положительные и отрицательные результаты тестирования, не отмечено никакой разницы. Это дает основания предполагать, что знание собственного ВИЧ-статуса не является критическим фактором для выбора безопасного поведения.

Среди МСМ также нет доказательств того, что само по себе знание ВИЧ-статуса предполагает безопасное сексуальное поведение.

Все исследования, в которых сообщалось о влиянии тестирования и консультирования, проводились бесконтрольно. Это позволяет предположить, что избирательный характер таких исследований приводит к двусмысленности их результатов, поскольку люди, пришедшие на тестирование, могли уже иметь мотивацию к изменению собственного поведения. Однако, с точки зрения некоторых комментаторов, тестирование с консультированием может ускорить процесс изменения поведения, а также может усилить намерение изменить поведение,

особенно, если практика тестирования на ВИЧ получает социальную или волонтерскую поддержку.

Даже если тестирование и консультирование оказали значительное влияние на последующее поведение, до сих пор вызывает сомнения возможность повторения успешных мероприятий другими. Это связано с субъективной природой процесса консультирования, которое зависит от навыков консультанта, информационной наполненности консультации и числа людей, записавшихся на прием. Результаты исследования SIGMA свидетельствуют о самых широких вариациях содержания консультаций и их воздействия на жителей Юго-Востока Англии. Могут быть вариации и в составе группы консультантов. Недавние исследования, проведенные в Челси и клинике GUM в Вестминстере, свидетельствуют о существовании значительных различий среди консультантов и специалистов клиник в определении половых актов высокой, низкой и средней степени риска.

Нет никаких гарантий, что консультации, даже приведенные в соответствие единым стандартам, будут одинаково восприниматься всеми клиентами. Критики моделей изменения поведения «Представления о здоровье» и «Разумные действия» указывают, что социальное давление и мнение окружающих могут помешать «рациональной» оценке информации, предоставленной консультантами, и что использование тестирования на ВИЧ в качестве средства для изменения поведения людей предполагает, что люди немедленно начнут действовать в соответствии с полученной информацией о снижении риска.

Просвещение по принципу «равный — равному»

Этот тип просвещения является одним из наиболее важных методов распространения информации о ВИЧ и изменении поведения. Модели просвещения по принципу «Равный — равному» особенно широко распространены среди учащихся, этнических меньшинств и MSM. Однако в отчетах по результатам исследований такой тип просвещения трудно отделить от других компонентов профилактики ВИЧ.

Семинары

Несмотря на все более частые предложения о проведении семинаров, практически не существует оценки эффективности их воздействия. Трудно также определить, что собой представляют эти семинары: то ли это групповые учебные программы (проводимые с целью изменения представлений людей об их сексуальном поведении), то ли поведенческие вмешательства (с целью предложить способы избежания неприятных ситуаций или научить людей договариваться с партнерами об использовании презервативов), то ли это просто информационные занятия. В большинстве программ семинаров предлагаются некие комбинации этих подходов, и при проведении оценки необходимо выяснить соотношение их целей и задач, а также определить результаты, на основании которых можно измерить степень достижения каждой из этих целей.

Неофициальный взгляд на роль семинаров для мобилизации сообществ был предложен Томом Коутсом, ученым американского

исследовательского проекта «Сеть мужских организаций» на Берлинской конференции по СПИД, проходившей в 1993 году. Коутс выяснил, что распространение информации о безопасном сексе на таких мероприятиях, как вечеринки и дискотеки, приводило к сокращению случаев занятий незащищенным сексом, в то время как семинары, организованные его группой, как правило, привлекали только тех, кто и так практиковал безопасный секс. Иными словами, семинары представляют собой один из методов обеспечения безопасного поведения, но являются гораздо менее привлекательным средством для изменения поведения тех, кто практикует рискованный, незащищенный секс. Однако все же следует подумать о путях предложения семинарских занятий целевым группам после оценки их эффективности. Используют ли организаторы такие методы привлечения людей, которые, скорее всего, приведут к изменениям их поведения после занятий, или они «читают проповеди» уже обращенным в веру? Оценка любых семинарских программ должна включать в себя предварительное изучение и анализ материалов, чтобы убедиться, что они привлекут людей, испытывающих высокий риск инфицирования ВИЧ или занятий незащищенным сексом.

Работа в целевых сообществах

Такая работа развивалась в контексте различных ситуаций, связанных с высоким риском инфицирования ВИЧ. Она проводилась в заведениях коммерческого секса, в саунах, массажных салонах которые нередко используются для этих

целей, и клубах МСМ. Работа в целевых сообществах ведется и на улицах среди ПИН, бездомной молодежи и работников секс-бизнеса.

Привлекательной стороной работы в целевых сообществах является то, что она помогает дать доступ представителям этих сообществ к услугам и информации, которых бы они в противном случае не получили. Она помогает наладить общение с потребителями наркотиков на самом раннем этапе, но в то же время не существует четких доказательств того, что этот метод годится для работы с начинающими МСМ.

Социальный маркетинг

Социальным маркетингом называется подход, при котором пропаганда какого-нибудь нового общественно полезного продукта проводится с использованием широкого спектра методов, включая бесплатное распространение, рекламные акции и субсидии для продажи этого нового продукта.

Социальный маркетинг отмечен двумя успешными кампаниями по борьбе с эпидемией СПИД: это распространение презервативов и обмен использованных игл.

Теория социального маркетинга предполагает, что хорошо спланированное бесплатное распространение презервативов будет иметь ряд последствий:

- Достигается наличие презервативов в обстановке, где люди встречаются с сексуальными партнерами.
- В общественном сознании моделируется необходимость использования презервативов и формируется нормальное отношение к ним.

- Люди могут спокойно обсуждать с партнерами вопрос об использовании презервативов.
- Появляются качественные презервативы и смазки.
- Презервативы можно приобрести в то время суток, когда люди, как правило, встречаются со своими сексуальными партнерами.
- Снижается цена презервативов, появляются бесплатные презервативы.
- Презервативы попадают к людям, которые иначе бы их не купили и которые могут вступать в половые отношения, «повинуясь минутному порыву».

Социальный маркетинг презервативов необходимо поддерживать в СМИ, при этом каждый из приведенных выше примеров должен преподноситься таким образом, чтобы привлечь целевую аудиторию. Типичным примером этого может быть статья, опубликованная в еженедельнике для МСМ «Boys», в которой приводится интервью с мужчинами на улицах. У них спрашивали, носят ли они с собой презервативы, отказывались ли они от полового акта, если у них не было с собой презерватива, и т.п. В статье формировалось мнение о приемлемости и необходимости иметь презервативы при себе, и о том, что необходимо проверять срок их годности и целость. Решение о распространении презервативов должно включать в себя план освещения и рекламы этого мероприятия в прессе. Распространители должны добиться того, чтобы агентства обладали достаточными ресурсами для обеспечения надлежащего информационного охвата в целевых

СМИ и рассматривали это как один из ключевых компонентов своей работы.

Знание и поведение

Между знанием и поведением не существует четкой зависимости. То, что человек знает или не знает о чем-либо, вовсе не является гарантией того, что этот человек будет или не будет делать. Как показывают данные исследований, знания МСМ о сексуальном пути передачи ВИЧ все еще недостаточно: об этом свидетельствует широкое распространение орального секса.

Очень часто центральное место в «традиционном» медицинском просвещении занимал уровень знаний. Основная цель этих мероприятий — проинформировать или обучить население в надежде на то, что люди начнут вести более «здоровый» образ жизни. Ожидалось, что знания помогут изжить или пресечь некоторые поступки. Внимание при таком подходе сосредоточено на потребителях информации, и после распространения информации вся ответственность за то, будут ли они «вести здоровый образ жизни», возлагается только на них. Такой подход получил название «**индивидуализм**» и подвергался критике, поскольку при нем способность людей применять знания для каких-либо действий (или прекращения действий) не принималась во внимание. Вот конкретный пример: человек может знать все о пользе здорового питания, но не может к нему перейти из-за финансовых трудностей.

Незнание последствий определенного поведения естественно

«Профилактика — это наиболее действенное оружие в нашем арсенале. Независимо от того, какие культурные и религиозные факторы необходимо преодолеть, в семье надо говорить о фактах жизни, прежде чем слишком многие узнают о фактах смерти».

**Билл Клинтон,
экс-президент США**

может объяснить некоторые случаи, когда люди совершают поступки, ставящие их здоровье под угрозу. В начале 80-х годов лишь немногие МСМ использовали презервативы при половых актах. Наиболее убедительным объяснением этого может быть то, что они не знали о существовании ВИЧ и способах предотвращения его передачи. Для многих людей получение знаний о ВИЧ стало основной причиной выбора безопасного секса. Однако необходимо помнить, что многих это знание не побудило и не побуждает сделать такой выбор. Либо их сексуальное поведение и так можно считать безопасным (т.е. не приводящим к передаче ВИЧ) по причинам, не связанным с существованием ВИЧ (например, они не занимаются проникающим сексом, потому что им это не нравится). Люди могут заниматься безопасным сексом, вообще ничего не зная о ВИЧ.

Тем не менее, для большинства людей знание о ВИЧ и методах предотвращения его передачи становится неременным условием перехода к безопасному сексу. Однако этого недостаточно. Знание не всегда приводит к действиям (или прекращению действий). Проведенные

в Великобритании исследования уровня знаний и отношения МСМ к ВИЧ и безопасному сексу показали, что большинство опрошенных обладает базовыми знаниями о ВИЧ и безопасном сексе. В частности, МСМ знают о существовании ВИЧ, что лучше им не заразиться, что проникающий половой акт является одним из путей инфицирования и что правильное использование презервативов существенно снижает риск передачи инфекции при половом акте.

Понимание безопасного секса

Если отсутствие знаний не объясняет того, почему множество МСМ занимаются незащищенным сексом, возникает серьезный вопрос: почему МСМ, которые знают о ВИЧ и безопасном сексе, не следуют этим правилам? В качестве ответа на этот вопрос предлагалась масса разных объяснений, и все они учитываются в мероприятиях по профилактике ВИЧ. Понимание того, почему МСМ вступают в незащищенные половые отношения, очень важно для того, чтобы обеспечить эффективность кампаний по профилактике передачи ВИЧ среди МСМ. Вряд ли существует некий универсальный ответ на эти вопросы, поэтому необходимо с осторожностью относиться к заявлениям, которые претендуют на такую универсальность. Разные люди совершают одни и те же поступки по разным причинам (так же, как и разные поступки по той же самой причине). Люди могут повторять свои поступки в разное время и по разным причинам.

В основе пропаганды безопасного секса лежит стремление уменьшить число случаев инфицирования ВИЧ. В первых кампаниях, предназначенных для MSM, часто предлагалось отказаться от половых актов. В настоящее время предлагается постоянное использование презервативов как идеальное средство профилактики. Все те, кто принимает участие в работе по профилактике передачи ВИЧ среди MSM, — и специалисты, и неформальные инструкторы по принципу «Равный — равному» — должны помнить, что основная цель работы заключается в уменьшении числа случаев инфицирования и что существует масса способов достижения этой цели.

Вопрос о том, почему обладающие информацией MSM, равно как и гетеросексуальные люди, не всегда используют презервативы, не однозначен и предполагает наличие как минимум двух уровней понимания. Во-первых, почему люди вступают в половой акт, и во-вторых — почему они не используют презервативы?

Общее объяснение занятий незащищенным сексом заключается в том, что презервативы не всегда есть в наличии. Это объяснение того, почему не используются презервативы, а не того, почему люди вступают в половой акт. Кроме того, незащищенные половые отношения — это не курение, питание, вождение, физические упражнения или целый ряд других занятий, которые входят в сферу внимания специалистов, занимающихся просвещением по вопросам здоровья. Отличие в том, что в половом акте участвуют двое.

Почему люди не используют презервативы?

Объяснения о причинах занятия незащищенным сексом можно отнести к двум категориям. Первая основана на предположениях тех, кто занимается медицинским просвещением, о том, что люди всегда будут использовать презервативы, если у них будет такая возможность. Эти объяснения основываются на поиске личных или структурных факторов, препятствующих использованию презервативов, таких, как неопытность, неверные суждения или недостаток мотивации.

Второй тип объяснений основан на признании того, что люди в той или иной степени способны договариваться о сложных социальных реалиях, а поэтому можно попытаться найти причины выбора или решений, возникших в ходе таких переговоров. Оба подхода имеют право на существование в некоторых обстоятельствах, но ни один из них (без учета другого) не может претендовать на объяснение целостной картины сексуального поведения MSM.

КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ?

Исходя из рассмотренных примеров и данных других исследований эффективности работы, можно сделать несколько выводов:

- **Методы мобилизации общественной ответственности доказали свою действенность.**

Результаты исследований убедительно доказывают, что образовательная работа на уровне сообществ, основанная на методе

распространения знаний и развития навыков, приводит к изменениям поведения. Хорошо спланированные и управляемые мероприятия по мобилизации общественности, в которых учтены общественные ценности и многообразие, смогут успешно снизить число случаев инфицирования ВИЧ, хотя это предположение пока еще и не исследовалось.

• **Существует «дозированная реакция» на мероприятия по профилактике ВИЧ.**

Целый ряд исследований различных мероприятий показывает, что широкий охват информацией о профилактике ВИЧ, формирование навыков и общественных норм, способствующих безопасному поведению, оказываются более эффективными, чем разовые или случайные мероприятия. Это требует разработки последовательных мероприятий, скоординированных для достижения адекватного уровня охвата представителей целевых групп.

• **Методы мероприятий можно адаптировать к разным сообществам и ситуациям, связанным с риском.**

Средство донесения информации не является информацией само по себе. Многие из мероприятий могут быть адаптированы к разным сообществам и использованы для распространения разных типов информации. Нет никаких препятствий к тому, чтобы не использовать методы, доказавшие эффективность при работе с ПИН или MSM, для работы с другими группами, при условии, что будут учтены культурные особенности этих групп. Точно так же не стоит отказываться от проверенных, зарекомендовавших себя мето-

дов только потому, что информация о профилактике ВИЧ стала более сложной.

• **Мероприятия должны основываться на серьезных исследованиях риска и изменений поведения.**

Очень часто работа по профилактике ВИЧ основана на смешении различных теорий об изменении поведения и факторов риска ВИЧ-инфицирования. Все мероприятия, рассмотренные в этой главе, имеют одну общую черту: четко продуманные обоснования, которые базируются на исследованиях риска в связи с ВИЧ и способов воздействия на человеческое поведение.

• **Существует множество методов измерения успеха профилактических мероприятий — используйте их.**

Использование комбинации способов измерения результата может стать лучшим способом оценки эффективности программы или вмешательства. Если не существует достоверных доказательств связи одной из переменных с заболеваемостью ВИЧ, не следует оценивать достижение проекта на основании изменений только по одной этой переменной. Профилактика заражения ВИЧ требует разработки показателей результативности, с помощью которых можно измерить не только качественные, но и количественные результаты мероприятий.

• **Мероприятия должны побуждать к размышлениям, а не только давать представление о существовании риска.**

Во многих из рассмотренных мероприятий содержались учебные компоненты, разработанные для того,

чтобы заставить людей подумать о том, как они объясняют участие в рискованной деятельности. Это не означает, что такие размышления должны занимать центральное место в будущих мероприятиях, но они могут быть потенциально полезными для исследований и разработки проектов.

Как можно наиболее экономно провести мероприятия по профилактике ВИЧ?

Это зависит от размера целевой группы населения. При работе с МСМ мобилизация сообществ, совмещенная с проведением консультирования в клиниках по лечению ИППП, может принести наилучшие результаты (при условии постоянного внимания к распространению презервативов). Непосредственная работа с целевыми группами может показаться не такой экономичной по сравнению с работой со СМИ и распространением презервативов, особенно в густонаселенных центрах.

Среди африканских сообществ распространение информации о безопасном сексе лучше всего осуществлять силами общественных организаций и организаторов, но оценка результатов затруднена, поскольку трудно судить, стало ли уменьшение числа случаев ВИЧ-инфицирования результатом мероприятий по профилактике ВИЧ. Однако доказательства, недавно полученные в ходе целого ряда исследовательских проектов, свидетельствуют об огромных различиях в уровне знаний о ВИЧ в разных африканских сообществах. Необходимы средства для проведения действенного исследования, которое могло бы помочь в определении более эффективных мероприятий.

Финансирование лечения и обеспечения ПИН (вместе с продолжением программ по обмену шприцев) могло бы помочь сохранять заболеваемость ВИЧ-инфекцией в этой группе на низком уровне.

РЕЗЮМЕ К РАЗДЕЛУ

После более чем двух десятилетий распространения ВИЧ-инфекции и изучения вмешательств, направленных на предупреждение (превенцию) дальнейшего роста эпидемии, накопилось множество данных, зафиксировавших результаты усилий, целью которых было предупредить новые случаи заражения.

Большинство существующих сегодня превентивных стратегий являются вмешательствами **в сферу поведения людей**. Их цель — изменить рискованные практики, связанные с сексуальным поведением и/или потреблением наркотических веществ, для того, чтобы снизить вероятность передачи вируса от человека к человеку.

Наряду с этим, используются вмешательства, реализуемые на **биомедицинском или технологическом уровнях**. Они также преследуют цель уменьшить количество новых случаев заражения, однако используют достижения клинической медицины, возможности лечения ВИЧ-инфекции и биотехнологии, чтобы снизить уязвимость к ВИЧ на уровне индивидов.

Нужно заметить, что существуют также выгоды от превентивных усилий, направленных на **лечение других заболеваний, влияющих на уязвимость людей к ВИЧ**, таких, как ИППП, наркотическая зависимость и

расстройства психической деятельности.

В то же время другие профилактические вмешательства являются **социальными**, так как они нацелены на изменение социальных факторов и факторов окружения, нередко способствующих персональному риску — таких, как политические подходы и законы, доступность профилактических служб и социальные нормы.

Все перечисленные типы вмешательств, в сущности, и составляют «меню выборов», которые могут быть использованы для того, чтобы предупредить возникновение новых случаев инфицирования ВИЧ.

В таблице, размещенной ниже, собрано резюмирующее описание вмешательств, доступных сегодня для профилактики распространения ВИЧ.

Биомедицинские и поведенческие стратегии вмешательств, используемые для предупреждения новых случаев инфицирования ВИЧ

Вид вмешательств	Группа населения/уязвимая группа	Результаты, которых возможно достичь
Вмешательства, ориентированные на изменение поведения		
Добровольное консультирование и тестирование (VCT)	Общее население	Снижение риска инфицирования ВИЧ
Сопровождение клиентов в рамках программ профилактики и лечения (Prevention case management)	Люди, живущие с ВИЧ; неинфицированные люди, имеющие повышенный риск инфицирования	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение количества случаев передачи, происходящей за счет рискованного сексуального поведения • Менее рискованное сексуальное поведение
Просвещение в сфере здоровья и консультирование, направленное на снижение риска (HERR)		
<ul style="list-style-type: none"> • Для подростков/молодежи 	Подростки, молодежь, молодые люди с повышенным риском инфицирования (в том числе, бездомные, убе-	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение уровня знаний о ВИЧ-инфекции • Повышение положительного отношения к практикам снижения ущерба от ВИЧ

Вид вмешательств	Группа населения/уязвимая группа	Результаты, которых возможно достичь
	жавшие из дому)	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение количества случаев передачи, происходящей за счет рискованного сексуального поведения • Повышение уровня использования презервативов • Снижение риска передачи за счет поведения, связанного с потреблением наркотиков
<ul style="list-style-type: none"> • Для потребителей инъекционных наркотиков 	Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение количества случаев передачи, происходящей за счет рискованного сексуального поведения • Снижение риска передачи за счет поведения, связанного с потреблением наркотиков • Повышение уровня использования презервативов
<ul style="list-style-type: none"> • Для пациентов венерологических клиник 	Пациенты венерологических клиник	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение количества случаев передачи, происходящей за счет рискованного сексуального поведения • Повышение уровня использования презервативов • Снижение уровня заболеваемости ИППП • Снижение риска передачи за счет поведения, связанного с потреблением наркотиков
<ul style="list-style-type: none"> • Для мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ) 	Геи и бисексуальные мужчины	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение количества случаев передачи, происходящей за счет рискованного сексуального поведения

Вид вмешательств	Группа населения/уязвимая группа	Результаты, которых возможно достичь
		<ul style="list-style-type: none"> • Повышение уровня использования презервативов • Снижение риска передачи за счет поведения, связанного с потреблением наркотиков
<ul style="list-style-type: none"> • Для женщин 	Женщины, имеющие повышенный риск инфицирования (включая половых партнеров людей, имеющих высокий риск инфицирования, таких, как ПИН)	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение уровня знаний о ВИЧ-инфекции • Повышение уровня использования презервативов • Снижение количества случаев передачи, происходящей за счет рискованного сексуального поведения • Снижение риска передачи за счет поведения, связанного с потреблением наркотиков
<ul style="list-style-type: none"> • Работа «на улице», непосредственно в сообществах (out-reach) 	Люди, имеющие высокий риск инфицирования, в том числе — ПИН, работники коммерческого секса, бездомные/убежавшие из дома подростки/молодые люди	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение количества случаев передачи, происходящей за счет рискованного сексуального поведения • Снижение риска передачи за счет поведения, связанного с потреблением наркотиков • Повышение уровня использования презервативов
<ul style="list-style-type: none"> • Для учащихся (на базе учебных заведений) 	Подростки, молодые люди в учебных заведениях (которые могут быть или не быть сексуально активными)	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение уровня знаний о ВИЧ-инфекции • Формирование положительного отношения к практикам снижения ущерба от ВИЧ • Снижение количества случаев передачи, происходящей за счет рискованного сексуального поведения • Повышение уровня использования презервативов

Вид вмешательств	Группа населения/уязвимая группа	Результаты, которых возможно достичь
<ul style="list-style-type: none"> Для людей, находящихся в местах лишения свободы 	<p>Заклученные</p>	<p>Во время заключения:</p> <ul style="list-style-type: none"> Повышение уровня знаний о ВИЧ-инфекции Формирование положительного отношения к практикам снижения ущерба от ВИЧ <p>После освобождения:</p> <ul style="list-style-type: none"> Снижение количества случаев передачи, происходящей за счет рискованного сексуального поведения Повышение уровня использования презервативов Снижение риска передачи за счет поведения, связанного с потреблением наркотиков
<p>Вмешательства, связанные с лечением заболеваний и расстройств, способствующих риску инфицирования</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Лечение ИППП 	<p>Люди, болеющие ИППП</p>	<ul style="list-style-type: none"> Снижение количества случаев передачи, происходящей за счет рискованного сексуального поведения Снижение уязвимости к ВИЧ, возникающей в связи с наличием ИППП
<ul style="list-style-type: none"> Лечение наркотической и/или алкогольной зависимости 	<p>Люди, зависимые от наркотических веществ, алкоголя</p>	<ul style="list-style-type: none"> Снижение количества случаев потенциального контакта с ВИЧ за счет рискованного сексуального поведения или поведения, связанного с потреблением наркотиков, обусловленных наличием зависимого поведения

Вид вмешательств	Группа населения/уязвимая группа	Результаты, которых возможно достичь
<ul style="list-style-type: none"> Лечение психических заболеваний, психологических расстройств 	Люди с психологическими расстройствами, различными психическими заболеваниями	<ul style="list-style-type: none"> Снижение количества случаев потенциального контакта с ВИЧ за счет рискованного сексуального поведения или поведения, связанного с потреблением наркотиков, обусловленных наличием психического заболевания, психологического расстройства
Биомедицинские и технологические вмешательства		
<ul style="list-style-type: none"> Внедрение использования зидовудина (AZT) для снижения риска перинатальной передачи 	Беременные, инфицированные ВИЧ	<ul style="list-style-type: none"> Снижение уровня передачи ВИЧ от матери ребенку
<ul style="list-style-type: none"> Постконтактная профилактика инфицирования при профессиональном контакте с ВИЧ 	Работники здравоохранения	Снижение количества новых случаев инфицирования ВИЧ, связанных с профессиональным контактом с инфицированной кровью
<ul style="list-style-type: none"> Постконтактная профилактика в случаях, не связанных с профессиональным контактом с ВИЧ 	Люди, имевшие риск инфицирования в связи с сексуальным контактом или иной ситуацией, не связанной с профессиональной медицинской деятельностью	Эффективность в предупреждении распространения ВИЧ-инфекции не доказана достоверно
<ul style="list-style-type: none"> Скрининг крови (и ее продуктов) на наличие ВИЧ 	Все продукты крови	Снижение количества новых случаев инфицирования ВИЧ, связанных с получением инфицированной крови или ее продуктов

Вид вмешательств	Группа населения/уязвимая группа	Результаты, которых возможно достичь
<ul style="list-style-type: none"> • Антиретровирусная терапия (АРТ) 	Люди, живущие с ВИЧ	Снижение вирусной нагрузки у инфицированного человека, уменьшение его «инфекционности», возможно приводящее к меньшему риску инфицирования для его неинфицированного полового партнера
Социальные вмешательства		
<ul style="list-style-type: none"> • Средства массовой информации 	Общее население	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение уровня знаний о ВИЧ-инфекции и СПИД • Формирование положительных отношения к практикам снижения ущерба от ВИЧ
<ul style="list-style-type: none"> • Социальный маркетинг презервативов/доступности 	Общее население	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение количества случаев передачи, происходящей за счет рискованного сексуального поведения • Менее рискованное сексуальное поведение • Повышение уровня использования презервативов
<ul style="list-style-type: none"> • Структурные (политические, юридические) вмешательства 	Общее население	Повышение доступности профилактических служб и средств индивидуальной профилактики (в том числе, стерильных инструментов для инъекций)

Источник: No Time to Lose: Getting More from HIV Prevention

Committee on HIV Prevention Strategies in the United States, Division of Health Promotion and Disease Prevention, Monica S. Ruiz, Alicia R. Gable, Edward H. Kaplan, Michael A. Stoto, Harvey V. Fineberg, and James Trussell, Editors, 2001
Institute of Medicine
National Academy Press, Washington, D.C.

Пример буклета, предназначенного для общего населения

Буклет создан Программой развития ООН в рамках совместного проекта с Министерством здравоохранения Украины «Лидерство ради результата» в 2003 г. В разработке буклета приняли участие специалисты Международного Альянса по ВИЧ/СПИД и Интерньюз-Украина.

Что такое ВИЧ-инфекция?

ВИЧ-инфекция — это заболевание, вызванное ВИЧ.

Что такое ВИЧ?

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) приводит к развитию ВИЧ-инфекции и заболеванию СПИД.

Что такое СПИД?

СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) — завершающая стадия ВИЧ-инфекции.

Откуда появился ВИЧ?

Эксперты считают, что вирус распространился по всему миру с Африканского континента. Постепенно ВИЧ приобрел новые качества, которые сделали его опасным для человека.

Где больше всего людей, инфицированных ВИЧ? Какова ситуация в мире?

Больше всего людей заразилось на Африканском континенте, южнее Сахары — 28 млн (по данным на конец 2003 г.).

По данным Объединенной программы ООН СПИД, в мире живут 42 млн людей, инфицированных ВИЧ. В 2003 году заразились 5 млн человек. Более 20 млн уже умерли от СПИД.

Когда зарегистрированы первые случаи ВИЧ/СПИД в мире и в Украине?

Первые случаи необычной иммунной недостаточности отмечены

среди мужчин-геев в США в 1981 г. В 1987 г. первые случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы в Украине.

Какова ситуация в Украине?

В списке стран, лидирующих по росту эпидемии, Украина занимает одно из первых мест. Официально зарегистрировано более 70 тысяч людей, инфицированных ВИЧ. Однако в действительности их может быть не менее 400 000. Это значит, что, возможно, 1 % взрослого населения Украины уже поражен ВИЧ-инфекцией.

Какой путь передачи ВИЧ преобладает в Украине?

По данным Украинского центра профилактики и борьбы со СПИД, на январь 2003 года 74 % общего числа случаев ВИЧ-инфекции, официально зарегистрированных в Украине с 1987 г., составляли потребители инъекционных наркотиков.

Как люди заражаются ВИЧ?

ВИЧ передается только от человека человеку.

Пути передачи ограничены: нельзя заразиться через воздух, пищу и воду, предметы обихода, рукопожатие, да и кровососущие насекомые (например, комары) не «переносят» вирус.

Заражение возможно:

- Половым путем, т.е. при проникающем половом акте, когда презерватив не используется или рвется.
- Через кровь, т.е. при различных действиях, связанных с повреждением кожи или слизистой оболочки здорового человека нестерильным инструментом; при переливании крови или ее продуктов; пересадке органов и тканей, инфицированных ВИЧ
- От инфицированной матери (в 25—30 % случаев) ВИЧ может попасть в организм ребенка во вре-

мя беременности, родов или при кормлении грудным молоком.

Другие пути передачи ВИЧ отсутствуют.

Что делать, чтобы не заразиться?

- **ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕЗЕРВАТИВЫ.** Никто не защитит Вас лучше, чем Вы сами, а это означает — необходим выбор верного партнера или правильное использование качественных презервативов.
- **ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОДНОРАЗОВЫЕ ШПРИЦЫ И СТЕРИЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ В ПАРИКМАХЕРСКИХ И КОСМЕТИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ.** Важно помнить и о том, что любой колющий или режущий инструмент, которым Вы пользуетесь при медицинских процедурах, татуаже, пирсинге, прокалывании ушей, бритье, педикюре и маникюре, должен быть стерилен, т.е. беззаражен. Конечно, лучше иметь личный инструмент, однако стерилизация надежно гарантирует от заражения: ВИЧ мгновенно гибнет при 100° С, т.е. при кипячении.
- **ИСПОЛЬЗОВАТЬ НЕ ЗАРАЖЕННЫЕ ВИЧ КРОВЬ И ОРГАНЫ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ И ПЕРЕСАДКЕ.** При переливании крови или пересадке органов и тканей, важно убедиться, что они тестированы на антитела к ВИЧ.

Если ВИЧ-позитивная женщина во время беременности принимает антиретровирусные препараты, ей делают кесарево сечение и затем, как альтернативу кормлению грудью, используются молочные смеси, вероятность передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку снижается до 1—5 %.

При каких условиях ВИЧ погибает в окружающей среде?

При температуре 22° С активность вируса сохраняется неизменной в течение 4 суток как в сухом виде, так и в жидкостях. Он теряет свою активность после обработки в течение 10 минут 70-процентным спиртом. Для него губительны домашние отбеливающие средства. Также он погибает при непосредственном воздействии ацетона, эфира. На поверхности неповрежденной кожи человека вирус быстро разрушается под воздействием защитных ферментов организма и бактерий. Он быстро погибает при нагревании свыше 57° С и почти мгновенно при кипячении.

Что такое «опасный» и «безопасный» секс?

«Опасным сексом» называется проникающий половой акт, который «не защищен» презервативом. Безопасный или более безопасный секс — это непроникающий секс или секс с презервативом.

Где можно анонимно сдать анализы?

В каждом областном центре и в большинстве крупных городов Украины уже многие годы работают кабинеты доверия, где Вам ОБЯЗАНЫ бесплатно и анонимно сделать анализ на антитела к ВИЧ (Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» із змінами, внесеними згідно з Законом № 2776-III (2776-14) від 15.11.2001: Розд. 9, стор.7, пар. 5 і стор.8, пар. 1). Кабинеты доверия работают при центрах СПИД. Контактная информа-

ция центров СПИД представлена в справочнике «Организации, работающих в области ВИЧ/СПИД».

Существует ли в Украине ответственность за разглашение тайны диагноза ВИЧ-инфекция?

В Украине действует специальный закон в связи с ВИЧ/СПИД. Он предусматривает уголовную ответственность медицинских работников за разглашение тайны диагноза.

Защищает ли закон права людей, инфицированных ВИЧ?

В Украине нет законов, дискриминирующих людей, живущих с ВИЧ, или ущемляющих их права. Они имеют право обращаться за медицинской помощью как в специализированные, так и в любые другие медицинские учреждения, учиться, работать и вести обычный образ жизни.

Как можно помочь человеку, инфицированному ВИЧ, на первых стадиях заболевания?

Прежде всего, поддержать психологически, помочь найти информацию о том, где он может получить медицинскую и социальную помощь, психологическую поддержку, группы самопомощи людей, живущих с ВИЧ.

Где существуют группы взаимопомощи ВИЧ-позитивных людей?

За информацией и поддержкой можно обращаться во Всеукраинскую сеть людей, живущих с ВИЧ (тел. (044) 425-69-89, 425-10-87, электронная почта: network_people@ukr.net, веб-сайт: <http://www.lgvs.org.ua>).

По данным Сети, группы взаимопомощи ВИЧ-позитивных людей есть в Киеве, Чернигове, Полтаве, Донецке, Черкассах, Одессе, Николаеве, Симферополе, Севастополе,

Львове и Хмельницком. Контактная информация групп самопомощи содержится в справочнике организаций, работающих в области ВИЧ/СПИД в Украине, Международного Альянса по ВИЧ/СПИД.

Как вести себя человеку, инфицированному ВИЧ, и его близким?

Обязательно обратиться к специалисту по этой проблеме. Такие врачи есть в центрах СПИД, в каждой области Украины. Дополнительную поддержку можно получить во Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, и группах самопомощи. Это поможет получить объективную информацию о состоянии здоровья, о ВИЧ-инфекции как о заболевании и всех доступных ресурсах. Главное — избегать паники!

Помните о том, что ВИЧ НЕ ПЕРЕДАЕТСЯ БЫТОВЫМ ПУТЕМ.

Принимайте только самые необходимые меры предосторожности: пользуйтесь презервативами хорошего качества при проникающем сексе, индивидуальными бритвенными лезвиями, маникюрными наборами, зубными щетками и стерильными медицинскими инструментами.

Как проявляется заболевание?

ВИЧ-инфекция — это хроническое заболевание, медленная инфекция. Поэтому признаки нездоровья появляются не сразу, а через 5—7 лет. Но и до этого, в период «носительства» вируса, нужно обязательно консультироваться с врачом!

Первые признаки развития болезни — утомляемость, общая

слабость и увеличение нескольких групп лимфатических узлов. Это не означает, что начался СПИД! Однако при отсутствии специального лечения, инфекция продолжает развиваться. Вот тут-то и присоединяются другие заболевания-«спутники»: постепенно развивается СПИД.

Как часто ВИЧ-позитивным людям нужно проверяться, чтобы узнать, что болезнь прогрессирует?

Посещать врача нужно 1 раз в три месяца. Также необходим контроль состояния защитной (иммунной) системы и так называемой вирусной нагрузки, т.е. активности вируса. К сожалению, пока не в каждом Центре СПИД в Украине возможно такое обследование.

Какие виды лечения ВИЧ-инфекции существуют?

- Специальные лекарства, действующие непосредственно на ВИЧ. Эти противовирусные препараты применяются с 1996 года. Однако, в Украине они не являются широко доступными.
- Лекарства, действующие на возбудителей так называемых заболеваний-спутников.
- Витаминные препараты, правильное питание, здоровый образ жизни также помогают отдалить СПИД.

Есть немало способов воздействия на организм человека, инфицированного ВИЧ, которые улучшают его психологическое состояние и укрепляют иммунитет.

Каков эффект лечения и вероятность выздоровления?

Эффективность лечения совре-

менными антиретровирусными препаратами очень высока. Лекарства, действующие на ВИЧ, «ослабляют» вирус и его возможность размножаться. Тем не менее, полностью уничтожить ВИЧ они не могут. Эти препараты не позволяют ВИЧ-инфекции перейти в стадию СПИД.

Такое лечение требует постоянного наблюдения врача и лабораторного контроля, поэтому не проводится самостоятельно.

Каково положение в сфере разработке медицинских препаратов на данный момент?

Противовирусные (антиретровирусные) препараты выпускают зарубежные фармацевтические фирмы, Украина не имеет собственного производства. Цена таких препаратов велика, поэтому в ряде стран выпускают так называемые генерики, т.е. лекарства-аналоги фирменных разработок. Они значительно дешевле и при хорошем контроле качества вполне могут быть использованы для лечения ВИЧ-инфекции.

Куда обращаться по поводу лечения?

В случае выявления ВИЧ-инфекции нужно обратиться в областной или городской Центр СПИД, где предоставят медицинскую помощь, доступную сегодня в Украине.

Возможна ли вакцинация против ВИЧ?

Многие научные центры в развитых странах заняты решением проблемы вакцинации, однако это все еще вопрос научных разработок и перспектив, а не реальность. Вакцины против ВИЧ пока нет.

глава вторая

Обзор лучших зарубежных практик

УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

У наркомании и СПИД есть несколько «пересечений». Основными из них являются: распространение через инструментарий для введения наркотиков; связь наркотиков с сексом (влияние кокаина на либидо, секс за деньги или наркотики, препараты, модифицирующие настроение и снижение риска); иммунодепрессивные свойства некоторых наркотиков.

Инъекционное употребление наркотиков — важный фактор риска распространения ВИЧ-инфекции во многих странах мира. В США, например, более одной трети новых случаев заболевания СПИД и большинство новых случаев ВИЧ-инфицирования приходится на долю ПИН. По подсчетам Центра по контролю и профилактике заболеваний, примерно половина из 40 000 новых случаев заражения происходят среди ПИН. Кроме того, 70—80 % недавних случаев СПИД, приобретенного гетеросексуальным путем, отмечаются среди женщин гетеросексуальной ориентации, большинство из которых были инфицированы во время сексуальных контактов с мужчинами, употребляющими наркотики.

Некоторые типы поведения, связанные с инъекционным употребле-

нием наркотиков, являются факторами риска инфицирования ВИЧ. В число подобных типов поведения входит совместное использование инъекционного инструментария (иглы, шприцы, емкость для приготовления раствора, фильтр). Исследования свидетельствуют, что если методы дезинфекции не проводятся, то при комнатной температуре ВИЧ-1 в шприцах остается жизнеспособным до 5 недель.

Потребители наркотиков часто занимаются проституцией (секс за деньги или наркотики). Незащищенный секс может стать причиной инфицирования ВИЧ. Высокий уровень распространенности в популяции ПИН, больных ИППП, также способствует заражению ВИЧ-инфекцией.

Употребление некоторых психоактивных веществ перед сексуальным контактом очень часто приводит к практике небезопасного секса. Особенно это характерно для стимуляторов (кокаин, винт, первитин), которые значительно повышают сексуальную активность и могут повысить риск заражения.

Определенные наркотики (алкоголь, кокаин, амфетамины, амилнитраты) повреждают иммунную систему, что намного упрощает процесс инфицирования ВИЧ. Стил жизни ПИН часто характери-

зается недостаточным питанием, недосыпанием, плохой гигиеной и слабой заботой о собственном здоровье. Исследование, опубликованное в февральском номере «Журнала инфекционных заболеваний» («The Journal of Infectious Diseases», 2002), показывает, что кокаин сам по себе ускоряет диссеминацию вируса от клетки к клетке (до 200 раз), значительно снижая уровень клеток CD4+, ответственных за иммунитет.

Поэтому программы воздействия, которые способны понизить распространенность этих моделей поведения, являются важнейшим компонентом политики профилактики СПИД.

Рассмотрим доказательства эффективности некоторых стратегий профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН. В число подобных стратегий входят такие программы воздействия, как лечение наркозависимости, обмен игл, уличная работа (аутрич), обучение, консультирование и тестирование на ВИЧ. Также обсуждаются несколько превентивных стратегий, применявшихся среди других слоев населения и для борьбы с другими заболеваниями, но обладающих определенным потенциалом для профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН.

Программы по профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН

Лечение наркозависимости

Повышение доступа к лечению наркозависимости — распространенный подход к сдерживанию распространения ВИЧ среди ПИН. В США Национальная академия наук заявила, что «лечение по требованию» должно

быть доступно для потребителей наркотиков, а Национальный институт по злоупотреблению наркотиками сделал лечение наркозависимости своей основной стратегией профилактики ВИЧ/СПИД.

Лечение наркотической зависимости также является эффективной стратегией профилактики болезней среди ПИН и снижения уровня смертности, ассоциированной с употреблением наркотиков.

Как показывают исследования, те потребители наркотиков, которые не получают наркологической помощи в 6—7 раз чаще заражаются ВИЧ, чем те, которые начали и продолжают лечиться. Поскольку лечение наркозависимости помогает потребителям снизить количество инъекций или вообще прекратить их делать, оно снижает риск заражения ВИЧ или вирусными гепатитами, которое может иметь место в результате таких опасных инъекционных практик, как использование одного шприца многими людьми и (что особенно важно для стран бывшего СССР) набор раствора наркотика из одной емкости и приобретение наркотика в готовом шприце. Наряду с этим, лечение позволяет предотвратить такие опасные осложнения, как передозировки, болезни вен (тромбофлебит, абсцессы) и эндокардит.

Популярной методикой лечения в западных странах является заместительная, или поддерживающая, терапия, которая была впервые опробована в США в 1964 г. Доулом и Нисвандер. Идея состоит в том, что опиатную зависимость можно держать под контролем, назначая под тщательным наблюдением пре-

параты, повторяющие действие наркотиков. В этом случае наркозависимому человеку не приходится искать и употреблять нелегальные наркотики, а можно полноценно жить и работать. Комитет ВОЗ по проблемам наркотической зависимости в 1995 году дал такое определение заместительной терапии: «Для достижения определенных терапевтических целей, обычно улучшения состояния здоровья и благополучия, людям, зависимым от психоактивных веществ, назначается психоактивное средство, фармакологически схожее с тем, которое вызывает зависимость».

Метадон стал первым препаратом, который начали использовать для этих целей. Правильно подобранная доза (для метадона: от 60 до 120 мг/день), которая принимается в виде раствора 1 раз в день, позволяет наркозависимому человеку вести полноценную жизнь (работа, семья, социальная активность). Неоднократно было показано, что заместительная терапия как метод ресоциализации пациента эффективно улучшает состояние соматического и психического здоровья, устраняет необходимость в приеме инъекционных наркотиков и предотвращает возникновение инфекционных осложнений. Программы заместительной терапии относятся к низкопороговым, т. е. к таким, доступ в которые можно легко получить.

Доказано, что поддерживающая терапия метадоном является наиболее доступным видом лечения при опиатной зависимости, позволяющим снизить как частоту инъекционного употребления наркотиков, так и риск заражения ВИЧ-ин-

фекцией. Так, Метцгер и его коллеги обнаружили, что уровень инфицированности ВИЧ среди клиентов метадоновых программ на протяжении 18 месяцев составил лишь 3,5 %, в то время как среди опиоидозависимых потребителей, не получавших такую терапию, соответствующий показатель достиг 22 %. Метадоновые программы снижают распространенность рискованного поведения и вероятность заражения. Тем не менее, воздействие метадона, по-видимому, принципиально связано с его ролью в снижении частоты инъекционного введения.

Некоторые исследования показывают, что эффективность терапии метадоном возрастает по мере продолжительности участия пациента в программе. Однако необходимо отметить, что эффективность программ значительно варьирует в зависимости как от характеристик групп пациентов, так и от доступности для пациентов специальных служб, предоставляющих такие услуги, как, например, консультации или психиатрическая помощь. При проведении исследования, построенного по принципу случайной выборки, было обнаружено, что наличие учреждений, проводящих консультирование по основным вопросам (в особенности профессиональных служб), связано со значительным снижением числа клиентов, у которых диагностируется зависимость от опиатов и других наркотиков.

В США были проведены 2 когортных исследования. Для первого исследования в Филадельфии были выбраны 255 потребителей героина, как не получающих метадон, так и находящихся на лечении. Спустя 3 года

уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией почти удвоился среди тех клиентов, которые не получали метадон (с 21 % до 39 %), тогда как инфицированность среди находящихся на метадоновом лечении возросла лишь с 13 % до 18 %. Более того, этот рост на 5 % отмечается в лечебной группе за счет тех клиентов, которые прекратили лечение. Опрос ПИН спустя 18 месяцев по поводу совместно используемых шприцев показал, что участники метадоновой программы меньше обменивались инструментарием в последние 6 месяцев (34 %) по сравнению с теми, кто не проходил метадоновую терапию (70 %).

Исследование, проведенное с 1985 по 1990 г. среди 681 гетеросексуального потребителя героина в Сан-Франциско, также выявило роль метадоновой программы как защитного фактора против заражения ВИЧ-инфекцией. ПИН, которые провели менее года в метадоновой программе, в 3 раза чаще диагностировались как ВИЧ-позитивные, чем те наркозависимые, которые хотя бы год находились на метадоне.

Данные о защитном эффекте метадоновых программ, полученные в США и Швеции, были подтверждены и в Вероне (Италия). Исследования Серпеллони и его коллег (1994) показали связь между участием в метадоновой программе и риском заражения ВИЧ. Риск инфицирования возрастает по мере увеличения времени, проведенного вне метадоновой программы.

Можно привести и негативные примеры действия метадоновых программ. Как выяснилось из исследований ван Амьедена и его коллег, «низкопороговые» программы, в ко-

торых от пациента не требуется регулярное посещение клиники и полное воздержание от инъекционного употребления наркотиков, оказывают крайне незначительное влияние на практику инъекционного употребления наркотиков.

Наряду с традиционной моделью заместительной терапии метадоном во многих странах существуют программы, где используются такие препараты, как бупренорфин и орлаам, обладающие более длительным фармакологическим эффектом (назначаются один раз в 2—3 дня).

Модель снижения вреда

С середины 80-х годов как альтернатива безуспешной «войне с наркотиками» по всему миру стала популярной новая концепция, получившая название «снижение вреда». В основе ее философии лежит идея о том, что люди тем или иным образом склонны удовлетворять свои потребности, внутренние побуждения и решать проблемы, используя индивидуальные механизмы адаптации. Употребление наркотиков (в этом контексте) является лишь одним из способов «бытия в мире», инструментом личностного приспособления к окружающему миру. Категории «плохо» или «хорошо», «правильно» или «неправильно» являются оценочными и ни в коей мере не отражают всей глубины индивидуального выбора в отношении наркотиков. Тем не менее, последствия такого выбора (в нашем случае — употребление наркотиков) могут затрагивать такие аспекты жизни, как состояние здоровья, взаимоотношения с другими людьми, профессиональная деятельность, соблюдение законов и др. Поэтому общество может и

должно направить внимание на последствия того поведения, которое человек выбрал, чтобы сократить персональный и социальный риск и ущерб, возникающий в результате его поступков. В основе теории снижения вреда лежит ряд принципов:

- Немедицинское использование психоактивных средств — неизбежное явление в любом обществе, которое имеет доступ к ним. Политика в отношении наркотиков не должна базироваться на утопической идее о том, что немедицинское употребление наркотиков можно прекратить.
- Немедицинское употребление наркотиков неизбежно приносит вред как личности, так и обществу в целом. Политика в отношении наркотиков не должна базироваться на утопической идее о том, что все потребители наркотиков будут всегда употреблять наркотики менее опасным способом.
- Политика в отношении наркотиков должна быть прагматичной и оцениваться на основе реальных последствий, а не на символически правильных или неправильных предположениях.
- Потребители наркотиков — это часть общества. Стало быть, для защиты здоровья всего общества необходима защита здоровья потребителей наркотиков. Для этого необходимо интегрировать потребителей в общество, а не пытаться изолировать от них.
- Употребление наркотиков наносит индивидуальный и социальный ущерб через различные механизмы, поэтому программы воздействия необходимо осуществлять по различным направле-

ниям. Эти воздействия содержат в себе программы оздоровления (включая лечение наркозависимости) для нынешних потребителей наркотиков; уменьшение числа лиц, склонных к употреблению, и особенно — помощь потребителям в переключении на менее опасные способы приема наркотиков. Не всегда требуется снижение немедицинского употребления наркотиков, чтобы снизить наносимый вред.

- Профилактика ВИЧ-инфекции/СПИД должна считаться более важной, чем немедленный отказ от употребления наркотиков, поскольку эта инфекция стала возрастающей опасностью как для потребителей наркотиков, так и для здоровья общества в целом, а также национальной экономики.
- Отлучение от наркотиков не должно быть единственной целью служб, работающих с ПИН, поскольку это исключает из сферы действия этих служб значительное число лиц, решительно настроенных на продолжение употребления наркотиков.

Это особо важно в отношении наркопотребителей из самых «низких» слоев общества, которые держатся за наркотики как за защиту от невыносимой боли, причиняемой им жизненными обстоятельствами и несостоятельностью людей, работающих с ними, обеспечить их тем, что необходимо для выживания, — приличным жильем, достойным образованием, работой, пищей, медицинским и социальным обслуживанием и свободой от насилия и злоупотреблений. Насильственное отлучение от наркотиков, да-

же при условии лишения свободы, не меняет положения вещей, поскольку большинство ПИН возвращаются к своей привычке и после таких продолжительных периодов принудительного неупотребления.

Неупотребление наркотиков следует рассматривать как наивысшую цель в иерархии задач стратегии снижения вреда (подобно системе «сетей безопасности», предотвращающей травмы при падении с высоты). И если некоторые люди не отказываются от употребления наркотиков, следующим шагом будет не выталкивание их на «черный рынок» и в наркотическую субкультуру, а минимизация таких последствий их поведения, включающего потребление наркотиков, которые опасны для них лично, для их окружения и для общества в целом.

Качество жизни ПИН можно улучшить на многих уровнях, даже тогда, когда они все еще употребляют наркотики. ПИН не должны быть обязательно бездомными, голодными и больными. **Они не должны неизбежно заразиться ВИЧ.** Не обязательно распадаются их семьи. В сфере работы с наркозависимыми и в других бытует предрассудочное мнение о том, что активные ПИН не могут выиграть ни от чего, кроме лечения, приводящего к неупотреблению наркотиков, а находящиеся под воздействием наркотика вообще не поддаются никакому влиянию. Это неправда. Их можно обучать, им можно помогать при постановке жизненных целей, можно принимать меры по снижению опасности, с которой они сталкиваются, можно предоставлять им другую поддержку.

Ниже представлены три аспекта программ снижения вреда, предложенные в Канаде (Канадский центр изучения проблем злоупотребления наркотическими веществами):

1. Желание человека употреблять наркотики принимается как факт. **Это не значит, что такое решение одобряется или поощряется.** Методы работы программ основаны на принятии того факта, что в настоящий момент клиент намерен продолжать употребление наркотиков.
2. К потребителю наркотиков относятся с уважением как к любому полноправному члену общества. Такое отношение предполагает, что потребитель наркотиков будет вести себя «нормально», то есть в рамках существующего закона. Таким образом, ответственность за поведение потребителя лежит на нем самом.
3. Отношение программ снижения вреда к долгосрочным целям лечения нейтрально. Это не означает, что избавление от наркозависимости не может являться одной из целей программ воздействия. Напротив, участие в программах снижения вреда может стать решающим шагом на пути сокращения (и даже прекращения) употребления наркотиков.

Отношение к потребителю наркотиков как к равному и уважаемому члену общества, а не как к уголовному элементу, предлагаемое программами, привело к тому, что все больше потребителей начали обращаться за помощью, в том числе для излечения от наркозависимости. Приоритетное внимание в программах снижения вреда уделяется на-

сущным ежедневным проблемам тех потребителей, которые не собираются прекратить употребление наркотиков в ближайшее время. Это не противоречит рассмотрению абстиненции как конечной цели работы с потребителями, но акцент переносится с этой долгосрочной цели на другие — более насущные.

Снижение вреда — это политика, стратегии и мероприятия, направленные на ограничение или снижение природы и степени распространения вредных последствий:

- для здоровья: включая распространение ВИЧ-инфекции и других инфекционных болезней;
- социальных: включая социальные издержки широкого распространения незаконных наркотиков и т.д.;
- экономических: включая затраты на лечение людей с ВИЧ/СПИД;
- правовых: включая тюремное заключение потребителей наркотиков при отсутствии адекватной терапии наркотической зависимости в тюрьмах;
- прочих последствий, которые могут иметь место в результате употребления наркотиков.

Этот подход основывается на признании того, что не существует программ, воздействие которых, способно было бы полностью остановить употребление наркотиков или решить проблемы, связанные с этим употреблением, ни в одном городе, сообществе или стране (Burrows, 1998).

Принципы работы с ПИН по снижению вреда включают в себя:

- Акцент на краткосрочные прагматичные цели (например, профилактика распространения ВИЧ-инфекции в конкретных условиях)

вместо долгосрочных идеалистических целей (например, всестороннее снижение вреда, связанного с употреблением наркотиков).

- Разработку шкалы средств достижения конкретных целей, например иерархии риска.
- Использование разнообразных стратегий для достижения целей.
- Привлечение лиц, употребляющих наркотики, к планированию и осуществлению программ.

Направления деятельности программ снижения вреда могут включать:

1. Проведение уличной работы по принципу «Равный — равному».
2. Организацию обмена использованного инструментария на новый с раздачей презервативов, средств для дезинфекции.
3. Создание с помощью самих клиентов информационных материалов (буклетов, брошюр, листовок) и их распространение.
4. Телефон доверия для лиц, употребляющих наркотики.
5. Консультирование и тестирование на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП.
6. Занятия с ПИН по обучению навыкам оказания первой помощи в случае передозировки наркотиков.
7. Консультации психолога, нарколога, других медицинских специалистов.
8. Проведение заместительной терапии.
9. Создание базы данных по медицинским учреждениям и службам помощи и направление клиентов в программы по лечению наркотической зависимости и реабилитации.
10. Организацию групп самоподдержки.
11. Трудоустройство клиентов.

Опровержение мифа о том, что программы обмена игл способствуют употреблению наркотиков

В ходе осуществления программ по профилактике ВИЧ-инфекции одним из наиболее пристально изучаемых вопросов является вопрос о том, помогает ли распространение стерильных игл и шприцев эффективно ограничить распространение ВИЧ или, наоборот, только поощряет потребление наркотиков. Опыт скорее свидетельствует об эффективности этих мероприятий, чем о росте наркопотребления.

В 90-х годах, когда услуги по распространению чистых игл/шприцев впервые появились в Калифорнии, число лиц, начинающих употреблять инъекционные наркотики, снизилось с 3% до 1%, постоянные потребители стали реже делать инъекции наркотиков, а практика совместного пользования общей иглой сократилась более чем на 70%.

В ходе глобального обзора программ по распространению стерильных игл/шприцев, осуществлявшихся в 1988–1993 гг., было обнаружено, что в 29 городах, где проводились такие программы, распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН снижалась в среднем на 5,8% в год, а число наркопотребителей не увеличивалось. И, наоборот, в 52 городах, где эти программы не проводились, распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН каждый год возрастала почти на 6%.

Исследования, проведенные в Канаде, выявили определенную ограниченность некоторых программ по обмену игл/шприцев. Так, например, исследования, проведенные в Ванкувере и Монреале, где преобладает инъекционное употребление

кокаина, продемонстрировали важность адаптации программ к местным условиям. Потребители кокаина делают инъекции наркотика чаще, чем потребители героина, и поэтому нуждаются в гораздо большем количестве стерильных игл и шприцев, чем обычно предусмотрено программами по обмену игл.

Другим основным недостатком программ по обмену игл и других мероприятий, ориентированных на потребителей наркотиков, является то, что в них часто не уделяется внимание случайным потребителям или тем, кто потребляет наркотики для развлечения. Эта проблема приобретает все большее значение, особенно при работе с молодежью, поскольку многие программы, предназначенные для наркопотребителей, не скрывающих свое занятие, упускают эту группу из виду.

Краткая история возникновения программ снижения вреда

Программы по снижению вреда стали зарождаться в начале 80-х годов. Однако если мы вспомним 20-е годы прошлого столетия, то обнаружим, что уже в то время в США врачи назначали морфий пациентам с тяжелой опиатной зависимостью, что позволяло контролировать их зависимость и оказывать необходимую медицинскую помощь. Позже, в 60-е годы, была опробована и внедрена заместительная терапия метадонном, сначала в США, а потом в других странах. «Союзы потребителей», созданные в начале 80-х годов прошлого столетия в Роттердаме (Голландия), направили свои усилия на распространение стерильного инъекционного инструментария, что

явилось реакцией на эпидемию вирусного гепатита В в среде ПИН. Первая программа обмена игл была организована в Амстердаме в 1984 г. Быстрый рост числа новых случаев СПИД в Европе вызвал появление программ обмена игл и в других европейских городах. Первый пункт обмена шприцев в Великобритании был открыт в 1986 г. в Петербороу и вскоре в Шеффилде. Нелегальные программы обмена появились в США в конце 80-х годов (Такома), а в 1992 г. Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк официально подтвердил легальный статус пяти программ обмена. В Италии первый проект уличной работы начал действовать в 1991 г. (Милан), а в Риме в 1992 г. Красный Крест открыл передвижной пункт на центральном вокзале. В Германии обмен игл существует с 1987 г., однако он получил легальный статус лишь в 1992 г. В Австралии сеть проектов снижения вреда (обмен игл) активно стала развиваться с середины 80-х годов.

В начале 90-х годов такие программы проводились уже более чем в 20 странах, в том числе в США, Канаде, Австралии и в большинстве стран — членов Европейского Союза. В США из-за сильной политической оппозиции программы обмена развивались медленнее, чем в Европе, но, тем не менее, к концу 1996 г. более чем в 20 штатах США действовало 104 программы. Только около половины всех программ обмена в США носят законный характер, а другие программы действуют с молчаливого согласия местных властей. Почти во всех программах обмена игл предусматривается обмен шприцев из расчета один к одному.

Первые программы снижения вреда в Украине, России, Казахстане и Беларуси начали создаваться с 1996 г.

Прежде чем проводить какую-либо работу с потребителями наркотиков, безусловно, требуются знания о том, какова ситуация с наркотиками в данной местности; какие наркотики преобладают и каким образом принимаются (орально, путем вдыхания или инъекций); где происходит употребление наркотиков (открытые или закрытые наркосцены); какова примерно численность людей, употребляющих наркотики; какие существуют факторы риска, ставящие людей под угрозу заражения и распространения инфекций, передающихся через кровь и половым путем; существуют ли уже социальные механизмы и структуры, которые оказывают или могут оказать влияние на изменение рискованного поведения.

Для того чтобы получить такую информацию и сформировать адекватное представление о проблеме, проводится экспресс-оценка ситуации (ЭОС), методология и техника которой были разработаны ВОЗ в 1998 году. Ключевым элементом данного исследования является привлечение к участию потребителей наркотиков. При этом люди, употребляющие наркотики, выступают не в качестве объекта изучения, а в качестве полноправных экспертов, которые обладают достаточными знаниями и навыками для оказания консультативной помощи профессионалам. Поскольку проблема наркомании является многофакторной, в команду по проведению оценки ситуации должны входить представители различных дисциплин и направлений как государственных, так

и общественных: медицины, социологии, правоохранительной сферы и, как было сказано, члены самого сообщества. Проведение оценки начинается со сбора уже имеющихся данных, которые могут быть получены в официальных учреждениях:

- В системе здравоохранения, где уже ведется статистика по таким заболеваниям, как ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, венерические заболевания, острые токсические состояния, вызванные употреблением наркотиков (передозировки).
- В правоохранительных органах, которые могут предоставить информацию относительно количества изъятых наркотиков, количества преступлений, связанных с наркотиками, числа арестов потребителей. Кроме того, изучение предоставленной информации может показать динамику употребления наркотиков на данной территории.

Однако информация о местах продажи и приема наркотиков, способах их приготовления (что важно для оценки риска передачи инфекций), об особенностях культуры самого употребления (происходит это индивидуально или в группах, а также принятые ритуалы) может быть получена лишь от самих потребителей, а потому привлечение их в проект должно происходить сразу же на этапе сбора существующих данных.

Программы снижения вреда в местах заключения

Программы обмена игл и шприцев до сих пор довольно редки, но их число постепенно растет. После того как в 1992 году первая такая программа

для заключенных была организована в мужской тюрьме Обершонгрюн в Швейцарии, исследования подобных программ подтвердили их эффективность. Seriously сократилось использование общих игл, ни в одной из программ среди заключенных не было зарегистрировано случаев инфицирования ВИЧ, гепатитом В и С, не было отмечено никаких непредвиденных последствий. К 2001 году распространение стерильных игл осуществлялось уже в семи швейцарских тюрьмах. Тюремные органы власти Германии и Испании успешно осуществляют программы обмена игл в нескольких тюрьмах, а властями Греции, Италии и Португалии уже рассматриваются такие инициативы. Распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных в Испании снизилась с 23% в 1996 году до 17% в 2001 году, в основном благодаря инновационным программам по профилактике ВИЧ в тюрьмах. В испанских тюрьмах потребителям героина сегодня предлагаются заместительные (метадоновые) программы, а в 9 тюрьмах началось осуществление программ по обмену игл и шприцев. Эту деятельность дополняют просвещение, консультирование и распространение средств профилактики.

Другие программы воздействия

За последние 20 лет оценка риска для здоровья стала широко применяться на рабочих местах и в других обстоятельствах. Цель подобных исследований — повлиять на индивидуальное поведение, связанное со здоровьем, в «ориентированном на здоровье» направлении. Типичная оценка риска для здоровья состоит из следующих элементов:

- Оценка индивидуальных привычек, связанных со здоровьем, и факторов риска на основе ответов на вопросы специальной анкеты, иногда дополненная биомедицинскими методами исследования (измерение артериального давления и проведение лабораторных анализов).

- Качественная или количественная оценка риска смерти и/или других негативных последствий для здоровья.

- Предоставление информации и/или консультирование по вопросу, каким образом изменение одного или нескольких факторов риска повлияет на риск смерти или заболевания индивидуума.

Существуют доказательства того, что оценка риска для здоровья может быть мощным средством изменения поведения. Например, масштабное изучение факторов риска для здоровья, включающее в себя выпуск анкет по привычкам, связанным со здоровьем, отправку индивидуального письма с рекомендациями по вопросам здоровья, информационных листовок и других программных материалов, оказало значительное влияние на поведение, связанное с курением, дозированным приемом соли и жиров, употреблением алкоголя и занятиями спортом, более чем на 12-месячный период. Существует как сходство, так и различия между оценкой риска для здоровья и оценкой программ воздействия по профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН. Одно из различий заключается в том, что оценка риска для здоровья охватывает широкий спектр связанных со здоровьем типов риска, тогда как оценка поведения ПИН затрагивает относительно ограниченные типы поведения, которые

относятся к употреблению наркотиков и сексу. Еще одно различие заключается в том, что оценка поведения ПИН не включает в себя оценку фактора риска смерти в будущем, поскольку, принимая во внимание опасность для жизни, которую несет СПИД, и широкое распространение знаний о связи между определенными практиками поведения и приобретением ВИЧ-инфекции, проведение такой оценки, вероятно, излишне.

Тем не менее, между оценкой риска для здоровья и оценкой поведенческого риска среди ПИН есть и определенное сходство, и заключается оно в детальном изучении поведения участника с точки зрения того, как оно влияет на вероятность заболеть или умереть. Так или иначе, оценка поведения среди ПИН часто содержит информацию не только о самом поведении, но и о знаниях, позиции и убеждениях, которые могут поддерживать данную модель поведения.

Важность подобных программ состоит в том, что они могут оказать влияние не только на индивидуумов, принимающих в них непосредственное участие, но и сыграть важную роль в изменении тех норм, принятых в сообществе, которые поощряют небезопасное поведение.

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД СРЕДИ ЛИЦ ГОМОСЕКСУАЛЬНОЙ И БИСЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ

Мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами

В большинстве экономически развитых стран этот путь передачи инфекции был преобладающим. В США секс между мужчинами стал причи-

ной самого большого числа (42%) новых случаев инфицирования в 2000 году, а в Австралии – 85% случаев инфицирования в том же году. Значительная распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ, была выявлена в разных странах мира.

Вежливое слово «ориентация» возвещает о радикальном изменении взглядов. Обозначение гомосексуальности «ориентацией» предполагает, что она является нейтральной чертой или особенностью, подобно леворукости: не изменяема, или, по крайней мере, не изменяема без того, чтобы не искать исходную индивидуальность; не пагубна по природе и не выбрана, пусть даже тип поведения, который обуславливает ориентация, — дело выбора. Таким образом, этот последний взгляд более радикален, чем все предыдущие, потому что он расценивает МСМ как существенно отличающихся от гетеросексуального большинства и в то же время как вполне обычных людей. И это новый синтез.

СПИД — это сейчас проблема всего мира; она часто подталкивает национальные правительства устанавливать связи с группами МСМ. В данной главе аспекту профилактики ВИЧ/СПИД в среде МСМ, лесбиянок и бисексуалов будет уделено особое внимание.

Коммерческий секс среди МСМ и лесбиянок

В большинстве стран определенная доля сексуальных контактов между мужчинами происходит в некотором смысле на коммерческой основе, хотя к этому может относиться целый ряд разнообразных возможностей. Значительная часть сексуальных услуг предоставляется неформально, с

ожиданием, может быть, небольшого «подарка» за оказанные услуги. Для некоторых мужчин эта деятельность является профессией и основным источником дохода, однако их гораздо меньше, чем женщин — работниц коммерческого секса. У многих мужчин, оказывающих сексуальные услуги на коммерческой основе, есть жена или постоянная партнерша, и они не относят себя к людям гомосексуальной ориентации. Клиенты мужчин — работников коммерческого секса — зачастую женатые люди или лица бисексуального поведения.

Проблема проституции — одна из важных проблем в профилактике ВИЧ/СПИД и ИППП. Много молодых людей приезжают в крупные города в надежде на лучшую и красивую жизнь. Часть из них затем оказываются в рядах секс-работников. Клиенты, которые пользуются их услугами, могут настаивать на сексе без предохранительных средств. И, как правило, многие секс-работники на это соглашаются, подвергая себя риску инфицирования ВИЧ и ИППП.

ВИЧ/СПИД и сообщество МСМ

В США СПИД впервые был выявлен среди МСМ, ведущих беспорядочную половую жизнь. Поэтому понятие «гей» до сих пор ассоциируется с этим заболеванием, хотя в настоящее время ВИЧ, несомненно, является серьезной проблемой всего общества.

В самом начале кризиса, вызванного СПИД, образовательные программы были призваны способствовать определенным изменениям в сексуальном поведении лиц с гомогендерной ориентацией. По существу, такой подход представляется

В «подполье», но не в изоляции

Достоверные данные из таких разных стран, как Бразилия, Колумбия, Индия, Мексика, Пакистан и Таиланд, подтверждают, что многие мужчины, которые занимаются незащищенным сексом с другими мужчинами, также вступают в незащищенные сексуальные контакты с женщинами. В Латинской Америке и странах Карибского бассейна популяция МСМ, весьма разнородна, многие из них занимаются сексом и с женщинами, уровень распространенности ВИЧ высокий, и вследствие этого эпидемия неуклонно распространяется среди их партнерш. Недавнее исследование, проведенное сенегальской Национальной комиссией по СПИД в Дакаре, показало, что 88 % опрошенных МСМ также имели секс с женщинами, а 15 % из них были женаты. Только 14 % из них сообщили, что использовали презервативы во время последнего полового акта. Кроме того, 37 % опрошенных мужчин сообщили, что подвергались изнасилованию в течение прошедшего года; некоторых изнасиловали полицейские.

Сообщества МСМ в экономически развитых странах находились на переднем крае борьбы с ВИЧ/СПИД и проводили очень успешные профилактические мероприятия, хотя возобновление практики незащищенного секса среди МСМ показывает, что необходимо постоянно пересматривать и активизировать такую работу.

Солидарность лиц, занимающих высокое положение или просто хорошо известных в обществе, очень помогает преодолеть стигматизацию, с которой сталкивается данная уязвимая группа населения. Например, на Гаити первая леди страны недавно открыто выступила в поддержку проекта «ГРАСАДИС» (Groupe de Recherches et d'Action Anti-SIDA et Anti-Discrimination Sexuelle), которая проводит полевые образовательные программы и просвещение среди МСМ через лиц одного круга.

вполне оправданным, поскольку многие МСМ имеют склонность к случайным половым связям. Однако исследователи отмечают, что, осознавая риск небезопасных сексуальных контактов, МСМ, подобно подавляющему большинству населения, не всегда в полной мере предохраняются во время половых актов. Употребление алкоголя и наркотиков повышает вероятность рискованной сексуальной активности у всех групп населения. Для того чтобы предотвратить распространение рискованной сексуальной активности среди

МСМ и бисексуалов, необходимо последовательно проводить мероприятия, направленные на поощрение практики безопасного секса.

Просвещение по вопросам ВИЧ/СПИД, к сожалению, нередко сопровождалось дезинформацией по поводу гомосексуального поведения и его связи со СПИД, а следовательно — способствовало обострению гомофобии. Многие люди ошибочно полагают, что любые контакты с ВИЧ-инфицированными угрожают их здоровью. В действительности опасность таит в себе лишь сексуальная актив-

ность, при которой происходит «обмен» жидкими выделениями, например спермой. Считается, что наибольшему риску инфицирования ВИЧ подвергают себя индивиды, практикующие анальный половой акт. Благодаря использованию презервативов можно значительно снизить, хотя и не исключить полностью, риск инфицирования ВИЧ. Многие МСМ в последнее время стали регулярно пользоваться презервативами или отдавать предпочтение менее рискованным формам сексуальной активности, например совместной мастурбации.

Несмотря на то, что при сексуальных контактах между женщинами риск инфицирования ВИЧ не столь велик, эксперты предупреждают об опасности, связанной с «обменом» вагинальными выделениями. В связи с этим женщинам, практикующим гомосексуальную активность, рекомендуется воздерживаться от контактов, включающих в себя такой «обмен».

Согласно некоторым сведениям, многие лесбиянки и женщины бисексуальной ориентации подвергаются риску заражения во время небезопасных сексуальных контактов с ВИЧ-инфицированными мужчинами. Во время орального сексуального контакта между женщинами вульву и вход во влагалище можно прикрывать латексными салфетками (например, вырезанными из презерватива), а при введении пальца во влагалище или анус можно использовать резиновые перчатки или напальчники.

ВИЧ и СПИД оказали негативное влияние на сообщество МСМ. Многие МСМ уже потеряли своих друзей, многие другие оказались ВИЧ-инфицированными. В связи с

Всякое упоминание о СПИД в контексте проблем МСМ ведет к эффекту, когда обыватель продолжает приравнивать и отождествлять их. По официальным данным, на сегодняшний день уровень ВИЧ-инфицированных среди МСМ остается самым низким по сравнению с другими уязвимыми группами.

этим некоторые люди страдают от депрессии, ипохондрии и сексуальных расстройств. Осознание того, что количество жертв этого заболевания будет только расти, а также беспокойство за свое собственное здоровье создают стрессовые условия.

МСМ, не инфицированные ВИЧ, зачастую испытывают чувство вины за то, что они могут работать, наслаждаться полноценной жизнью и близкими отношениями, будучи свидетелями страданий ВИЧ-инфицированных МСМ. Члены сообщества МСМ, которые весьма серьезно воспринимают проблему ВИЧ/СПИД, отдают себе отчет в том, что каждый случай инфицирования является личной трагедией для человека.

Программы безопасного секса

Рекомендации в области безопасного секса должны включать в себя предназначенные для МСМ советы о том, как избежать распространения ВИЧ-инфекции при условии сохранения эмоциональной, физической и символической ценности секса в их жизни.

Издав в 1983 году брошюру под названием «Как заниматься сексом в период эпидемии: единственный подход», Ричард Берковиц и Майкл Каллен выступили с предупреждени-

ем в отношении обращений по поводу безопасного секса, связанных с анальным сексом. Они отмечали, что «из-за нелепого и опасного стереотипа, что «пассивная» роль в отношениях гомосексуалистов является «недостойным для мужчины поведением», некоторые MSM стремятся не реагировать на любые предупреждения в отношении пассивной позиции. Не забывайте о том, что проблемой является болезнь, а не секс». Таким образом, авторы признали, что проблему воспитания безопасного секса следует представлять в основном не как задачу удержания MSM от сексуальных контактов, а, скорее, как предоставление им возможности принятия своих собственных обдуманных решений в отношении снижения уровня риска.

Причины отсутствия профилактических программ для MSM

Во многих странах отсутствуют программы профилактики ВИЧ/СПИД и инфекций, передающихся половым путем, для MSM. Это может объясняться такими факторами, как сложность доступа к данной группе населения; недостаточность и ненадежность эпидемиологических данных о передаче ВИЧ через сексуальные отношения с другими мужчинами; отсутствие заинтересованности со стороны донорских агентств в оказании помощи и поддержки профилактических программ для MSM, и, в частности, отсутствие программ, ориентированных на мужчин — работников коммерческого секса, а также отсутствие интереса к вопросам MSM со стороны национальных программ по СПИД.

Международные исследования показывают, что своевременное вне-

дрение программ профилактики для мужчин гомогендерной ориентации и мужчин, не считающих себя таковыми, но имеющих секс с другими мужчинами, существенно снижает уровень риска инфицирования ВИЧ и ИППП. Во многих западных странах проводится достаточное количество профилактических мероприятий. Но в последнее время успехи многих профилактических программ подвергаются сомнению, поскольку MSM стали реже прибегать к практике безопасного секса. Причинами этого являются информационная усталость, отсутствие новаторской работы на местах, сокращение финансирования профилактических мероприятий, неосведомленность ВИЧ-инфицированных мужчин, получающих антиретровирусную терапию, в отношении существования риска — как для них, так и для их партнеров — в случае небезопасного или незащищенного секса.

MSM, нуждающиеся в сексологической или медицинской помощи, проведении теста на ВИЧ или другие ИППП, могут столкнуться с отсутствием нужных им учреждений. Или же (при наличии таких учреждений) доступ мужчинам к ним может быть затруднен из-за негативного отношения медицинского персонала к людям с гомогендерной ориентацией, недостаточности конфиденциальности и анонимности для клиентов и чрезмерной стоимости услуг.

Общество может быть настроено неприязненно по отношению к людям с гомосексуальным поведением, стигматизировать его, расценивая как греховное или преступное. В таких условиях мужчины зачастую отказываются открыто признавать

факт сексуальных контактов с другими мужчинами. Опасаясь расспросов о своем сексуальном поведении, они предпочитают не сообщать о симптомах ИППП, включая ВИЧ. По этой причине все мероприятия по просвещению в отношении ВИЧ и более безопасного секса, распространение презервативов, лечение ИППП и другая медицинская помощь очень затрудняются.

Враждебность со стороны части общества также препятствует эффективному проведению мероприятий, направленных на профилактику ВИЧ среди подростков и молодых МСМ.

Распространение презервативов и лубрикантов

Одним из наиболее важных и эффективных методов борьбы с проблемой передачи ВИЧ-инфекции во время проникающего секса между мужчинами является обеспечение наличия и доступности для МСМ, недорогих высококачественных презервативов и смазывающих составов на водной основе.

Эффективному решению этой задачи могло бы помочь взаимное просвещение самих МСМ, а также осуществляемые на местах информационно-просветительские программы. Презервативы и смазку можно распространять в местах встреч МСМ, что особенно важно, если сексуальные контакты происходят в этих же местах.

Равный обучает равного

Метод взаимного обучения по принципу «равный — равному» строится на привлечении к работе членов сообщества. Программы работы в сообществах объединяют квали-

фицированных специалистов и добровольцев, которые проводят работу в местах встреч МСМ. Беседы с глазу на глаз создают обстановку приватности и конфиденциальности.

Стратегии безопасного секса

Взаимное обучение, как и программы работы в сообществах, продвигает идею безопасного секса среди МСМ. К числу стратегий безопасного секса относится отказ от анального секса и переход к другим формам, связанным с меньшим риском передачи ИППП и ВИЧ, таким как взаимная мастурбация, оральные секс, межбедренный секс (без проникновения). Важной частью работы, проводимой в рамках информационно-просветительских программ на местах, является обеспечение свободного доступа к высококачественным презервативам и смазывающим веществам на водной основе, пропаганда более безопасного секса, распространение знаний о правилах использования презервативов и умении вести переговоры со своими половыми партнерами.

Важно, чтобы о риске ВИЧ-инфицирования и методах профилактики молодым людям рассказывали их сверстники. Не имея доступа к информации о сексуальных отношениях между мужчинами, они не знают о существующем риске и становятся более уязвимыми, чем другие. При этом они склонны прислушиваться к своим друзьям.

Кампании в средствах массовой информации

В некоторых случаях возможно проведение кампаний в СМИ по разъяснению риска, связанного с незащищенным сексом между мужчи-

Кампании в СМИ и проекты НПО: пример Бразилии

В первые годы эпидемии, с 1983 по 1987 год, большинство мероприятий по профилактике ВИЧ в Бразилии было нацелено на МСМ. Мероприятия включали широкомасштабные кампании в СМИ, проводившиеся по инициативе правительства, а также взаимное просвещение среди сверстников и просветительские проекты на местах, осуществляемые НПО по борьбе со СПИД. В штате Сан-Паоло, который считается показателем в этом отношении для Бразилии, ежегодное количество новых случаев заболевания СПИД при сексуальных контактах между мужчинами неуклонно возрастало, достигнув максимума (1464 случая) в 1992 году. После этого количество новых заболеваний СПИД ежегодно снижалось, и в 1995 году было зарегистрировано 953 случая. Учитывая запаздывание по времени между сероконверсией и развитием СПИД, можно предположить, что снижение заболеваемости началось в 1986 году или ранее. Отсюда напрашивается вывод о том, что сочетание направленных на МСМ кампаний в СМИ, начатых на раннем этапе эпидемии, и деятельности НПО, доказало в Бразилии свою эффективность.

нами, и пропаганде использования презервативов и смазывающих веществ. Например, опыт Австралии и Швейцарии показал, что проводившиеся там кампании в СМИ и программы помощи на местах, адресо-

ванные МСМ, оказали влияние на изменение их поведения. Публичное обсуждение темы сексуальных контактов между мужчинами может помочь уменьшить общественное осуждение самого явления гомосексуальности. Во многих случаях полезным оказалось применение «малых средств информации», таких, как брошюры и буклеты, которые могут распространяться без привлечения всеобщего внимания.

Просвещение в медицинских учреждениях

Медицинские учреждения — одно из немногих (если не единственное) официальных мест, где МСМ могут получить информацию или консультацию, пройти тестирование и лечение. Важно, чтобы для медицинских работников проводились эффективные учебные программы, способствующие выработке недискриминирующего отношения к сексуальным контактам между мужчинами, а также необходимых подходов к консультированию, профилактике и лечению. Соблюдение анонимности — важное условие, позволяющее убедить МСМ в необходимости обратиться к услугам этих учреждений.

Любые профилактические и информационно-просветительские программы будут иметь большой успех, если общество сумеет принять недискриминирующий подход в отношении МСМ и положить конец стигматизации и изоляции, существующим в нашем обществе. Еще более решительные действия потребуются для того, чтобы изменить общественное восприятие и избавиться от отрицания и предубеждений в отношении этого явления.

Проблемы профилактики ВИЧ/СПИД среди MSM и лесбиянок

Региональная статистика UNAIDS 2002 по ВИЧ/СПИД показывает, что секс без использования барьерной контрацепции между мужчинами является основным способом инфицирования ВИЧ в Западной Европе, Северной Америке, Латинской Америке, Австралии и Новой Зеландии. Однако в странах Восточной Европы, к которым относится и Украина, доля инфицирования ВИЧ в связи с нестерильными манипуляциями в ходе употребления инъекционных наркотиков гораздо более значительна по сравнению с другими путями инфицирования. В таком случае, является ли распространение ВИЧ-инфекции среди MSM злободневным вопросом?

Во многих странах мира отношение общества к гомосексуальному поведению резко негативное. Это значительно усложняет работу с этой категорией населения разнообразных организаций, деятельность которых направлена на профилактику ВИЧ/СПИД и изучение ситуации связанной с распространением ВИЧ-инфекции. Статистика по ВИЧ/СПИД в среде MSM в регионах, где к этой группе относятся враждебно, как правило, не отражает реальных масштабов проблемы, так как гомосексуальные люди избегают тестирования и/или предпочитают умалчивать информацию про возможное инфицирование ВИЧ через гомосексуальные контакты без использования средств контрацепции.

В техническом обзоре UNAIDS, посвященного сексуальным отношениям между мужчинами в контексте

ВИЧ/СПИД за май 2000 года, рассматриваются следующие причины, препятствующие реализации программ профилактики ВИЧ среди MSM:

- отрицание существования сексуальных отношений между мужчинами;
- общественное осуждение или преследование MSM;
- недостаточность или ненадежность эпидемиологических данных по передаче ВИЧ через сексуальные контакты между мужчинами;
- сложность доступа ко многим MSM;
- недостаточный уровень или несоответствие медицинских учреждений потребностям MSM, в том числе клиник по лечению ИППП, а также недостаточная чуткость и неосведомленность их персонала в отношении существования анальных, ректальных и оральных проявлений ИППП;
- отсутствие заинтересованности со стороны донорских агентств в оказании помощи и поддержки профилактических программ для мужчин, имеющих сексуальные отношения с партнерами своего пола, и в частности, отсутствию программ, ориентированных на мужчин – работников коммерческого секса;
- отсутствие интереса к вопросу MSM со стороны национальных программ по СПИД.

Эти проблемы в определенной мере отражают проблемы профилактической работы по ВИЧ/СПИД среди MSM в Украине. Среди методов эффективного решения этих проблем UNAIDS предлагает следующий комплекс мероприятий:

- включение проблем MSM сферу деятельности национальных программ

по СПИД и донорских агентств, выделение финансирования для работы в этом направлении;

- организация программ помощи на местах, осуществляемых добровольцами или профессиональными социальными работниками и работниками здравоохранения;
- взаимное обучение среди МСМ по принципу «равный-равному»;
- распространение высококачественных презервативов и смазок на водной основе, обеспечение их постоянного наличия;
- проведение кампаний по пропаганде безопасного секса и соответствующих навыков, в том числе и применения презервативов и переходу к сексуальному поведению, связанному с меньшей степенью риска;
- оказание содействия организациям гомосексуалистов, осознавших свою ориентацию, в осуществлении программ по профилактике и лечению ВИЧ;
- проведение кампаний в СМИ, с обеспечением их приемлемости в условиях конкретной культуры;
- просвещение медицинских работников, включая сотрудников клиник по лечению ИППП, преодоление невежества и предубеждений в отношении МСМ;
- организация работы медицинских учреждений с обеспечением их территориальной и экономической доступности;
- ломку социальных и культурных барьеров, препятствующих обсуждению темы сексуальных отношений между мужчинами;
- принятие законов, обеспечивающих защиту против дискриминации и нарушения прав человека в отношении МСМ.

Работа в части из этих направлений уже ведется некоторыми организациями Украины, которые активно противостоят эпидемии ВИЧ/СПИД. Так, например, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в 2001—2002 гг. поддержал проект пилотного исследования рискованного поведения среди МСМ в городе Киеве, начатого инициативной группой «Гей-Альянс» и продолжает сотрудничество с организациями, работающими с МСМ. В сентябре 2002 года общественная организация «Твое життя» при поддержке Фонда «Анти-СПИД», Элтона Джона и Британского Совета в Украине начала годичный проект «Спасемся вместе!», направленный на профилактику распространения ВИЧ/СПИД среди МСМ — работников секс-бизнеса города Киева. К сожалению, подобные инициативы касаются в основном только столицы Украины и их явно недостаточно не только для того, чтобы противостоять эпидемии ВИЧ/СПИД среди МСМ, но и прояснить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ/СПИД среди МСМ по Украине в целом.

Как показывают опросы и публикации в украинской прессе, гомосексуальность и гомосексуальные отношения у многих людей ассоциируются с повышенным риском инфицирования ВИЧ. Действительно, уровень инфицирования ВИЧ среди МСМ достаточно высок. В то же время, этот риск в общественном сознании приобретает масштабы, при которых вырисовывается ситуация, когда каждый человек, имеющий секс с человеком своего пола, в особенности «гомосексуалист», рано или поздно «заразится и умрет». При таком объеме негативной, но абсолютно бесполезной, с

точки зрения профилактики ВИЧ-инфекции среди MSM, информации, очень трудно разобраться, в реальном положении вещей. Забывается, что настоящей причиной ВИЧ-положительного статуса является вирус, а не сексуальные предпочтения человека. Ведь, чтобы ВИЧ попал в кровь, взрослому человеку необходимо совершить определенные действия: вступить в незащищенный сексуальный контакт, допустить нестерильные медицинские манипуляции. Не все взаимодействия между людьми потенциально опасны с точки зрения инфицирования ВИЧ, а те из них, которые несут риск, можно обезопасить простыми средствами предохранения. Таким образом, проблема не в том, предпочитает ли человек гомосексуальные или гетеросексуальные отношения, а в том, какой образ жизни он ведет, насколько он осознает проблему ИППП и ВИЧ/СПИД, а также насколько он придерживается мер безопасности и элементарных гигиенических норм во время секса. Не важно, с кем ты занимаешься сексом — с мужчиной или женщиной, вероятность риска есть всегда. Факторы передачи ИППП и ВИЧ остаются все те же — контакт с инфицированной спермой, кровью, вагинальными выделениями и менструальной кровью, грудным молоком. Разнообразие сексуальных техник при гетеросексуальном и гомосексуальном сексе, предполагает возможность обмена биологическими жидкостями, что опровергает миф о ВИЧ/СПИД как «болезни гомосексуалистов».

Безопасное сексуальное поведение для MSM: вопросы и ответы (пример информационного буклета)

Каковы основные пути инфицирования ВИЧ среди MSM?

Основными путями инфицирования ВИЧ среди MSM являются различные виды рискованного поведения, широко распространенные в среде MSM:

- анальный секс без презерватива;
- незащищенный оральный секс;
- совместное использование игл при потреблении инъекционных наркотиков MSM-ПИН.

Распространению ВИЧ среди MSM способствует низкая культура сексуальных отношений и незнание своего серологического статуса и статуса партнеров.

Как происходит инфицирование при анальном сексе и каковы его механизмы?

Во время анального секса риск гораздо выше, чем это принято считать в среде MSM. При возбуждении, но до эякуляции, на головке пениса выделяется небольшое количество предсеменной жидкости, которая играет роль природного смазочного материала. У ВИЧ-положительного человека эта жидкость содержит вирус, концентрация которого может быть достаточной для инфицирования партнера.

В отличие от предсеменной жидкости, сперма содержит гораздо более высокую концентрацию вируса ВИЧ. Именно поэтому если сперма ВИЧ-положительного партнера попадет в анальное отверстие другого партнера, риск передачи вируса очень высок. Инфицирование этим путем наиболее распространено среди MSM.

К тому же ткани прямой кишки очень нежные, они защищены только слизистой оболочкой, которую легко повредить. Во время анального секса велика вероятность незначительных повреждений слизистой оболочки и тканей прямой кишки, которые человек может и не почувствовать. В то же время они станут входными воротами для ВИЧ-инфекции.

Анальный секс без презерватива в пассивной роли опаснее, чем анальный секс без презерватива в активной роли. Но меньший риск не означает его отсутствие. Ткани и жидкости прямой кишки ВИЧ-положительного партнера могут содержать ВИЧ, к тому же незначительные повреждения тканей прямой кишки во время анального секса могут кровоточить. В таком случае риск попадания ВИЧ в организм через нежные ткани головки пениса или мочеиспускательный канал очень высок.

Стоит ли ВИЧ-положительным партнерам заниматься анальным сексом не предохраняясь?

Часто ВИЧ-положительные MSM считают, что, занимаясь незащищенным сексом со своим ВИЧ-положительным партнером, они ничем не рискуют. Подобная практика вовсе не оправдана с точки зрения заботы о своем здоровье. Если не использовать презерватив, каждый из ВИЧ-положительных партнеров рискует инфицироваться другим типом ВИЧ. ВИЧ мутирует и полученный от ВИЧ-положительного партнера вирус, может, например, оказаться устойчивым к тем препаратам, которые принимает другой ВИЧ-положительный партнер. Дополнительно полученный вирус может привести к еще более серьезной и непосильной нагрузке на иммунную систему, а это

значительно ускорит развитие СПИД. Очень рискуют в этом отношении ВИЧ-положительные MSM, не знающие о своем положительном статусе и не предохраняющиеся. Кроме того, что они могут инфицировать своих ВИЧ-негативных партнеров, они подвергают себя риску инфицироваться вирусом другого типа от ВИЧ-положительных партнеров. ВИЧ-положительный MSM должен помнить, что, не предохраняясь, кроме ВИЧ другого типа, можно заразиться ИППП. ВИЧ-положительным людям гораздо труднее преодолеть эти недуги и их последствия. К тому же ИППП при ВИЧ-положительном статусе может привести к ускоренному развитию СПИД.

Можно ли инфицироваться ВИЧ, занимаясь незащищенным оральным сексом?

Оральный секс с использованием презерватива, как правило, вызывает отталкивающие чувства у многих MSM. Однако стоит ли рисковать? Инфицироваться ВИЧ при оральном сексе можно, хотя этот вид секса безопаснее, чем незащищенный анальный секс (в активной или пассивной роли). Однако можете ли вы всегда с уверенностью сказать, что у Вас не кровоточат десны, не воспалены слизистые оболочки рта и горла? Насколько регулярно Вы посещаете стоматолога? В случае, если у вас кровоточит десна, воспалена слизистая оболочка ротовой полости, болит горло или вы чувствуете, что простудились, лучше избегать незащищенного орального секса. То же самое касается периода заживления десен после удаления зуба, пломбирования, чистки зубов от налета и зубного камня или других процедур у зубного

врача. Не рекомендуется чистить зубы за 2 часа до и после орального секса, так как зубной щеткой можно повредить десны, тем самым, создав входные ворота для инфекций.

Не все мужчины используют презерватив для орального секса. Но это добровольный выбор каждого. Важно помнить, что кроме ВИЧ-инфекции существуют и другие инфекции. Многие заболевания передаются при незащищенном оральном сексе. К примеру, таким образом передаются возбудители гепатитов В и С. Инфицироваться ими во много раз легче, чем ВИЧ. Гепатитом можно заразиться через незащищенный оральный или анальный секс, а также римминг (орально-анальный контакт).

Что делать, если у вас был незащищенный секс и по этому поводу есть определенные опасения? Стоит ли сразу пройти тест на ВИЧ?

Для каждого человека, решение пройти тест на ВИЧ является очень важным и достаточно трудным психологически. Но именно знание своего серологического статуса поможет либо избавиться от необоснованных страхов, либо как можно скорее начать контролировать инфекцию и обратиться за помощью к специалистам. Определить, инфицировались ли Вы после незащищенного сексуального контакта, может только тест.

Тест, позволяющий «обнаружить ВИЧ», на самом деле является тестом на антитела к ВИЧ. После попадания ВИЧ в организм, иммунная система вырабатывает антитела к вирусу. Именно их присутствие и фиксирует тест. Если у вас был не-

защищенный секс, вы подозреваете, что могли инфицироваться, не следует проходить тест на следующий же день. Иммунной системе нужно время, чтобы выработать антитела, которые определяет тест, проводимый в поликлиниках и кабинетах анонимного обследования. Антитела можно выявить через три месяца, хотя иногда и несколько раньше. Поэтому результат теста проведенного в течение первых недель или даже месяца после предполагаемого получения вируса может быть негативными.

Что делать, если нет презерватива, но складывается благоприятная ситуация для интимы? Стоит ли отказывать себе в удовольствии?

«Иметь или не иметь» — выбор сложный. Тем не менее, каждый человек сам несет ответственность за свое здоровье и делает выбор на основе своей осведомленности о способах передачи ИППП и ВИЧ, возможных опасностях того или иного поведения. Если ваш партнер не говорит вам, что он ВИЧ-позитивен, это не значит, что у него нет ВИЧ. Если он выглядит «приличным человеком», «достаточно здоровым» или «слишком молод», это тоже не дает никаких гарантий относительно его серологического статуса, а также отсутствия ИППП.

У меня есть постоянный партнер. Обязательно ли нам предохраняться?

Предохраняться желательно всегда. Решение отказаться от использования средств контрацепции должно основываться на ряде достаточно важных условий: вы и ваш партнер полностью доверяете друг

другу, у вас стабильные и проверенные временем отношения, вы не практикуете секс «на стороне», вы хорошо осведомлены о состоянии здоровья друг друга (это касается не только серологического статуса, но и статуса в отношении ИППП, особенно гепатита), вы регулярно проходите осмотр у врача. Важно помнить о том, что важным элементом партнерских отношений является взаимная забота и чувство ответственности друг за друга. Ведь теперь это не только мое и его здоровье, но и наше здоровье.

Как правильно подобрать презерватив?

Используя презерватив во время секса, можно защититься от инфицирования ВИЧ и ИППП. При этом важно не просто использовать презерватив, но и хорошо знать пути передачи инфекций. Именно осведомленность о рисках, которые таит незащищенный секс, обеспечивает большую осознанность и уверенность в том, насколько важно использовать это барьерное средство контрацепции. Кроме этого, важно знать, как правильно подобрать презервативы и смазки, нюансы их употребления при разных техниках MSM секса. Хотелось бы предложить вашему вниманию следующие советы по использованию презервативов:

1. Необходимо покупать сертифицированные и аттестованные презервативы в аптеках и супермаркетах, лучше всего, если это будут презервативы известных марок. Они стоят дороже, но их качество выше.
2. Обращайте внимание на сроки пригодности изделия.
3. Не используйте для анального

секса презервативы с смазкой на основе монооксида этилена или другими спермицидами. Спермициды могут вызвать раздражение тканей прямой кишки. Такая продукция ориентирована на гетеросексуальных людей и снижает риск беременности в случае повреждения презерватива. Поэтому избегайте спермицидов, внимательно читайте то, что написано на упаковке презерватива. На них должна быть пометка «non-spermicidally lubricated» или смазка, не содержащая спермицидов.

4. По возможности используйте презервативы повышенной прочности. Если же их нет под рукой или их трудно использовать, тогда подойдут стандартные презервативы с смазками, не содержащими спермицидов.
5. Используйте смазки на водной основе или на основе силикона. Ни в коем случае не используйте смазки содержащие масла, вазелин, животный жир, так как эти вещества разрушают латекс или другой материал, из которого сделан презерватив.
6. Внимательно читайте и следуйте инструкции по использованию презерватива. Не раскатывайте и не растягивайте его до того, как наденете. Сожмите кончик презерватива, чтобы в нем не осталось воздуха, и раскатайте его по всей длине пениса в состоянии полной эрекции.
7. Не наносите смазку на пенис перед тем, как надеть презерватив, иначе презерватив соскользнет во время секса.
8. Не надевайте одновременно не-

сколько презервативов. Это не сделает ваш секс безопаснее, скорее наоборот. Во время фрикций презервативы будут тереться между собой и могут оба порваться.

9. При анальном сексе желательно употреблять большое количество смазки. Смазка наносится поверх презерватива и вокруг анального отверстия.
10. Ни в коем случае не используйте презерватив с смазкой для орального секса.

Постарайтесь, чтобы презерватив всегда был при вас. Конечно, это не всегда возможно, например, бывают ситуации, когда для него вроде бы не находится места. В таком случае важно это место найти. Творческий подход позволяет найти выход из любых ситуаций.

Многие возразят: «Презерватив – это неромантично». Но чем чаще вы его используете, тем легче научиться сделать использование презерватива менее заметным или включить процесс надевания презерватива в сексуальную игру. Практикуясь использовать презерватив, вполне возможно научиться быстро и правильно надевать его в нужный момент.

Исходя из этого, можно смело сделать вывод, что единственным безопасным видом секса является секс с использованием презерватива. Презерватив поможет сохранить ваше здоровье.

ИССЛЕДОВАНИЕ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ МСМ В г. КИЕВЕ

В декабре 2001 — феврале 2002 года по инициативе Международно-

го Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине было проведено исследование в отношении рискованного поведения в среде МСМ, в г. Киеве.

Данное исследование было нацелено на изучение ситуации по безопасному сексуальному поведению среди МСМ в Киеве и включало в себя анкетирование в местах встреч МСМ, на МСМ-сайте и проведение фокус-групп.

Путем анкетирования было опрошено 227 респондентов и проведено две фокус-группы с участием 20 человек.

В среднем возраст респондентов, принявших участие в исследовании, составляет от 18 до 30 лет.

Хотя 92 % анкетированных утверждают, что их материальное положение позволяет им покупать презервативы, 63 % из общего числа анкетированных никогда не используют презерватив либо же используют его иногда, и лишь 30 % участников фокус-групп презерватив используют всегда.

Большинство МСМ используют презерватив лишь в том случае, если на этом настаивают их партнеры. В ходе проведения анкетирования на «плешках» г. Киева выяснилось, что большинство опрошенных (по их утверждениям) занимаются сексом в общественных туалетах и парках без использования презерватива, при этом практикуя анальный и оральный секс. Такие виды сексуальной активности являются самыми популярными среди анкетированных (63 % практикуют анальный секс, 73 % — оральный).

49 % респондентов регулярно или периодически имеют секс с женщинами. Эта категория является одной из трудно доступных для проведения профилактических мероприятий.

Ввиду низкого экономического и социального уровня в стране многие МСМ пытаются найти дополнительный заработок. Одним из источников «быстрого» заработка является секс за деньги или другое материальное вознаграждение. Так, 21 % из опрошенных постоянно или периодически занимаются сексом за деньги.

Однако коммерческий секс среди МСМ и лесбиянок в Украине имеет сравнительно ограниченное распространение. Роберт Оострофогельс пишет в своем отчете по исследованию рискованного сексуального поведения в Украине: «По сравнению с Западом и такими странами, как Бразилия и Таиланд, где гомосексуальная проституция составляет 20—30 % общего оборота секс-бизнеса, в Украине этот уровень не достигает и 1 %».

Эта категория МСМ требует повышенного внимания, так как большинство из них практикуют опасный секс по требованию клиентов и не прибегает к тестированию на ВИЧ или обследованию на другие ИППП.

Одним из определяющих факторов рискованного поведения является частая смена половых партнеров и частота сексуальных контактов. Так, 39 % респондентов указали на то, что за последние 3 месяца они имели от 5 до 10 разных партнеров. В свою очередь, принимая во внимание нежелание использовать презерватив, можно предположить высокую подверженность данной группы ИППП и ВИЧ.

25 % участников фокус-групп употребляли наркотики, причем 20 % из них, находясь под наркотическим воздействием, забывали использовать презерватив во время полового акта.

Результаты исследования по-

казали, что большинство молодых людей не желает проходить тестирование на ВИЧ (65 % участников фокус-групп не проходили и не собираются проходить тест на ВИЧ). Это связано с общей стигмой по отношению к самой ВИЧ-инфекции. МСМ не хотят проходить обследование на ВИЧ также из-за боязни, что их «нестандартная» сексуальная ориентация будет раскрыта.

Незнание своего ВИЧ-статуса и практика опасного секса усугубляют проблему распространения ВИЧ среди данной категории людей, что может привести к необратимым последствиям. На сегодняшний день нет точных данных о количестве ВИЧ-позитивных среди этой группы населения.

По данным Украинского центра профилактики и борьбы со СПИД, в Украине с 1987 по 2003 год официально зарегистрировано менее 100 случаев передачи ВИЧ гомосексуальным путем.

Недостаток информированности и осведомленности в отношении ИППП и ВИЧ/СПИД является общей характерной чертой для большинства представителей МСМ. 35 % МСМ необходима базовая информация, а 68 % анкетированных хотели бы больше знать о ВИЧ/СПИД.

Данные, полученные в ходе проведенного исследования, позволяют сделать следующие выводы:

1. Большинство МСМ, практикуют рискованное сексуальное поведение. Большое количество половых партнеров и редкое использование презервативов делают эту группу населения очень уязвимой для ВИЧ/СПИД и ИППП — более половины респондентов

не используют презерватив и имели от 2 до 10 партнеров за последние несколько месяцев (45 % участников фокус-групп, 39 % анкетиртуемых).

2. Если уровень информированности о путях передачи ВИЧ/СПИД, ИППП удовлетворителен, то достоверной информации о профилактике, симптомах и лечении ВИЧ/СПИД и ИППП в этой среде недостаточно. Низкая информированность в этом вопросе увеличивает степень риска поведения МСМ, что приводит к вероятности инфицирования.
3. Практически все участники фокус-групп и анкетирования отметили недостаток существующей информации по данной проблеме, ее некорректность и неинтересность.

Полученные результаты исследования лягут в основу разработки профилактических мероприятий, направленных на сообщество МСМ и бисексуалов в Украине.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

Петр

*Жизнь прекрасна!
И так оно и есть!*

Любовь отдает только себя и ничего не берет взамен.

*Любовь ничем не владеет, и ею нельзя обладать,
Поскольку любви нужна
только любовь.*

Кахлил Джибран

Я родился в 1982 году в маленьком провинциальном городке на юге Одесской области, там, где река Дунай впадает в Черное море. Вилково

— название моего городка. Город основан беглыми староверами-раскольниками и такими же беглыми, вольнолюбивыми донскими и запорожскими казаками. Уникальность места обитания наложила отпечаток на развитие культурных традиций Вилково. Отсутствие суши (дельта представляет собой тростниковые плавни, покрытые водой значительную часть года) натолкнуло основателей города на идею строительства маленьких островков отдельно для каждой семьи. Вокруг островка, на котором возвышался дом, образовывались каналы, по местному — «ерика». По этим ерикам текла дунайская вода, постепенно их наполняя. Таким образом, в буквальном смысле, руками людей была создана рукотворная суша, на которой вырос уникальный город — «Украинская Венеция».

В этом маленьком городке, население которого насчитывает около 14 000 человек, прошло мое детство. Здесь я сделал первые шаги, здесь научился говорить, писать и читать, здесь я осознал свою сексуальную ориентацию. Я всегда был мечтательным ребенком. Прячась от лишних глаз, я представлял себе, что меня когда-нибудь заберет к себе мой парень и мы будем счастливы вдвоем. Взрослея с каждым годом, я понимал, что мне надо во что бы то ни стало уехать из Вилково в большой город. Я старался как можно лучше учиться в школе. Мои домашние задания никто никогда не проверял. Я был сам себе хозяин. Можно сказать, что я всегда был предоставлен самому себе.

Семья моя была неблагополучной. Мой отец и мать были постоянно пьяны, бабушка, видя это, забрала меня

к себе. Папа умер, когда мне исполнилось 13 лет, бабушка лишила мать материнских прав, и я начал получать сиротское пособие, а после окончания школы справка о том, что надо мной установлено опекунов, помогла поступить в университет. Я всегда мечтал быть биологом. Еще в школе я занимался экологией, постоянно участвовал во всяческих акциях, а потом стал членом экологического центра «Дельта». Кроме экологии, занимался еще и байдарочным спортом.

В 1999 году я поступил в университет, естественно, на биологический факультет. Помню, когда приехал в Одессу, мне казалось, что все у моих ног и звезды будут падать к моим ногам. После месяца жизни в общежитии мои «розовые очки» упали — и я увидел реальность. Я попал в категорию людей, над которыми можно было поиздеваться, особенно, когда все узнали, что я гей. (Мой однокурсник искал конспект и нашел среди моих тетрадок мои стихи, где черным по белому написано, кто я и что из себя представляю). Моя личная жизнь поневоле стала достоянием общества. Несмотря на издевательства, а иногда и побои, я сумел выдержать и доказать, что я полноправный член общества, такой же, как и все они. Через два года мне удалось уйти из общежития — я снимал комнату в коммуналке или комнату в квартире с хозяйкой.

Начал поиски таких же, как и я, людей с нетрадиционной сексуальной ориентацией. Через газету познакомился с парнем, начали встречаться. Но не суждено было моему счастью длиться долго: через 4 месяца мы расстались. Я влился в круг геев, и мне казалось, что жизнь в обществе таких же, как и я, прекрасна. Но

я ошибся. Когда мои глаза открылись на все, происходящее рядом со мной, я был в шоке. Здесь не ценились отношения, все пытались пользоваться друг другом ради выгоды. Здесь правили деньги и разврат. Я ушел... долго не появлялся в этом обществе. Можно сказать, я вел отшельнический образ жизни: университет — работа — дом, и так по кругу.

Год назад дал объявление в Интернете. Писем ждать пришлось недолго, мне написал 28-летний парень из Одессы. Его звали Саша. Начали переписываться, я оставил свой телефон, он позвонил и назначил встречу. Вечер прошел прекрасно. Я был счастлив — этот человек, казалось, понимал меня с полуслова. Мы долго болтали и смеялись. Уже было поздно, и я начал собираться домой. Мы договорились, что он мне позвонит вечером. Он позвонил, и мы снова встретились. Потом он предложил вместе снимать комнату в коммуналке и жить как пара. Я согласился, тем более, что он мне очень понравился. Первая неделя прошла как во сне, потом я начал замечать, что он обманывает меня в мелочах. Я все терпел и ничего не говорил, прощал: с кем не бывает. Помню, он часто болел, у него постоянно то поднималась, то падала температура, он мало ел и очень похудел. Обман стал частью нашего быта, и, когда чаша моего терпения переполнилась, я с ним расстался. После расставания мы еще несколько месяцев жили в одном помещении.

Второго февраля 2002 года я познакомился с Димой. Мы начали периодически встречаться. Прошло около трех месяцев. В университете каждый год мы проходим медкомис-

сию. У меня часто поднималась температура (вроде бы не простужался). Я начал терять аппетит и вес. Врачи ничего не могли понять и предложили сдать, кроме всех других анализов, еще и анализ крови на ВИЧ. Через неделю меня пригласили в кабинет врача, где сказали о положительном результате. Первой моей реакцией было неверие. Еще раз взяли кровь на анализ — результат тот же.

Вечером я приехал к Диме на работу и все рассказал. Слава Богу, у нас был безопасный секс, иначе по моей вине пострадал бы человек. Дима продолжал некоторое время со мной встречаться, но все равно держался как бы в стороне, а потом и вообще перестал приходить в гости и звонить. Я прекрасно понимал его, хотя, не скрою, было в первое время ужасно больно от того, что я остался один.

Я долго думал и гадал, откуда у меня взялся ВИЧ? Все больше и больше изучая литературу по ВИЧ/СПИД, я начал вспоминать, что у Саши были симптомы ВИЧ, хотя не берусь утверждать... Я позвонил ему и предложил встретиться. Мы встретились, и я рассказал, что у меня обнаружен ВИЧ. Он посочувствовал, сказал, что поможет мне пережить все это, предложил помощь. Через несколько дней мой ВИЧ-статус стал достоянием всего гей-сообщества. Многие перестали со мной не только общаться, но и здороваться. Осталось лишь несколько преданных мне друзей — это своего рода отделение зерен от плевел. «Волки в овечьей шкуре» перестали существовать в моей жизни.

С того времени прошло больше полугода. Работая над собой, я наконец понял недавно, что все-таки

жизнь прекрасна. Я начал ценить все, что меня окружает, появилось намного больше любви к окружающему миру. Я уверен, что жизнь принесет мне счастье, любовь и удачу. Я верю, что буду любить и быть любимым. Я верю во все самое наилучшее в своей жизни.

Сейчас я работаю волонтером в общественной организации «Жизнь+». Эта организация создана ВИЧ-инфицированными людьми, здесь есть и группа взаимопомощи.

Бывают периоды в моей жизни, когда я пишу стихи, и их довольно-таки много. Я считаю, что нет трудностей, с которыми не справилась бы настоящая любовь. Нет болезни, которую она не излечила бы, и двери, которую она не сумела бы открыть. Нет такой пропасти, через которую не перекинула бы мост настоящая любовь. Нет такой стены, которую она не разрушила бы, и греха, которого она не смогла бы искупить. Не имеет значения, как глубоко укоренилась проблема, как безнадежно выглядит ситуация. Неважно, как велика ошибка, как запутался клубок проблем. Все разрешит любовь. И если ты способен беззаветно любить, ты станешь самым счастливым и могущественным человеком на свете.

Безопасное сексуальное поведение для женщин, имеющих сексуальные отношения с женщинами: вопросы и ответы (пример информационного буклета для женщин)

Программы и дискуссии об эпидемии, как правило, исключают из целевых аудиторий такую катего-

рию, как женщины, имеющие сексуальные отношения с женщинами, (ЖСЖ) тем не менее, исследования проводимые в странах Запада показывают необоснованность подобного невнимания.

Может ли женщина инфицироваться ВИЧ через незащищенный сексуальный контакт с другой женщиной?

Риск передачи ВИЧ-инфекции от женщины к женщине довольно невысок, но это не значит его отсутствие. Процесс передачи ВИЧ-инфекции во время незащищенного секса среди ЖСЖ малоизучен. Однако на официальном сайте Американского Лесбийского Альянса (www.lesbianalliance.com), в разделе «Здоровье» можно найти информацию о том, что случаи инфицирования женщин из-за незащищенного секса с женщинами известны с середины 80-х, однако им необоснованно не уделяли внимания.

В 1989 году исследование в госпитале Бельвью в Нью-Йорке показало, что среди лесбиянок и бисексуальных женщин — пациенток госпиталя в двух из 101 случая инфицирования ВИЧ с большой долей вероятности можно было предположить инфицирование через незащищенный секс с женщиной. В начале 90-х в университете штата Техас в Остине было проведено исследование, которое подтвердило, что ВИЧ может передаваться от одной женщины к другой во время секса. В 2003 году агентство Reuters сообщило, что исследователи Центра иммунных расстройств Джонатана Лакса (Jonathan Lax Immune Disorders Treatment Center) штата Филадельфия заре-

гистрировали первый достоверный случай передачи ВИЧ-инфекции при половом контакте между двумя женщинами. Генетическими исследованиями была показана схожесть вирусов, выделенных у обеих партнерш, а анализ стиля жизни и рискованного поведения женщин исключил другие пути инфицирования. Это означает, что, лесбиянки и бисексуальные женщины подвержены инфицированию ВИЧ во время незащищенного секса. Потенциальную опасность инфицирования ВИЧ и возбудителей инфекций, передаваемых половым путем представляют менструальная кровь, вагинальные выделения, травматические практики секса (садизм/мазохизм — С/М).

Вообще ЖСЖ, как и все люди, могут инфицироваться ВИЧ через незащищенный секс с женщиной или мужчиной, искусственное оплодотворение непроверенной спермой, совместное использование шприцев при употреблении инъекционных наркотиков, нестерильные медицинские манипуляции, пирсинг и татуирование с несоблюдением санитарных норм. К сожалению, использование контрацепции в лесбийском сообществе — редкость.

Какие ИППП наиболее распространены среди ЖСЖ?

Согласно информации одного из наиболее солидных ресурсов для ЖСЖ — Департамента образования Вашингтона, США, а также исследованиям среди лесбиянок и бисексуальных женщин, проведенным в 2003 году в Великобритании, основные инфекции среди ЖСЖ это: вагинальный кандидоз (молочница); вирусный папилломатоз, вызывающий появление

бородавок и язв на гениталиях; вирус генитального герпеса (HSV - II); трихомониаз; гепатиты А и С. Возможно заражение такими инфекциями как хламидиоз, гонорея и сифилис.

Многочисленные исследования показывают, что присутствие в организме ИППП делает его более уязвимым к риску инфицирования ВИЧ и другими вирусными инфекциями.

Результаты исследований подтверждают, что большинство ИППП протекают незаметно, зачастую без видимых признаков или болевых симптомов. Поэтому инфицированный человек может не подозревать о наличии ИППП в своем организме и инфицировать своих сексуальных партнеров

Какие из техник ЖСЖ-секса наиболее опасны в отношении инфицирования ВИЧ или ИППП, если не предохраняться?

По данным Лесбийского альянса США, сайта лесбиянок и бисексуальных женщин-матерей США, а также Института безопасного секса, техники ЖСЖ-секса с точки зрения их риска можно распределить следующим образом:

Поведение не несущее риска инфицирования: массаж; объятия; флирт; эксгибиционизм; мастурбация; индивидуальное использование секс-игрушек и фаллоимитаторов; дружеский поцелуй; трение друг о друга (трибадизм), когда не задействованы биологические жидкости организма и нет контакта слизистых оболочек половых органов.

Поведение с низким уровнем риска инфицирования: глубокий поцелуй; мануальный секс (ласки гениталий руками) в стерильных латексных перчатках; генитальный кон-

такт с использованием барьерных средств; оральный секс (орально-генитальный контакт) с использованием барьерных средств контрацепции; фистинг с использованием барьерных средств; римминг с использованием барьерных средств.

Рискованное поведение: незащищенный мануальный секс при наличии ранок и повреждений кожи, воспалений слизистых оболочек половых органов; незащищенный оральный секс (орально-генитальный контакт); незащищенный генитальный контакт.

Поведение с высоким риском инфицирования: незащищенный оральный секс (орально-генитальный контакт) во время менструации; незащищенный оральный секс (орально-генитальный контакт) при воспалительных процессах носоглотки и ротовой полости; попадание вагинальных выделений в ротовую полость, половые органы и анальное отверстие; незащищенный римминг (орально-анальный контакт); незащищенный фистинг; незащищенное совместное использование предметов («дилдо», фаллоимитаторов); совместное использование приспособлений для С/М-секса (иглы, бритвы, плети и т.д.).

Реже всего инфицируются ИППП и ВИЧ взаимно моногамные женщины, вступившие в отношения, зная о состоянии своего здоровья и возможных рисках незащищенного секса. А самыми распространенными путями инфицирования среди лесбиянок и бисексуальных женщин являются нестерильные манипуляции при употреблении инъекционных наркотиков и незащищенные сексуальные контакты с мужчинами. С этой точки зрения наиболее уязвимы молодые женщины, находящиеся

в процессе осознания своей сексуальной идентичности и сексуальных экспериментов.

Оральный секс

Рекомендуется избегать орального секса с женщиной в менструальный период или сразу после менструации, поскольку именно с кровью чаще всего переносятся возбудители вирусных инфекций.

Для безопасного орального секса в цивилизованных лесбийских сообществах практикуют использование латексных листов/салфеток. К сожалению, в аптеках Украины они не продаются, но их можно найти в стоматологических клиниках. Латексные листы можно заменить разрезанным вдоль презервативом или пищевой пленкой (ее используют для упаковки продуктов). Для безопасного орального секса используйте «сухие кондомы», без смазки.

Сексуальные игрушки

Все сексуальные игрушки относятся к категории предметов личной гигиены. Заметьте, личной, но не коллективной! Во избежание передачи ИППП нужно запомнить простую вещь: у каждой девушки – своя персональная игрушка.

Практически все приспособления и атрибуты для сексуальных игр (фаллоимитаторы, пояса, кожаные изделия) соприкасаются с биологическими жидкостями организма. И для правильного безопасного употребления, каждый раз после секса игрушки следует мыть с мылом или хлорсодержащими растворами.

Не используйте для вагинального и анального секса один и тот же фаллоимитатор, так как это связано

с риском нарушения флоры влагалища или прямой кишки и инфицированием бактериями.

Против ВИЧ нет вакцины, но уберечь себя можно. Ведь важно не то, с кем у тебя сексуальные отношения — с мужчиной или женщиной. Важен твой образ жизни, то насколько ты контролируешь ситуацию, заботишься о своем здоровье и практикуешь безопасный секс.

Стереотипы

Гомосексуальность, гомосексуальное поведение и чувства овеяны мифами и стереотипами. Между тем редко кто задается вопросом: «Что я реально знаю об этих людях, об этом явлении?». Стереотипы, незнание и нежелание знать, доверие к любой информации, полученной из прессы, служат темными очками, которые не позволяют увидеть реальность. Многие люди, наверное, согласятся с утверждением, что уважения заслуживает, прежде всего, точка зрения обоснованная, опирающаяся на научные знания. Невозможно оставлять без внимания тот факт, что среди разнообразных целевых аудиторий, всегда есть люди, практикующие однополый секс и/или люди, которые идентифицируют себя как МСМ или лесбиянок. Игнорирование этой группы, недостаточный профессиональный подход некоторых представителей неправительственных организаций, медицинских работников к проведению профилактических мероприятий по ВИЧ/СПИД ведет к беспрепятственному распространению ВИЧ-инфекции среди людей, имеющих гомосексуальные контакты, и тем самым позволяет эпидемии ВИЧ/СПИД набирать обороты.

**Гомосексуальность:
мифы и факты**

Миф. Гомосексуальность, гомосексуальные чувства и гомосексуальное поведение неестественны.

Факты. Природа гомосексуальных отношений является темой, изучением которой занимаются различные отрасли естественных и гуманитарных наук: от генетики и медицины до психологии, гендерной теории и философии. Таким образом, вопрос, что такое гомосексуальность и каковы ее предпосылки, является многогранным. Гомосексуальность рассматривают и с точки зрения трактования ее культурами разных народов, и в контексте исторического момента. Важной тенденцией является анализ гомосексуальности в политическом понимании термина как принадлежности к определенной социально-активной части населения, которая осознает свои потребности и отстаивает собственные права. Гомосексуальность также изучается с точки зрения естественных, биологических предпосылок и проявлений. Каждое из вышеупомянутых направлений изучения гомосексуальности берет во внимание отдельные важные элементы, которые вместе образуют целостную картину этого явления и вместе с тем разрушают мифологию и стереотипы вокруг него.

Благодаря исследованиям среди ведущих ученых мира утвердилась мысль о недопустимости отношения к лесбиянкам и МСМ как к аномалии и отклонению. Одним из самых первых и известных исследований, которое указало на масштабы и распространенность гомосексуального поведения и чувств в обществе, бы-

ло исследование Альфреда Кинси, проведенное в США в 1940—1950 годы. Сейчас среди популярных подходов к объяснению гомосексуальности существуют объяснения с точки зрения генетики, изучения гормонального развития, эволюционной биологии, психологии, антропологии, социологии, гендерной теории и т.п. Но все они способствуют разрушению мифа о неестественности гомосексуальности.

Одними из первых заинтересовались гомосексуальным поведением среди разных народов эволюционные биологи. Ведь гомосексуальность часто считают противоестественной в связи с невозможностью деторождения в таких отношениях. Соответственно, МСМ и лесбиянок считали индивидами, которые не способствуют выживанию и продолжению человеческого рода. Однако продолжительные исследования и споры в научном мире убедили ученых в положительной роли, которую играет гомосексуальность в процессе развития человечества и эволюции. Исследователи пришли к выводу, что мужчины и женщины, которые имели гомосексуальные отношения, существовали всегда. Гомосексуальные члены семьи выполняли важные функции, а кое-где гомосексуальное поведение поощрялось или было обязательным. Так, среди многих народов разных континентов в определенное время и до сих пор гомосексуальные отношения считаются важными для передачи опыта и эмоциональной поддержки, а также одной из брачных возможностей для объединения семей и укрепления их социальных позиций. Гомосексуальные отноше-

ния решают вопросы добрых и нежелательных сексуальных контактов с индивидами противоположного пола. Среди разных народов гомосексуалы, будучи бездетными, помогали родителям и родственникам в воспитании младших детей и играли важную роль в обеспечении благосостояния семьи. Либо они посвящали свой жизненный путь религиозному, культурному и политическому развитию общества. Исходя из этого, приверженцы объяснения гомосексуальности с точки зрения эволюционной теории считают гомосексуальность «стратегией выживания, а не стратегией воспроизводства». Таким образом, она (гомосексуальность) является абсолютно естественной и важной с точки зрения эволюции и выживания человеческого рода. Гомосексуальное поведение в определенной степени присутствует среди всех приматов, а значит, и у людей. И оно закрепилось у *homo sapiens* в результате естественного отбора.

Появление и возрастающая популярность генетики открыли новые перспективы в изучении и объяснении гомосексуальности. Ученые обратили внимание на то, что индивиды, которые идентифицируют себя как МСМ, лесбиянки или бисексуалы, находятся в определенных линиях родословной. Популярными стали также исследования генетической обусловленности гомосексуальности и ее наследственного характера через изучение близнецов. Известными в этом направлении являются исследования Дина Хэймера (США, 90-е годы), который на основе продолжительной и кропотливой науч-

ной работы предположил, что человека делает гомосексуальным не один, а сотни генов вместе с индивидуальным жизненным опытом. Аналогичные исследования проводились канадскими учеными, и убедили их в том, что генетическая наследственность имеет большое значение для формирования гомосексуальности.

В гендерной теории важными считаются исследования развития гендерной идентичности, то есть становление человека как девушки, женщины или парня, мужчины, и принятие соответствующих социальных норм поведения. Для этого группы лиц наблюдались с детства до зрелого возраста. Ранее ученые предполагали, что среди девочек-сорванцов и мальчиков – «маменькиных сынков» в зрелом возрасте многие окажутся МСМ или лесбиянками. Некоторые наблюдения действительно показали, что МСМ и лесбиянки вспоминают себя в детстве как «непокорных детей» по отношению к требованиям своего пола, это подтверждают и их родители. Вместе с тем нельзя принимать подобные проявления как 100 % доказательство того, что ребенок вырастет гомосексуалом, просто такое поведение часто характерно для МСМ и лесбиянок.

Резюмируя все вышеизложенное, следует отметить следующее. Позиция научного мира относительно вопроса связи гормонального развития, развития гендерной идентичности и гомосексуальности такая: непослушание относительно требований своего пола не является необходимым или достаточным условием

для дальнейших проявлений гомосексуального поведения. На практике это означает следующее: не каждая девушка, которая имеет мальчишеский характер, или выглядит как парень, является лесбиянкой, и не каждый парень-тихоня — скрытый MSM.

Итак, гомосексуальность ни в каком случае не является враждебной и противоположной влечению к лицам другого пола. Оба способа построения отношений — гомосексуальный и гетеросексуальный — естественны и разница существует лишь в восприятии их обществом. Быть MSM или лесбиянкой — естественно, равно как быть гетеросексуальным мужчиной или гетеросексуальной женщиной. И отбрасывание этого факта есть отрицанием того, что природа создала мир разнообразным и все предусмотрела.

Миф. Неправильное воспитание и семейные проблемы являются причиной гомосексуальности.

Факты. Являются ли оправданными поиски причин гомосексуальности в воспитании и в недостатке положительных гетеросексуальных примеров? Этот вопрос издавна интересует ученых, особенно психологов. Исследования связи между воспитанием и гомосексуальностью показали, что воспитать человека MSM, лесбиянкой, бисексуалом или трансгендерным человеком невозможно. Старания «научить» человека возбуждению от определенного сексуального объекта не имеют никакого, кроме временного и слабого, результата. Так, длительные попытки «научить» гомосексуалов гетеросексуальности и этим самым их «вылечить» ни к

чему не привели. Связь между воспитанием и гомосексуальностью не доказана.

Большинство фактов, приведенных выше, также свидетельствуют о том, что сексуальная ориентация не является выбором человека. Каждый имеет право быть счастливым, и каждый счастлив по-своему.

Миф. Гомосексуальность — это болезнь, психическое расстройство, и ее можно вылечить.

Факты. Гомосексуальность пытались «вылечить» многими способами, которые более походили на изощренный садизм. Среди них были и попытки хирургического вмешательства, и гормонотерапия, и психотерапия, и печально известная авersive терапия, от слова aversion — отвращение. Методика состоит в том, что пациенту показывают притягательные для него/нее гомоэротические образы и одновременно бьют током или используют медицинские препараты, которые вызывают неприятные ощущения. Смысл такой терапии усматривали в выработке соответствующих условных рефлексов. Однако эта терапия, временно искоренив гомосексуальные реакции и выработав рефлекс, ничего не дает взамен. Все эти методы не давали результатов, кроме кратковременных и слабых, и не вели к изменению сексуальной ориентации людей. В то же время они разрушали их здоровье и личность. Со временем попытки лечения гомосексуальности в Западных странах были прекращены государственными и большинством частных медицинских учреждений, а в некоторых странах подобные попытки лечения являются серьезным нарушением закона.

Миф. Весь мир осуждает гомосексуальность.

Факты. Целый ряд национальных и международных организаций отрицают преследование лесбиянок и МСМ. Американская психиатрическая ассоциация исключила гомосексуальность из перечня психических заболеваний еще в 1973 году. ВОЗ также не считает гомосексуальность болезнью или расстройством личности. Современные психиатры и сексологи обеспокоены не проблемой изменения сексуальной ориентации, а тем, как помочь МСМ и лесбиянкам преодолеть свои социальные и психологические проблемы, связанные с жизнью в обществе, где далеко не все примут их гомосексуальность приветливо. На международных конференциях под эгидой ООН — конференции по Проблемам народонаселения в Каире (1994), на Всемирном Женском Конгрессе в Пекине (1995) — были внесены существенные изменения в трактовку самого понятия сексуальной нормы. А в 1997 году на конгрессе Всемирной Сексологической Ассоциации в Валенсии была принята «Декларация сексуальных прав», в которой говорится о том, что «сексуальность является органичной частью личности любого человеческого существа. Ее полное развитие зависит от удовлетворения базовых человеческих потребностей, таких, как желание контакта, интимности, выражение эмоций, удовольствия, нежности и любви... Сексуальная свобода включает возможность для индивидов полностью выразить свой сексуальный потенциал. Однако это исключает все формы сексуального

принуждения, эксплуатации и злоупотребления в любое время и в любых жизненных ситуациях». Таким образом, никто не имеет права оказывать давление на человека, если это касается изменения его сексуальной ориентации, равно как никто не имеет права дискриминировать человека, унижать его достоинство, пренебрегать им из-за сексуальной ориентации.

Итак, резюмируя все вышеизложенное, необходимо сказать, что гомосексуальность существовала всегда, во всех обществах, среди всех социальных слоев людей, и она выжила даже в условиях преследований. Гомосексуальность — это часть разнообразия, существующего во всех проявлениях мира, в котором мы живем. Ее не надо стыдиться или исправлять, лечить и предупреждать, осуждать и сплетничать о ней. Чтобы приводить какие-то утверждения об этом явлении, необходимы знания, а знания помогут понять и способствовать интеграции в общество многочисленной когорты людей, укреплению принципов равенства прав и взаимоуважения, которые являются важными составляющими стабильного демократического общества.

Сексуальное поведение МСМ в эру СПИД: 20 лет спустя

Прошло уже более 20 лет с того момента, как впервые были зафиксированы случаи нового инфекционного заболевания, вызываемого ВИЧ-инфекцией. Согласно Объединенной Программе ООН (ЮНЭЙДС) на конец 2003 на земле зарегистрировано

более 40 миллионов людей, живущих с ВИЧ/СПИД; в 2001 году 5 миллионов людей впервые были инфицированы. Согласно результатам исследований большинство случаев инфицирования ВИЧ приходится на четыре группы населения: молодые люди гетеросексуальной ориентации и работники коммерческого секса; ПИН; МСМ.

В последние годы многочисленные исследования во многих странах показывают рост рискованного сексуального поведения среди МСМ, что ставит их под угрозу инфицирования ИППП, включая ВИЧ/СПИД. Согласно отчету Центра по контролю за заболеваниями количество случаев сифилиса в Нью-Йорке с 2000 по 2001 год удвоилось. Статистика Отдела здравоохранения показывает, что 93 % случаев были диагностированы среди мужчин, а в 81 % случаев инфицирование было отмечено среди МСМ. Анализ сексуального поведения среди МСМ в Лондоне, который последовательно проводился в 1996, 1997 и 1998 годах, и охватил 6671 респондента, показал рост рискованного сексуального поведения по сравнению с предыдущими годами. В каждом году, примерно треть мужчин сообщали о том, что у них был незащищенный анальный контакт за последний год (32, 36 и 38 % соответственно). Опубликовано в 2002 году в Американском журнале общественного здравоохранения исследование, в котором с 1999 по 2001 г. приняли участие 10 568 МСМ из Сан-Франциско, указало на возрастающую популярность любой формы анального секса (в активной или пассивной ро-

ли). Так, если в 1999 году к разным формам анального секса прибегали 67 % МСМ, то в 2001 году их количество возросло до 74 %. Количество респондентов, сообщивших о практике незащищенного анального секса, возросло с 32 % до 38 %; а количество респондентов, сообщивших о незащищенном анальном сексе с двумя и более партнерами, возросло с 18 % до 32 %.

Исследования, проводящиеся среди МСМ, указывают на наличие связи между непостоянным использованием презервативов и употреблением алкоголя и наркотиков. Например, исследование среди МСМ в шести городах США показало, что высокий риск незащищенного секса был связан с интенсивным употреблением алкоголя, а также галлюциногенов и стимуляторов, особенно амилнитратов (попперсы).

Одно из исследований сообщества МСМ в Сан-Франциско указало на то, что существует связь между уровнем инфицирования ВИЧ и высокими показателями употребления наркотиков, включая амилнитраты, амфетамины и кокаин, среди данной группы населения. Связь между высоким уровнем употребления наркотиков (не алкоголя) и инфицированием ВИЧ была обнаружена и среди МСМ в Ванкувере и Сиднее. Исследование, недавно проведенное в США показало, что такие же тенденции присутствуют и среди МСМ, принадлежащих к этническим меньшинствам.

В некоторых странах существует значительная группа МСМ, которые употребляют наркотики инъекционным путем. Это справедливо для Австралии. В Сиднее, примерно

12 % опрошенных МСМ сообщили о том, что они вводили наркотики инъекционным путем, главным образом, амфетамины. В другом австралийском исследовании было обнаружено, что инъекционный способ употребления наркотиков был более распространен среди молодых МСМ и ВИЧ-позитивных мужчин. В США данные сероэпидемиологического мониторинга показывают, что 11 % МСМ со СПИД принимали наркотики инъекционным путем, и что из всех мужчин — ПИН со СПИД 20 % практиковали секс с другими мужчинами.

В наркологическом центре Лос-Анджелеса исследователи обнаружили, что 62 % МСМ и бисексуальных мужчин, проходивших лечение от метамфетаминовой зависимости, оказались ВИЧ-инфицированными (14-я Международная конференция по СПИД, Барселона, 2002). Как говорит профессор Майкл Горман (E. Michael Gorman), руководитель многочисленных исследований относительно связи между употреблением метамфетаминов и статусом инфицирования ВИЧ: «Что касается метамфетаминов...люди становятся раскрепощенными и дальше это становится проблемой сексуальной трансмиссии. Они забывают; они не надевают презерватив правильно или не используют его, даже если он есть».

В последние годы огромную популярность среди МСМ приобрел препарат Виагра, который употребляется как отдельно, так и в комбинации с наркотиками (например, попперсами) в рекреационных целях. Исследования ясно показывают, что мужчины, принимающие

этот препарат, склонны практиковать опасный (незащищенный) секс, имеют сексуальные отношения с многочисленными партнерами. Например, в одном из исследований в США, посвященном употреблению Виагры, об этом сообщили 32 % из 837 опрошенных МСМ. «При использовании комбинации препаратов, подавляющих запреты и самоконтроль, люди будут более склонны вступать в сексуальные отношения и будут подвержены повышенному риску инфицирования ВИЧ», — говорит доктор Филипп Шилляд, врач и эксперт клиники Витмана-Витакера в США.

Повышенный сексуальный риск и вовлечение в рискованные сексуальные практики можно отчасти объяснить появлением нового феномена, получившего название «ВИЧ-оптимизм». С 1996 года, после внедрения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), СПИД перестал считаться смертельным заболеванием, и был отнесен к управляемым инфекциям. Как показывают исследования, оптимистичные ВИЧ-инфицированные и неинфицированные мужчины чаще практикуют рискованный секс, чем другие. Так, исследование, недавно проведенное учеными Пенсильванского Университета, показало, что пациенты-оптимисты в два раза чаще забывали принимать лекарства и почти в два раза чаще говорили, что игнорируют безопасный секс (57 % настроенных оптимистично и 29 % настроенных пессимистично пациентов сообщили, что не всегда уделяли должное внимание безопасному сексу).

Таким образом, можно сделать вывод, что прием разнообразных

наркотических препаратов, частая смена партнеров и опасное сексуальное поведение (секс без презерватива) — являются основными причинами инфицирования ВИЧ среди МСМ.

Профилактические программы

Хорошим примером программ, направленных на снижение частоты рискованных сексуальных практик среди МСМ, является проект, который осуществлялся Джеффри Келли в 1991 году (США). 16 городов были выбраны по трем критериям: размер населения менее 180 000; расположение не далее чем в 50 милях от других городов с таким же или большим количеством населения; наличие в каждом городе относительно самостоятельного и определяемого сообщества МСМ с наличием 1—3 регулярно посещаемых гей-баров. Восемь городов были случайно отобраны для проведения программы воздействия, а другие восемь для сравнения (контрольная группа). Во всех гей-барах контрольных городов на протяжении всего периода исследования распространялись высококачественные образовательные материалы по ВИЧ/СПИД, которые обновлялись каждые три месяца. В то же время, в городах, где действовала программа, были внедрены воздействия, направленные на изменение социальных норм по принципу «равный-равному». Концептуальной моделью для этого стала «теория диффузии нововведений» (Роджерс, 1983). Она предполагает, что социальные нормы (в нашем случае, по безопасному сексу) можно эффективно внедрить и распространить по всему сообществу, когда они моделируются,

поддерживаются и сообщаются популярными лидерами или теми, кто формирует новые тенденции.

Базовая информация о сексуальном поведении была получена от 4500 МСМ, посещающих бары в каждом из 16 городов. В программных городах посетителей баров просили определить МСМ, которые регулярно приходили сюда и, кто, по их мнению, был хорошо известен и уважаем другими мужчинами. Этим «популярных» мужчин исследователи пригласили поучаствовать в двухмесячном тренинге по ВИЧ-инфекции, безопасному сексуальному поведению и умению обсуждать такие темы, как снижение сексуального риска. Затем каждого из этих мужчин попросили на протяжении пяти недель поговорить, по-меньшей мере, с сорока мужчинами в барах, на вечеринках или еще где-то, сообщая им, что вы полностью поддерживаете и лично придерживаетесь философии и практики безопасного секса. Например, на стенах в барах висели плакаты, на которых были изображены светофоры, такие же рисунки были и на футболках «популярных лидеров». Когда их спрашивали о значении рисунка, они пользовались возможностью и указывали на аналогию между светофором и безопасным (зеленым) и опасным (красным) сексом, подчеркивая тем самым, что сами они практикуют безопасный секс. Ни в одном из городов не отказались от использования образовательных материалов (плакаты, буклеты, видео), однако в контрольных городах не было вновь обученных и работающих с энтузиазмом просветителей, названных «гей-героями».

Спустя три, шесть и девять месяцев во всех городах было проведено повторное исследование среди мужчин, посещающих бары. В городах, где проводилась экспериментальная программа воздействия, было отмечено систематическое снижение рискованного поведения (снижение первоначальных цифр на 20—25 % среди мужчин с высоко-рискованным сексуальным поведением и соответствующее снижение частоты такого поведения). При проведении исследования лидеры (примерно 10 % выборки) были исключены из анализа для того, чтобы точно выяснить эффективность действия программы на целевую аудиторию. Исследователи также продемонстрировали, что эти мероприятия имели долговременный эффект. Исследование показало, что мужчины, чаще посещавшие бар или активнее принимавшие участие в беседах, в большей мере снизили рискованное поведение, чем те, кто менее активно и реже участвовал во встречах. В контрольных городах (где не проводилась интервенция) значимого снижения уровня рискованного поведения обнаружено не было.

Заключение

По-видимому, еще очень многое предстоит сделать в отношении повышения уровня знаний и изменения рискованного поведения среди МСМ. Ситуация и жизнь МСМ в Украине значительно отличаются от таковых на Западе. У нас пока нет почвы для «ВИЧ-оптимизма», поскольку нет доступного лечения, нет адекватной помощи. К счастью, также у нас нет и развитой культуры клубных наркотиков, которая несет в себе дополнительный риск. Профилактические программы, которые будут разрабатываться и осуществляться в Украине должны учитывать существующие тенденции влияния ВИЧ на сообщество МСМ и соответствовать текущим потребностям МСМ-сообщества. Это требует детального исследования ситуации в Украине и тщательной разработки программ с учетом опыта их проведения в других странах и тенденций развития субкультуры МСМ-сообщества в Украине и за рубежом, особенно в странах Запада, которые оказывают значительное влияние на формирования субкультуры гомосексуальных и бисексуальных мужчин на постсоветском пространстве.

глава третья

Обзор лучших практик в Украине

Опыт и перспективы программ профилактики распространения ВИЧ среди ПИН

История программ снижения вреда в Украине началась в 1995 году, когда Национальным комитетом Украины по СПИД при поддержке ВОЗ впервые был проведен семинар по профилактике инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем. В 1996 году были проведены 1-й тренинг в Киеве для тренеров и обучающий тренинг-семинар в г. Харькове. Первый реально действующий проект стал осуществляться в Одессе НПО «Вера, Надежда, Любовь» при поддержке ЮНЭЙДС с апреля 1997 года. Вторая программа для ПИН открылась в Полтаве в сентябре 1997 года на базе Благотворительного фонда «Анти-СПИД» при финансовой поддержке Института открытого общества (Нью-Йорк). С 1998 года проекты по снижению вреда стали создаваться в других крупных городах, и на март 2002 г. в Украине действовали более 40 проектов снижения вреда, финансирование которых осуществляется международными фондами и организациями. К

сожалению, в некоторых регионах таких программ нет, что способствует дальнейшему распространению эпидемии ВИЧ/СПИД среди ПИН, ухудшая тем самым и без того сложную эпидемиологическую ситуацию.

Основные принципы эффективной профилактической работы среди ПИН включают: предоставление информации и обучения, обеспечение потребителям наркотиков свободного доступа к медицинским и социальным службам, проведение социальной работы (аутрич) среди потребителей наркотиков, предоставление ПИН бесплатных стерильных шприцев, игл и материалов для их дезинфекции, безопасную утилизацию использованных игл и шприцев, предоставление потребителям наркотиков возможности получать заместительную терапию.

Законодательная база Украины гарантирует выполнение перечисленных принципов профилактической работы среди ПИН. В различных областях страны уже накоплен национальный опыт работы с ВИЧ-уязвимыми сообществами.

В **Автономной Республике Крым** успешно реализует проекты профилактики среди уязвимых

групп населения Благотворительный фонд «Надежда и спасение».

Заслуживает внимания опыт вовлечения в ответ на эпидемию гражданского сообщества в **Одесской области**. Различные виды услуг и помощи ПИН, в том числе живущим с ВИЧ, оказывают 13 общественных организаций. Их деятельность сегодня представлена мощным гражданским движением. Общественные организации **г. Одессы** получили социальный заказ и поддержку от местных органов власти на первичную профилактику наркомании и ВИЧ/СПИД среди молодежи (например, общественное движение «**Вера, Надежда, Любовь**»). Благотворительный фонд «**Дорога к дому**» имеет уникальный для общественных организаций опыт по трудоустройству людей из социально уязвимых сообществ, в том числе ПИН, производит обмен шприцев, организовала информационный департамент, который предоставляет доступ к информации по профилактике наркомании, ВИЧ/СПИД через веб-сайт, газету для бездомных «На дне» и газету для потребителей наркотиков «Не улетай», при поддержке Международного Альянса по ВИЧ/СПИД и Международного фонда «Відродження» на базе этой организации был создан и работает Южно-украинский тренинговый центр. В городе работают три программы обмена игл и шприцев, есть реабилитационные центры для оказания помощи и поддержки лицам, желающим воздержаться или полностью отказаться от употребления наркотиков. Общественная организация «**Ступени**», помимо реабилитационных программ для ПИН, проводит профилактическую работу среди женщин, вовлечен-

Вот что говорят клиенты программы обмена в г. Сумы:

Когда появился пункт обмена, я много узнал о СПИД, о возможности предохраниться от вируса, прочитал полезную литературу и стал задумываться об этой проблеме. Я премного благодарен работникам проекта.

Семен

Благодаря проекту я узнал много информации о проблемах ВИЧ, гепатита и других болезней. Я очень признателен работникам проекта за проводимую работу. Ведь это действительно проблема XX века; пусть ее нельзя искоренить, но, по крайней мере, можно снизить риск заразиться.

Богдан

Я уже колюсь 7 лет, но раньше не было возможности каждый раз пользоваться новыми шприцами. Это хорошо, что есть такие пункты обмена, побольше бы таких. Но я хочу сказать, что, хотя заразиться будет возможности меньше, все равно наркомания — это «болото». И желаю тем, кто еще не пробовал, — не лезьте в эту яму.

Я сам за эти годы устал от такой жизни и хочу, уже не в первый раз, прыгнуть. Если бы эта организация помогала нам лечиться, было бы еще лучше.

Создавайте побольше таких точек обмена, так будет меньше возможности заразиться или заразить других. Хочу вылечиться и устроиться на работу.

Володя

ных в сферу коммерческого секса. ВИЧ-позитивные одесситы создали организацию самопомощи «**Жизнь-плюс**». На базе общественного движения «Вера, Надежда, Любовь» был создан Международный центр подготовки специалистов из стран СНГ, работающих с уязвимыми группами населения. В профилактических программах участвуют люди, живущие с ВИЧ, потребители наркотиков и те, кто от них отказался, студенты. В г. Одессе общественным движением совместно с российским фондом «Имена» был организован и проведен первый в Украине квилт-тур в память о людях, умерших от СПИД, а также издана первая документальная книга о тех, кто живет с ВИЧ.

В г. Николаеве общественной организацией «**Юнитус**» организованы группы поддержки из числа социальных работников, женщин, пре-

доставляющих сексуальные услуги и употребляющих наркотики. Группы поддержки принимают участие в решении конфликтных ситуаций между клиентами проектов и сотрудниками городского УВД, а также внутри ВИЧ-уязвимых сообществ, оказывают социальную поддержку путем привлечения ресурсов других общественных или государственных организаций. Николаевский благотворительный фонд «**Благодійність**» осуществляет стратегию снижения вреда от употребления наркотиков среди лиц, лишенных свободы. Профилактическое значение программы неопределимо, так как после окончания срока наказания и освобождения во все регионы Украины возвращаются потребители наркотиков, мотивированные к менее опасному поведению относительно ВИЧ-инфекции.

Общественная организация «Порятунок» (г. Кременчуг) провела 29–30 ноября 2003 года в городском компьютерном клубе «Спринт» акцию «Киберспорт против СПИД». Акция была посвящена Всемирному дню борьбы со СПИД — 1 декабря и реализовывалась при поддержке отделов образования и семьи и молодежи городского исполнительного комитета в рамках городского месячника борьбы со СПИД. Финансирование акции осуществлено за счет местного фандрайзинга.

Люди, на которых было направлено полезное действие проекта — это молодежь города Кременчуга, которая посещает компьютерные игровые клубы, а также вторичная аудитория — ближайшее окружение молодежи.

Цель акции «Киберспорт против СПИД», в подготовке которой принимали участие представители целевой аудитории, — привлечь внимание молодежи Кременчуга к проблеме ВИЧ/СПИД и профилактическим мероприятиям, реализуемым в городе. Для этого была осуществлена информационная кампания в СМИ, которая также носила характер социальной рекламы.

В молодежной среде распространялась информация о путях передачи ВИЧ/СПИД и мерах профилактики, также были проведены публичные выступления экспертов и роздана тематическая литература.

В рамках чемпионата были проведены соревнования по компьютерной игре «Counter-Strike». В соревнованиях участвовало 18 команд, 2 из которых прибыли из Полтавы.

В г. **Полтаве** программа обмена игл и шприцев способствовала созданию хорошо развитой сети групп само- и взаимопомощи для ПИН и ВИЧ-позитивных людей. Таким образом осуществлен переход от пассивного участия потребителей наркотиков в программе снижения вреда к осознанному самостоятельному решению своих жизненных проблем. На базе общественных организаций «**Анти-СПИД**», **Клуб «Квітень»** квалифицированно действуют информационные центры. Представители организации «Анти-СПИД» вошли в редакционный состав украинского журнала «С». В Клубе «Квітень» работает арт-мастерская для потребителей наркотиков, налажены хорошие партнерские отношения с частными структурами по привлечению дополнительного финансирования организации, активно работает молодежный пресс-центр «Петля Нестерова».

В г. **Виннице** Общественный конгресс «**Сталість**» эффективно сочетает программу обмена игл и шприцев с первичной профилактикой наркомании и ВИЧ/СПИД среди подростков, молодежи и медицинских работников, на его базе действует виртуальный интернет-клуб по вопросам профилактики ВИЧ среди молодежи. Организация берет на себя инициативу по адаптации в Украине информационно-образовательного проекта для школьников «НОРЕ».

В г. **Донецке** общественной организацией «**Донецкое общество содействия ВИЧ-инфицированным**» эффективно решаются вопросы максимального вовлечения ПИН в обмен игл и шприцев: на тер-

ритории города действуют 14 пунктов доверия для лиц, употребляющих наркотики, широкий размах приняло волонтерское движение. В проектах снижения вреда участвуют люди, живущие с ВИЧ, потребители наркотиков и их родственники. В течение года Обществом проводилась широкая пиар-кампания в ночных эфирах наиболее популярных радиокompаний региона, в том числе — на радиостанции «Европа-плюс». В радиопрограммах участвовали ВИЧ-позитивные, потребители наркотиков, медицинские работники. Программы осуществлялись в виде прямых радиозэфиров и дискуссий, в которых участвовало большое количество слушателей. По мнению участников проекта, ночное время передач позволило избежать распространения нежелательной информации о жизни в сообществах потребителей наркотиков среди детей и подростков. В проектную деятельность большой вклад внес Донецкий городской центр социальной помощи молодежи, на базе которого организован центр «**Жираф**» для подготовки волонтеров. Городская организация «**Здоровье молодежи**» осуществила проект «**Дружественная поликлиника**» для оказания медицинской помощи молодым людям из ВИЧ-уязвимых социальных групп. В пунктах обмена игл и шприцев клиенты проекта могли получить социальную помощь: наборы продуктов для нетрудоспособных потребителей наркотиков и ВИЧ-позитивных детей. Эта помощь, оказанная областным Обществом Красного Креста, воспринималась как подтверждение небезразличного отношения общества к нуждам и проблемам уязвимых

сообществ и была хорошим аргументом в пользу пересмотра опасного поведения. Донецкий благотворительный фонд «Піклування» разработал и проводит эффективные обучающие тренинги по вопросам профилактики ВИЧ, ИППП среди пациентов кожновенерологических диспансеров и частных клиник, ЖСБ, медработников, аутрич-работу в местах предоставления сексуальных услуг (трассы, кафе, дискотеки, ночные клубы).

В **Закарпатской области (г. Ужгород) Товарищество общественной самозащиты** проводит обмен игл и шприцев на территории поселений ромов. Члены Товарищества разработали уникальные методы информационно-образовательных мероприятий на языке рома. Ромы, употребляющие наркотики, неохотно воспринимали печатные материалы по профилактике ВИЧ/СПИД. Дружественные взаимоотношения, установленные в ходе проектов обмена шприцев, позволили найти правильные решения. Была организована радиостудия с вещанием на языке рома. В программах обсуждались вопросы истории народа и цыганского искусства, но постоянным рефреном всех программ были темы профилактики ВИЧ-инфекции и СПИД и советы о менее опасном поведении.

В **Сумской области** обмен шприцев для людей, употребляющих наркотики, ведется за счет финансовой поддержки не только международных организаций, но и областной государственной администрации. Стратегия снижения вреда поддерживается местной властью как эффективный метод про-

филактики ВИЧ в среде потребителей наркотиков. Неправительственная организация **«Благотворительный фонд «Шаг навстречу»** эффективно проводит пиар-кампании, благодаря чему программа обмена шприцев для ПИН имеет поддержку населения города.

В **г. Житомире** организован круглосуточный обмен игл и шприцев и выдача презервативов для людей, употребляющих наркотики инъекционным путем. Благотворительная организация **«Фонд противодействия социально опасным заболеваниям и СПИД»** заключила договор с местным таксопарком на распространение информационно-образовательных материалов и средств персональной защиты в обмен на специальные карточки, выданные ПИН. Волонтерская деятельность специально обученных водителей привлекает клиентов. Действует группа самопомощи для ВИЧ-инфицированных, организована профилактическая информационная работа с военнослужащими. Организацией-партнером Фонда «Женщина для женщины» оказывается помощь женщинам ПИН, перенесшим насилие, проводится их трудоустройство.

В **г. Черкасы** участники программы обмена игл и шприцев общественной организации **«Инсайт»** имеют возможность получить направление в анонимный наркологический кабинет для консультации и лечения препаратом бупренорфин, проводится работа с такой уязвимой группой, как водители-дальнобойщики.

В **Хмельницкой области** Ассоциация содействия решению проблем наркомании **«Виктория»**

Общественная организация Клуб «Эней»

Организация была создана в 1993 году как группа самопомощи анонимных наркоманов. Это одна из немногих украинских общественных организаций, созданных энтузиастами из числа людей, непосредственно затронутых проблемой наркотиков.

В 2001 году Клуб «Эней» провел оценку ситуации с привлечением к участию среди ПИН г. Киева. Результаты данной оценки позволили организации разработать профилактическую программу, отражающую реальные потребности уязвимых сообществ и основанную на принципах привлечения ПИН к непосредственному участию в профилактике ВИЧ/СПИД.

За годы работы проекта клубу удалось заложить базис успешной профилактической программы, основанной на уважении к нуждам потребителей наркотиков и пользующейся доверием клиентов, чего до сих пор не удавалось сделать другим Киевским организациям, работающим в сфере профилактики ВИЧ/СПИД. Эта программа работает при поддержке Международного Альянса по ВИЧ/СПИД и Международного фонда «Відродження». В настоящее время клиенты проекта имеют доступ к таким видам услуг:

- * Консультации психолога, юриста, нарколога, инфекциониста, социальных работников, консультантов телефона доверия.
- * Психологическая поддержка лиц, решивших отказаться от употребления наркотиков и мотивация ПИН к отказу от употребления.
- * Доступ к информационным материалам (буклетам, брошюрам, листовкам) по таким важным для ПИН темам, как «Профилактика ВИЧ/СПИД, гепатитов», «Доступные виды помощи», «Юридическое консультирование» и др.
- * Помощь и консультации аутрич-работников и поддержка «равный-равному» на полевых консультативных пунктах и в помещении клуба.
- * Репродуктивное здоровье.
- * Профилактика ВИЧ/ИППП, передающихся половым путем.

Среди недавних успехов клуба можно отметить следующие:

- * Клуб «Эней» является одним из исполнителей городской Программы «Профилактика ВИЧ-инфекции/СПИД в 2003 г.» (согласно Протоколу – Поручения Киевградминистрации № 45 от 21.11.2002 г.);
- * подписаны договоры о сотрудничестве с Центром социальных служб для молодежи, Киевским СПИД-Центром;
- * Представительством ООН по контролю за наркотиками и предупреждению преступности был одобрен проект «Поддержка» по осуществлению стратегии «Снижения вреда» (2003 г.);

* под мобильный пункт доверия приобретен микроавтобус (обмен, консультации, медпомощь, обслуживание маршрутов вторичного обмена и ЖСБ-ПИН);

* Местной властью выделено помещение под офис организации.

создала в 1997 году Реабилитационный центр ресоциализации для наркозависимых молодых людей, в том числе тех, кто живет с ВИЧ.

Сегодня при Центре создается постреабилитационное общежитие «Оазис» для ВИЧ-инфицированных «выпускников» программы, не имеющих семьи, жилья и социальной поддержки.

В г. Львове Благотворительным фондом «**Все вместе**» проводится расширение программы снижения вреда на область — в г. Червонограде в партнерстве с городским ЦССМ налажена стабильная профилактическая работа среди ПИН. На базе проекта функционирует группа самопомощи ПИН, круглосуточный телефон доверия. Дети наркозависимых обеспечиваются бесплатным питанием.

Группа взаимопомощи «**Новая жизнь**» для людей, живущих с ВИЧ, и людей, отказавшихся от употребления наркотиков, начала свою деятельность в г. Киеве в 1999 году. Она была создана людьми, которые лично столкнулись с проблемой наркомании и лично затронуты эпидемией ВИЧ/СПИД. Основным мотивом создания группы взаимопомощи «Новая жизнь» послужило желание помочь своим друзьям, знакомым и всем нуждающимся освободиться от наркотической зависимости.

За первые два года в «Новую жизнь» обратилось за помощью 100

человек, потребляющих наркотики. 30 из них смогли отказаться от наркотиков и стали членами общества. Четверо создали семьи, 10 стали волонтерами организации и принимают активное участие в ее работе. Члены группы изучают потребности клиентов и решают их с помощью партнерских организаций. Два раза в неделю проходят собрания группы взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ. За это время сформировался актив, которые занимаются организацией социальной помощи потребителям наркотиков и ЛЖВ.

С 2002 г. успешно начали реализацию стратегии снижения вреда в своих регионах благотворительные фонды и общественные организации: «**Солидарность**» (г. Ивано-Франковск), «**Новая семья**» (г. Черновцы), «**Возвращение к жизни**» (г. Знаменка Кировоградской области), «**Эней**» (г. Киев), «**Сподівання**» (г. Запорожье), «**Виктория**» (г. Павлоград Днепропетровской обл.), «**Мангуст**» (г. Херсон), РЦ «**Ступени**» (г. Чернигов), «**Анти-СПИД**» (г. Луганск).

Тем не менее, необходимо признать, что на территории Украины нет такой области, где были бы созданы условия полностью отвечающие реализации всех основных принципов ВОЗ по профилактике ВИЧ/СПИД среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем. А это предполагает, что

ближайшие и долгосрочные результаты стратегии снижения вреда на территории Украины могут быть ниже, чем в других странах, если не принять соответствующие решения и меры в каждом регионе.

Главная проблема, с которой сталкиваются украинские проекты, как, впрочем, и другие СПИД-сервисные организации в странах бывшего СССР, — финансирование. Если грантовая поддержка со стороны донорских организаций закончится, то это, скорее всего, приведет и к прекращению работы программ, поскольку государственный или муниципальный бюджет на такие цели не планируется. Хочется верить, что украинские парламентарии реально смогут оценить ту опасность, которую несет эпидемия ВИЧ/СПИД для национальной безопасности и будущего страны, и примут необходимые меры для поддержки уже существующих и для открытия новых программ в сфере снижения вреда.

Деятельность на уровне местных сообществ

Результаты оценки с привлечением к участию (ОПУ), проведенных НПО-партнерами Альянса в своих регионах, позволили им разработать профилактические программы, которые основывались на реальных потребностях уязвимых групп и были максимально своевременными и доступными для них. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в свою очередь поддержал такие проектные предложения, которые включали новые стратегии работы, и заключил соглашения с

20 НПО в Киеве, Виннице, Донецке, Житомире, Запорожье, Знаменке (Кировоградская область), Ивано-Франковске, Луганске, Львове, Николаеве, Одессе, Павлограде (Днепропетровская область), Симферополе, Сумах, Ужгороде, Херсоне, Черкассах, Черновцах и Чернигове. Все упомянутые проекты направлены на профилактику ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов В и С среди представителей наиболее уязвимых групп населения (ПИН, лиц, которые предоставляют сексуальные услуги за плату и других групп населения).

Выявив, таким образом, проблему большей уязвимости молодых потребителей наркотиков, в сравнении с более опытными, значительная часть НПО направила свои усилия на профилактическую работу с молодыми ПИН: работники Херсонского БФ «Мангуст» привлекают молодежь (брейкеров, лиц, которые эпизодически употребляли наркотики) к занятиям в спортзале фонда. Ими организован Совет потребителей инъекционных наркотиков, который способствует привлечению в проект молодых ПИН, и разработке для них адаптированных информационных материалов. Свой подход предлагает Винницкий Гражданский Конгресс «Сталість»: создан Интернет-сайт <http://aids.edu.vn.ua> с материалами по первичной профилактике для школьников и молодых людей, которые эпизодически употребляют наркотические вещества. Дети активно обсуждают проблемы ВИЧ-инфекции, ИППП, наркомании и сами готовят материалы на сайт. Работа за компьютером дисциплинирует подростков, а общение

с ВИЧ-позитивными лидерами, которые являются их ровесниками, и доступ к компьютеру отвлекают их от втягивания в употребление наркотиков. Информирование разных слоев населения, в том числе молодежи, о вопросах профилактики ВИЧ/ИППП и наркомании осуществляют организации Клуб «Квітень» из Полтавы (издание информационных материалов молодежным пресс-центром «Петля Нестерова») и «Дорога к дому» (издание газеты «Не улетай» тиражом 10 000 экземпляров). В городе Знаменка (Кировоградская область) БФ «Возвращение к жизни» организовал компьютерный класс, в котором выпускников школ и безработных молодых людей обучают навыкам работы с компьютером, что значительно облегчает их трудоустройство. Одновременно происходит внедрение компьютерных программ по профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП.

Установив наличие у представителей уязвимых групп проблем социального характера, общественные организации в партнерстве с государственными оказывают содействие решению этих проблем – восстанавливают утраченные паспорта, решают вопросы прописки, восстановления родительских прав, оформления инвалидности, обучения, трудоустройства и т.п. (Донецкое областное общество содействия ВИЧ-инфицированным, БФ «Возвращение к жизни», НПО «Жизнь+» из Одессы, Житомирский благотворительный фонд противодействия социально опасным заболеваниям и СПИД).

Для более полного включения ЛЖВС в общество, улучшения их

уровня жизни, уменьшения эффекта самостигматизации Клуб «Квітень» организовал занятия по арт-терапии в своем помещении и в областной психбольнице, а также вечер семейного отдыха и терапевтический лагерь «Наш путь». А общественной организацией «Жизнь +» реализуется первый в Украине пилотный проект по немедицинскому уходу и поддержке 50 ВИЧ-инфицированных и больных СПИД, деятельность которого направлена непосредственно на улучшение качества жизни этих людей, предоставление им медико-консультативной, юридической, и психосоциальной помощи.

БФ «Дорога к дому» реализует проект «Национальный тренинговый центр по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД/ИППП среди уязвимых групп населения», который стал базой для подготовки практических специалистов для работы в проектах, в том числе социальных работников и волонтеров, обучения ПИН, ЖСБ и представителей других уязвимых групп безопасным моделям поведения. На данный момент завершён первый этап: проведены два селективных тренинга и обучено 20 национальных тренеров, которые проводят тренинги по единой методологии, учитывающей лучшие отечественные и мировые практики.

Поскольку одним из успешных методов работы является облегчение доступа к медицинским и социальным услугам для представителей уязвимых групп, в проектах введены передвижные врачебные бригады (Донецкое областное общество содействия ВИЧ-инфицированным, БФ «Сподівання» (Запорожье), БФ

«Піклування» (Донецк) и другие). Для большей доступности средств защиты клиентами БФ «Мангуст» на базе аптеки «Крок» был открыт ночной Пункт Доверия, в котором работают волонтерами подготовленные аптечные работники. В г. Черкассы участники профилактической программы имеют возможность получить направление в анонимный наркологический кабинет для лечения методом заместительной терапии препаратом бупренорфин. БФ «Юнитус» (Николаев) выпускает специализированную профилактическую газету для уязвимых женщин «Подорожник», формирует у уязвимых женщин навыки и мотивацию к безопасному поведению путем привлечения их в группы поддержки, предоставляет доступ к библиотеке и ресурсной базе фонда.

Опыт профилактической работы среди ПИН и авторитет общественной организации «Шаг навстречу» (Сумы) содействовал получению этим НПО средств от облгосадминистрации и распространению стратегии снижения вреда на 4 региона области.

Эпидемия затронула и детей, которые рождены ВИЧ-инфицированными матерями и были оставлены на произвол судьбы. Их социальной и физической реабилитации в детских приютах и специализированных домах ребенка содействуют работники и волонтеры проектов в Донецке и Одессе, проводя игровые занятия, прогулки, предоставляя недостающие средства ухода и витаминизированного питания. БФ «Солидарность» (Ивано-Франковск) проводит для детей ПИН и ВИЧ-позитивных людей еженедельные

учебные занятия в компьютерном классе организации, предоставляет им школьные принадлежности, гуманитарную помощь.

Кроме защиты здоровья клиентов, НПО уделяют значительное внимание социальной реабилитации путем организации и поддержки групп взаимопомощи ПИН, ЖСБ, ЛЖВ, и их родственников, помогают им, сотрудничая с организациями-партнерами, предоставляют ПИН-клиентам проекта услуги бесплатной детоксикации и реабилитации (Клуб «Эней» (Киев), Клуб «Квітень», БФ «Благодійність» (Николаев), Центр «Ступені» (Чернигов), БФ «Новая семья» (Черновцы), Клуб «Виктория» (Павлоград) и другие).

Сотрудниками БФ «Піклування» (Донецк) реализуется проект, который предусматривает проведение серии практических учебных семинаров для медицинского персонала и пациентов государственных и хозрасчетных кожвендиспансеров по вопросам ВИЧ-инфекции/СПИД/ИППП. Ими подготовлено и издано учебное пособие «Консультирование в связи с ВИЧ/СПИД и ИППП», которое было одобрено МЗ Украины и Центральным методическим кабинетом высшего образования (УДК 616.5-07-08:615.2).

Ведется профилактическая работа в учреждениях пенитенциарной системы путем проведения тренингов, консультирования заключенных и работников этой сферы (БФ «Благодійність» из Николаева, БФ «Инсайт» из Черкасс).

Общественный конгресс «Сталість» (Винница) совместно с Управлением здравоохранения Винницкой облго-

с администрации в 2002—2003 гг. провел цикл выездных тренингов по до- и послетестовому консультированию для представителей уязвимых групп, на которых было обучено 210 врачей и 62 средних медицинских работника области.

Кроме вышеназванных новых стратегий, Альянс оказывал содействие улучшению качества и повышению доступности действующих услуг для представителей уязвимых групп путем: поддержки стажировки работников проектов на базе успешно действующих национальных и зарубежных проектов снижения вреда, расширения аутрич-работы по принципу «Равный—равному», доступности медпомощи с привлечением к работе на Пунктах Доверия инфекционистов, дерматовенерологов, хирургов.

Международный Альянс по ВИЧ/СПИД создал рабочую группу технических советников по мониторингу и оценке профилактических программ, которые реализуются грантополучателями. Целью работы этой группы является внедрение системы мониторинга и оценки эффективности проектов относительно изменения поведения представителей уязвимых групп на менее рискованное. Об эффективности работы проектов снижения вреда могут свидетельствовать такие данные:

- Наметилась стойкая тенденция к смене поведения на более безопасное среди постоянных клиентов проектов, к появлению обдуманного желания радикально изменить свое состояние – избавиться от наркотической зависимости:

— В г. Сумы 86,4 % наркозависимых людей, являющихся постоянными участниками проекта, не передают свой шприц для инъекции никому из друзей-ПИН (в начале реализации проекта этот показатель составлял 26,8 %). Никогда не пользуются чужим шприцем 88,2 % (к началу профилактической работы – 31 %). 42 % используют при случайных половых контактах презерватив (ранее 17 %), 44 % уменьшило количество половых партнеров, 50 % начали беспокоиться о своем здоровье.

— В г. Житомире 27 % постоянных участников проекта снизило частоту и дозу употребления наркотиков инъекционным путем. На 28 % увеличилось количество ПИН, которые перестали делиться собственным шприцем (сейчас 65 %, а раньше 37 %). Практикуют использование только стерильных шприцев и игл 68 % участников проекта, а в начале работы профилактической программы так поступало лишь 27 %. Постоянно используют презерватив 72 % участников проекта, а в начале программы постоянно презервативом пользовались лишь 25 %. В начале проекта никогда не использовали презерватив 37 % ПИН, а на данный момент лишь 15 %.

— Опрос ПИН-клиентов проекта в Виннице показал, что 74 % теперь всегда используют стерильный шприц, а 61 % отказался от употребления общего инструментария и растворов.

— Данные дозорного эпиднадзора, который проводится ежегодно Донецким областным обществом содействия ВИЧ-инфицированным среди ПИН проекта, показывают

стабильный процент ВИЧ-инфицированных (40 %), что свидетельствует о приостановлении возрастания темпов распространения ВИЧ-инфекции среди наркозависимых людей, охваченных профилактическими услугами.

- Осуществляемая работа ведет к изменению общественного мнения в отношении проблем наркомании (смещение акцента с восприятия наркозависимых как преступников на восприятие их как больных) и ВИЧ/СПИД (восприятие ВИЧ-инфекции как лично-реальной проблемы).

Работа кабинетов доверия

Начиная с 1987 г., в Украине существует и развивается сеть кабинетов доверия — своеобразных структурных подразделений учреждений здравоохранения, в основном — центров СПИД или наркологических диспансеров. Организация кабинетов доверия была одним из первых шагов Украины в ответ на проникновение ВИЧ на ее территорию.

Кабинеты доверия максимально приближены к населению как по форме работы, так и по удобству пользования их услугами. Они предоставляют услуги по пред- и послетестовому консультированию, непосредственному обследованию на ВИЧ (а иногда также на ИППП) при условии анонимности или конфиденциальности. Большинство из них обслуживают все категории населения бесплатно.

Как известно, консультативная работа в контексте ВИЧ-инфекции

имеет целью профилактику первичного инфицирования ВИЧ и его последующей передачи. В Украине накопился определенный положительный опыт в этой области.

В 1993 г. сотрудниками кабинета доверия Украинского Центра профилактики и борьбы со СПИД впервые в стране было внедрено пред- и послетестовое консультирование как структурный элемент процесса обследования на антитела к ВИЧ.

Наличие поведенческого риска (поведения, являющегося социально неприемлемым или подлежащим наказанию) вынуждает лиц, принадлежащих к уязвимым группам населения, избегать медицинской помощи, в том числе обследования на антитела к ВИЧ, в тех учреждениях здравоохранения, где не гарантирована анонимность и сохранение врачебной тайны.

Данный факт подтверждается многолетней практикой кабинета доверия Украинского Центра профилактики и борьбы со СПИД: среди обследованных анонимно процент впервые обнаруженных ВИЧ-позитивных (за счет обращений представителей уязвимых групп) в среднем в 4 раза выше, чем среди обследованных с фиксацией фамилии и места жительства.

Увеличение количества добровольных обращений ПИН дает возможность осуществлять профилактические вмешательства относительно этой целевой группы, непосредственно влияя на изменение нежелательного поведения на более безопасное посредством реализации процесса консультирования, связанного с обследованием на антитела к ВИЧ.

Позитивный опыт Украинского Центра СПИД был распространен среди региональных центров СПИД, данные из которых также подтверждают необходимость внедрения анонимного консультирования.

Внедрение процесса консультирования, соответствующего принципам ВОЗ, в ежедневную практику учреждений здравоохранения, осуществляющих обследования на антитела к ВИЧ, будет способствовать решению задачи как первичной, так и вторичной профилактики ВИЧ-инфекции (особенно в уязвимых группах) во всех регионах Украины.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

Я ХОЧУ И БУДУ РАБОТАТЬ

Сереза, 34 года

Долгое (с 1982 года) употребление наркотиков мне принесло лишь огорчения и неприятности. Распалась семья, была брошена хорошая работа и учеба в вузе. Я стал эгоистичен, лжив, появилось недоверие ко мне со стороны родственников, утратились близкие дружественные связи. Начались проблемы со здоровьем, трижды прошел через «букву закона», оказался в таком кругу общения, откуда просто нет выхода. Пробовал лечиться, но это все было лишь для «отмазки» перед родственниками. В ноябре 2000 года я сказал себе: «Хватит!» При сдаче анализов выяснилось, что у меня ВИЧ. Это известие встретил спокойно, понимая, что виновен в случившемся лишь я сам. Начало «давить» незнание, как построить свою дальнейшую жизнь, чтобы из-за меня не пострадали другие. Лариса, соци-

альный работник, дала мне телефон группы «Новая жизнь». Позвонил. Пришел. Увидел жизнерадостных, понимающих людей, свободных от наркотиков. Им до боли знакомы почти все те проблемы, которые есть у меня. Разные взгляды, мнения, знания, жизненный опыт плюс искреннее желание помочь — все то, что мне нравится в нашей группе. Я хочу и буду работать.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

Я ХОЧУ ВОЗВРАЩАТЬ ЛЮДЯМ НАДЕЖДУ И ВЕРУ В СЕБЯ

Анна

Меня зовут Анна. Мне 28 лет. О своем диагнозе я знаю с 1999 года. Мне сказали о нем в женской консультации, где я состояла на учете по беременности. До родов мне оставалось 2 месяца, и я успела пройти курс АЗТ. Узнав о моем диагнозе, муж тоже сдал анализы и получил положительный результат. Кто кого заразил, мы не знаем, да и не тратим время на разбирательства. Про себя я скажу, что никогда не употребляла наркотики, а заразиться могла, работая на «Скорой помощи», либо при переливании крови (я была донором, а иглы тогда не были одноразовыми), либо от мужа.

Первое время мне было очень тяжело. О ВИЧ я знала только то, что он неизлечим, и то, что им невозможно заразиться бытовым путем. Мне было страшно за своего ребенка. Я не знала, какие у него шансы. А хуже всего было одиночество. Мне не с кем было поделиться своим горем, своими страхами (о том, что с

нами случилось, мы с мужем решили никому не говорить).

Я считала, что наша жизнь кончилась, что вот-вот начнутся болезни, и с их началом все узнают наш диагноз и отвернутся от нас. Я очень боялась, что мой ребенок умрет сразу после рождения, и для себя решила, что если это случится, то я тоже не останусь жить дальше, настолько мне было плохо. От мужа никакой поддержки я не получала. Он был настолько потрясен, что ему самому нужна была поддержка. Поэтому, когда родился ребенок и я немного оправилась, я решила попробовать пообщаться с людьми, у которых та же проблема.

Не все было гладко, с переменным успехом я билась над этим год, а потом мне позвонила врач из Украинского Центра СПИД и пригласила на тренинг с немецким психологом. Это был тренинг для ВИЧ-позитивных женщин со всей Украины. Впечатления были незабываемые. Мы общались взахлеб, у многих из нас после этой встречи просто гора с плеч свалилась. Мы рассказывали о своих проблемах и помогали друг другу решить чужие. Там я познакомилась с Ольгой и узнала о группе взаимопомощи для ВИЧ-позитивных людей и людей, отказавшихся от наркотиков, «Новая жизнь». Я стала ходить в группу, общаться с такими же, как я, людьми, совместно решать интересующие нас проблемы. У меня появилась уверенность в себе, возникли свои идеи по расширению сфер деятельности группы.

Теперь я уверена в завтрашнем дне. Я знаю, что мне еще очень много нужно успеть сделать, и я ус-

пею это сделать. Я с удовольствием занимаюсь семьей: мужем (он, глядя на меня и получая от меня новую информацию о ВИЧ, тоже воспрянул) и сыном (мой малыш оказался ВИЧ-отрицательным и растет милым, любопытным мальчишкой), а также готовлюсь к тому, что, как только подрастет мой сын и пойдет в детский сад, я окунусь в работу группы. Я хочу привлекать в группу и помогать психологически и информационно беременным и недавно родившим ВИЧ-позитивным женщинам. Я по себе знаю, как это необходимо. Я думаю в скором будущем ездить на консультации в роддом, где рожают ВИЧ-позитивные женщины. Я хочу возвращать людям надежду и веру в себя, в свои силы и в то, что жизнь еще далеко не кончена, а для многих только начинается в трезвом, осознанном смысле. Для этого я хочу как можно больше общаться на эту тему со специалистами: врачами, психологами, социальными работниками, просто ВИЧ-позитивными людьми для того, чтобы накопить багаж знаний и, в свою очередь, получить возможность поделиться этими знаниями с другими людьми.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

МЫ УЧИМСЯ ЛЮБИТЬ ВСЕЛЕННУЮ И СЕБЯ

Мария, 27 лет

Когда мне сказали: «Девушка, у вас ВИЧ», — это было как гром среди ясного неба. Конечно, я прекрасно знала, что рискую быть инфицированной, когда брала в руки чужой шприц, но всегда мне казалось, что

это случится с кем угодно, но не со мной. И когда мне сказали это, в голове появилась мысль: осталось 5 лет. Послетестовое консультирование я смогла получить от своего друга. Он подробно мне объяснил, хотя я сама все это прекрасно знала, что ВИЧ и СПИД — разные вещи и что с ВИЧ можно жить долго. Много изменилось во мне после знакомства с девушкой, которая живет с ВИЧ 9 лет. Появилась надежда, что можно жить долго. Одно дело, когда ты знаешь об этом, другое, когда видишь и слышишь от самого человека. Ведь точной цифры, сколько тебе осталось, не могут сказать даже врачи... Много вообще не известно. Тебя, конечно, предупреждают, что умрешь ты от СПИД, ведь лекарств нет, вернее, пока еще нет. А вообще, вирус не изучен, чувствуешь себя кроликом, врачи берут анализы, а потом ты еще узнаешь, что всех необходимых анализов у нас не делают, вернее, можно сделать анализ на вирусную нагрузку за \$150, кому это доступно, а если анализы окажутся плохими, то лечение никто не сможет назначить, ведь стоит антиретровирусная терапия \$10 000 в год. Недавно, побывав на международных конференциях, я узнала что

на Западе это не смертельная болезнь, а хроническая.

У наших врачей на поддержку совсем нет времени, да и доказано, что лучше всего это могут делать сами люди, которые живут с ВИЧ. Группа дает мне возможность делать самое главное: стараться глубже понимать себя и этот непостижимый мир, в котором мне посчастливилось однажды родиться. Именно посчастливилось — и это понимает каждый член нашей группы; это не пустые слова, это правда. Сравнивая свою жизнь раньше и теперь, разницу невозможно не заметить. Конечно, у меня был соблазн запереться в доме, укрыться теплым одеялом и не брать телефонную трубку. Но замыкаться в себе нельзя. Совсем не обязательно делиться случившимся со всеми, кто проявляет интерес, но бежать от людей нельзя. После того, как я пришла в группу, я поняла: это действительно случилось со мной, но также это случилось с великим множеством других. Они справились и счастливы, значит, справлюсь и я. Мы учимся любить Вселенную и себя, сравнивая и оценивая свою жизнь. Мы благодарим Бога за каждый день нашей жизни.

глава четвертая

Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку

Передача инфекции ребенку происходит в тот момент, когда вирус от инфицированной матери передается ему во время беременности, родов или грудного вскармливания. Риск перинатальной передачи вируса от ВИЧ-позитивной матери существует всегда. Ключевыми факторами передачи являются вирусная нагрузка матери, количество клеток CD4+, а также стадия развития болезни, вызванной ВИЧ.

Возможными способами снижения риска передачи инфекции ребенку являются антиретровирусная терапия (АРТ), кесарево сечение, искусственное вскармливание. Цель этих мероприятий — снизить вирусную нагрузку матери и свести к минимуму возможный контакт ребенка с инфицированными биологическими жидкостями организма матери, такими, как секреторные выделения из шейки матки или влагалища, кровь, грудное молоко. Если женщина принимает все эти меры предосторожности, возможно снизить риск в значительной степени. Однако риск, связанный с прохождением АРТ и с кесаревым сечением, как для матери, так и для ребенка существует и должен обсуждаться. В Украине кесарево сечение не является обязательной мерой профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и проводится по акушерским показаниям. Долговременные

Снижение риска передачи ВИЧ младенцам

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от ВИЧ-положительной женщины к ее ребенку вполне возможна и относительно недорога. После того, как мать узнает о наличии у нее ВИЧ-инфекции, можно применять различные виды вмешательств, в том числе профилактическое лечение антиретровирусными препаратами, плановое кесарево сечение и искусственное вскармливание. Существует еще один недорогой подход, который полезен для всех беременных, независимо от того, известен ли их ВИЧ-статус, и может снизить вероятность передачи инфекции от матери ребенку. Речь идет об отказе от применения ненужных инвазивных процедур во время родов и родоразрешения.

последствия приема сильнодействующих препаратов ВИЧ-негативным ребенком до сих пор неизвестны. Кроме того, нельзя недооценивать важность грудного вскармливания с эмоциональной, религиозной и культурной точек зрения для некоторых матерей.

Инфицирование ребенка

Выявление ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, — процесс сложный, а методы тестирования быстро меняются.

Все такие дети приобретают материнские антитела; эти антитела очень непросто отличить от собственных антител, находящихся в крови детей. У всех детей есть антитела к ВИЧ, полученные через материнскую кровь, независимо от того, инфицированы ли сами дети. Материнские антитела сохраняются в крови ребенка примерно десять месяцев, а могут сохраняться до восемнадцати и более месяцев. Тестирование этих детей на антитела к ВИЧ непосредственно после рождения покажет только, что их матери инфицированы, но не поможет узнать, инфицированы ли сами младенцы. Многие родители хотят получить определенный диагноз на самом раннем этапе, поскольку повторные обследования и тесты могут оказаться болезненными и мучительными для них. Многие врачи хотели бы получить точный диагноз о действительно ВИЧ-инфицированных младенцах, чтобы сразу начать лечение. Растет выбор средств профилактики и лечения, но также известно, что у 25 % ВИЧ-инфицированных младенцев проявятся клинические признаки СПИД или что они умрут в течение первого года жизни. Если известно, что велика вероятность инфицирования ребенка ВИЧ (например, если его мать ВИЧ-позитивна), необходимо предпринять целый ряд мер, чтобы выяснить ВИЧ-статус младенца как можно скорее, до исчезновения материнских антител. Такие чувствительные тесты, как правило, проводятся в крупных центрах, имеющих опыт определения риска ВИЧ-инфицирования детей.

Определение **точного раннего диагноза ВИЧ-инфекции у младенцев** зависит от тестов, с помо-

щью которых устанавливается действительное наличие ВИЧ, а не антител к вирусу в крови ребенка. Эти тесты включают в себя:

- Тест р24 на антигены или тест р24 на антигены по диссоциированным кислотам.
- Тест на вирусывыделение в культуре клеток вируса.
- Тесты на наличие генетического материала ВИЧ методом ПЦР.

Тесты ПЦР и на вирусывыделение должны повторяться через определенные интервалы времени: через 48 часов после рождения (в этот момент тестирование определяет до 40 % инфицированных детей), через 4—8 недель и 3—6 месяцев. Американские инструкции о тестировании гласят, что если два и более тестов на IgG антитела (см. ниже) покажут негативные результаты в течение минимум шести месяцев после рождения при соблюдении месячного интервала между двумя тестами, возможно предположить, что ребенок не инфицирован.

Кроме того, тестирование иммунной системы детей может помочь в ранней диагностике. Эти тесты включают в себя:

- высокий уровень иммуноглобулина (IgG, IgA, IgM);
- обратное соотношение CD4+ : CD8;
- сохранение антител к ВИЧ через 18 месяцев.

И наконец, у многих младенцев могут отмечаться клинические проявления ВИЧ-инфекции к 6-месячному возрасту. Ученые из США предполагают, что, используя новейшие технологии, ВИЧ-статус младенцев можно точно определить уже в возрасте 3—4 месяцев.

Знание о том, что ребенок может быть ВИЧ-инфицирован, означает, что можно будет быстрее обеспечить необходимое лечение.

Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, должны получить один из АРВ препаратов соответственно назначению лечащего врача (например, перорально получить шестимесячный курс АЗТ) и не вскармливаться грудью.

Медицинские работники не должны относиться к ВИЧ-инфицированной роженице иначе, чем к другим матерям. Для многих женщин (и семей) — это время планирования будущего, невзирая на то, что ВИЧ-статус их младенца пока что неизвестен. Будут приниматься решения о том, как снизить вероятность передачи ВИЧ-инфекции после родов, например за счет отказа от грудного вскармливания. Также важно подумать о том, как справиться с собственной неуверенностью и необходимостью обследования ребенка в течение первых месяцев жизни. В это же время следует подумать, кого поставить в известность о том, что младенец может быть инфицирован. Большинство женщин сообщают об этом участковым врачам и патронажным сестрам, но только в том случае, если эти специалисты с сочувствием относятся к ВИЧ-статусу женщин. Знание о том, что ребенок может быть ВИЧ-инфицирован, означает, что можно будет быстрее обеспечить необходимое лечение.

Хотя большинство детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, не инфицированы, медики

относятся к ним, как к ВИЧ-инфицированным до прояснения их ВИЧ-статуса, что вполне понятно. Ребенку могут предложить профилактическое лечение от ПЦП до постановки окончательного диагноза. Известно, что эта профилактика относительно безопасна для младенцев, в то время, как ПЦП представляет серьезный риск для новорожденных в первые несколько месяцев жизни, если они ВИЧ-инфицированы.

ВИЧ развивается у детей не так, как у взрослых, и для диагностики СПИД используются другие критерии. Примерно у 25 % ВИЧ-инфицированных новорожденных развиваются клинические симптомы СПИД или они умирают в течение первого года жизни. У детей, которые выживут в течение первого года жизни, СПИД развивается медленнее, чем у взрослых. Из числа тех детей, которые были действительно инфицированы при рождении, 70 % остаются в живых в 6-летнем возрасте и 50 % — в девятилетнем. У детей, ВИЧ-инфицированных при рождении, могут возникнуть серьезные психологические и социальные проблемы, когда они достигнут подросткового возраста. Круг этих проблем широк: от негативной подростковой реакции на необходимость принимать столько лекарств — до желания попробовать начать сексуальную жизнь. До недавнего времени продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных детей оставалась невысокой. С появлением комбинированной терапии, доступной в развитых странах, срок их жизни удалось продлить, и указанные выше психосоциальные проблемы приобретают особую остроту.

глава пятая

профилактика заражения ВИЧ в местах лишения свободы: зарубежный опыт и ситуация в Украине

Проблема распространения ВИЧ-инфекции в исправительных учреждениях должна считаться важной для общественного здравоохранения, поскольку ситуация в СИЗО, тюрьмах и колониях является лишь отражением тех процессов, которые имеют место в обществе. Рискованные типы поведения, которые практикуются людьми «на свободе», легко «проникают за решетку», создавая возможность для широкого распространения инфекционных болезней среди заключенных.

Пожалуй, самая большая трудность для тех, кто стремится внедрить профилактические программы в тюрьмы, — непризнание начальством того факта, что такие явления, как употребление наркотиков и сексуальные отношения между заключенными, имеют место. С точки зрения руководства исправительных заведений, программы снижения вреда посылают неправильные сообщения заключенным. Признавая, что рискованное поведение практикуется в условиях заключения, такие программы якобы потворствуют существованию того, что должно быть запрещено. Однако, как мы знаем, реальность далеко не соответствует

радужным представлениям людей. Было бы наивно думать, что люди, осужденные за преступления, связанные с наркотиками, перестанут их употреблять именно в тюрьмах, а не в реабилитационных программах на свободе. Как показывают исследования, практически повсеместно заключенные имеют доступ к наркотикам и употребляют их. Недостаток стерильного инструментария способствует тому, что один и тот же шприц используется несколькими заключенными одновременно, что создает опасность распространения возбудителей инфекционных болезней. Так, одно из исследований в Канаде показало, что 11 % заключенных, находясь в местах лишения свободы, употребляли незаконные наркотики, и что одна и та же игла часто использовалась повторно 15—20 арестантами без какой-либо обработки между инъекциями.

В тюрьме Гленочил в Шотландии во время проведения анонимного тестирования и консультирования по ВИЧ половина заключенных сообщила об употреблении наркотиков в тюрьме и о том, что они обменивались тупыми, сломанными и самодельными иглами и шприцами.

Для профилактики ВИЧ, ИППП и других инфекций среди заключенных необходимо использовать те же методы снижения вреда, которые традиционно «работают» среди ПИН вне тюремных стен: обучение (как профессионалами, так и равными из числа заключенных) по вопросам ВИЧ/СПИД и менее рискованным типам поведения; консультирование и тестирование на ВИЧ; предоставление стерильного инструментария и презервативов; обеспечение дезинфицирующими средствами; заместительную терапию; современное лечение, поддержку ВИЧ-инфицированных и уход за ними.

Швейцария была первой страной, в которой стали распространять иглы в исправительных заведениях. Эта практика началась в 1993 г. как акт непослушания со стороны доктора Пробста, работающего в мужской тюрьме Обершенгрун. Он понимал, что некоторые из заключенных, за которыми он ухаживал, — кто-то ВИЧ-инфицированный, кто-то нет, — совместно использовали иглы. Д-р Пробст почувствовал, что обязан предоставить средства для профилактики ВИЧ-инфекции неинфицированным заключенным. Он решил сделать иглы доступными для них. Когда начальник тюрьмы обнаружил это, его убедили в том, что данное действие является прагматичной мерой с точки зрения общественного здоровья, и д-ру Пробсту разрешили продолжить раздачу инструментария. Швейцарская программа пока не показала каких-либо негативных последствий; она поддерживается заключенными, сотрудниками тюрем, администрацией, политиками

В США, согласно данным Центра по контролю за заболеваемостью, презервативы и наборы дезинфектантов (хлорка) раздаются лишь в половине исправительных заведений, а стерильные шприцы не предоставляются нигде.

и обходится всего в 700 швейцарских франков (приблизительно 650 американских долларов) в год.

В 1994 г., взяв на вооружение опыт тюрьмы Обершенгрун, правительство Швейцарии открыло программу раздачи стерильного инъекционного инструментария в женской колонии в Хиндельбанке. Программа оценивалась каждый год, и обнаруживались явно позитивные результаты, особенно в улучшении здоровья заключенных. Не было зарегистрировано новых случаев ВИЧ-инфекции или гепатитов; снизился уровень совместного использования инструментария; иглы не использовались в качестве оружия, и, что существенно, уровень употребления наркотиков не возрос. Тот факт, что уровень употребления наркотиков не вырос, совпадает с оценками, которые продемонстрировали то, что программы обмена игл вне тюрем не приводят к росту потребления наркотиков.

Другой эффективный метод для профилактики инъекционного пути передачи ВИЧ в тюрьмах — заместительная терапия метадоном. К сожалению, она доступна лишь заключенным в Канаде. Ее получают те люди, которым эта терапия была назначена еще до заключения. Она считается обычным медицинским лечением, эквивалентным медицинской помощи, оказываемой на свободе.

«Связь между употреблением инъекционных наркотиков и пандемией ВИЧ/СПИД не вызывает сомнений. Совместное использование зараженных игл представляет собой основной путь передачи ВИЧ».

Поскольку получить разрешение на обмен инъекционного инструментария и даже на раздачу презервативов в тюрьмах во многих местах представляется невозможным, единственная стратегия, которую успешно можно применять, — обучение заключенных гигиеническим навыкам и менее рискованным типам поведения. Такой проект, например, осуществляется СПИД Фондом «Восток—Запад» в 4 колониях в России, где команда профессиональных тренеров проводит семинары для заключенных, не только просвещая их по вопросам ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов, туберкулеза и ИППП, но и формируя группы «равных», которые будут передавать полученные знания другим заключенным. Красочно изданные материалы являются хорошим подспорьем для такой работы. Также проводится работа с медицинским и немедицинским персоналом колоний. Разработан курс семинаров по внедрению в практику работы консультирования до и после теста на инфекционное заболевание (КДПТ) для медицинского персонала и психологов, работающих в местах лишения свободы. Цель КДПТ — информировать пациента/клиента о существующих рисках для здоровья, исходя из его персональной ситуации, и предложить варианты защиты и сохранения его здоровья. В семинарах, разработанных для немедицинских сотрудников

уголовно-исправительной системы, основной упор делается на защиту их от заражения на рабочем месте. Поэтому данные сотрудники получают основные сведения об инфекциях и способах их профилактики. При этом детально обсуждаются ситуации риска заражения на работе и возможности снижения этого риска до минимума.

Следует отметить, что для внедрения каких-либо программ в исправительных учреждениях, базирующихся на принципах снижения вреда, требуется политическая воля и мудрость, поскольку усилий со стороны неправительственных организаций явно недостаточно, чтобы полноценно противостоять эпидемии ВИЧ/СПИД в уголовно-исправительной системе.

СОВМЕСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ЗАКЛЮЧЕННЫХ И ИХ ПАРТНЕРОВ ЦЕНТРАМИ ПРОФИЛАКТИКИ СПИД В САН-ФРАНЦИСКО (КАЛИФОРНИЯ, США)

В тюрьмах и местах лишения свободы важно проводить мероприятия по профилактике ВИЧ и просвещению в области ВИЧ/СПИД, так как там сосредоточено много представителей уязвимых групп, которые на свободе недостаточно охвачены профилактической и просветительской работой. Так как в заключении оказывается непропорционально много потребителей наркотиков, то риск заражения ВИЧ среди заключенных в пять раз выше, чем на свободе. Многие заключенные (лица высокого риска) постоянно кочуют из тюрьмы

на свободу и обратно, т.е. рецидивы в тюрьмах — не редкость.

Заключенным и их партнерам срочно нужны эффективные и доступные программы профилактики ВИЧ и специальные учебные материалы, учитывающие специфику этой целевой аудитории. Несмотря на это, организационные помехи и ограничение доступа препятствуют разработке и оценке таких программ. Часто заключенные не могут получить презервативы, антисептики, чистые шприцы, лишены действенного обучения профилактике ВИЧ. Правила охраны исправительных заведений ограничивают доступ к ним СПИД-сервисных организаций и исследователей.

Проекты профилактики ВИЧ-инфицирования в местах лишения свободы, разработанные центрами профилактики СПИД в Сан-Франциско (Калифорния) уникальны, так как в своих образовательных программах полагаются на методику «Равный — равному». Такая методика особенно эффективна, потому что инструкторы в этих программах принадлежат к одной социальной группе с обучаемыми. Они:

- имеют специальные знания об опасном в отношении ВИЧ поведении, которое имеет место как в тюрьме, так и вне ее;
- способствуют пониманию каждым личного риска;
- поддерживают в сообществе более безопасные нормы секса и потребления наркотиков;

Эти проекты также уникальны в своем подходе к сотрудничеству с руководством и персоналом исправительных заведений. Организационные барьеры исследованиям и профилактическим мероприятиям в

тюрьмах могут быть преодолены посредством развития партнерства между СПИД-сервисными службами и руководством тюрем как средства распространения и осуществления программ в местах лишения свободы.

Программа «Поддержка здоровья»

Эта программа предусматривает проведение специальной 20-часовой сессии для ВИЧ-позитивных заключенных, вскоре подлежащих освобождению, и оценку ее эффективности. Цель этого мероприятия — улучшение здоровья и хорошего самочувствия инфицированных заключенных и одновременное снижение риска передачи вируса их сексуальным или использующим общую иглу партнерам после освобождения.

Интерактивные занятия были проведены в тюрьме представителями местных СПИД-сервисных организаций и включали обсуждение вопросов сохранения здоровья, самоуважения, правовой защиты, управления стрессом, имеющихся в сообществе ресурсов и пр. Состоялась также «ярмарка ресурсов», для чего в тюрьму пришли представители многих организаций, предоставляющих услуги в этой области.

Методы

Программа оценивалась путем сравнения результатов участников программы с результатами контрольной группы, состоявшей из тех заключенных, которые проявили интерес к занятиям, но были освобождены раньше, чем занятия начались. Все участники заполнили опросники до и после сессии, а затем повторно были

опрошены через 30—60 дней после освобождения. Всего дали согласие на опрос после освобождения 123 человека (94 участника программы и 29 членов контрольной группы); 66 % из них были действительно опрошены.

Результаты

- Более половины участников имели постоянных партнеров и партнеров.
- 50 % их постоянных партнерш и все их постоянные партнеры-мужчины были ВИЧ-позитивны.
- 40 % всегда использовали презерватив с постоянными партнершами, около 60 % использовали презерватив с другими партнершами.

После освобождения участники программы были более склонны использовать презерватив при первом сексуальном контакте (81 % против 68 %), менее склонны вводить внутривенно наркотики (46 % против 67 %), а среди тех, кто потреблял наркотики внутривенно, менее склонны разделять с кем-либо инструментарий для инъекций (6 % против 25 %) по сравнению с контрольной группой.

«Любя его, люби себя» — программа для женщин, посещающих тюрьму

Во время проведения профилактической программы было обнаружено, что около половины заключенных считают себя состоящими в постоянных отношениях и практикуют незащищенный секс с постоянными партнершами сразу после освобождения из тюрьмы. Поэтому была разработана профилактическая программа для женщин, посещающих своих партнеров в тюрьме. Допол-

«Заключенные представляют собой часть общества. Они приходят из общества и возвращаются в него. Защита заключенных — это защита нашего общества».

**Сеес Гоос,
Европейское региональное бюро
ВОЗ, Копенгаген**

нительной целью этого проекта было описать эту группу и ее профилактические нужды.

Основываясь на результатах исследования трех предварительных целевых групп, было проведено одно групповое информационное занятие. Участницы получили базовую информацию о ВИЧ и о риске, связанном с заключением их партнеров, а также их привлекали к взаимодействию в социальной поддержке и просили распространять полученную информацию.

Методы

Оценка проводилась по данным опросов до и после занятия и повторного опроса через месяц. Первичный опросник содержал вопросы об отношениях участницы с заключенным мужчиной и ее понимании риска заражения ВИЧ. После проведения работы оценивались только знания о ВИЧ. Повторный опрос через месяц исследовал сексуальное поведение и потребление наркотиков после участия в программе и распространение полученной информации (среди партнеров, родственников, друзей, других женщин, посещающих тюрьму и пр.). Всего в программе участвовало 85 женщин, 75 % из них были опрошены повторно.

Результаты

Участницы в целом много знали о ВИЧ/СПИД, но многие не считали, что рискуют заразиться, так как были моногамными. Многие не знали о повышенном риске заражения, характерном для тюрьмы.

Несмотря на настойчивое отрицание риска, многие неоднократно тестировались на ВИЧ и весьма беспокоились в связи с ВИЧ.

Большинство женщин никогда не использовали презерватив со своими основными партнерами, ни одна из тех, кто имел ночное свидание в тюрьме, не использовала презерватив.

Около 20 % опрошенных сообщили о существовании другого партнера, большинство использовало презервативы с другими партнерами.

Очень немногие женщины сообщили о потреблении наркотиков в настоящее время, но все, употреблявшие наркотики раньше, делили с кем-либо иглу.

Многие женщины поделились информацией с партнерами, членами семьи и другими посетителями тюрьмы.

Трудности

Проведению программ и исследований в местах лишения свободы сопутствуют определенные трудности и ограничения. Например, передвижение заключенных ограничено, имеет место сопротивление тюремного персонала, в том числе медицинского. Время от времени тюрьма была закрыта для посещений (в случаях плохой погоды, побегов, беспорядков, казней и пр.), и группа, проводящая программу, не допускалась на территорию. Некоторые мероприятия требовали дополнительных усилий и времени для

сбора данных. Успешное проведение профилактических программ в тюрьмах требует гибкости в подходах к планированию, выполнению, исследованию и финансированию, а также развития сотрудничества с руководством и персоналом тюрем.

Выводы и рекомендации

Программы профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах осуществимы. Последние данные свидетельствуют об эффективности этих программ, рассчитанных на заключенных, бывших заключенных и их партнеров на свободе.

Заключенные также являются частью общества за стенами тюрьмы, и их отношения вне заключения должны приниматься во внимание. Партнеры и семьи заключенных также требуют просвещения и профилактической помощи в связи с ВИЧ-инфекцией.

Методика «Равный — равному» зарекомендовала себя как эффективная для работы в тюрьмах. Заключенные и их партнеры проявляют повышенное внимание и доверие к инструкторам из своей среды, таким образом, возрастает вероятность изменения их поведения.

Заключенных надо представлять вниманию местных служб профилактики еще до освобождения. После выхода из тюрьмы люди сталкиваются со стрессом возвращения в семью и общество и могут иметь трудности с лечением.

Социальная работа с заключенными в связи с ВИЧ неадекватна, а то и вовсе отсутствует. Кроме обучения способам снижения риска в связи с ВИЧ-инфекцией, мероприятия в тюрьмах могли бы способствовать

правильному направлению участников в местные службы помощи (например, для лечения наркотической или алкогольной зависимости, трудоустройства, получения жилья и других услуг) и предупреждению рецидивов.

Исследователям лучше сотрудничать с различными организациями в сообществах, которые уже обслуживают заключенных.

Эффективные программы должны разрабатываться с учетом трудностей и ограничений тюремной системы.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

Джудит

Я родилась в июле 1954 и была четвертым по старшинству ребенком среди 12 братьев и сестер в маленьком городе на западе Техаса. Мой отец был фермером, а мать домохозяйкой. Полагаю, нашу семью нельзя было назвать сельской. Мы не были бедными, но и богатыми тоже не были. Когда мне было 8 лет, моя мать ушла от отца. Когда они поделили детей, я оказалась у моих отца и бабушки. Мой отец, кроме того, что много пил, еще и любил играть. Карты, покер, домино и т.д., и т.п. Все на деньги. Когда я была маленькой, он часто брал меня с собой. Я сидела у него на коленях, пока он играл. Мне это нравилось, и не только потому, что я могла вертеться среди взрослых и наблюдать за всем происходящим, но и потому, что это были редкие моменты внимания со стороны моего отца. Я любила быть папиной маленькой девочкой.

Дикая жизнь

Я подрастала и, глядя на взрослых, сама стала весьма ловким иг-

роком. К началу моей юности я уже играла отчаянно. И, представьте, все это было незаконно. Мы здесь говорим о «кантри». Лесные потайные притоны для игры и самодельный ликер. Перестрелки и поножовщина были обычным делом. Думаю, вот где началось мое влечение к дикой стороне жизни.

Понятно, что поскольку никого особенно не смущало нарушение законов (пьянство и наркотики процветали), то никого не смущало и то, что я была еще подростком. Именно в то время у меня появился первый опыт с наркотиками и алкоголем. Слишком мало я знала о том, какой разрушительный эффект это произведет на мою жизнь.

Отправка в Калифорнию

Моя жизнь после 20 выглядела внешне вполне нормально. Я вышла замуж, у меня были дети, дом, работа и все то, что, считается, должно делать человека счастливым. К сожалению, мое пристрастие к наркотикам и азартным играм не прошло, и мы с моим мужем частенько баловались и тем, и другим.

Взрослея, я все время хотела поехать в Калифорнию. Наконец, в 1988, когда мне было 33, я оставила детей у моей матери (которая и так в основном заботилась о них), мы с мужем собрали вещи и отправились в это путешествие. Когда мы только туда добрались, у нас все сложилось нормально. Мы оба нашли работу, у нас была хорошая квартира в Инглвуде, и все шло хорошо... но недолго. В конце концов наркотики стали возвращаться в нашу жизнь. Вскоре после того, как мы нашли местного продавца крэка, мы

С 1987 по 01.01.2004 г. в системе исполнения наказаний было впервые выявлено 10 377 лиц, инфицированных ВИЧ. Общее число ВИЧ-позитивных заключенных на 01.01.2004 г. составляло 2 046 человек. У 30 заключенных зафиксирована стадия СПИД.

начали постепенно терять все, что приобрели. Мы оба потеряли работу. Мы продали все, что было в квартире (включая мои домашние растения). Так мы и превратились в две прококаиненные головы без гроша за душой.

Я застряла

Мы вечно не могли поделить наркотик и постоянно ссорились. Наконец я потеряла терпение и ушла от него, оставив его в нашей пустой квартире, и отправилась в центр города. Я сообразила, что он не пойдет туда искать меня. Я вовсе не собиралась оставаться там долго. Правда, я только хотела поймать кайф, а уж потом подумать о своем следующем шаге. К несчастью, я ЗАСТРЯЛА! Любой, кто когда-нибудь пробовал крэк, знает, о чем я говорю. Я провела следующие шесть лет на прекрасной Скид Роу (которая есть в каждом большом городе) в центре города. Я день и ночь рыскала за наркотиками. Моим домом была картонная коробка неподалеку от Миссии Союза спасения. Как наркоманка, я делала то, что делают многие женщины для поддержания своей привычки. Я продавала секс за наркотики или деньги. В 1993 местная клиника проводила в моем районе массовое обследование на ВИЧ. Чтобы при-

влекать людей и побудить их обследоваться, там раздавали бесплатные подарки. (Я бы не пошла тестироваться, если бы там не давали «фрибиз»). Единственным способом получить подарки было прийти через неделю за своими результатами. Я возвращалась туда, совершенно не ожидая услышать, что мой результат позитивен. Я так мало слышала о ВИЧ/СПИД в прошлом и на самом деле не беспокоилась сейчас.

Просто не могла остановиться

Господи, как же я была изумлена! Новость не только шокировала, но и эмоционально раздавила меня. Будучи активным потребителем наркотиков, я была плохо подготовлена к тому, чтобы иметь дело с такой информацией. Я сделала то же, что делают большинство бывалых наркоманов, — ушла в отрицание. Я имею в виду, что я знала, что мой диагноз правильный, но предпочитала не обращать на это внимания. Все, что я знала о СПИД, это то, что я скоро умру, и это было лучшим в мире оправданием для того, чтобы искать кайф.

И если первые несколько лет жизни на улице до диагноза были достаточно плохими, то последние четыре года стали просто адом. Люди пытались заставить меня бросить наркотики и позаботиться о моем здоровье, но я просто не могла остановиться. Я попала в водоворот и не видела причин выбираться оттуда. Я была в отчаянии. В 97-м мне все-таки удалось попасть под арест по обвинениям, связанным с наркотиками.

Тюрьма

Меня приговорили к трем годам в Калифорнийском реабилитационном центре (КЦР), который был тюрьмой для правонарушителей, связанных с наркотиками. К счастью, в тюрьме ориентировались на реабилитацию, и я воспользовалась преимуществами информации, которая была там в наличии. Я начала работать над собой и над тем, как я буду вести себя, когда выйду.

Я узнала, что необязательно умру от СПИД в течение нескольких лет, как думала раньше. Мне лучше следовало строить какие-то планы на будущее. У меня не было дома или работы, куда я могла бы вернуться после освобождения, но у меня были прекрасные дети, которые жили с моей матерью в Техасе. Теперь они уже были почти взрослыми, но я знала, что они нужны в моей жизни.

Примерно за шесть месяцев до освобождения из КРЦ я пошла к консультанту посоветоваться насчет участия в какой-нибудь программе после освобождения. На мою просьбу откликнулись, и я смогла примкнуть к программе временного проживания в Лечебном центре Тарзана (жизнь в трезвом окружении для ВИЧ-позитивных, бывших заключенных и условно осужденных).

Искушение

Когда меня освободили, я должна была ехать автобусом из тюрьмы в центр Лос-Анджелеса и затем пересесть на другой автобус, который довез бы меня в Долину. Пока я ждала автобуса, искушение пойти проведать некоторых моих старых дру-

зей на Скид Роу было почти неодолимым. У меня было \$200, которые я получила при освобождении, и они просто жгли мне карман. Слава Богу, моя рассудительность победила.

Я благополучно добралась к месту трезвой. Вскоре после моего прибытия со мной связалась Кэти Лопес из Women Alive (которая оказалась выпускницей той же программы временного проживания). Она пригласила меня принимать участие в некоторых их программах, таких, как группа рисования и рукоделия по субботам, группа поддержки для гетеросексуалов и в разнообразных медицинских и социальных программах, которые они проводят для инфицированных женщин и их семей.

Плимут Рок

С тех пор, как я вышла на свободу, моя жизнь изменилась коренным образом. Теперь у меня есть безопасное и удобное место для жилья, необходимое медицинское обслуживание, поддержка других ВИЧ-позитивных женщин, и я чувствую, что моя жизнь снова приобрела смысл. Я примкнула к церкви и возвращаюсь к своим духовным корням. Поверьте, иногда это нелегко. Я чувствую, что мне пришлось начать жизнь сначала. Но когда я думаю о том, какой моя жизнь была совсем недавно, когда я спала, ела и справляла все остальные свои нужды прямо на улице, мне это кажется ужасным. Мне еще предстоит длинный путь к тому, чтобы привести мою жизнь в порядок, но я не променяла бы ни на что свободу и покой, которые сейчас у меня есть. Мне было бы все равно, если бы даже мне дали

кусок крэка величиной с Плимут Рок!

Нужен план

Я хочу сказать, что измениться возможно. Те из вас, кто читает это в тюрьме и чья дата освобождения близится, хорошо подумайте о том, что вы хотите делать, когда выйдете. Если у вас была проблема с наркотиками, когда вы попали в заключение, я могу гарантировать, что она опять появится, когда вы выйдете. Само по себе то, что вы были чисты в тюрьме, не значит, что такой и останетесь, когда выйдете. Ищите помощи, пока вы еще там! Или подумайте о том, чтобы примкнуть к какой-то программе лечения или трезвой жизни как можно скорее после освобождения.

Нужно иметь план! Если бы я не следовала своему плану приехать сюда, в программу временного проживания, я снова могла бы оказаться там, откуда не могла выбраться столько лет. Сохраняйте веру и не теряйте надежды. Есть организации, как *Women Alive*, которые примут вас с распростертыми объятиями, помогут связаться со службами, которые вам нужны, и дадут вам столько любви и поддержки, сколько вы можете перенести. Напишите им до выхода на свободу или позвоните сразу же, как только выйдете. Они могут помочь!

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СИСТЕМЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ УКРАИНЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОТРУДНИЧЕСТВА С НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

До 1997 г. политика пенитенциарной системы Украины по отношению

к ВИЧ-инфекции основывалась на принудительном обследовании и изоляции ВИЧ-инфицированных. Такая стратегия ответа на эпидемию ВИЧ не могла решить проблему ВИЧ-инфекции в тюрьмах, она способствовала расслоению контингента этих учреждений на ВИЧ-инфицированных и не инфицированных ВИЧ, противостоянию между ними, распространению ВИЧ-инфекции среди заключенных и персонала тюрем, который не был просвещен относительно ВИЧ.

В 1996 г. специалистами криминально-исполнительной системы была разработана программа снижения риска распространения ВИЧ в учреждениях мест лишения свободы. Основные документы, ставшие правовой базой для внедрения основных профилактических принципов ВОЗ, были разработаны на протяжении 1996—1997 гг. Начиная с апреля 1997 г., пенитенциарная система Украины отказалась от обязательного тестирования заключенных на наличие антител к ВИЧ и изоляции инфицированных.

Основными принципами новой политики Государственного департамента Украины по вопросам исполнения наказаний стали:

- проведение информационной работы как среди заключенных, так и среди персонала учреждений;
- обеспечение доступности презервативов, дезинфицирующих средств и обучение пользования ими;
- создание условий для добровольного тестирования на ВИЧ-инфекцию;
- введение в учреждениях предтестового и послетестового консуль-

- тирования;
- отказ от изоляции ВИЧ-инфицированных;
- гарантия конфиденциальности медицинской информации.

Динамика роста числа ВИЧ-инфицированных в пенитенциарной системе Украины не отличается от других стран и, безусловно, связана с эпидемической ситуацией в государстве.

Более 90 % лиц с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции были выявлены при поступлении в следственные изоляторы.

В результате реализации новой стратегии по профилактике ВИЧ-инфекции удалось снять социальное напряжение, присутствовавшее в социуме пенитенциарной системы, значительно повысить уровень знаний о ВИЧ/СПИД, путях передачи вируса и методах профилактики. На практике удалось создать условия для обеспечения конфиденциальности медицинской информации.

Наиболее серьезные проблемы, которые могут определять будущее пенитенциарной медицины в связи с наличием ВИЧ-инфекции, это:

- Невозможность вследствие ограниченного финансирования обеспечить лечение всевозрастающего числа больных СПИД, а также добровольное тестирование и проведение эпидемиологического мониторинга.
- Сомнительная эффективность информационных программ в связи с невозможностью обеспечить презервативами и дезинфицирующими средствами содержащихся в учреждениях лиц.

Наиболее вероятное финансирование из государственного бюджета

в ближайшее время возможно только на питание, проведение первоочередных противоэпидемических мероприятий, предоставление медицинской помощи больным инфекционными заболеваниями, неотложную медицинскую помощь, симптоматическое лечение больных СПИД. Это первоочередные потребности. Покрытие расходов на профилактические мероприятия против ВИЧ-инфекции из бюджетных средств остается на ближайшее время сомнительным. Поэтому необходимо тесное сотрудничество медицинских служб Государственного департамента Украины по вопросам исполнения наказаний с неправительственными организациями в вопросах профилактики ВИЧ/СПИД и ИППП.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

Сергей
Меня зовут Сергей. Мне 25 лет, у меня три судимости. Я наркоман. Наркотик попробовал в первый раз, когда мне было еще 17 лет. Это был эфедрин. Дело в том, что я болею бронхиальной астмой, и в то время легко мог доставать эфедрин в ампулах через аптеку. Об этом узнали наркоманы постарше и уговорили меня попробовать «джеф», чтобы я мог доставать эфедрин и для них. Я купился на то, что «джеф» не вызывает химической зависимости, от него нет «ломки», а с психической зависимостью я как-нибудь справлюсь, ведь я считал себя сильным человеком.

В 17 лет я получил свой первый срок — полтора года за карманную кражу. Совершеннолетие свое я

встретил в тюрьме. Освободился в 18 с небольшим. К тому времени эфедрин доставать я уже не мог, но желание уколоться было очень сильным, и я подсел на «ширку», так как хотелось уколоться хоть чем-нибудь.

И буквально через месяц меня снова посадили. На этот раз дали мне три года строгого режима. Употреблял я наркотики и в «зоне», конечно не систематически, но довольно часто. Освободился немного раньше срока, в связи с амнистией. Это было в конце октября 1994 г. Я сразу начал систематически колоться «ширкой». К концу 1995 г. на меня опять завели уголовное дело — меня «хлопнули» с маком, в результате — подписка о невыезде. Все это время я продолжал колоться. Но перед судом я решил «спрыгнуть», чтобы не дали принудительного лечения. Я лег в соматическое отделение психиатрической больницы, отлежал там полный курс лечения и до суда, который состоялся в апреле 1996 г., не кололся. Случилось какое-то чудо, ведь у меня не было адвоката, за плечами — два срока, а суд избрал мне наказание, не связанное с лишением свободы. Мне дали отсрочку приговора на год.

Потом я познакомился с девушкой, ставшей впоследствии моей женой. Добился определенного благополучия: мы купили квартиру, машину, оформили документы на частное предпринимательство. До этого я работал на хлебозаводе, и мне удалось скопить немного денег, на которые мы открыли свою палатку. Потом я устроился работать в частный магазин и стал зарабатывать еще больше. Эти три года я не употреблял никаких наркотиков. Все

деньги приносил домой.

Началось все, казалось бы, с пустяка. Я поссорился с женой, шел по улице и встретил знакомого наркомана, который предложил мне уколоться. Я отказался, но он объяснил мне, что это не «ширка», а «винт», что жена ничего не заметит (она всегда выступала против наркотиков), и никаких «кумаров» не будет. Я думал, что это будет один только раз, но очень скоро я стал колоть по 6—8 кубиков «винта» в сутки.

Дома начались скандалы, и в конце концов жена меня бросила — без предупреждения ушла к другому мужчине. Мне очень больно писать об этом, потому что я до сих пор ее люблю. Но случилось так, что все, к чему я стремился: дом, семья, благополучие — за полгода «винтового» марафона я разрушил собственными руками. С работы меня выгнали, палатку мы закрыли, квартира осталась жене, а машину я продал и «проколол».

В октябре 1999 г. я снова начал колоться «ширкой», а весной 2000 г. узнал, что ВИЧ-инфицирован. Я считаю, что ни жены, ни детей у меня больше не будет, и от этого схожу с ума. До сих пор не могу забыть свою жену и считаю те три года, что мы прожили вместе, самыми счастливыми в моей жизни.

На сегодняшний день я «спрыгнул» и какое-то время не колюсь. Когда я прихожу на собрания группы взаимопомощи в «Свет надежды», мне становится легче. Я нашел там людей, с которыми могу говорить о чем угодно, и я знаю, что меня понимают и принимают таким, какой я есть. Но я боюсь, что этот «пунктик» относительно семьи и жены может

опять привести меня к срыву. Я боюсь, что у меня никогда больше не будет близкого человека. Я не знаю, что мне с этим делать. Я не знаю, зачем мне жить. Мне очень плохо оттого, что я остался один. Одиночество сводит меня с ума, я не знаю, что будет дальше.

Дважды я пытался покончить с собой, но Бог решил, видно, что мне еще рано. Первый раз родители вернулись раньше и вызвали «скорую помощь», потом соседи и сослуживцы отца сдавали для меня

кровь (я вскрыл вены). Во второй раз нож, которым я ударил себя в грудь, прошел в 2 сантиметрах от сердца.

А еще мне очень жаль мою маму. Страшно подумать, сколько она выстрадала из-за меня. Я чувствую себя очень виноватым перед ней. Ведь она ни в чем не виновата.

P.S. Я не стараюсь вызвать к себе жалость. Просто это моя история, такая, какая она есть. Во всем виноват я сам.

Основой данной главы является оригинальная статья канд. мед. наук А. Гунченко.

глава шестая

Экстренная профилактика заражения ВИЧ

ЗАРУБЕЖНЫЕ ПРАКТИКИ

Через 24—48 часов после возможного заражения

В медицинских учреждениях ряда стран в настоящее время предлагают так называемую экстренную профилактику для людей, подвергшихся риску заражения ВИЧ не более 24—48 часов назад. Это может предупредить развитие заболевания, если лечение продолжается один месяц. Нет нужды продолжать лечение дольше одного месяца, так как цель этого курса — предотвратить проникновение ВИЧ в клетки. За это время либо инфекция будет остановлена, либо начнется инфекционный процесс.

Экстренную профилактику следует начинать в ближайший час после возможного заражения

Наблюдение за людьми, контактировавшими с кровью ВИЧ-инфицированных при случайных проколах кожи иглами показало, что лечение препаратом АЗТ, начатое в первые 24 часа, снижает риск развития инфекции на 80 %.

В клиниках не предлагают этот вид лечения всем тем, кто считает, что подвергся риску заражения ВИЧ.

Крайне важно — начать профилактику не позже 24—48 часов после рискованного контакта, так как в этом случае оно дает максимальный шанс на успех.

Чтобы решить, действительно ли человек подвергся высокому риску заражения, ему могут задать множество вопросов, таких, как:

- Является ли ваш партнер ВИЧ-позитивным?
- Относится ли ваш партнер к особо уязвимой группе?
- Произошла ли эякуляция в ваше тело или вы были активным партнером?
- Попало ли в ваши вены большое количество крови при инъекциях с использованием общих игл?
- Сопровождался ли половой акт жестокостью и травмами, как при изнасиловании?
- Откуда ваш партнер? Из местности, где широко распространены ВИЧ, или из региона, где вирус редко встречается?
- Согласны ли вы на четырехнедельный курс лечения с возможными неприятными побочными эффектами? Ведь придется принимать лекарства строго по схеме.

Крайне важно начать лечение не позже 24—48 часов после рискованного контакта, так как в этом случае оно дает максимальный шанс на успех.

Конечно, возможно, что заражение ВИЧ не произойдет, даже если человек не станет принимать доступных лекарств. Но, с другой стороны, лечение не нанесет ему вреда, если он примет курс препаратов, а позже окажется, что риска заражения не было.

После рискованного контакта прошло более 48 часов

Людам, обратившимся за медицинской помощью позднее чем через 24—48 часов от момента рискованного контакта, при условии, что есть основание предполагать ВИЧ-инфекцию, многие врачи считают возможным предложить комбинацию из трех или четырех антиретровирусных препаратов для ограничения размножения вируса в организме. Помешав вирусу размножиться на этой стадии инфекции, вы получаете шанс полностью избавиться от ВИЧ после нескольких лет лечения или удерживать инфекцию на очень низком уровне всю оставшуюся жизнь.

ПРАКТИКА В УКРАИНЕ

Доступность профилактики заражения ВИЧ при аварийных ситуациях

Большинству медицинских работников химиопрофилактика антиретровирусными препаратами до-

ступна. Согласно существующей нормативной базе все регионы должны закупать (за счет местных бюджетов) определенное количество антиретровирусных препаратов для этих целей. В 2003 году такие закупки были проведены не всеми регионами.

Химиопрофилактика медицинским работникам в случае аварийной ситуации (порез, прокол и т.д.) при работе с ВИЧ-позитивными пациентами или их биологическими материалами проводится, однако системы учета таких случаев на центральном уровне в настоящее время не существует. Химио-профилактика заражения ВИЧ после сексуального насилия не проводится. Нам известен случай, когда химиопрофилактику инфицирования ВИЧ проводили ребенку, уколотившемуся иглой от шприца, найденного на улице. В Украине официально зарегистрирован один случай профессионального заражения медицинского работника.

Во всех случаях проведение химиопрофилактики предусмотрено соответствующее консультирование специалистами центров СПИД.

Химиопрофилактика проводится бесплатно; не существует гендерных или каких-либо других различий в подходах при назначении химиопрофилактики.

Ограничением доступа к химиопрофилактике заражения ВИЧ является недостаточная компетентность лиц, принимающих решения в области здравоохранения.

Основой данного раздела послужили оригинальные статьи Юрия Саранкова, руководителя проектов снижения вреда и Дмитрия Филиппова, программного сотрудника (СПИД-Фонд «Восток-Запад»), Натальи Нагорной и Лаймы Гейдар (Информационно-образовательный центр «Женская сеть»), Стаса Науменко («Гей-Альянс»), Петра Полянцева («Жизнь +»), Елены Пурик, Натальи Нагорной, Лаймы Гейдар, Людмилы Шурпач, Виктора Исакова, (Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине), Юрия Круглова (Украинский центр профилактики и борьбы со СПИД).

седьмой раздел
Заболевание



люди и ВИЧ

глава первая

Клинические проявления ВИЧ-инфекции

Клиническая стадия заражения ВИЧ начинается с того момента, когда в организм человека проникает ВИЧ. Вирус попадает в клетки макрофаги и лимфоциты, в которых он размножается и затем «заселяет» другие клетки. Клетки иммунной системы являются мишенями для вируса. Проникая в них, вирус размножается, что со временем приводит к их разрушению и выходу большого количества вируса в кровь, с последующим инфицированием новых клеток-мишеней. Вирус поражает инфицированные клетки и нарушает их функцию. Со временем эти нарушения функции клеток начинают проявляться в виде клинических симптомов, развивающихся в результате иммунодефицитного состояния.

Таким образом, клинически ВИЧ-инфекция проявляется тогда, когда в организме зараженного человека развивается иммунодефицит.

Клиническая картина болезни, обусловленная ВИЧ, становится все сложнее. Помимо симптоматики, характерной для СПИД, наблюдаются проявления инфекций, вызванных условно патогенными микроорганизмами. По предварительным оценкам, СПИД ежегодно развивается у 2—8 % инфицированных, и пока этот показатель не снижается.

Вызываемая ВИЧ болезнь протекает в 5 этапов, которые отмечаются не у всех зараженных: острая стадия заболевания, латентный период, персистирующая генерализованная лимфаденопатия, ассоциируемый со СПИД симптомокомплекс (пре-СПИД) и собственно СПИД.

В острой форме заболевание может развиваться через неделю после заражения вирусом, что, как правило, предшествует появлению антител в крови. Организм начинает вырабатывать антитела через 6—8 недель, а иногда и 8 месяцев после инфицирования. К клиническим проявлениям относятся лихорадка, лимфаденопатия (увеличение лимфатических узлов), потливость в ночное время, головная боль, кашель. У трети или половины ВИЧ-позитивных людей присутствует, по меньшей мере, один из перечисленных признаков. Зарегистрированы случаи острой энцефалопатии (нарушение деятельности головного мозга).

Клиническая картина

Выделяют четыре стадии ВИЧ-инфекции:

- I. Бессимптомное носительство.
- II. Болезнь по типу генерализованной лимфаденопатии.

III. СПИД-ассоциированный комплекс.

IV. Собственно СПИД, заканчивающийся летальным исходом.

Латентный период характеризуется отсутствием проявлений болезни. По сути дела, он предстает собой бессимптомное носительство. Продолжительность этого периода составляет от нескольких месяцев до нескольких (5—15) лет. У детей отмечается более короткая продолжительность периода инкубации и клинические проявления заболевания у них возникают значительно раньше (недели, месяцы). Специфические серологические реакции с использованием специальных диагностических тестов позволили определить группу клинически здоровых лиц, имеющих антитела к ВИЧ. Эти люди, находясь в стадии бессимптомного носительства, или инкубации, и могут явиться источником заражения других людей.

По окончании инкубационного периода наступает фаза, которая характеризуется как **генерализованная лимфаденопатия** (персистирующая генерализованная лимфаденопатия, синдром лимфаденопатии, синдром пролонгированной немотивированной лимфаденопатии). Считается, что эта стадия является переходной в развитии инфекционного процесса. У больных на нескольких участках тела увеличиваются лимфатические узлы (не менее двух групп лимфатических узлов вне паховой области). Лимфоузлы при пальпации умеренно болезненны или безболезненны, с окружающей клетчаткой не связаны, их подвижность сохранена, размер до 1—3 см в диаметре. Симп-

томокомплекс сохраняется не менее 3 месяцев.

Персистирующую генерализованную лимфаденопатию у инфицированных ВИЧ диагностируют, когда у пациентов в 2—3 местах (кроме паховой области) увеличиваются лимфатические железы (размер в диаметре превышает 1 см) и когда такое состояние, не обусловленное другой болезнью или лекарственными препаратами, сохраняется не менее 3 месяцев.

Поражение кожи и слизистых оболочек зачастую служит первым признаком перехода процесса в СПИД-ассоциированный комплекс или СПИД.

Для СПИД-ассоциированного комплекса характерны такие же симптомы, признаки и иммунологические нарушения, как и у страдающих СПИД, но они менее выражены. У таких больных инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами, носят локальный характер. Может снижаться масса тела, отмечают недомогание, усталость и сонливость, потеря аппетита, неприятные ощущения в области живота, диарея без видимой причины, лихорадка, приступы потливости по ночам, головная боль, зуд, аменорея, лимфаденопатия и увеличение селезенки.

Развивается выраженное снижение работоспособности, нарастает общая слабость, потливость. Один из характерных признаков — довольно быстрое (в течение недель или месяцев) снижение массы тела, резкое похудание больных на 10 % и более. Почти у всех больных имеет место диарея хронического характера, не объяснимая другими причинами. Менее

постоянными признаками могут быть экзантемы, себорейные дерматиты, облысение, микотическая патология.

Собственно СПИД является наиболее тяжелой стадией болезни, обусловленной ВИЧ. Она характеризуется наличием инфекций, вызванных условно патогенными микроорганизмами, и злокачественных опухолей, которые развиваются из-за тяжелого клеточного иммунодефицита. Типы инфекций в значительной степени зависят от того, воздействию каких микробных агентов подвергался человек. Именно этим можно объяснить разницу в частоте оппортунистических инфекций у больных СПИД в африканских, американских и европейских странах. Так, ПЦП распространена среди американских и европейских пациентов и довольно редко встречается у африканских больных. В Африке чаще наблюдаются инфекции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), вероятно, в силу большей пораженности кишечными микробными агентами. Для этой стадии болезни типичны те же признаки и симптомы, что и для СПИД-ассоциированного комплекса, но они имеют более выраженный характер.

Клиника собственно СПИД в целом представляет сочетание факторов, создающих тяжелую клиническую ситуацию, характер которой определен оппортунистическими инфекциями. Ранние симптомы СПИД — усугубившиеся признаки предшествующей фазы, периода пре-СПИД (т.е. немотивированная лихорадка, лимфаденопатия, нарастающая общая слабость, потеря аппетита, диарея, прогрессиру-

ющее снижение массы тела). У больных отмечается гепатоспленомегалия, кашель, лейкопения. Позже присоединяются нарушения зрения, связанные с ретинитом.

Основные формы СПИД

Выделяют пять основных форм СПИД:

1. Легочная форма. Поражение бронхо-легочного аппарата — одно из самых постоянных и частых проявлений СПИД. По данным патологоанатомических вскрытий, у умерших от СПИД более чем в 60 % отмечено поражение дыхательной системы. Наиболее частая оппортунистическая инфекция — ПЦП. Реже поражения вызываются другими микроорганизмами. Легочная форма СПИД проявляется гипоксией, болями в груди, одышкой, сухим кашлем, изменениями на рентгенограмме легких в виде рассеянных инфильтратов.

2. Желудочно-кишечная (диспепсическая) форма. У больных с этой формой СПИД отмечают выраженную диарею. Как правило, из оппортунистических инфекций выявляют кандидоз пищевода и желудка, криптоспоридиоз. Клинически отмечается чувство тяжести за грудиной, нарушение глотания. Поражения ЖКТ, как и легких, являются одной из основных причин смерти при СПИД.

3. Неврологическая форма (нейроСПИД). У трети больных выявляются изменения центральной нервной системы (ЦНС), причем различают четыре основных варианта:

а) абсцесс токсоплазменной этиологии, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия,

криптококковый менингит, подострый цитомегаловирусный энцефалит;

б) опухоли (первичная или вторичная В-клеточная лимфома мозга);

в) сосудистые поражения центральной нервной системы и других систем (небактериальный тромбоцитический эндокардит и церебральная геморрагия);

г) очаговые мозговые повреждения с самоограничивающимся менингитом.

Находящийся в тканях головного мозга ВИЧ может быть причиной прогрессирующей деменции (слабоумия) у почти 1/3 больных СПИД. Последняя может иметь место и без других признаков СПИД. Она, как правило, развивается постепенно, с появлением тремора и замедленности движений, которые прогрессируют, до развития тяжелого слабоумия, потери речи, недержания мочи и кала и паралича конечностей. Поражения нервной системы служат непосредственной причиной смерти у четверти страдающих СПИД.

4. Диссеминированная форма.

У части больных с развернутой клинической картиной СПИД отмечается нефротический синдром с почечной недостаточностью, поражение органа зрения. Поражения кожи проявляются чаще всего СК, васкулитами, ксеродермитами, опоясывающим лишаем, микозами. Могут иметь место и другие генерализованные инфекции.

Постановка диагноза

Существуют два определения диагноза СПИД, которые используются для представления соответствующей информации в ВОЗ. Одно опре-

деление, разработанное ВОЗ, основывается на клинических признаках, а второе — из Центра борьбы с заболеваниями США (ЦББ). Определение ВОЗ основывается на результатах тестирования на антитела к ВИЧ, а также четкого диагностирования других заболеваний, часто ассоциирующихся со СПИД. То определение, которое используется применительно к той или иной конкретной стране, будет зависеть от способностей и возможностей по проведению тестирования на антитела к ВИЧ при диагностировании заболевания, характерного для СПИД.

Таким образом, диагноз СПИД основывается на клинических симптомах и результатах теста на антитела к ВИЧ. Он устанавливается в случае выявления у пациента одного из конкретных заболеваний, фигурирующих в перечне (оппортунистические инфекции и отдельные виды рака) и свидетельствующих о лежащем в основе заболевания иммунодефиците. При этом необходимо исключить возможность других причин иммунной недостаточности.

Методика распознавания СПИД у взрослых и детей, применяемая ВОЗ при ограниченном выборе диагностических средств

Согласно методике распознавания СПИД, применяемой ВОЗ, о заболевании СПИД у взрослых свидетельствует наличие не менее двух основных признаков, связанных с не менее чем одним второстепенным признаком при отсутствии известных случаев подавления иммунитета, таких, как рак, серьезное нарушение или недостаточность питания

вследствие другой признанной этиологии.

Основные симптомы:

- потеря массы тела — десять процентов от массы тела;
- хроническая диарея — один месяц;
- продолжительная лихорадка — один месяц.

Вторичные симптомы:

- упорный кашель на протяжении месяца;
- генерализованный зудящий дерматит;
- рецидивирующий опоясывающий герпес;
- глоточно-ротовой кандидоз;
- хроническая прогрессирующая и диссеминированная герпетическая инфекция (простой герпес);
- генерализованная лимфаденопатия.

Для установления диагноза СПИД достаточно наличия только генерализованной СК или криптококкового менингита.

Заболевание СПИД у детей можно предположить, если у грудного младенца или ребенка присутствуют не менее двух из следующих

симптомов, сопровождающихся не менее чем двумя следующими второстепенными симптомами, при отсутствии известных случаев подавления иммунитета, обусловленного, например, раком, серьезным нарушением питания или другим заболеванием установленной этиологии:

Основные симптомы:

- потеря массы тела или ненормально медленный рост;
- хроническая диарея, продолжающаяся более одного месяца;
- затяжная лихорадка, длящаяся более одного месяца.

Вторичные симптомы:

- генерализованная лимфаденопатия;
- глоточно-ротовой кандидоз;
- рецидивирующие инфекции общего характера (отит, фарингит и т.д.);
- упорный кашель;
- генерализованный дерматит;

Подтверждение инфицирования матери (при возможности ее обследования) является необходимым фактором.

восьмой раздел

Лечение



люди **и ВИЧ**

глава первая

Современные методы лечения

Краткое введение в антивирусную терапию

Лечение оппортунистических инфекций (таких, как ПЦП, герпес, гепатит В, туберкулез) жизненно важно для людей, живущих с ВИЧ. Но теперь и на сам ВИЧ можно воздействовать при помощи антиретровирусных препаратов, замедляющих прогрессирование ВИЧ-инфекции вплоть до предотвращения развития СПИД.

В первые годы эпидемии лечение не оказывало большого влияния на среднюю продолжительность жизни людей со СПИД. Вопреки оптимистическим заявлениям, будто открытие ВИЧ обещает быстрый прорыв в поисках вакцин и методов лечения, прогресс в поиске эффективных антивирусных препаратов запаздывал.

Первым основным лицензированным антиретровирусным лекарством для людей со СПИД с 1986 года стало

АЗТ. Разработчики и фармацевтические эксперты подвергались огромному давлению: нужно было как можно быстрее сделать доступным лекарство, которое могло бы дать надежду тысячам. Активисты по борьбе со СПИД требовали, чтобы власти отказались от обычной щепетильности с целью защиты населения, и чиновников убедили, что обстоятельства крайней необходимости оправдывали менее строгие меры предосторожности. Почти восемь лет потребовалось для того, чтобы стала очевидной ограниченность АЗТ, что, как считают многие, задержало поиски других, более эффективных способов лечения.

Разработка методов лечения оппортунистических инфекций проходила успешнее; наиболее важной была ПЦП. Несколько исследований показали, что профилактика ПЦП является

ВОЗ – организация, ко-спонсор ЮНЭЙДС предпринимает усилия, направленные на обеспечение ухода за ВИЧ-инфицированными, – и ее партнеры разрабатывают комплексную глобальную стратегию, направленную на то, чтобы к 2005 году охватить антиретровирусным лечением 3 миллиона человек. Для достижения этой цели требуется резкое и устойчивое увеличение ресурсов и политической приверженности, в том числе со стороны стран, сильно пострадавших от СПИД. Политика и практика, направленные на достижение этой цели, должны обеспечивать равноправный доступ к лечению, для того чтобы пользу от такого лечения получали бедные и маргинализированные слои общества, особенно женщины. Помимо этой огромной задачи, перед нами стоит приоритетная задача по ускорению реализации программ профилактики. Повышение эффективности профилактических мер и значительное расширение доступа к лечению должны осуществляться параллельно. Программы профилактики способны замедлить распространение ВИЧ, а программы антиретровирусного лечения смягчают последствия СПИД.

Несмотря на то что вирусная нагрузка у пациентов через определенное время снижается до уровня, не определяемого современными тест-системами, вирус у пациентов обнаруживается внутри клеток. Неутешительным является и то, что у некоторых пациентов ВИЧ может изменяться и мутировать. Это означает, что несмотря на активное противовирусное лечение, размножение ВИЧ в организме продолжается, но в минимальной степени.

фактором, влияющим на увеличение продолжительности жизни людей с диагнозом СПИД. Профилактика ПЦП стала стандартной процедурой только после активной кампании групп «Люди со СПИД» в США.

Политическое давление с целью ускорить выпуск препаратов против СПИД сыграло основную роль в расширении возможностей лечения для людей с ВИЧ через лоббирование фармацевтических компаний и компаний—производителей лекарственных препаратов. До того как началась эпидемия СПИД, производители лекарств очень редко выдавали многообещающие препараты в экстренных случаях до того, как их пролицензировали. В отношении же ВИЧ-инфекции компании поняли, что выдача экспериментальных лекарств является радикальной формой маркетинговой стратегии.

Другой важной разработкой стал **уход в сообществе**, позволяющий людям со СПИД получать больше медицинского внимания в своих собственных домах, а не в больницах. Этот процесс был ускорен введением таких приборов, как портативный регулятор лекарства),

позволяющих саморегулировать некоторые лекарства, что освобождало человека от необходимости быть несколько часов привязанным к капельнице. Домашний уход, который осуществляли имеющие опыт ухода за людьми со СПИД медсестры, уменьшил потребность долговременной госпитализации. Врачи получали все больше навыков в диагностике оппортунистических инфекций, поскольку они приобретали опыт лечения людей с ВИЧ.

Многие люди с ВИЧ и СПИД сами стали экспертами в предоставляемых им методах лечения, что со временем изменило расстановку сил между врачами и пациентами. Следуя примеру активистов-феминисток и больных раком, которые все больше осознавали важность информированности, активисты СПИД провозгласили своим принципом полное информирование людей о риске и выгодах различных методов лечения и расширение контроля индивидов над доступом к экспериментальным методам лечения.

АЗТ-монотерапию (лечение одним препаратом) проводили, с 1986 г. Сегодня к ней, как правило, прибегают только для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Лицензирование лекарств для комбинированной антиретровирусной терапии началось в 1996 г. Препараты, борющиеся с ВИЧ на разных стадиях его развития, соединяют в двойную или тройную комбинации. ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия с комбинацией трех или четырех препаратов) сейчас является нормой для развитых стран.

Антиретровирусная терапия не может удалить ВИЧ из организма, и пока неизвестно, как долго она может

Невирепин и резистентность

Согласно результатам исследований, оглашенным 9 февраля 2004 года, препарат неврипин, значительно снижающий вероятность передачи ВИЧ от матери к ребенку при родах, повышает резистентность вируса к другим препаратам, которые могут быть необходимы матери и ребенку в дальнейшем.

Неврипин назначают беременным в период родов и новорожденным в течение 72 часов после рождения.

В большинстве случаев неврипин помогает избежать передачи ВИЧ детям от ВИЧ-инфицированных матерей. В среднем только 1—3 % детей, чьи матери принимают неврипин, инфицируются ВИЧ. Если же неврипин не применяется, этот показатель может составить 35 %. Однако согласно заявлениям исследователей, которые прозвучали на 11 ежегодной Конференции по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям, проходившей в Сан-Франциско 8—11 февраля 2004 года, для тех немногих детей, которые все же инфицируются ВИЧ, в будущем лечение другими препаратами от ВИЧ-инфекции/СПИД может оказаться неэффективным из-за возникшей у них резистентности. Результаты исследований также свидетельствуют, что у 20 % женщин, принимавших неврипин, выработалась резистентность к другим схемам лечения ВИЧ-инфекции сразу после родов. Этот феномен должен стать предметом более глубокого исследования.

По словам исследователей, эти данные не ставят под сомнение необходимость использования неврипина в период родов, но они должны заставить врачей задуматься о том, как оптимизировать схему лечения рожениц. Необходима новая стратегия, которая позволила бы избежать развития резистентности у матери и новорожденного, который все-таки был инфицирован ВИЧ, несмотря на применение неврипина.

По материалам рассылки AEGiS (<http://www.aegis.org/news/>)

подавлять развитие инфекции. Возможно, живущим с ВИЧ, чтобы избежать СПИД, нужно будет прибегать к антиретровирусной терапии до конца своей жизни.

Обследование на количество клеток CD4+ и вирусную нагрузку отражает состояние иммунной системы и темп прогрессирования ВИЧ-инфекции. Эти показатели учитывают при принятии решения о том, когда людям с ВИЧ начинать антиретровирусную терапию и какая комбинация

препаратов будет наиболее эффективной.

Показатель эффективности лечения ВИЧ-инфекции — снижение вирусной нагрузки и повышение числа клеток CD4+.

Препараты, непосредственно воздействующие на вирус

Наиболее эффективным и действенным способом лечения ВИЧ-инфекции на сегодняшний день является специфическая противовирусная

терапия: блокировка вируса ВИЧ в крови пациента с помощью антиретровирусных препаратов, которая не дает возможности вирусу размножаться дальше. Медицина не располагает сегодня средствами, которые позволили бы полностью вылечить человека от ВИЧ-инфекции. Созданы и выпускаются препараты, а также разработаны схемы их применения, которые могут надолго задержать развитие болезни.

К таким препаратам относятся антиретровирусные препараты, которые разделены на три группы:

1 — нуклеозидные аналоги (аналоги обратной транскриптазы). Это соединения, которые препятствуют деятельности вирусного фермента обратной транскриптазы. К этому семейству препаратов относятся: AZT (тимазид, ретровир, зидовудин), ddI (диданозин, видекс), ddC (хивид, залцитабин), d4T (зерит, ставудин), 3TC (эпивир, ламивудин), FLT, PMEA и другие.

2 — нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы. К ним относятся: делавирдин (рескриптор), невирапин (вирамун), ловерид.

3 — ингибиторы протеазы. Эти лекарства воздействуют на протеазу и приводят к образованию вирионов

ВИЧ, не способных инфицировать новые клетки. В эту группу входят следующие препараты: индинавир (криксиван), саквинавир (инвираза), нелфинавир (вирасепт), ритонавир (норвир).

Наблюдения за пациентами показали, что применение препаратов по отдельности (монотерапия) приводит к образованию в крови таких штаммов вируса, которые, как правило, более агрессивны, чем до назначения лекарств. В то же время применение комбинации препаратов, состоящей из двух ингибиторов обратной транскриптазы и одного ингибитора протеазы, приводит к замедлению размножения вируса. Уже через две недели после начала антивирусного лечения значительно снижается количество вирусных частиц (вирусная нагрузка), а несколько позже улучшаются показатели иммунного статуса.

Назначить лечение может только врач, ориентируясь на клинические проявления болезни у пациента, вирусную нагрузку, количество лимфоцитов CD4+. Выбирая ту или иную комбинацию препаратов, врачу должно быть известно о болезнях, перенесенных пациентом в прошлом; о наличии хронических заболеваний; аллергии и множестве других фактов.

глава вторая

Основные принципы лечения ВИЧ-инфекции и их обоснование

Принцип 1. Постоянное размножение (репликация) ВИЧ приводит к повреждению иммунной системы и развитию СПИД. ВИЧ-инфекция всегда представляет опасность для организма, случаи длительного выживания без клинически значимого нарушения иммунитета наблюдаются крайне редко.

Активное размножение ВИЧ сопровождается прогрессирующим поражением иммунной системы. Без эффективного подавления репликации ВИЧ с помощью антиретровирусной терапии почти у всех ВИЧ-инфицированных отмечается нарастающее ослабление иммунитета, повышающее предрасположенность к оппортунистическим инфекциям, онкологическим и неврологическим заболеваниям, истощению и в конечном счете приводящее к смерти.

В развитых странах время от момента инфицирования до развития клинических проявлений СПИД в отсутствие антиретровирусной терапии или при использовании устаревших схем лечения нуклеозидными аналогами (например, монотерапии зидовудином) составляет в среднем 10—11 лет для взрослых ВИЧ-инфицированных. В 20 % случаев симптомы СПИД развиваются в первые 5 лет после инфицирования, иногда (менее чем в 5 % случаев) ВИЧ-инфекция протекает бессимптомно в

течение длительного времени (более 10 лет), а число лимфоцитов CD4+ не опускается ниже 500/мкл. Не более чем у 2 % инфицированных репликация ВИЧ удерживается на очень низком уровне с сохранением нормального числа лимфоцитов CD4+ более 12 лет, при этом у многих из них выявляются другие лабораторные признаки иммунодефицита.

Хотя в ряде случаев ВИЧ-инфекция не прогрессирует даже без антиретровирусной терапии, предсказать такое течение инфекции невозможно.

Поэтому всех ВИЧ-инфицированных следует рассматривать как группу риска развития СПИД. Лечение при ВИЧ-инфекции должно быть направлено на эффективное подавление размножения вируса для поддержания иммунитета на уровне, близком к нормальному, предотвращение прогрессирования заболевания, увеличение продолжительности жизни и сохранение ее качества на прежнем уровне. Для достижения этих целей лечение нужно по возможности начинать еще до тяжелого поражения иммунной системы.

Принцип 2. Уровень рибонуклеиновой кислоты (РНК). ВИЧ в плазме крови отражает активность размножения ВИЧ и связанную с ней скорость разрушения лимфоцитов

CD4+, а число лимфоцитов CD4+ свидетельствует о степени повреждения иммунной системы. Регулярное определение уровня РНК ВИЧ и числа лимфоцитов CD4+ необходимо для оценки риска прогрессирования ВИЧ-инфекции и определения времени начала или изменения антиретровирусной терапии.

Скорость прогрессирования ВИЧ-инфекции можно прогнозировать по активности репликации ВИЧ в организме ВИЧ-инфицированных, которую отражает вирусная нагрузка. Оценивая общее содержание вируса с помощью количественных методов определения РНК ВИЧ в плазме крови, можно судить об относительном риске прогрессирования ВИЧ-инфекции и ожидаемой продолжительности жизни. Определение уровня РНК ВИЧ позволяет также оценить эффективность антиретровирусной терапии у конкретного больного. По мнению специалистов, определение РНК ВИЧ следует считать неотъемлемой частью лечения, позволяющей использовать антиретровирусные препараты наиболее эффективно. Изменение количества лимфоцитов CD4+ отражает степень уже имеющегося повреждения иммунной системы и позволяет оценить риск развития оппортунистических инфекций и других осложнений ВИЧ-инфекции. Одновременное определение количества лимфоцитов CD4+ и уровня РНК ВИЧ повышает точность, с которой можно прогнозировать прогрессирование заболевания и время наступления смерти. Особенности оценки этих показателей при ВИЧ-инфекции у новорожденных и детей подробно обсуждаются ниже (см. принцип 9).

Необходимо помнить о следующих важных аспектах:

1. В случаях впервые выявленной ВИЧ-инфекции надо определить исходный уровень РНК ВИЧ до наступления клинического ухудшения. В первые 6 месяцев после инфицирования уровень РНК ВИЧ не позволяет точно прогнозировать риск прогрессирования заболевания. В последующие 3 месяца уровень РНК ВИЧ стабилизируется, это значение (называемое точкой отсчета) может быть использовано для оценки риска прогрессирования заболевания.

После этой стабилизации в течение многих месяцев и даже лет он может оставаться практически неизменным. Однако проведение иммунизации и сопутствующие инфекции могут сопровождаться преходящим повышением данного показателя, поэтому определение исходного уровня РНК ВИЧ в первые 4 недели после этого может привести к ошибочным результатам. Для точного измерения исходного уровня РНК ВИЧ рекомендуется забирать кровь дважды с интервалом в 1—2 недели, оба раза использовать оптимальные, уже проверенные процедуры ее дальнейшей обработки и один и тот же количественный метод. Повторный анализ необходим для нивелирования погрешностей, связанных с техническими и биологическими особенностями метода.

2. Исследования показали, что у ВИЧ-инфицированных уровень РНК ВИЧ в плазме крови постепенно нарастает. Чем быстрее это происходит, тем выше риск прогрессирования заболевания. Скорость нарастания уровня РНК ВИЧ у конкретного больного прогнозировать

невозможно, на определенном этапе она может резко увеличиться. Поэтому для точной оценки риска прогрессирования заболевания необходимо периодически определять уровень РНК ВИЧ в крови.

3. Исследования, посвященные изучению динамики репликации ВИЧ у инфицированных, свидетельствуют о том, что в первые дни после начала эффективной комбинированной антиретровирусной терапии уровень РНК ВИЧ в крови должен заметно уменьшиться. Если отсутствует новое поражение лимфоцитов CD4+, то в течение 2 недель после начала лечения уровень РНК ВИЧ должен снизиться приблизительно до 1 % от исходного, а в течение 8 недель достичь низшей точки (в идеале — не определяться самыми чувствительными методами). У лиц с очень высоким исходным уровнем РНК ВИЧ этот процесс может занимать больше времени (приблизительно до 16 недель).

4. Методы определения уровня РНК ВИЧ в крови лучше всего позволяют оценить эффективность антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных. Повторное увеличение уровня РНК ВИЧ у больных, точно придерживающихся схемы лечения, может указывать на появление устойчивых к воздействию лекарств штаммов ВИЧ. Если в течение 16 недель после начала антиретровирусной терапии или изменения ее схемы достигнута желаемая степень подавления размножения ВИЧ, уровень РНК ВИЧ следует и дальше периодически измерять для полной уверенности в эффективности выбранной схемы лечения.

5. У ВИЧ-инфицированных со стабильным общим состоянием

уровень РНК ВИЧ при повторных измерениях (с интервалом в несколько дней или недель) может повышаться или снижаться в 3 раза.

6. Число лимфоцитов CD4+ следует определять во всех случаях впервые выявленной ВИЧ-инфекции.

7. Число лимфоцитов CD4+ может в значительной степени колебаться в связи с биологической вариабельностью и особенностями метода его определения, при повторных измерениях эти колебания могут достигать 30 % без каких-либо сдвигов в состоянии больного. Таким образом, следует ориентироваться скорее не на абсолютные значения этого показателя, а на тенденции его изменения.

8. У больных, не получающих антиретровирусную терапию, необходимо регулярно измерять число лимфоцитов CD4+, чтобы выявлять случаи прогрессирования ВИЧ-инфекции.

9. У больных, получающих антиретровирусную терапию, регулярное определение числа лимфоцитов CD4+ необходимо для контроля за достигнутым иммунологическим эффектом и для оценки степени иммунодефицита.

10. До сих пор неизвестно, в одинаковой ли степени такой показатель, как число лимфоцитов CD4+, позволяет оценивать степень иммунодефицита или риск возникновения оппортунистических инфекций у больных, получающих и не получающих антиретровирусную терапию. Несмотря на увеличение числа лимфоцитов CD4+, обусловленное проведением антиретровирусной терапии, остается вероятность неполного восстановления их функции и

различий в распознавании антигена, поэтому существует опасение, что предрасположенность к оппортунистическим инфекциям может сохраняться даже при более высоких значениях этого показателя.

11. Для оценки риска прогрессирования заболевания часто определяют содержание р24 антигена, иногда неоптерина и b2-микроглобулина. Однако эти методы менее надежны, чем определение уровня РНК ВИЧ, и не обладают дополнительной прогностической ценностью по сравнению с методами определения уровня РНК ВИЧ и числа лимфоцитов CD4+. Поэтому данные исследования необязательны при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

Принцип 3. Поскольку у ВИЧ-инфицированных скорость прогрессирования заболевания различна, подход к выбору терапии должен быть индивидуальным, основанным на степени риска, которая определяется уровнем РНК ВИЧ и числом лимфоцитов CD4+.

Решение о том, когда начинать антиретровирусную терапию, следует принимать в зависимости от риска прогрессирования ВИЧ-инфекции и степени выраженности иммунодефицита. Если антиретровирусная терапия будет начата до появления иммунологических и вирусологических признаков прогрессирования заболевания, то ее положительный эффект может оказаться наиболее выраженным и длительным. Рассматривая вопрос о том, при каких значениях вирусной нагрузки или числа лимфоцитов CD4+ следует начать лечение, нужно иметь в виду, что риск прогрессирования ВИЧ-инфекции изменяется не ступенчато, а

плавно. Абсолютный пороговый уровень репликации ВИЧ, ниже которого прогрессирование маловероятно, неизвестен.

В настоящее время решение о начале терапии во многом определяется тем, что имеющийся арсенал антиретровирусных препаратов невелик (как с точки зрения различных классов антиретровирусных препаратов, так и с точки зрения их общего количества). Вероятно, показания к началу терапии будут изменяться по мере появления новых, более эффективных, легче дозируемых и лучше переносимых препаратов. Необходимо помнить о следующих важных аспектах:

1. Практикующие врачи и ВИЧ-инфицированные должны принимать решение о начале антиретровирусной терапии на основании уровня РНК ВИЧ и числа лимфоцитов CD4+.

2. До сих пор нет данных о степени положительного эффекта антиретровирусной терапии при сравнительно высоком числе лимфоцитов CD4+ (например, больше 500/мкл) и сравнительно низком уровне РНК ВИЧ (например, меньше 10 000 копий/мл). Однако последние достижения в области изучения патогенеза ВИЧ-инфекции позволяют предположить, что антиретровирусная терапия должна приносить пользу и в этих случаях. Решая вопрос о том, когда начинать лечение ВИЧ-инфицированных с невысоким риском прогрессирования заболевания, следует учитывать возможные неудобства и токсические эффекты, связанные с приемом современных антиретровирусных препаратов. Если будет принято решение пока не начинать терапию, необходимо регулярно определять уровень РНК ВИЧ и число лимфоцитов CD4+.

3. Когда в отсутствие лечения содержание вируса настолько низко, что уровень РНК ВИЧ не поддается оценке при неоднократном использовании современных методов его определения, а число лимфоцитов CD4+ остается стабильно высоким, риск прогрессирования ВИЧ-инфекции в ближайшем будущем минимален. О возможном положительном эффекте антиретровирусной терапии у таких лиц ничего не известно. Если будет принято решение не начинать терапию, следует регулярно определять уровень РНК ВИЧ и число лимфоцитов CD4+.

4. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции (т.е. при наличии СПИД или низкого числа лимфоцитов CD4+, например меньше 50/мкл) правильно подобранная антиретровирусная терапия, даже если она не сопровождается повышением числа лимфоцитов CD4+, оказывает определенный положительный эффект, уменьшая риск дальнейшего прогрессирования заболевания и смерти.

Поэтому обсуждать вопрос о прекращении лечения таких больных можно только в тех случаях, когда антиретровирусные препараты не подавляют размножение ВИЧ в достаточной степени, токсичность препаратов превосходит ожидаемый положительный эффект или увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества маловероятны (например, в терминальной стадии заболевания).

Принцип 4. Комбинированная терапия высокоактивными антиретровирусными препаратами, подавляющими репликацию ВИЧ до такого уровня, который уже не поддается оценке даже при использовании

самых чувствительных методов определения РНК ВИЧ, снижает вероятность появления штаммов ВИЧ, устойчивых к антиретровирусным препаратам. Наличие таких штаммов считается основным фактором, ограничивающим способность антиретровирусных препаратов подавлять репликацию ВИЧ и задерживать прогрессирование заболевания. Поэтому целью терапии должно быть максимальное снижение репликации ВИЧ.

Схемы антиретровирусной терапии, максимально подавляющей репликацию ВИЧ в течение длительного времени, разработаны на основе изучения биологии и патогенеза ВИЧ-инфекции. Характерное для ВИЧ-инфекции появление устойчивых штаммов — главный фактор, лимитирующий долговременную эффективность антиретровирусной терапии. Однако результаты последних клинических испытаний показали, что развитие лекарственной устойчивости можно замедлить и даже предотвратить при рациональном комбинированном использовании новых высокоактивных препаратов, которые могут подавлять репликацию ВИЧ до такого уровня, который уже не поддается оценке даже при использовании самых чувствительных методов определения РНК ВИЧ. Такое подавление репликации ВИЧ уменьшает вероятность накопления его мутаций, приводящих к образованию устойчивых штаммов.

Более того, степень и продолжительность подавления репликации ВИЧ под действием антиретровирусных препаратов позволяет прогнозировать выраженность положительного эффекта лечения.

Во всех случаях потенциальную токсичность препаратов, качество

жизни больного и его способность придерживаться сложной схемы комплексного лечения необходимо соотносить с ожидаемым клиническим эффектом от максимального подавления репликации ВИЧ и ожидаемыми неблагоприятными последствиями при ее неполном подавлении. Необходимо помнить о следующих важных аспектах:

1. Когда принято решение начать антиретровирусную терапию, следует по возможности стремиться к подавлению размножения ВИЧ до уровня, не определяемого самими чувствительными методами.

2. Если не удастся подавить репликацию ВИЧ до неопределяемого уровня, нужно стремиться как можно дольше удерживать ее на минимальном уровне. При неполном подавлении репликации ВИЧ иммунологический и клинический эффекты лечения будут менее выраженными и менее продолжительными. Более высокая остаточная репликация ВИЧ на фоне лечения предрасполагает к более быстрому развитию устойчивости к антиретровирусным препаратам и угасанию их клинического эффекта. В настоящее время точно не известно, до каких значений надо подавлять уровень РНК ВИЧ, чтобы обеспечить предсказуемый клинический эффект терапии. Однако последние данные указывают на то, что вероятность более выраженного и продолжительного эффекта выше при уровне РНК ВИЧ меньше 5 000 копий/мл.

3. Чувствительность современных методов определения РНК ВИЧ приблизительно одинакова. Еще более чувствительные варианты каждого из этих методов находятся в

стадии разработки, коммерческие наборы для их проведения могут появиться в ближайшем будущем. Тогда основной целью антиретровирусной терапии станет подавление размножения ВИЧ до уровня, который нельзя будет выявить даже при использовании этих новых модифицированных методов определения РНК ВИЧ.

4. Снижение количества вирусов до уровня, не поддающегося оценке при использовании чувствительных методов определения РНК ВИЧ в плазме крови, свидетельствует о значительном подавлении новых циклов репликации ВИЧ, но вовсе не означает излечения ВИЧ-инфекции или полного прекращения размножения вируса. Репликация может продолжаться в различных тканях и органах (например, в лимфе, лимфатических сосудах, лимфатических узлах или центральной нервной системе), хотя в крови ее уже не удается выявить. В ряде экспериментальных исследований осуществляются попытки добиться полного уничтожения вируса в организме, но успех пока не достигнут. В недавних исследованиях показано, что даже если уровень РНК ВИЧ в плазме крови долго (до 30 месяцев) остается сниженным до такой степени, что не поддается определению, вирус-лентный ВИЧ можно выделить из лимфоцитов CD4+. В таких случаях стойкая ВИЧ-инфекция скорее всего объясняется наличием резерва пораженных вирусом лимфоцитов CD4+, а не неэффективностью терапии.

Принцип 5. Самый эффективный способ длительного подавления репликации ВИЧ — одновременное назначение нескольких высокоактивных антиретровирусных препаратов,

которых больной еще не получал и к которым нет перекрестной устойчивости.

Необходимо учитывать различные аспекты комбинированного применения антиретровирусных препаратов при ВИЧ-инфекции. Эффективность конкретной схемы комбинированной антиретровирусной терапии не определяется только количеством используемых препаратов. Самые эффективные антиретровирусные препараты имеют высокую активность против ВИЧ и наиболее благоприятные фармакологические характеристики. Стойкая устойчивость к ним может развиться лишь после множественных мутаций в соответствующем гене ВИЧ. Кроме того, устойчивые штаммы ВИЧ, возникающие при лечении некоторыми антиретровирусными препаратами, могут обладать пониженной способностью к размножению. Препараты, используемые в комбинации, должны обладать синергизмом или суммацией антиретровирусной активности, не должны иметь антагонистических фармакокинетических или антиретровирусных свойств, недопустимо усиление их токсических эффектов. В идеале комбинируемые препараты должны взаимодействовать на молекулярном уровне таким образом, чтобы эффективность антиретровирусной терапии увеличилась, а процесс образования устойчивых штаммов замедлялся. Выбирая препараты для комбинированной терапии, следует помнить, что в дальнейшем может потребоваться изменение схемы лечения в связи с его неэффективностью. По возможности при начале или изменении терапии следует подобрать наиболее

рациональное сочетание антиретровирусных препаратов, заранее определив желаемую степень подавления размножения ВИЧ и альтернативную схему комбинированной терапии. Таким образом, нужно учитывать следующее:

1. Начиная или изменяя антиретровирусную терапию, необходимо тщательно подбирать комбинацию препаратов; нерациональный их выбор может привести к недостаточному подавлению репликации ВИЧ и ограничить возможности других схем лечения, если таковые потребуются в дальнейшем.

2. Максимальное подавление размножения ВИЧ, появления его устойчивых штаммов и дополнительного повреждения иммунной системы наиболее вероятно при проведении комбинированной антиретровирусной терапии у больных, ранее не получавших антиретровирусных препаратов.

3. Монотерапия любым из существующих антиретровирусных препаратов, даже наиболее активными ингибиторами протеазы, не может обеспечить достаточно выраженного и длительного подавления репликации ВИЧ. Более того, при монотерапии мощными антиретровирусными препаратами повышен риск появления устойчивых штаммов и развития перекрестной устойчивости к препаратам той же группы. Таким образом, монотерапия антиретровирусными препаратами в настоящее время не рекомендуется. Единственным исключением является использование зидовудина для снижения риска перинатальной передачи ВИЧ, если у беременной определяются высокое число

лимфоцитов CD4+ и низкий уровень РНК ВИЧ в крови, а проведение комбинированной антиретровирусной терапии по ряду причин противопоказано. В таких случаях кратковременный прием зидовудина существенно уменьшает риск инфицирования плода и практически не должен снижать эффективность комбинированной антиретровирусной терапии, если таковую будут проводить женщины в дальнейшем.

4. Антиретровирусные препараты (например, ламивудин) и нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (например, невирапин и делавирдин), к которым, несмотря на их высокую активность, быстро вырабатывается стойкая резистентность, не следует применять в комбинациях, не обеспечивающих полное подавление поддающейся определению репликации ВИЧ.

5. В настоящее время самым эффективным для длительного и глубокого подавления репликации ВИЧ считается сочетание двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы с мощным ингибитором протеазы. У больных, ранее не получавших антиретровирусных препаратов, подавление репликации ВИЧ до неопределяемого уровня отмечено при назначении двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы в сочетании с нуклеозидным ингибитором обратной транскриптазы (например, зидовудином, диданозином или невирапином). Однако данный подход изучен недостаточно, его пока нельзя рекомендовать в качестве надежного метода «первого ряда». Более того, у больных, получавших ранее нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы,

эффективность применения этой схемы лечения была существенно ниже. Положительный иммунологический и клинический эффект, если он вообще наступал в начале терапии, часто был непродолжительным.

6. Возможно комбинированное применение не трех, а двух антиретровирусных препаратов, хотя следует отметить, что ни одна комбинация из двух существующих в настоящее время нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы не обеспечивает надежного, длительного и эффективного подавления репликации ВИЧ. Контролируемые испытания показали, что в начале такого лечения может отмечаться снижение уровня РНК ВИЧ, но через 24—48 недель положительный эффект сохраняется лишь в небольшом проценте случаев. Более того, появление устойчивых штаммов на фоне неэффективной терапии снижает число резервных вариантов, которые можно было бы использовать в дальнейшем. Даже у больных, ранее не получавших антиретровирусные препараты, не рекомендуется широко применять сочетание одного нуклеозидного и двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы, так как при неэффективности такой схемы высок риск появления штаммов, устойчивых к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы. В пробных исследованиях сообщалось об успешном подавлении размножения ВИЧ при определенных сочетаниях двух ингибиторов протеазы (без добавления ингибиторов обратной транскриптазы), но отсутствие достаточной информации не позволяет пока рекомендовать эту схему в качестве основного метода.

7. При обсуждении вопроса об изменении схемы антиретровирусной терапии необходимо тщательно проанализировать предыдущее лечение. К компонентам будущей схемы не должно быть перекрестной устойчивости с применявшимися ранее препаратами, они не должны вызывать однотипных мутаций, приводящих к образованию устойчивых штаммов (см. принцип 7).

8. Если применявшаяся ранее схема комбинированной терапии неэффективна, целесообразно заменить, по меньшей мере, два ее компонента. Замена лишь одного из них, пусть даже очень активным антиретровирусным препаратом, может сопровождаться развитием устойчивости к новому компоненту.

Принцип 6. При проведении комбинированной терапии следует всегда выбирать оптимальную схему приема и оптимальную дозу каждого антиретровирусного препарата.

Лучший способ избежать характерного для ВИЧ-инфекции образования резистентных штаммов — комбинированное применение высокоактивных антиретровирусных препаратов, обеспечивающее устойчивое максимальное подавление размножения ВИЧ. При этом следует учитывать следующее:

1. Антиретровирусные препараты, включенные в схему комбинированной терапии, следует назначать одновременно (в идеале интервал между началом их приема не должен превышать 1—2 дня). Постепенное добавление препаратов недопустимо, оно повышает вероятность неполного подавления репликации ВИЧ, а следовательно, и накопления мутаций, способствующих развитию

устойчивости сразу к нескольким антиретровирусным препаратам.

Больного лучше заранее подробно проинструктировать об особенностях комбинированной терапии, даже если при этом она будет начата немного позже, чем приучать его к сложной схеме в ходе лечения, постепенно добавляя препараты.

2. При проведении комбинированной терапии необходимо по возможности придерживаться рекомендуемых доз и схем приема каждого из антиретровирусных препаратов. Когда лечение уже начато, не следует на каком либо из его этапов произвольно снижать дозу препаратов или прекращать прием хотя бы одного из них. Это повышает риск развития устойчивости в большей степени, чем временное прекращение всей антиретровирусной терапии. Если в результате нерегулярного приема или снижения дозы антиретровирусных препаратов развивается устойчивость к ним, эффективное подавление репликации ВИЧ маловероятно даже после восстановления рекомендуемой схемы лечения.

3. Для успеха комбинированной терапии абсолютно необходимо строгое соблюдение больным достаточно сложной схемы приема антиретровирусных препаратов. Если принимать их нерегулярно и в недостаточных дозах, риск появления устойчивых штаммов ВИЧ значительно возрастает. Для того чтобы этого не произошло, необходимо до начала и в процессе проведения лечения подробно разъяснять больному цели и принципы терапии (в частности, вопросы дозирования лекарств и соотношения схемы их приема с приемом пищи, возможность

одновременного назначения нескольких препаратов).

4. В соответствии с современными схемами комбинированной антиретровирусной терапии прием разных препаратов должен осуществляться в строго определенное время суток. В случае если этому препятствует образ жизни больного или неблагоприятные социальные условия, может понадобиться специальная поддержка медицинских работников. Если определенные обстоятельства затрудняют точное соблюдение наиболее эффективных схем антиретровирусной терапии, польза от лечения маловероятна, значительно возрастает риск появления устойчивых штаммов ВИЧ. Поэтому очень важно убедиться в том, что больной, которому назначается комбинированная антиретровирусная терапия, имеет достаточную социальную поддержку, что он готов и сможет выполнять схему такой терапии. Оценка в каждом конкретном случае должна быть индивидуальной, недопустимо заранее считать представителей тех или иных групп населения неспособными соблюдать схему лечения.

Принцип 7. Выбор эффективных антиретровирусных препаратов ограничен их количеством, разным механизмом действия, развитием перекрестной устойчивости к различным препаратам. Поэтому каждое изменение схемы антиретровирусной терапии уменьшает число возможных вариантов в будущем.

Решение об изменении схемы лечения в значительной степени зависит от клинической ситуации и количества имеющихся резервных

антиретровирусных препаратов. Каждое изменение антиретровирусной терапии уменьшает количество возможных вариантов в будущем, поэтому не следует преждевременно отказываться от использования эффективных препаратов.

При неэффективности терапии, т.е. ее неспособности подавить репликацию ВИЧ, экстренность изменения схемы определяется уровнем РНК ВИЧ в плазме крови. При этом необходимо учитывать следующее:

1. Повышение уровня РНК ВИЧ на фоне лечения может быть обусловлено целым рядом факторов: появлением устойчивых штаммов ВИЧ, несоблюдением схемы антиретровирусной терапии, ухудшением всасывания препаратов, нарушением метаболизма препаратов вследствие физиологических изменений или взаимодействия лекарств, сопутствующей инфекцией. Важно постараться выяснить причину этого повышения.

2. Для того чтобы решение об изменении антиретровирусной терапии из-за повышения уровня РНК ВИЧ не было ошибочным, необходимо повторить анализ и исключить те причины увеличения уровня РНК ВИЧ, которые не требуют изменения схемы лечения (например, сопутствующую инфекцию или несоблюдение предписаний врача).

3. Схему антиретровирусной терапии следует менять, когда при повторных исследованиях уровень РНК ВИЧ вновь становится определяемым (в отсутствие таких факторов, как неточное соблюдение предписаний врача, иммунизация или сопутствующая инфекция) и продолжает нарастать. Об изменении терапии следует также подумать, если

определяемый ранее уровень РНК ВИЧ в плазме крови стал нарастать.

4. Изменение терапии может также потребоваться при непереносимости или токсичности антиретровирусных препаратов. Иногда их проявления бывают преходящими, в этих случаях лечение можно продолжать по прежней схеме, постоянно наблюдая за больным. Если терапию все же необходимо изменить из-за токсичности или непереносимости какого-либо препарата, его следует заменять достаточно эффективным и не обладающим аналогичными токсическими свойствами препаратом. В такой ситуации целесообразно ввести в схему новый препарат (желательно из той же группы и с равной или еще большей антиретровирусной активностью), не прекращая приема других ее компонентов.

Принцип 8. ВИЧ-инфицированным женщинам следует назначать оптимальную антиретровирусную терапию даже при беременности.

Антиретровирусная терапия при беременности имеет ряд специфических особенностей. В США для всех беременных проводятся консультации по поводу ВИЧ-инфекции, всем им предлагается пройти соответствующее тестирование, а в некоторых штатах оно теперь обязательно. В связи с этим все чаще ВИЧ-инфекцию у женщин впервые выявляют во время беременности.

В таких случаях, а также когда беременная уже знает о наличии у нее ВИЧ-инфекции, при принятии решения о проведении антиретровирусной терапии следует учитывать состояние и матери, и плода. С одной стороны, надо предотвратить

прогрессирование ВИЧ-инфекции у беременной и передачу ВИЧ плоду, а с другой — избежать неблагоприятного влияния антиретровирусных препаратов на здоровье плода и новорожденного. При этом необходимо тесное сотрудничество между инфекционистом, наблюдавшим женщину до беременности (если он был), акушером и самой больной. В соответствии с рекомендациями по лечению ВИЧ-инфицированных беременных не следует проводить такую терапию, при которой опасность осложнений у матери, плода или новорожденного перевешивает ожидаемый положительный эффект для женщины. Существует два разных, но взаимосвязанных показания к проведению антиретровирусной терапии во время беременности: лечение ВИЧ-инфекции у матери и снижение риска перинатальной передачи ВИЧ. Для профилактики перинатального инфицирования плода достаточно монотерапии зидовудином, но для лечения ВИЧ-инфекции у матери необходима комбинированная антиретровирусная терапия. В целом наличие беременности не должно влиять на проведение оптимального лечения ВИЧ-инфекции. При этом необходимо учитывать следующее:

1. При выборе антиретровирусных препаратов нужно помнить о возможной коррекции доз из-за физиологических изменений, связанных с беременностью, о возможном влиянии препарата на плод и новорожденного.

2. До сих пор не было проведено ни одного длительного исследования по оценке безопасности применения антиретровирусных препаратов во

время беременности. Поскольку наиболее уязвим в смысле тератогенного действия (способность вызвать развитие уродства у плода) лекарственных препаратов I триместр беременности (с 1-й по 14-ю, а особенно с 1-й по 8-ю недели), по возможности антиретровирусную терапию стоит начинать после 14-й недели. Однако многие специалисты с этим не согласны и рекомендуют руководствоваться едиными показаниями к началу антиретровирусной терапии во всех случаях ВИЧ-инфекции, в том числе и на любом сроке беременности.

3. Женщинам, получавшим антиретровирусную терапию до выявления беременности, следует продолжать прием препаратов. Однако, если беременность планируется заранее или выявляется достаточно рано (до 8-й недели), некоторые женщины, опасаясь тератогенного действия препаратов, предпочитают на время прервать антиретровирусную терапию и продолжить ее лишь после 14-й недели беременности. Большинство специалистов рекомендуют даже в I триместре продолжать придерживаться схемы лечения, направленной на максимальное подавление размножения ВИЧ, хотя до сих пор неизвестно, как в этот период тот или иной препарат влияет на развивающийся плод. В настоящее время слишком мало данных, позволяющих подтвердить или опровергнуть их потенциальную тератогенность. Если по той или иной причине в I триместре было принято решение о прерывании антиретровирусной терапии, прекращать (а впоследствии и возобновлять) прием всех ее компонентов следует одновременно.

4. Если в ходе антиретровирусной терапии у беременной не удастся подавить размножение ВИЧ до неопределяемого уровня, возрастает вероятность появления резистентных штаммов ВИЧ, что снижает шансы на успех комбинированной терапии в будущем и может нивелировать эффект от профилактического введения тех же препаратов во время родов или новорожденному.

5. Перинатальная передача плоду ВИЧ возможна при любом его уровне (количестве) у матери, но более вероятна при высоких значениях этого показателя. Прием зидовудина снижает риск перинатального инфицирования независимо от количества ВИЧ в организме матери, поэтому всем беременным с ВИЧ-инфекцией при любом уровне РНК ВИЧ в плазме крови показан и должен предлагаться прием зидовудина (либо в виде монотерапии, либо в сочетании с другими антиретровирусными препаратами).

Принцип 9. Основные принципы лечения ВИЧ-инфицированных детей, подростков и взрослых одинаковы, хотя лечение детей имеет свои фармакологические, вирусологические и иммунологические особенности.

Большинство данных, использованных при определении основных принципов антиретровирусной терапии, было получено в ходе исследований, которые проводились с участием взрослых ВИЧ-инфицированных. У подростков, заразившихся половым путем или при употреблении наркотиков, отмечается аналогичное течение ВИЧ-инфекции. Поэтому к ним применимы те же рекомендации по проведению антиретровирусной терапии. Несмотря на

то, что информации о лечении ВИЧ-инфекции у детей гораздо меньше, маловероятно, что патогенез заболевания у них существенно отличается. Более того, имеющиеся данные о ВИЧ-инфекции у детей до 14 лет свидетельствуют о некоторой общности ее биологии и подходов к терапии. Следовательно, дети также должны получать комбинированную антиретровирусную терапию, направленную на длительное существенное подавление размножения ВИЧ.

К сожалению, не все препараты, успешно применяемые у взрослых, выпускаются в форме, удобной для детей (особенно в возрасте до 2 лет), например в виде приятного на вкус сиропа. К тому же до сих пор не завершены исследования по оценке влияния фармакологических свойств ряда антиретровирусных препаратов. Таким образом, необходимо провести испытания существующих эффективных антиретровирусных препаратов. Применять антиретровирусные препараты для лечения детей можно только после уточнения фармакологических характеристик этих препаратов в конкретных возрастных группах. Несоблюдение этого правила чревато развитием токсических реакций без какого-либо лабораторного или клинического улучшения.

Выявление ВИЧ-инфицированных новорожденных сразу после родов или в первые недели жизни позволяет начать антиретровирусную терапию в острой стадии ВИЧ-инфекции и добиться наилучших результатов. Добровольное тестирование беременных на наличие ВИЧ-инфекции, назначение антиретровирусных

препаратов для лечения инфицированной матери и профилактики перинатальной передачи ВИЧ плоду, тщательное обследование детей, родившихся у ВИЧ-позитивных женщин, позволяют снизить риск перинатального инфицирования и связанных с ним осложнений.

Специфические критерии (уровень РНК ВИЧ в плазме крови и число лимфоцитов CD4+), позволяющие решить вопрос о времени начала терапии, у взрослых и детей первых лет жизни различаются. У тех и у других более высокий уровень РНК ВИЧ обуславливает повышенный риск прогрессирования заболевания и смерти, однако у детей первых лет жизни часто наблюдаются более высокие абсолютные значения уровня РНК ВИЧ, чем у взрослых с такой же длительностью ВИЧ-инфекции, да и «точка отсчета» (относительно стабильный уровень РНК ВИЧ) у детей устанавливается значительно позже. Оппортунистические инфекции (особенно ПИП) развиваются у детей при более высоком числе лимфоцитов CD4+, чем у взрослых, что также указывает на необходимость дифференциации показаний к началу антиретровирусной терапии в разных возрастных группах. В целом складывается впечатление, что раннее назначение антиретровирусных препаратов более эффективно в детском возрасте и что комбинированную антиретровирусную терапию следует проводить практически всем ВИЧ-инфицированным детям.

Принцип 10. При выявлении первичной ВИЧ-инфекции в острой стадии необходимо назначать комбинированную антиретровирусную

терапию, направленную на подавление размножения вируса до такого уровня, который не поддается оценке даже при использовании самых чувствительных методов определения РНК ВИЧ.

Предположение о возможном положительном эффекте антиретровирусных препаратов при первичной ВИЧ-инфекции было выдвинуто в ходе изучения патогенеза болезни и подтверждается данными целого ряда небольших клинических исследований. Результаты этих исследований указывают на то, что проведение антиретровирусной терапии при первичной инфекции может сохранять функцию иммунной системы, снижая высокий исходный уровень размножения ВИЧ и ее уровень после дальнейшей стабилизации (соответствующий «точке отсчета»), облегчая тем самым дальнейшее течение заболевания; однако данный клинический исход лечения пока еще не был убедительно продемонстрирован.

Принцип 11. Все ВИЧ-инфицированные (даже те, у кого содержание ВИЧ становится ниже уровня, поддающегося определению) должны считаться заразными. Поэтому их следует информировать о необходимости особых мер предосторожности при половых контактах и парентеральном введении наркотиков, что сопряжено с риском передачи ВИЧ и других патогенных микроорганизмов.

До сих пор нет данных о возможности передачи вируса от ВИЧ-инфицированных, у которых на фоне антиретровирусной терапии достигнуто подавление репликации ВИЧ до неопределяемого уровня. С другой стороны, нельзя также исключить

возможность нового инфицирования таких больных штаммами ВИЧ, устойчивыми сразу к нескольким антиретровирусным препаратам. ВИЧ-инфицированные, получающие антиретровирусную терапию, могут по-прежнему быть источником распространения возбудителей тяжелых инфекционных заболеваний (вирусов гепатита В и С, передаваемых половым путем, вируса простого герпеса, вируса папилломы человека, возбудителей сифилиса, гонореи, мягкого шанкра, хламидиоза). Кроме того, они и сами могут заразиться как вышеперечисленными возбудителями, так и не менее опасными при иммунодефиците цитомегаловирусом и вирусом герпеса человека типа 8 (ВГЧ-8, известным также как вирус СК). Поэтому так важно постоянно вести пропаганду безопасного секса среди ВИЧ-инфицированных. Если они не могут или не хотят отказаться от наркотиков, необходимо объяснять таким больным, что они каждый раз должны пользоваться стерильными одноразовыми шприцами и иглами, ни в коем случае не допуская их повторного использования другими лицами.

ЧТО НУЖНО ПОМНИТЬ ПАЦИЕНТУ?

Одним из самых важных факторов успеха новых методов лечения является соблюдение схемы приема. Пациентам приходится принимать большое число таблеток, строго учитывая последовательность и время приема (до, во время или после еды).

Схемы приема специально рассчитаны так, чтобы постоянно поддерживать достаточно высокий уровень концентрации лекарства в

крови, препятствующий размножению вируса. Пропуск или прекращение приема ведет к снижению этой концентрации, что дает возможность вирусу размножиться и приводит к его устойчивости.

Что такое устойчивость и как она развивается?

ВИЧ в организме постоянно размножается, производя сотни тысяч копий вируса в день. При размножении иногда происходят ошибки, называемые мутациями, когда производимые копии вируса отличаются от «родителя». Мутации возникают только тогда, 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 и называется устойчивостью.

В отсутствие противовирусного лечения вирусы-мутанты не имеют преимуществ, и их процентное содержание среди других вирусов остается низким. При интенсивном противовирусном лечении, когда размножение вируса полностью подавлено, мутаций вообще не происходит и устойчивость не развивается.

Устойчивость 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 неуязвим и для других аналогичных лекарств — это называется перекрестной резистентностью, или 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 размножиться. 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.

Перед началом противовирусной терапии необходимо тщательно обсудить с лечащим врачом все возможные трудности с соблюдением схемы приема. Составьте план, который поможет вам организовать вашу жизнь в соответствии с требованиями лечения. При появлении побочных эффектов сообщите о них врачу, но ни в коем случае не прекращайте прием препаратов по собственной инициативе: тем самым вы можете лишиться себя возможности лечения в будущем, поскольку вирус перестанет реагировать на лекарства. Многие побочные эффекты можно устранить или облегчить; иногда есть возможность заменить препарат,

который плохо переносится, на другой, аналогичного действия. Но все эти решения должен принимать специалист.

Помните! Опасно сочетать противовирусную терапию с употреблением алкоголя и наркотиков.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ СПИД

СПИД представляет большую проблему для специалистов по паллиативной терапии, которые должны применять принципы паллиативной медицины в ситуации, которая расширяет и границы ее применения и проверяет ее эффективность. Идея паллиативного ухода — помочь людям прожить последние дни без страданий и унижений, принять надвигающуюся смерть и сделать последние распоряжения. Паллиативная терапия как часть программы создания и развития хосписов вначале была нацелена на лечение находящихся в терминальной стадии больных со злокачественными новообразованиями, когда уже больше невозможно было думать о выздоровлении больного.

Паллиативная терапия больных СПИД во многом сходна с мероприятиями, проводимыми в отношении умирающего больного со злокачественным новообразованием, однако при этом имеются и существенные различия. Эти различия обусловлены частично патофизиологией СПИД, а также особенностями его эпидемиологии.

Естественная история СПИД все еще развивается, а течение болезни существенно изменилось за последнее десятилетие, что с одной

стороны объясняется внедрением новых, более эффективных методов антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции, а с другой — успехами в профилактике оппортунистических инфекций. Больные СПИД теперь живут дольше, но в терминальной стадии болезни сталкиваются с более тяжелыми, полиорганными поражениями и нарушениями. В более поздней и терминальной стадии СПИД могут возникать сложные и трудноразрешимые проблемы.

Основные признаки, по которым больные СПИД отличаются от больных со злокачественными новообразованиями, находящимися в терминальной стадии, следующие:

- Более молодой возраст.
- Наличие полиорганных поражений, которые могут приводить к различным серьезным расстройствам (нередко — одновременно, в различных сочетаниях).
- Слепота.
- Параличи.
- Нейропатии.
- Нарушения сознания.
- Миопатии.
- Поражения кожи.
- Тяжелая диарея.
- Частая рвота.
- Беспомощное состояние из-за одновременного наличия различных физических проблем.
- Большое количество лекарств, витаминов и различных пищевых добавок, которые необходимо принимать в течение многих лет (некоторые лекарства — экспериментальные, многие — чрезвычайно дорогие).
- Сложности в определении терминальной стадии болезни — состояние очень тяжелых больных может неожиданно улучшиться.

- Для поддержания качества жизни в терминальной стадии СПИД многим больным назначают переливания крови, полное парентеральное питание и внутривенное введение лекарств.
- Большая продолжительность процесса умирания — больной может находиться в бессознательном состоянии в течение недели и даже дольше.
- Большинство больных СПИД знают о своей болезни и о методах ее лечения больше, чем те, кто ухаживает за ними и лечит их, поэтому они принимают более активное участие в процессе своего лечения.
- Страх, предубежденное отношение и отсутствие сочувствия больным СПИД характерны для многих слоев общества.
- Социальная изоляция больных и членов их семей.
- Отсутствие жилья или его низкое качество.
- Необходимость длительного ухода и предоставления жилья больным, которые являются инвалидами.
- Необходимость назначения опекунов над детьми, чьи родственники (обычно — мать) умирают (или дети могут сами умирать от СПИД).
- Сложность оценки дееспособности больных в связи с наличием у них серьезных неврологических расстройств (поэтому важно постараться решить все юридические вопросы на более ранних стадиях болезни).
- Высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди бедняков, бездомных, ПИН и других уязвимых сообществ.

Лечение, уход и поддержка ВИЧ-инфицированных ПИН

До середины 90-х годов СПИД рассматривался как смертельное заболевание, а уровень смертности был одинаков для ПИН и непотребителей, имевших равный доступ к лечению. Однако с 1996 г., когда была внедрена ВААРТ, данное заболевание было отнесено к так называемым управляемым инфекциям. К сожалению, для многих ВИЧ-инфицированных людей, несмотря на постоянно пополняемый список новых препаратов, такая терапия остается недоступной (согласно некоторым подсчетам, по всему миру лишь 5 % всех нуждающихся получают ее). Существует целый ряд факторов, которые препятствуют ВИЧ-инфицированным наркопотребителям получать современные схемы лечения:

- Незамедлительные потребности, связанные с наркотической зависимостью, перевешивают долгосрочные потребности, связанные с вопросами здоровья в целом. Потребители, как правило, больше беспокоятся о других текущих проблемах (где достать деньги и где приобрести наркотик, в каком месте его употребить, как скрыться от милиции), оставляя заботу о собственном здоровье на потом.
- Отсутствие постоянного места для проживания не позволяет иметь доступ к участковым поликлиникам, что лишает ПИН возможности наблюдаться у врачей.
- Слабая социальная поддержка со стороны родственников и служб помощи.
- Медицинские осложнения (скудное питание, хронический вирусный гепатит).

- Сопутствующие психические расстройства могут снизить уровень осознания проблем со здоровьем и мотивацию на поиск лечения.
- Недоверие к официальным медицинским учреждениям, как правило, вызванное негативным опытом в прошлом, когда ПИН либо не получал необходимую помощь, либо столкнулся с пренебрежительным отношением к себе со стороны медперсонала. Другое явление, которое укоренилось в советской системе здравоохранения, — не просто отсутствие конфиденциальности, а (что еще хуже) информирование милиции, — реально отталкивает потребителей от посещения медучреждений.
- Дискомфорт у медработника при лечении ПИН. Как показывают исследования, врачи не стремятся оказывать помощь людям, которые принимают наркотики. Наиболее часто упоминаемым оправданием служит уверенность в том, что режим дорогостоящего лечения в любом случае будет нарушаться, что сведет на нет эффективность терапии.

Два независимых исследования, проведенные в 1996—1997 гг. в Балтиморе (штат Мэриленд, США) и Ванкувере (Британская Колумбия, Канада) продемонстрировали, что лишь 14 % ПИН в первом и 17 % ПИН во втором городе получали комбинированное лечение. Цифры оказались похожими, несмотря на тот факт, что в Ванкувере антиретровирусная терапия предоставляется ВИЧ-инфицированным бесплатно.

Необходимо отметить, что лечение ВИЧ-инфекции не только значительно улучшает качество жизни, но

и служит методом профилактики для людей, с которыми контактируют ВИЧ-инфицированные. Потребители наркотиков должны в полной мере получать необходимое лечение и начальный подход должен затрагивать такие проблемы, как активное употребление наркотиков, место для проживания и социальную поддержку, а также лечение текущих соматических и психических расстройств. Успешное лечение ВИЧ-инфицированных ПИН станет возможным тогда, когда помощь будет оказываться междисциплинарной командой специалистов, четко координирующих свою деятельность. В таблице 3 представлены проблемы, возникающие у ПИН, и необходимые действия со стороны специалистов.

Поскольку соблюдение режима приема антиретровирусных препаратов является главным фактором эффективного подавления вируса в организме, проблема выполнения врачебных предписаний потребителями наркотиков должна быть решена. Как показывает практика, ПИН, получающие заместительную терапию метадонном, вполне в состоянии соблюдать довольно сложный режим комбинированной терапии. Так, в Гарлеме (Нью-Йорк) медицинская помощь оказывается прямо в программе поддерживающей терапии метадонном, где 78 % ВИЧ-инфицированных пациентов получают комбинированную терапию. При этом, как сообщают исследователи, у 41 % ПИН удалось снизить уровень вирусной нагрузки ниже 400 копий на 1 мл.

По мнению специалистов, наиболее эффективных результатов лечения можно достигнуть тогда, когда используются интегрированные стратегии медицинского ухода, т.е.

когда помощь больным затрагивает не только медицинские, но и социально-психологические аспекты жизни пациента. Исследование, проведенное МакЛеннаном и коллегами, хорошо это демонстрирует. Группу, состоящую из 92 мужчин (потребителей опиатов), созданную путем случайной выборки, направили на лечение по 3 терапевтическим направлениям: 1) только поддерживающая терапия метадонном (минимальная терапия); 2) поддерживающая терапия метадонном плюс консультирование (стандартная терапия); 3) поддерживающая терапия метадонном плюс медицинская/психиатрическая помощь, тренинг по обучению профессиональным навыкам и семейная терапия (усиленная терапия).

Пациентам еженедельно делали анализ мочи на наличие наркотиков. У 74 % пациентов, получавших усиленную терапию, анализы мочи на протяжении 12 недель показали отсутствие наркотиков в организме, тогда как показатели для группы, получавшей стандартную терапию и группы, получавшей минимальную терапию, составили 59 % и 22 % соответственно.

По мнению Дэйва Барроуза, в новых независимых государствах бывшего СССР уже существуют структуры, которые могли бы оказывать медицинскую помощь и уход ВИЧ-инфицированным ПИН. Они включают:

- центры по борьбе со СПИД (там, где они существуют);
 - инфекционные больницы, особенно палаты для пациентов, больных СПИД;
 - общие больницы, поликлиники и амбулаторные клиники;
 - наркологические клиники и диспансеры;
 - программы обмена игл и шприцев, программы аутрич и программы обучения по принципу «Равный — равному»;
 - НПО, деятельность которых связана с проблемой ВИЧ/СПИД, особенно группы ЛЖВС;
 - клиники лечения инфекций, передающихся половым путем;
 - социальные службы (такие, как социальная служба для молодежи);
 - службы скорой помощи.
- В идеале, помимо действующих служб, необходимо открытие специализированных хосписов для оказания паллиативной помощи людям, находящимся на последних стадиях СПИД. Понятно, что попытки «учить уму-разуму» потребителей наркотиков, которым осталось жить несколько дней, в надежде, что они откажутся от употребления наркотиков — по меньшей мере, глупо. Синдром отмены может значительно усилить страдания человека, у которого имеются тяжелые и уже неизлечимые заболевания, поэтому главный вопрос, который должен стоять на повестке дня — управление болевым синдромом. Уровень толерантности к наркотическим препаратам у ПИН выше, что требует назначения дополнительных доз наркотиков. Медицинский персонал не должен бояться выписывать такие дозы, которые, с их точки зрения, могут показаться чрезмерными, но которые могут реально помочь пациенту справиться с болью. И вновь заместительная терапия метадонном может помочь устранить болезненный синдром отмены и снизить количество инъекций других болеутоляющих препаратов.

глава третья

Дополнительная терапия

Дополнительная терапия, как правило, многосторонняя — она направлена на устранение многих симптомов или лечение всего организма физически и морально. Ни один из возможных вариантов дополнительной терапии не был разработан специально для лечения ВИЧ-инфекции, и исследования эффективности применения такого лечения весьма ограничены. Но альтернативную терапию вот уже столетиями применяют для успокоения нервной системы и купирования стресса, оздоровления организма и повышения иммунитета — всего, что может максимально сдерживать развитие болезни.

К альтернативным методам лечения нужно подходить осторожно; большинство из них принадлежит к определенной традиционной системе лечения (как китайская или индийская медицина) и должны использоваться только под руководством профессионала, в идеале — хорошо осведомленного в области ВИЧ специалиста.

Различия между альтернативными и классическими методами лечения

Под классическими, или традиционными, методами лечения подразумевают «обычное» лечение у

дипломированных специалистов в больницах, поликлиниках и других медицинских учреждениях.

Методов нетрадиционной медицины существует множество и они значительно отличаются друг от друга. Нередко можно слышать, что классическая и нетрадиционная медицина являются противоположностью. Это не совсем так. Теоретически, конечно существуют различия, но на практике они могут дополнять друг друга.

Классическая медицина рассматривает ВИЧ и СПИД как физическое заболевание организма. Лечение в целом основано на этом представлении о болезни и проводится с помощью медикаментов. При этом, почти всегда, именно врач определяет методы лечения. В альтернативной медицине всякая болезнь, а значит ВИЧ и СПИД, рассматривается как нарушение равновесия между душой и телом, между чувствами и рассудком. Целью лечения является восстановление этого равновесия. Это достигается с помощью медитации, иглоукалывания, определенной диеты. Лекарства в этих методах не столь важны, они лишь вспомогательные средства. Практика показывает, что многие врачи — представители классического направления — также учитывают психологические

аспекты заболевания и ничего не имеют против использования нетрадиционных методов лечения.

Альтернативная и классическая медицина в своих крайних проявлениях довольно часто отрицают друг друга. Однако возможен и другой разумный подход — комбинация тех и других методов. В любом случае, больной может воспользоваться одновременно обоими методами лечения.

Врачи обеспокоены тем, что большинство ЛЖВ прибегают к альтернативным методам лечения без совета с ними.

По данным исследования, недавно проведенного в США, две трети ВИЧ-положительных пациентов пользуются такими методами лечения как гомеопатия, «народная» медицина, траволечение и т.д.

Подобные данные вызывают серьезную озабоченность экспертов. До сих пор неизвестно как большинство подобных лекарств взаимодействуют с противовирусной терапией. Врачи, работающие в области СПИД, говорят о том, что их пациенты зачастую стремятся перепробовать все возможные способы лечения. Очень часто пациенты не информируют врачей о том, какими альтернативными методами лечения они пользуются.

Интерес к альтернативным методам оздоровления традиционно был чрезвычайно высок у людей, живущих с хроническими заболеваниями, которые плохо поддавались лечению, или представляли угрозу жизни. До эпидемии СПИД абсолютными рекордсменами по

«традиционным» методикам исцеления были рак и артрит.

До недавнего времени практически не проводилось исследований о подобных методах терапии среди ЛЖВ. В данной работе, которая была проведена под руководством доктора Восвика в Сан-Франциско, приняли участие 158 ВИЧ-положительных пациентов у половины из которых был диагностирован СПИД. Большинство участников опроса сообщили, что принимают противовирусную терапию.

Выяснилось, что две трети (67 %) участников, принимающих противовирусные препараты, также прибегают к альтернативной медицине. Каждый второй регулярно принимает поливитаминные препараты, 17 % сообщили о приеме минеральных добавок, 12 % употребляли китайские травы, другие 12 % сказали, что принимают другое траволечение и 7 % сообщили, что принимают чеснок. Восвик заявил, что большинство респондентов обратились к альтернативной терапии, потеряв уверенность в современной медицине. Однако исследователи отмечают, что даже наиболее сильные противовирусные препараты не срабатывают у 100 % пациентов. По словам д-ра Восвика: «У некоторых людей режим терапии не срабатывает, и они начинают искать другие пути». Главная сложность состоит в том, что врач может не знать о тех видах традиционной медицины, которыми пользуется его пациент. Следует заметить, что большинство подобных методик не проходили клинических испытаний, которые доказали бы их безопасность и эффективность. Как сказал д-р. Вос-

вик: «Что принимают люди? Принимают ли они что-либо вместе, или даже вместо прописанных лекарств? Обсуждали ли они это со своими врачами? Стесняются ли они говорить со своим врачом?»

Восвик верит, что для всех пациентов, независимо от ВИЧ-статуса, необходимо быть открытыми и честными в плане любого альтернативного средства, к которому они прибегают. «Говорите с терапевтом обо всех добавках и лекарствах, которые вы принимаете, о любом виде альтернативного оздоровления», — говорит он. — «У нас нет никаких данных, говорящих в пользу какого-либо из широко используемых методов. Выяснение их особенностей должно стать нашим следующим шагом».

Растительные средства

Лечение травами — старая традиция украинской медицины. Травы могут смягчать многие, связанные с ВИЧ/СПИД симптомы. Они могут укрепить иммунную систему и способствовать выводу токсинов из организма.

Следующий список, состоящий из некоторых наиболее доступных в Украине трав, далеко не полон, в любом случае надо советоваться с фармацевтами и травниками, чтобы получить исчерпывающую информацию. «Природность» трав не означает, что они не могут причинить вред при неправильном употреблении. Большинство из перечисленных ниже побочных эффектов является результатом передозировки травы или слишком длительного ее употребления.

Алоэ (Aloe vera)

Широко распространенное домашнее растение. Обладает антисептическими и противовоспалительными свойствами. Гелеобразное вещество в листьях используется для лечения незначительных ожогов и порезов, а также может использоваться для лечения заболеваний кожи (например, герпесных язв), частых при ВИЧ-инфекции. Также принимается внутрь в качестве слабительного и для улучшения пищеварительных процессов. Известны случаи употребления концентрированных продуктов из алоэ для лечения ВИЧ-инфекции, но их действенность не доказана.

Возможные побочные действия: колики или понос, обострение язв и других желудочно-кишечных заболеваний. Противопоказан при употреблении слабительных или мочегонных средств.

Доступен в виде жидкого экстракта в ампулах.

Бузина (Sambucus nigra)

Кора, листья, корень, ягоды и цветы этого европейского растения — все используется в медицине для лечения простуды и других респираторных заболеваний, но традиционное применение бузины при вирусных заболеваниях породило надежду, что она может способствовать облегчению течения ВИЧ-инфекции.

Возможные побочные действия: сонливость, потливость (часть ее медицинского эффекта), частые позывы к мочеиспусканию. Слабительное. Противопоказана во время беременности.

Доступна в виде высушенных цветов.

Гинкго (*Ginkgo biloba*)

Дерево гинкго растет в Азии. Может способствовать ускорению циркуляции крови, используется при атеросклерозах, потере памяти, депрессиях, импотенции и осложнениях циркуляции крови. Это — антиоксидант, способствующий уничтожению свободных радикалов (высокоактивных молекул, которые вызывают повреждения в организме). Гинкго может помочь при лечении и профилактике связанных со СПИД деменции и потери памяти.

Возможные побочные действия: может быть опасен для людей с низким содержанием тромбоцитов, кровотечениями из носа и обильными менструальными кровотечениями. Избегать при приеме антикоагулянтных препаратов. Не стоит совмещать с приемом аспирина, больших доз витамина Е или ампренавира из-за наличия у них свойств сжигания крови.

Доступен как экстракт в таблетках или каплях.

Женьшень (*Panax ginseng* — корейский/азиатский женьшень, *Panax quinquefolium* — северно-американский женьшень, *Eleutherococcus senticosus* — сибирский женьшень)

Считается, что корень способствует поддержанию здоровья, выработке иммунитета, устраняет физическое и психологическое напряжение. Может стимулировать иммунную систему, в особенности

клеточный иммунитет, который угнетается при ВИЧ-инфекции.

Возможные побочные действия: принимайте осторожно, поскольку некоторые виды стимулирования иммунной системы могут способствовать увеличению количества ВИЧ в крови. Повышенное артериальное давление, беспокойство, бессонница (при больших дозах). Все формы могут вступать в реакцию с обычными лекарствами. Большие дозы *Panax ginseng* могут подавлять иммунную систему. Не рекомендуется при заболеваниях сердца, сахарном диабете, высоком артериальном давлении, беременности или при приеме антикоагулянтов, стероидов или транквилизаторов.

Доступен в составе многих продуктов, но рекомендуем обращать особое внимание на состав.

Мелисса (*Melissa officinalis*)

Используется при бессоннице и состоянии беспокойства. Мелисса обладает противовирусными свойствами и может применяться против герпеса (можно прикладывать компрессы из мелиссы при первых ощущениях герпесной лихорадки).

При долговременном использовании возможно побочное действие: снижение активности щитовидной железы. Людям с низкоактивной щитовидной железой не рекомендуется ее употреблять.

Доступна в свежем или сухом виде или как чай.

Перечная мята (*Mentha piperita*)

Эфирное масло (для ингаляций или втирания в кожу) и высушенные листья (в чае) используются при

тошноте, поносе и болезненной дефекации. Считается, что она улучшает циркуляцию крови и помогает от сильной головной боли.

Возможные побочные действия: раздражение желудка, особенно при приеме в больших дозах. В редких случаях — сыпь, изжога, замедленное сердцебиение, мышечная дрожь. Масло перечной мяты может вызвать высыпания на коже или аллергическую реакцию, его не следует использовать на большом участке кожи, поскольку может наблюдаться «холодящее» действие.

Доступна в сухом виде или как чай. Эфирное масло (не глотать).

Прополис

Вязкое вещество (продукт пчеловодства из живицы растений или смолы на почках деревьев и растений), которое обладает естественными антимикробными свойствами.

Прополис, добавленный в крем, можно наносить на кожу для предотвращения инфекций вокруг порезов или для лечения незначительных поражений кожи, включая и присутствующие при ВИЧ-инфекции. Некоторые люди наносят вещество на кожу, поврежденную опоясывающим лишаем или герпесом. Люди с ВИЧ могут также жевать сырой прополис (или использовать раствор для полоскания рта) для предотвращения или лечения кандидоза (в быту часто называемого молочницей).

Доступен в сыром виде.

Чайное дерево (*Melaleuca alternifolia*)

Австралийское дерево. Эфирное масло используется при различных легких инфекциях, особенно гриб-

ковых, таких, как молочница. Оно действительно против определенных вирусных инфекций, например простого герпеса, и уже стало популярным препаратом для живущих с ВИЧ. Эфирное масло, предварительно разбавив, можно втирать в кожу для лечения грибковых инфекций кожи и ногтей или использовать для полоскания рта при молочнице.

Возможные побочные действия: аллергическая реакция кожи, поэтому сначала попробуйте на небольшом участке кожи. Не глотать.

Доступно в виде эфирного масла.

Чеснок (*Allium sativum*)

Используется при лихорадках, простуде, глистах, высоком артериальном давлении, высоком уровне холестерина, расстройствах желудка, грибковых инфекциях и кровяных тромбах. Может применяться для лечения и профилактики ассоциированных с ВИЧ заболеваний, включая грибковые инфекции, такие, как молочница, и паразитов типа криптоспоридиума.

Возможные побочные действия: в большом количестве может вступить в реакцию с антиретровирусными препаратами. Раздражения пищеварительного тракта, расстройство желудка. Может быть опасным для людей с низким содержанием тромбоцитов в крови — больных гемофилией и тех, у кого бывают частые кровотечения из носа или обильные менструальные кровотечения.

Доступен в капсулах и как экстракт, но наиболее эффективен в свежем виде.

глава четвертая

Некоторые этические проблемы лечения

Нехватка медицинских ресурсов

Если в обществе не хватает определенных медицинских ресурсов, возникает этическая проблема, когда необходимо принять определенное решение: кто из членов общества, кому эти ресурсы могут помочь, должен действительно их получить?

Нехватка ресурсов может быть вызвана разными причинами. Может существовать абсолютный лимит каких-то определенных ресурсов, например ограниченные поставки лекарств. Однако, хотя абсолютный лимит ресурсов может и не существовать, какие-либо факторы будут препятствовать равномерному распределению. Можно логически объяснить тысячи возможных причин, почему ресурсы не могут быть предоставлены в помощь всем членам общества. Конечно же, одним из главных потенциальных препятствий равномерного распределения таких ресурсов является их стоимость.

Если некоторые члены общества не могут позволить себе какие-либо медицинские ресурсы, от которых не зависит спасение жизни (например, пластическая хирургия для улучшения формы тела), то общество не очень пострадает в такой ситуации. Финансирование необязательного

лечения тех, кто не может сам за него заплатить, если речь идет об эстетическом лечении, желаниях или неподобающих целях, не является этической проблемой.

Но если ресурсы, которые невозможно получить, абсолютно необходимы для спасения или сохранения жизни, тогда общество стоит перед действительной этической дилеммой. Если эти ресурсы ограничены, возникает этический вопрос: «Кого следует лечить, если на всех лекарств не хватит?» В силу вступает случай, естественная лотерея и честность очереди, то есть принцип «Кто первый пришел, того и обслужат». Однако, если существует адекватное количество ресурсов, от которых зависит спасение жизни, но есть препятствия к их распределению среди тех, чьи жизни можно продлить или спасти, тогда общество должно рассмотреть массу разных вопросов, включая человеческое достоинство, общее благо, справедливость и милосердие. Применение этих принципов, разумеется, породит разные мнения. Разница в понимании своих обязанностей разными людьми и сторонами, вовлеченными в процесс принятия решения, определяется категориями автономии, покровительства и диспозитивной справедливости. Все

эти принципы можно рассматривать с телеологической (утилитарной) и деонтологической (имеющей отношение к обязанностям) позиций, которые представляют собой две наиболее популярные и общепринятые этические системы.

Проблема устойчивости к препаратам

ВИЧ — безжалостный и коварный противник. Он способен развивать устойчивость к лекарствам быстро и самыми разными способами. Основной механизм развития устойчивости к ингибиторам протеазы — это мутация активной зоны энзимов, что приводит к ослаблению связывания ингибитора. Другой возможный механизм основан на мутациях, которые повышают энзиматическую эффективность молекулы протеазы, и мутационных изменениях, которые поражают целевые участки разложения энзимов протеазы. Так, например, при исследовании препаратов ритонавир и индинавир было выявлено, что необходимо накопление минимум трех-четырёх мутаций, прежде чем в искусственных условиях будет отмечена фенотипическая устойчивость вируса к действию препаратов.

Сложность проблемы перекрестной устойчивости ингибиторов протеазы усиливается тем фактом, что ее возникновение может зависеть от порядка назначения и приема этих лекарств. Например, отмечались случаи, когда у пациентов, принимающих ритонавир, в отдельных случаях развивались множественные мутации, вызывавшие устойчивость к ритонавиру, а кроме этого, и перекрестную устойчивость к нелфинавиру, в то время как первичное

лечение нелфинавиrom могло вызывать случаи устойчивости к этому препарату, но при этом пациенты были восприимчивы к лечебным свойствам ритонавира. Это показывает, что в каждом случае выбор лекарства может иметь важные последствия для дальнейшего выбора вариантов лечения.

Врачам необходимо составить комбинацию антиретровирусных препаратов таким образом, чтобы отреагировать на немедленные потребности больного, и при этом позволить проведение лечения другими способами в случае развития устойчивости к одному из препаратов первичного антивирусного «коктейля». Последнее замечание необходимо учитывать при принятии решения о назначении больному комбинационной терапии. Лечение будет длиться всю жизнь, и больные должны быть готовы соблюдать все предписания врачей. Выполнение трудного и ответственного лечебного плана жизненно важно, чтобы не допустить возникновения вирусов, устойчивых к лекарствам. Поэтому отбор пациентов, которые будут выполнять такой сложный лекарственный режим, — очень проблематичен. При обсуждении этих проблем возникают дискуссии о таких этических принципах, как опека и автономия (независимость личности).

Проблема саморазрушительного поведения

Общество считает, что немонагамная сексуальная активность представляет собой саморазрушительное поведение, поскольку люди,

ведущие активную сексуальную жизнь вне семьи, часто заражаются ИППП, включая ВИЧ. Некоторые представители общества считают саморазрушительными любые виды сексуальной жизни, кроме гетеросексуальных отношений в браке. Однако такие категоричные суждения скорее можно отнести к личным представлениям о жизненных ценностях, поскольку риск передачи ИППП/ВИЧ сексуальным путем связан с количеством занятий незащищенным сексом с многими партнерами.

Отдельные представители и группы, исповедующие приведенные выше взгляды, выдвигали предложения о том, что лечение заболеваний, вызванных таким саморазрушительным поведением не должно финансироваться ни третьими страховыми программами, ни правительством. В Америке такая концепция не нашла сторонников. С другой стороны, значительная часть средств, выделяемых на здравоохранение, расходуется на лечение ИППП и ВИЧ/СПИД.

Этические принципы, лежащие в основе рассмотрения поведения саморазрушения, включают в себя человеческое достоинство, личную свободу и общественное благо.

Когда все члены общества здоровы, можно говорить о достижении общего блага. Таким образом, если отдельные члены общества больны или нетрудоспособны, общество должно позаботиться об их лечении, чтобы вернуть им максимальную трудоспособность, — это послужит общему благу. Значит, все члены общества должны вносить свой вклад в общее благо, применяя свои способности наилучшим образом.

Если общество переживает эпидемию какой-либо болезни, то в общих интересах будет принятие надлежащих мер, чтобы остановить эпидемию. Обуздание эпидемии послужит на благо общества. Таким образом, обязанность общества заключается в том, чтобы обеспечить всем инфицированным доступ к надлежащему лечению и принять соответствующие меры по охране общественного здоровья для контроля развития эпидемии.

Медицинский опыт свидетельствует о том, что ВИЧ/СПИД можно лечить средствами, которые подавляют размножение ВИЧ в человеческом организме. Если раньше считалось, что от этой болезни нет лекарств, и больным предлагался лишь уход на последних стадиях, то теперь это рассматривается как хроническое состояние, которое, хотя и остается неизлечимым существующими средствами, можно значительно улучшить, применяя надлежащие методы лечения. Таким образом, доступ к такому лечению для ВИЧ-инфицированных становится вопросом жизни и смерти.

В США передача инфекции происходит, главным образом, из-за саморазрушительного поведения, такого, как прием внутривенных наркотиков и занятие незащищенным сексом с многочисленными партнерами. Случаи инфицирования крови и кровепродуктов, используемых в лечебных целях, в США почти полностью устранены с помощью надлежащего скрининга крови, медицинских манипуляций и содержания банков крови и кровепродуктов. Таким образом, в США почти полностью устранен путь передачи

инфекции, который существовал в начале развития эпидемии среди людей, не практикующих саморазрушительное поведение.

В американском обществе существует множество заболеваний, вызываемых саморазрушительным поведением, но оно никогда не отказывало в лечении этим людям ни с целью наказания, ни для исправления или устранения такого поведения. Больные люди всегда получали доступ к надлежащему лечению, независимо от того, как они заболели. В этом и заключается признание человеческого достоинства, которое есть у каждого человека только потому, что он — человек.

Американское общество испробовало разные способы оказания медицинской помощи своим наиболее уязвимым членам. Одной из причин этого является, разумеется, собственный интерес. Искоренение болезней, особенно эпидемических, которые потенциально угрожают жизням всех, служит интересам общественного блага. Американское общество почти всегда признавало справедливость заявлений о том, что человеческое достоинство присуще всем его членам, в особенности наиболее уязвимым: больным, слабым, еще не рожденным, лишенным гражданских прав, бездомным, бедным, престарелым, представителям меньшинств, которые могут подвергаться дискриминации. К этим людям следует проявлять милосердие. Принцип милосердия предполагает, что поскольку эти люди уязвимы, им необходимо помочь любым способом, который общество может себе позволить.

С точки зрения дистрибутивной справедливости, одинаковые люди

заслуживают одинакового обращения. Таким образом, общество просто обязано предоставить равные возможности доступа к лечению для всех ВИЧ-инфицированных или больных СПИД в соответствии с концепцией общего блага, человеческого достоинства и милосердия. Многие люди, живущие с ВИЧ, имеют доступ к нормальному лечению либо за счет частной медицинской страховки, либо в рамках государственной программы по поддержке лечения ВИЧ, либо в рамках лечебных программ, финансируемых фармацевтическими компаниями.

Доступ к надлежащему лечению вовсе не означает наличия доступа к частной медицинской страховке или государственным программам. Во многих таких программах доступ к лекарствам контролируется на основе свода определенных правил или контрактов, что может закрыть доступ к лекарствам, необходимым для надлежащего лечения. В то же время многие люди, живущие с ВИЧ, не могут позволить себе покупку лекарств и, таким образом, не охвачены программами, предоставляющими помощь за деньги, а комбинированное антиретровирусное лечение стоит дорого. Такое положение вещей нарушает принципы дистрибутивной справедливости, и это становится все более очевидным, поскольку сегодня жизнь или смерть зависят от доступа к указанной комбинированной терапии. Если есть группа пациентов, страдающих от болезни, которую можно лечить, но они не могут получить такое же лечение, как другие, особенно если успех в получении лечения зависит от общего блага, — то это явное

нарушение принципа дистрибутивной справедливости.

Таким образом, исходя из принципов общего блага, человеческого достоинства, милосердия и дистрибутивной справедливости, получается, что общество должно выработать программу обеспечения равного доступа к комбинированной антивирусной лекарственной терапии для неимущих людей, живущих с ВИЧ, которые не получают лечения из-за его высокой стоимости. Такой отказ в предоставлении лечения из-за стоимости создает проблему, которая должна быть рассмотрена в рамках планов распределения ограниченных медицинских ресурсов. Хотя действительного физического отсутствия или нехватки лекарств, используемых в комбинированном антивирусном лечении, не существует, неимущие не могут приобрести эти лекарства, поэтому можно говорить, что в этой группе больных медицинские ресурсы ограничены.

Стоимость комбинированной антивирусной терапии многим людям кажется непомерно высокой. Лечение одного больного стоит от 8000 до 15 000 долларов США в год в зависимости от назначенного курса. Есть мнение, что нельзя разрешать фармацевтическим компаниям назначать такие запредельные цены, когда больные люди, которым эти лекарства могли бы помочь, не могут их себе позволить из-за цены. Это нарушает принцип человеческого достоинства. Другие люди считают, что такие цены позволяют кучке богатых людей получать преимущество перед остальными членами общества. Разрешение такой деятельности,

по их мнению, нарушает социальный договор между представителями «полезных» профессий и отраслей промышленности и обществом и, таким образом, вредит социальному благу. Некоторые люди считают, что прибыли фармацевтических компаний нечестные, поскольку они нарушают принцип справедливости.

Тем не менее, все эти аргументы не выдерживают серьезной критики. До тех пор, пока действия фармацевтических компаний подчинены тем же этическим ценностям, что и действия других организаций и отдельных лиц, вопрос цены на лекарства не так уж важен. Достижения в области здравоохранения в целом и в области ВИЧ/СПИД в частности стали возможными в основном благодаря инвестициям фармацевтических компаний в медицинские исследования. Деньги на проведение этих исследований выделяются акционерами фармацевтических компаний, которые поддерживают высокие стандарты управления, производительности и прибыльности своих компаний — эта прибыль направляется на проведение новых, иногда безрезультатных исследований, а часть прибыли возвращается акционерам в виде дивидендов.

Разработка, производство и маркетинг новых лекарств стоят дорого. Многие новые лекарства не появились бы на рынке или не принесли бы прибыль, которая, в свою очередь, поддерживает новые исследования и развитие. Значительные достижения в области продления жизни, которые помогли многим ВИЧ-инфицированным, стали возможными только благодаря ориентированному на прибыль инвестициям в исследования СПИД.

Быстрое появление все большего числа лекарств в арсенале антивирусных препаратов, используемых в комбинированной терапии, создает определенные проблемы, которые могут затормозить этот процесс. Использование нескольких видов лекарств в разных дозах в антивирусных «коктейлях» все больше затрудняет прибыльное выведение этих лекарств на рынок, а ведь именно получение прибыли подстегивает развитие новых препаратов. Некоторые из существующих антивирусных лекарств сегодня заменяются более эффективными препаратами второго поколения. Если раньше проходило в среднем восемь лет, прежде чем продажи лекарства покрывали расходы на их разработку и приносили прибыль, необходимую для дальнейших исследований, то теперь некоторые из этих лекарств хорошо продаются на рынке всего несколько лет и занимают значительно меньшую нишу. С появлением каждого нового антивирусного средства потенциальная доля других антивирусных препаратов на рынке уменьшается.

Следует также отметить, что фармацевтическая промышленность является основным источником финансирования организаций, работающих в области СПИД в США, и что многие достижения в защите людей, живущих с ВИЧ, стали возможными благодаря образовательным программам, финансируемым за счет грантов фармацевтических компаний. Все производители различных лекарств, используемых для лечения ВИЧ/СПИД, участвуют в программах помощи неимущим больным, осуществляемых через клиники, которые

обращаются к компаниям с просьбами о включении некоторых своих пациентов в эти программы. Однако, несмотря на отчеты компаний о щедром безвозмездном выделении лекарств, многие больные СПИД (особенно бездомные) совершенно не имеют средств и доступа к этим программам.

Выдвигались предложения, чтобы производители лекарств, особенно антивирусных препаратов, координировали программы обеспечения неимущих лекарствами, чтобы неимущие, у которых нет других ресурсов, могли получить наиболее подходящий антивирусный «коктейль». Также предлагалось, чтобы фармацевтические компании предоставляли населению информацию о количестве людей, получающих поддержку в рамках программ помощи неимущим, чтобы эти программы не использовались исключительно в рекламных целях. Участвуя в подобных программах и поддерживая организации по борьбе со СПИД, производители лекарств выполняют свои моральные и этические обязательства перед обществом.

Средства массовой информации и население обращают серьезное внимание на стоимость ингибиторов протеазы и других лекарств от ВИЧ/СПИД. Некоторые активисты борьбы со СПИД, профессиональные организации и политики пытались вынудить фармацевтические компании снизить цены на лекарства. В то время как сметная стоимость комбинированного антивирусного лечения вычисляется на основании средней оптовой цены, большинство этих лекарств продается компаниями со значительной скидкой различным

государственным программам, таким, как Medicaid, CHAMPUS, the Veterans Administration, the Indian Health Service, AIDS Drug Assistance Program (ADAP), по условиям закона Ryan White CARE Act, благодаря которому большинство ВИЧ-инфицированных в США получают лекарства.

Производители лекарств отвечают на критику следующими фактами. Стоимость промышленного развития высока. Фармацевтическая промышленность связана с большим финансовым риском, исследуя побочные явления, которые могут вызвать новые лекарственные средства. Они указывают, что правительство признает их цены законными, поскольку патентное право защищает компании, которые расходуют значительные средства на разработку лекарств. Однако такие действия исключают продажу похожих лекарств, произведенных другими компаниями за пределами США, по более низким ценам. Патент разрешает назначать монопольные цены на лекарства под торговыми марками на срок действия патента. Больным, нуждающимся в помощи, это трудно понять.

Некоторые экономисты отмечают, что цены на лекарства не особенно влияют на доступность этих лекарств, особенно для пациентов, не охваченных программой Medicare. Некоторые активисты борьбы со СПИД и СМИ считают, что понижение цен на ингибиторы протеазы на 25 % даст возможность большему числу больных покупать эти лекарства. Это мнение было направлено компаниям через ADAP с целью повышения доступности лекарств. Многие специалисты в области го-

сударственной политики считают, что если понизить цену на лекарства от СПИД на 25 %, то финансирование ADAP Конгрессом тоже сократится на 25 %. Цены на лекарства всегда будут оставаться препятствием для тех, кто не получает возмещения за расходы на лекарства, но при этом цены определяются на рынке, и изменения существующей системы скорее всего принесут больным больше вреда, чем пользы.

Разумеется, правительство разрешает акционерам получать немалую прибыль от работы их компаний. Правительство разрешает возмещение расходов на производство, предоставляя компаниям патентные права. Это создает монополии и, таким образом, не позволяет другим (как правило, иностранным) компаниям продавать такие же лекарства по более низким ценам. Но это честно, поскольку все эти действия соответствуют этическим принципам справедливости.

Решение относительно комбинированной антивирусной терапии требует серьезного профессионального обсуждения о том, будет ли больной выполнять требования режима приема лекарств и будут ли врачи правильно его выполнять. Появляется все больше данных о неправильном использовании антивирусных лекарств некоторыми врачами, включая применение наиболее подходящих схем приема и замену антивирусных лекарств, чтобы избежать развития устойчивости или перекрестной устойчивости к препаратам. Растущая сложность лечения антивирусными препаратами может привести к возникновению новой врачебной специальности «лечение

ВИЧ». Уже были призывы о том, чтобы лечение этой болезни проводили только специалисты по СПИД.

Непостоянное использование комбинированной антивирусной терапии, которая включает в себя ингибиторы протеазы, тоже вызывает проблемы. Устойчивые штаммы вируса возникают, когда схема лечения не соблюдается точно. Таким образом, при принятии решения о том, кого из пациентов можно направить на лечение, нужно знать, сможет ли больной точно соблюдать схему лечения. А это уже отдает патернализмом — «врач знает лучше». И все же, для общего блага, для защиты общества от опасности возникновения новых устойчивых штаммов ВИЧ необходимо выявить больных, которые не смогут подчиняться требованиям режима.

Есть надежда, что эти решения не будут приниматься на основе патернализма. Необходимо признавать и уважать автономию личности. Решения должны быть свободны от предубеждений и предвзятых мнений о социальной полезности больного с точки зрения врача. Поскольку многие ВИЧ-инфицированные употребляют наркотики, бездомны, неопытно выглядят, живут на пособия, к ним может сложиться неприязненное отношение независимо от того, способны ли они соблюдать режим лечения.

Уход, лечение и поддержка людей, живущих с ВИЧ/СПИД

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД, принятая на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2001 году, стала поворотным пунктом в истории борьбы с ВИЧ/СПИД. Впервые лечение и уход, включая доступ к антире-

тровирусным препаратам, были признаны правительствами всех стран мира как важнейший компонент мероприятий по противодействию глобальной пандемии ВИЧ/СПИД.

Необходимость обеспечения взаимосвязанной системы ухода и поддержки

Лечение с помощью лекарств является важным инструментом для противодействия заболеваемости и смертности от ВИЧ/СПИД. Однако это не единственное средство. Для того чтобы успешно бороться с ВИЧ/СПИД, ЛЖВ должны иметь доступ к широкому спектру услуг по лечению, уходу и поддержке, предоставляемых постоянно и комплексно. Такая комплексная система ухода поможет удовлетворить растущие потребности больных по мере ухудшения их состояния на различных этапах развития ВИЧ-инфекции.

Комплексный уход за людьми, живущими с ВИЧ/СПИД, характеризуется целым рядом важных мер в дополнение к расширенному доступу к антиретровирусным препаратам. Ниже приводится неполный перечень основных мер:

- существующие доступные службы добровольного консультирования и тестирования (ДКТ);
- профилактика и лечение туберкулеза и других инфекций;
- профилактика и лечение ВИЧ-ассоциированных заболеваний;
- паллиативная помощь;
- профилактика и лечение сексуально передаваемых инфекций (СПИ);
- профилактика дальнейшей передачи ВИЧ с применением существующих технологий (например,

женских и мужских презервативов, использования стерильных игл и шприцев) и использованием технологий будущего (например, вакцин и микробицидных препаратов), а также профилактика через изменение поведения;

- планирование семьи;
- хорошее питание;
- социальная, духовная и психологическая поддержка и помощь среди лиц одной группы (по принципу «Равный—равному»);
- соблюдение прав человека;
- снижение стигмы, связанной с ВИЧ/СПИД.

Центральным компонентом всеобъемлющей стратегии по уходу при ВИЧ/СПИД является масштабная интеграция планирования и реализации профилактических и лечебных мероприятий.

Психосоциальная поддержка: важный компонент комплексных услуг по уходу

Консультирование, духовная поддержка, помощь в раскрытии положительного серологического статуса, в переходе к методам безопасного секса или воздержании от секса, соблюдение режима приема лекарств, поддержка в конце жизни и в случае тяжелой утраты, практическая экономическая помощь – все это входит в психосоциальную поддержку людям, живущим с ВИЧ/СПИД, или пострадавшим от эпидемии. Смягчение разрушительного воздействия СПИД на личную жизнь людей, их социальные отношения и уровень доходов ранее считалось достаточной причиной для оказания такой помощи. В то же время, психосоциальная поддержка

очень важна и для успеха медицинского лечения — важность этого вопроса постоянно возрастает, поскольку все больше ВИЧ-положительных людей получают доступ к лечению антиретровирусными препаратами.

Расширение участия людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), имеет большое значение для предоставления психосоциальных услуг по уходу, и такое вовлечение должно стать неотъемлемой частью программ по уходу и поддержке. Программы взаимной поддержки ВИЧ-инфицированных лиц доказали свою успешность в предоставлении психосоциальной помощи ЛЖВС во всем мире, особенно учитывая их малозатратность для систем здравоохранения. В Юго-Восточной Азии и многих других регионах получены серьезные доказательства положительного психосоциального воздействия клубов самоподдержки для ВИЧ-инфицированных и пострадавших от эпидемии людей. Такие клубы (и такие группы поддержки) могут быть очень полезными для оказания или пропаганды социальной и экономической помощи, например, в виде профессионального обучения, малых проектов или финансирования медицинской страховки. Организация поддержки больных СПИД в Уганде (ТАСО) стала мировым лидером в этой области. Входящий в ее состав Молодежный клуб по проблемам СПИД представляет собой проект профилактики СПИД и ухода за больными среди лиц одной группы и предоставляет консультирование и другие услуги по поддержке ЛЖВС.

глава пятая

Доступность лекарственных средств в Украине

Антиретровирусная терапия (АРТ) — терапия выбора, и не все пациенты одинаково хорошо ее переносят. Личное осознанное решение («принимать или не принимать»), безусловно, принадлежит самому человеку, живущему с ВИЧ. Однако выбирать метод лечения можно тогда, когда он доступен: доступна и АРТ, и

паллиативная, и альтернативная терапии. Следует помнить, что когда речь идет о доступности лекарственных средств, имеется в виду, что **каждый** пациент, который по клинико-лабораторным показаниям нуждается в каком-нибудь лекарстве, может его получить **в любом населенном пункте страны беспрепятственно и бесплатно** или, по крайней мере, по минимальной цене.

Оказание помощи тем, кто живет с ВИЧ, — трудная работа для всех: родственников, друзей, волонтеров, групп самопомощи или медицинских работников. Но именно врачи чаще других испытывают чувство вины за то, что они не могут дать своим пациентам жизненно необходимые лекарства, названия и действие которых им давно и хорошо известны.

Мировой опыт показывает, что полное финансирование **своевременного** лечения людей, живущих с ВИЧ, экономит средства государства. В самом деле, какими большими не кажутся на первый взгляд затраты на АРТ, совокупные затраты на лечение больных СПИД, финансирование их пребывания в больницах, отчисления на социальное страхование, содержание их детей-сирот, оплата труда медицинских работников новых ста-

Двадцать второго сентября 2003 г. Генеральный директор ВОЗ, Исполнительный директор ЮНЭЙДС и Исполнительный директор Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией заявили о том, что отсутствие антиретровирусных лекарственных средств является чрезвычайной ситуацией для здравоохранения во всем мире. В соответствии с этим ВОЗ и ее партнеры приступили к осуществлению инициативы «Лечить 3 миллиона человек к 2005 году» («3 к 5»). Учитывая доказанную возможность лечения лиц с ВИЧ/СПИД как в развитых, так и в развивающихся странах, была определена глобальная цель: к концу 2005 г. сделать доступными антиретровирусные препараты для 3-х миллионов человек.

ционаров и хосписов (которые, при сохранении существующего положения вещей, неизбежно понадобятся нам в ближайшие годы) в сотни раз больше и способны вызвать в Украине гуманитарный кризис с непредсказуемыми последствиями.

Известный экономист, нобелевский лауреат Теодор Шульц сказал: «Богатство нации составляют главным образом приобретенные способности людей — их образование, опыт, мастерство и здоровье». Дав людям, живущим с ВИЧ, возможность сохранить оптимальный уровень здоровья, возможность учиться, работать и самим содержать себя, помогая им социально адаптироваться и реально защищая их неотъемлемые права, правительство выполнит свою основную задачу — задачу развития и укрепления украинской нации и государства.

Правительство Украины должно настойчиво и последовательно добиваться более гибкого подхода фармацевтических компаний к обеспечению Украины АРТ и препаратами для лечения оппортунистических инфекций, что, безусловно, окажет существенное влияние на совладание с эпидемией ВИЧ-инфекции в стране. Другого пути нет. Например, растущее господство фармацевтических компаний в Южной Африке сузило возможности доступа к здравоохранению тем гражданам, которые в нем остро нуждались, и уменьшило возможности и роль самого правительства в обеспечении медицинской помощью населения этой страны.

Исключительно широкий спектр факторов, способствующих развитию эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине,

требует, в свою очередь, широких и всесторонних действий во всех направлениях. Однако вопрос доступности лечения является одним из определяющих успех (или неуспех) в ответе на эпидемию, охватившую всю страну.

Украина одной из первых (в начале 2003 года) вошла в число стран, получивших финансовую поддержку от Глобального фонда на преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД. Ключевым компонентом этой программы является диагностика и лечение ВИЧ/СПИД, оппортунистических инфекций, а также медико-социальное и психологическое сопровождение пациентов программы лечения.

Сегодня в Украине, как и в развитых странах мира, для лечения ВИЧ-инфекции и СПИД широко применяются специфические антиретровирусные препараты, сохраняющие здоровье и жизнь многим тысячам людей. Кроме того, в клинической практике используются эффективные лекарства для лечения оппортунистических инфекций; спектр препаратов для предотвращения передачи ВИЧ от матери к ребенку, позволяющие провести профилактическое вмешательство на любом сроке беременности и в родах.

Если до момента начала действия программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине», реализуемой Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, лечение в Украине было доступно лишь 135-ти ВИЧ-позитивным людям (при потребности в антиретровирусной терапии у 4000 человек), то с августа 2004 года антирет-

ровирусная терапия стала доступной для значительно большего числа ЛЖВ.

Для того чтобы получить лечение, ВИЧ-позитивному человеку нужно обратиться в Центр по профилактике и борьбе со СПИД по месту жительства. Специалисты назначат необходимые тесты и, при соответствующих показаниях, антиретровирусную терапию.

На 1 декабря 2004 года лечение получали около 1000 человек. К середине 2005 года АРТ станет доступной для 2500 взрослых и детей.

Ведущая роль в организации лечения ВИЧ-инфекции/СПИД в Украине принадлежит Национальному центру профилактики и борьбы со СПИД Министерства здравоохранения, поскольку наличие препаратов — это только возможность, а наличие полной инфраструктуры и регламентирующих документов — воплощение этой возможности в реальную жизнь. Поддержка международных экспертов и технической помощи, организованная МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» гарантирует соответствие назначаемой терапии национальным стандартам, разработанным в рамках Программы.

На сегодня качество лечения ВИЧ-инфекции/СПИД обеспечивается через введенные в действие национальные стандарты: клинический протокол по применению антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции/СПИД у взрослых и подростков; клинический протокол по применению антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции у детей; клинический протокол лечения оп-

«Нужды больных СПИД и их близких повсюду одинаковы: лекарственные препараты и научные достижения представляют собой общее благо всего человечества. Безразличию и косности не может быть прощения. Давайте сделаем это все вместе».

**Арно Марти-Лавозель,
почетный президент
Национальной федерации
«ЭЙДС», Париж, Франция**

портунистических инфекций у больных ВИЧ-инфекцией/СПИД; методические рекомендации по лабораторному мониторингу ВИЧ-инфекции и антиретровирусной терапии. Эти стандарты созданы на основе клинической практики украинских врачей и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения. В процессе разработки находятся протоколы по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ; профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку; оказанию паллиативной помощи; антиретровирусной терапии и лечению потребителей наркотиков, больных ВИЧ-инфекцией/СПИД.

Расширение доступности антиретровирусной терапии в Украине основывается на масштабном поэтапном плане, который предполагает постепенное включение в структуру лечения областных центров СПИД с возрастающим числом пациентов, принимающих терапию.

При принятии решения об очередности регионов, в которых планируется предоставление антирет-

ровирусной терапии, учитывается несколько составляющих: эпидемиологическая ситуация, количество людей на третьей и четвертой стадиях заболевания, наличие материально-технических и человеческих ресурсов или потенциала к их быстрому наращиванию (эти данные анализируются на основе проведения оценки готовности центров СПИД к началу антиретровирусной терапии).

В 2004 году предоставление антиретровирусной терапии начато в Днепропетровском, Донецком, Николаевском и Одесском областных центрах СПИД, Крымском республиканском центре СПИД, Киевском городском центре СПИД и в клинике НИИ эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л. В. Громашевского. При этом, если лечение в первых шести из перечисленных клиник предназначено, в первую очередь, для жителей этих областей, то в клинике НИИ им. Л. В. Громашевского пройти диагностику и получить терапию могут жители любого региона страны. Кроме того, чтобы обеспечить равные возможности всем гражданам Украины, нуждающимся в лечении, необходимые препараты предоставляются в центр СПИД по месту жительства больного (на основании запроса лечащего врача в Национальный центр СПИД).

В январе-марте 2005 года антиретровирусная терапия будет проводиться центрами СПИД еще 8 областей — Винницкой, Запорожской, Ивано-Франковской, Киевской (Белая Церковь), Луганской, Полтавской, Харьковской и г. Севастополя.

Внедрение широкомасштабной терапии сопровождается интенсивным обучением врачей, медсестер и

персонала, который помогает пациентам принять решение о начале терапии и поддерживает готовность продолжать начатое лечение, преодолевая трудности и стрессовые состояния.

Антиретровирусная терапия (АРТ) — все еще сложное комплексное ежедневное мероприятие длиной в жизнь (от момента начала), поэтому ее еще называют «терапией выбора». И дело не только в том, что комплекс препаратов нужно принимать по несколько раз в день в течение многих лет, но и в том, что несмотря на очевидные успехи в создании все более и более совершенных препаратов, прием АРТ сопровождается (особенно на начальном этапе) побочными эффектами, которые не все пациенты одинаково хорошо переносят. Сегодня, когда в Украине антиретровирусная терапия стала реальностью и личное осознанное решение принимать или не принимать АРТ, принадлежит самому человеку, живущему с ВИЧ, являясь его личной ответственностью, он, тем не менее, не оставлен один на один с проблемой выбора и его последствиями.

Наряду с широкомасштабной программой лечения в Украине всестороннюю помощь ЛЖВ оказывают проекты медико-социального и психологического сопровождения АРТ, которые работают при всех центрах СПИД, предоставляющих лечение. Оказание помощи тем, кто живет с ВИЧ, а тем более тем, кто принимает АРТ, — трудная работа для всех: родственников, друзей, волонтеров, групп самопомощи или медицинских работников. Но именно врачи чаще других испытывают максимальную нагрузку, при этом не

всегда пользуясь достаточным доверием пациентов и будучи чрезвычайно ограничены временными рамками. Для того чтобы помощь была своевременной, максимально полной, равно доступной и профессиональной, и работают проекты медико-социального и психологического сопровождения АРТ. В чем заключается помощь таких проектов? Человек, обратившийся в центр СПИД или непосредственно в проект, получает наиболее полную информацию о лечении, его недостатках и преимуществах, для того чтобы сделать для себя правильный выбор. Он также проходит дополнительное обследование при поддержке социального работника (зачастую для прохождения полной диагностики необходимо посетить целый ряд лечебно-профилактических учреждений, что нередко отпугивает людей из-за боязни разглашения статуса), проходит теоретическую и практическую подготовку к приему препаратов, получает психологическую и эмоциональную поддержку от людей, которые уже имеют успешный опыт приема терапии, и просто делится своими проблемами, задает вопросы любому специалисту — врачу, медсестре, социальному работнику, психологу, консультанту — и получает на него ответ в любое время суток. Это далеко не весь перечень услуг и видов помощи, которые получают пациенты, обратившись в такой проект.

Частью системы ухода и поддержки ЛЖВ, обеспечивающей доступ к лечению и позволяющей улучшить жизнь людей, живущих с ВИЧ, являются реабилитационные программы для потребителей наркотиков (как

инфицированных ВИЧ, так и тех, чей ВИЧ статус не определен); программы медико-социальной помощи и психологической поддержки ВИЧ-позитивных беременных, рожениц и детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями; общественные центры для людей, живущих с ВИЧ, где можно получить консультацию врача, приятно и с пользой провести свободное время; центры дневного пребывания детей ВИЧ-позитивных родителей, а попросту — детские сады, где не станут требовать справок о статусе малыша, а тепло, сердечно и ответственно присмотрят за ребенком, пока мама находится на приеме у врача или на работе.

С марта 2005 года с целью обеспечения равного доступа к АРТ наиболее уязвимой группы людей, нуждающихся в лечении, — ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков — будет внедрена программа заместительной терапии, которая по опыту мировой практики является эффективным инструментом полноценного вовлечения таких людей в АРТ, формирования приверженности и повышения качества жизни.

Контактную информацию о проектах ухода и поддержки можно получить, обратившись в центр СПИД по месту жительства, на Национальную телефонную линию доверия по вопросам ВИЧ/СПИД, в МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» или ВБО «Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ» (см. раздел «Рекомендуемые ресурсы»).

Наиболее волнующий вопрос, стоящий на повестке дня сегодня: «Что же будет дальше?» — поскольку прием АРТ рассчитан на всю жизнь, а перспектива программы

лечения, финансируемой Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией гарантирует бесплатное бесперебойное лечение до 2008 года.

Ответ на этот вопрос есть: обязательства по продолжению начатого должно взять на себя правительство Украины, планирование и своевременное проведение мероприятий по закупкам и распределению АРТ-препаратов и препаратов для лечения оппортунистических инфекций, диагностического и лабораторного оборудования, а также настойчивая и последовательная политика по отношению к фармацевтическим компаниям в формировании совместного гибкого подхода к обеспечению Украины необходимыми препаратами. Не менее реальным и действенным подходом в выполнении взятых обязательств является производство необходимого оборудования и препаратов внутри страны.

Лечение в Украине сегодня — это реальность и залог стабильного преодоления эпидемии и ее последствий в будущем.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

Неля (г. Донецк)

...В Центр по борьбе со СПИД я впервые обратилась в 1998 году, после того как прошла тестирование на ВИЧ и узнала, что инфицирована. В центре меня поддерживали морально, помогли справиться с этой страшной бедой, дали полную и исчерпывающую информацию об этой инфекции, путях передачи. В 1999 г. у меня начались проблемы

со здоровьем. Иногда повышалась температура тела, периодически стали беспокоить боли в горле, кашель. В 2000 г. мне уже стало тяжело работать из-за постоянных головных болей, общей слабости, утомляемости... С 2000 по 2003 г. я потеряла более 10 кг своего первоначального веса, температура постоянно была высокой. Мне поставили диагноз СПИД, обнаружили туберкулез легких, я прошла курс противотуберкулезной терапии...

В августе 2004 г. от своего лечащего врача я узнала о возможности приема антиретровирусной терапии... Я знаю, что эти лекарства не вылечат меня полностью, но они остановят развитие заболевания. После необходимых обследований в начале сентября я начала прием лекарств. Не сразу, а постепенно мое состояние стало улучшаться. Я перестала терять в весе, прошла постоянная слабость, нормализовалась температура тела.

Я принимаю все лекарства вовремя, стараюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача и сотрудников проекта по приверженности, которые постоянно посещают меня дома и оказывают мне поддержку.

Я верю в эффективность этой терапии и считаю, что, если бы мне не дали возможности лечиться, я могла бы умереть.

Сейчас я могу жить полноценной жизнью, как раньше, работать, общаться со своими друзьями, отдыхать.

Огромное спасибо всем за то, что подарили мне надежду на жизнь. Положительный эффект этой терапии я в полной мере ощутила на себе!

девятый раздел
Жизнь с ВИЧ/СПИД



люди и ВИЧ

глава первая

ВИЧ и беременность

Проблемы ВИЧ-положительных женщин, решивших родить ребенка

Комбинированная терапия, радикально замедляя процесс разрушения иммунной системы, облегчила многие сугубо клинические проблемы... и поставила многие новые социальные вопросы. Один из этих вопросов — мало обсуждаемый на научных симпозиумах, но много обговариваемый людьми, живущими с ВИЧ, — могут ли теперь ВИЧ-положительные женщины иметь детей.

Только в США приблизительно 7000 женщин с ВИЧ ежегодно зачинают и рожают детей. Некоторые из этих женщин не знают, что они заражены ВИЧ, другие не принимают этот факт всерьез, когда вступают в сексуальные отношения. В результате у ВИЧ-положительных американок каждый год рождается от 7000 до 8000 младенцев. Из них около 600 оказываются ВИЧ-инфицированными. При лучшем до беременности лечении и соответствующей антиретровирусной терапии до и во время родов, должно стать возможным снижение этого количества до менее 1 % от всех детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями.

Женщины с ВИЧ, которые хотят иметь детей, должны внимательно

рассмотреть возможность усыновления или удочерения ребенка (в соответствии с национальным законодательством). К тому же усыновление снимает риск, небольшой, но реальный, что даже при самом лучшем медицинском уходе и самой большой удаче ВИЧ-положительная женщина передаст вирус своему ребенку. Кроме того, усыновление дает женщинам с ВИЧ возможность выбора — принять ребенка 2—3 лет, а то и школьника вместо новорожденного. Это может иметь особые преимущества для тех ВИЧ-положительных женщин, которые хотят воспитывать ребенка, но не уверены, что способны заботиться день и ночь о новорожденном.

До недавнего времени считалось, что беременность может отрицательно повлиять на здоровье женщины, поскольку беременность подавляет иммунную систему.

Однако нет никаких доказательств, что беременность ускоряет течение ВИЧ-инфекции у женщин с бессимптомной ее формой.

Поэтому ВИЧ-инфицированной женщине, которая хочет забеременеть, есть смысл искать необходимую информацию и обратиться за советом. Знания о передаче инфекции от матери к ребенку быстро развиваются. Становится все

более очевидным, что некоторые ситуации подходят для зачатия лучше, чем другие, для того чтобы уменьшить (но не устранить) риск передачи ВИЧ-инфекции плоду.

У некоторых ВИЧ-позитивных женщин риск инфицирования плода слишком высок, чтобы продолжать беременность или даже вообще взять на себя риск зачатия. Это чаще всего случается, если у матери уже проявились симптомы болезни. При этом риск передачи инфекции от матери к ребенку увеличивается, поскольку вирусная нагрузка матери возрастает, а число клеток CD4+ сокращается.

Некоторых беспокоит проблема, что ребенок (даже если он и не будет инфицирован) может остаться сиротой (из-за смерти одного или обоих родителей) до достижения совершеннолетия. Важно, чтобы мать (и ее партнер, если это имеет значение) принимала решение сама, а не перекладывала его на плечи медиков.

Некоторые женщины хотят прекратить лечение либо до беременности, либо в момент, когда они понимают, что беременны. Этот вопрос необходимо детально обсудить. Как правило, важно, чтобы женщина продолжала курс лечения. В случае прекращения лечения существует риск быстрого восстановления вирусной нагрузки, и это может повысить риск так называемой перинатальной передачи. Вызывает опасения и риск ненормального развития плода, хотя сегодня единственным свидетельством побочного действия лекарств является риск преждевременных родов у матерей, проходящих курс комбинированной терапии. (Однако у макак, которым давали эфавиренц, отмечалось не-

нормальное развитие плода, поэтому это лекарство противопоказано любой женщине, желающей зачать ребенка или уже беременной).

Трудно соблюсти все интересы матери и ребенка, поэтому высказывались многократные критические замечания по поводу продолжения монотерапии АЗТ во время беременности. Риски и преимущества обоих подходов к лечению до сих пор мало описаны, а кроме того, есть свидетельства, что риск приобретения устойчивости к АЗТ при прохождении курса лечения до 18 недель перед родами довольно низок.

Проблемы ВИЧ-позитивных женщин, желающих забеременеть от ВИЧ-негативных мужчин

Во время незащищенного полового акта существует риск инфицирования мужчины-партнера. Этого можно избежать, если женщина использует набор для самостоятельного осеменения. В ходе этой простой процедуры женщина осеменяет себя во время овуляции спермой своего партнера, собранной в стерильный сосуд. Большинство организаций и больниц, по вопросам женского здоровья (в экономически развитых странах) могут предложить консультации и необходимое оборудование. В Украине также есть клиники, в которых возможно получить подобные услуги.

Проблемы ВИЧ-негативных женщин, желающих забеременеть от ВИЧ-позитивных мужчин

Если отец ВИЧ-инфицирован, а мать — нет, ребенок не будет напрямую инфицирован через отцовскую

сперму. Если женщина будет инфицирована во время зачатия, существует значительный риск передачи инфекции ребенку, поскольку вирусная нагрузка женщины во время сероконверсии, скорее всего, будет высокой. Хотя и бывали случаи, когда женщины беременели от ВИЧ-позитивных мужчин и не инфицировались, сегодня еще нет никакой достоверной научной информации, объясняющей, почему это стало возможным.

Некоторые пары, желающие зачать ребенка, могут попытаться снизить риск инфицирования женщины, занимаясь незащищенным сексом только тогда, когда шансы забеременеть высоки, а возможность инфицирования ВИЧ низкая. Это возможно во время овуляции и в тот момент, когда вирусная нагрузка ее партнера не определяется.

Очищение спермы

Образец спермы можно «очистить» путем отделения ее от семенной жидкости; затем сперма помещается в инкубатор, где живые сперматозоиды отделяются от погибших, и после этого может использоваться для осеменения. Этот метод эффективен для мужчин, в сперме которых среднее или высокое содержание сперматозоидов. Результаты обследования ВИЧ-позитивных мужчин показали, что таким образом можно сократить вирусную нагрузку до уровня, когда вирус не обнаруживался (хотя это не исключает наличия ВИЧ в очень малом количестве).

При использовании этого метода не было отмечено ни одного случая передачи ВИЧ женщинам-партне-

рам. По сообщениям группы итальянских ученых, которая впервые начала использовать этот метод, было проведено 1000 попыток оплодотворения в группе из 350 пар, в результате чего 200 женщин забеременели. Второй страной после Италии, предоставляющей услуги по очищению спермы стала Великобритания в 1998 году. Позже, их начали предоставлять Испания, Франция и США.

Женщина, желающая зачать ребенка таким способом, будет находиться под наблюдением, которое поможет определить момент начала овуляции, после чего партнер должен предоставить сперму для очистки перед тестированием на ВИЧ. Если образец окажется негативным, можно приступить к искусственному оплодотворению. Специалисты больниц Челси и Вестминстер (Великобритания) предупреждают супругов, которые желают использовать этот метод, что даже после очистки, около 5—6 % образцов остаются ВИЧ-позитивными (что подтверждают результаты тестирования). Эта процедура не бесплатна. Стоимость ее зависит от страны и больницы, предоставляющей такие услуги, а также от метода, который используется для оплодотворения. Например, в Италии и в Испании искусственное оплодотворение может стоить около 360 евро, оплодотворение же в пробирке будет стоить дополнительных 3600 евро. В Англии стоимость начальных тестов и консультации составляет 570 фунтов стерлингов, а приблизительная стоимость трех циклов очистки и искусственного оплодотворения составляет 3400 фунтов стерлингов.

Люди, не встававшие с постели три года назад, сейчас бегают трусцой три раза в неделю... и интересуются, как они могут вернуться на работу, не потеряв при этом льгот по инвалидности. Женщины, которые боролись с молниеносными лихорадками и трудно излечимыми инфекциями три года назад, сейчас ездят по стране, пропагандируя программы профилактики ВИЧ... и подумывают о том, могут ли они иметь детей. В этом новом мире жизнь с ВИЧ приобрела новые следствия, измерения и разновидности. Сейчас люди, живущие с ВИЧ, смеют думать о том, что когда-то было невообразимо: что они могут прожить достаточно долго для того, чтобы им понадобилась пенсионная страховка; что они могут успеть выплатить свою задолбанную; что они могут успеть стать старыми, лысыми, пузатыми и близорукими.

Кэтрин М. Уилферт,
доктор медицины

В Украине также возможно осуществить эту процедуру. Важно отметить, что эта методика относится к мероприятиям по снижению вреда и не предназначена для лечения бесплодия.

Искусственное оплодотворение

Другим вариантом для ВИЧ-негативной женщины, партнер которой инфицирован, может стать искусственное оплодотворение спермой другого мужчины — анонимного донора или кого-нибудь, известного обоим партнерам (например, члена семьи мужчины-партнера). Этот

вариант используют многие женщины, мужья которых бесплодны, или могут передать инфекцию либо врожденные заболевания.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

САМОЕ ТРУДНОЕ РЕШЕНИЕ В МОЕЙ ЖИЗНИ

Ребекка Денизон

Меня зовут Ребекка, и я ВИЧ-позитивна. Когда я узнала, что позитивна в 1990 году, первой мыслью, что пришла мне в голову, было: «Значит ли это, что я не смогу иметь ребенка?» Я быстро переключилась на другие тревоги: «Сколько мне еще жить? Заразила ли я своего мужа? Как я скажу своей семье?»

Время ответило на первый вопрос: я все еще жива и здорова. Тест ELISA ответил на второй мой вопрос: мой муж, Дэниел, ВИЧ-негативен. Со временем я ответила на третий вопрос, объявив о своем ВИЧ-статусе. Я это делала поэтапно: сначала близким друзьям, потом своей семье и, в конце концов, всему миру через WORLD (Women Organized to Respond to Life-threatening Diseases), информационный бюллетень, который я основала, когда обнаружила, что нет почти никакой информации для женщин, живущих с ВИЧ, как я.

Но много лет у меня не было ответа на мой самый первый вопрос, и я так и не могла справиться с печалью, думая о том, что никогда не смогу иметь детей. Я убеждала себя, что могу направить свои материнские чувства на что-нибудь другое, на какие-нибудь полезные цели

и моя печаль будет меня стимулировать. Некоторое время так оно и было. При безграничной поддержке других ВИЧ-позитивных женщин и Дэниела я основала информационный сервис и сеть поддержки, сейчас известные как WORLD, и женщины, ставшие частью WORLD, стали частью моей семьи.

Я говорила себе, что если я буду внимательна, то рано или поздно услышу о новом лечении, которое поможет мне безопасно родить ребенка. Я хотела того, чего хотят все ВИЧ-позитивные женщины: гарантии того, что я и мой партнер могли бы иметь здорового ВИЧ-негативного ребенка и что я проживу достаточно долго, чтобы увидеть нашего ребенка взрослым. Но, как всем известно, в жизни нет гарантий.

Пустота в моем сердце, которую мог заполнить только ребенок, оставалась. Мы с Дэниелом завели щенка. Мы его обожали, но это не ребенок. У меня 19 племянниц и племянников, так что наша жизнь была полна детей, но это не одно и то же. Так или иначе, для меня горе от невозможности иметь ребенка всегда было большим, чем от того, что у меня ВИЧ.

Процесс принятия мной решения был пятилетней битвой между моим сердцем и моим разумом. Разум говорил: «Это просто слишком рискованно. Есть другие пути почувствовать себя удовлетворенной. Это глубоко эгоистично — подвергать ребенка риску. И, кроме того, ты столько лет в таком добром здравии — что, если стресс беременности подорвет твоё собственное здоровье?» Я слушала голос разума и пы-

талась заглушить свое сердце. Я пыталась быть абсолютно рациональной. Но обнаружила, что не могу. В какой-то момент я даже поймала себя на том, что возмущена тем, как эффективно презервативы предохраняют от беременности. Я все надеялась, что как-нибудь один из них порвется и я забеременею случайно — так что решение, с которым я боролась, осуществится само по себе, не по моей воле.

Для того чтобы лучше представить себе риск и ответственность материнства, я искала ВИЧ-позитивных женщин, которые родили детей, — то, что каждая инфицированная женщина должна сделать, если она думает зачать ребенка. Главное, что я хотела знать, — это как они приняли решение забеременеть. Отдельно я также поговорила с женщинами, которые родили серопозитивных детей. Я хотела знать, что они чувствовали. Не удивительно для меня было, что все они сожалели о рождении ребенка с ВИЧ. Удивительно было то, что многие сказали, что не жалели о своем решении иметь ребенка.

Вооруженная этой информацией, я с помощью терапевта, Дэниела и хороших друзей начала соглашаться с тем, что говорило мне сердце. Мое сердце, что весьма интересно, никогда не было в конфликте по этому поводу. Оно просто говорило: «Я этого хочу!»

Общество на стороне женщин в возрасте, которые хотят иметь детей, в то время как оно осуждает ВИЧ-позитивных женщин за то, что они хотят того же. В обеих этих группах беременность связана с повышенным риском, но в первом случае риск

считается приемлемым, возможно, потому, что общество в целом не очень ясно себе представляет, риск чего именно. Мне потребовалось некоторое время, чтобы понять, что я имела больше общего с этими женщинами, чем мне это представлялось. Мы разделялись по ВИЧ-статусу, но нас объединяло желание иметь детей и осознание того, что для нас беременность связана с повышенным риском.

У меня было все, но, когда я решилась на попытку забеременеть, мне позвонила ВИЧ-позитивная подруга, женщина, которую я уважала, но не хотела ей говорить о битве между моими сердцем и разумом. Она позвонила через день после похорон своей трехлетней дочери, умершей от СПИД, и сказала: «Ребенок, моя дочь страдала каждый день своей жизни. Я не понимаю женщин, которые беременеют, зная, что у них ВИЧ. Неужели они не понимают? Если твой ребенок заболевает СПИД, то это не ты страдаешь, это ребенок страдает».

Я знала, что она права. И я знала, что должна пересмотреть свое решение. Я должна была прислушаться к тому, что говорит мой разум. Именно это я и делала, когда узнала, что моя лучшая подруга и ее муж решили попробовать завести ребенка. Моя подруга ВИЧ-негативна. Ей 42, и для женщин ее возраста всякая беременность является рискованной. Женщины в возрасте, по статистике, больше подвержены риску невынашивания и осложнений беременности, а также преждевременных родов и рождения детей с врожденными дефектами.

Обдумывая решение моей храброй 42-летней подруги, я отменила свое решение, принятое, когда другая моя подруга похоронила трехлетнюю дочь. Мне было ясно, что мое сердце не собиралось отступить в этом вопросе, что бы ни говорил разум. Мне казалось, что душа моего ребенка уже существует и настойчиво просится в мою жизнь.

В январе 1995 мы с Дэниелом обратились в Перинатальную клинику СПИД при San Francisco General Hospital. Мы сказали персоналу: «Мы не просим вашего совета и не просим одобрять наше решение. Мы уже приняли решение: мы хотим ребенка. А вас просим сделать все это как можно более безопасным для нас обоих и для ребенка».

Зная, что есть корреляция между вирусной нагрузкой и вероятностью вертикальной передачи ВИЧ, Дэниел и я хотели предпринять попытку зачатия, пока моя вирусная нагрузка низка. Следующие три месяца мы тщательно измеряли мою температуру каждый день, чтобы установить, когда точно у меня овуляция, а когда этот момент настал, мы применили специальные шприцы, полученные в клинике, для внутриматочного оплодотворения.

Проблемы ВИЧ-позитивных супружеских пар

Если оба партнера ВИЧ-позитивны, незащищенный секс может представлять риск для здоровья женщины (например заражение ИППП или другими штаммами ВИЧ). Если один из партнеров или они оба проходят комбинированное лечение, существует теоретический риск

передачи устойчивых к лекарствам видов вируса между супругами или ребенку, если он также инфицирован. Это может ограничить варианты лечения для членов семьи в будущем. Однако основной (и доказанной) опасностью остается риск передачи ВИЧ плоду. Очень важно, чтобы медицинские специалисты обсудили с такими парами проблемы зачатия детей.

Если оба партнера ВИЧ-позитивны, особенно важно, чтобы они подумали о долгосрочных перспективах своего ребенка, в частности, кто будет о нем заботиться в случае смерти матери или отца.

Проблемы продолжения беременности в случае обнаружения ВИЧ-позитивного статуса

Женщины, которые во время беременности узнают, что инфицированы ВИЧ, должны обдумать много самой разной информации и довольно быстро принять важные решения. Для принятия этих решений важно дать женщинам достаточно времени, точную информацию и хорошую поддержку, а также возможность изучить все варианты. Какие бы решения они ни приняли, результаты их могут быть как положительными, так и отрицательными. Женщины, знающие о своем ВИЧ-статусе до зачатия, должны изучить вопрос о возможности прерывания беременности. Женщина должна знать, что для решения у нее есть строго определенное время, и понимать, с чем это связано. Так, например, существует значительная разница между прерыванием беременности на ранних и поздних сроках. К сожалению, женщина, которая

проходит тестирование в женской консультации, не сможет узнать результат, пока срок беременности не достигнет 14 недель. Это может означать позднее прерывание беременности при помощи искусственных родов. А что она сама думает о прерывании? Есть ли у нее определенные религиозные убеждения, которые могут повлиять на ее решение? Какую поддержку она сможет получить в случае прерывания беременности? ВИЧ-позитивные женщины, которые решают прервать беременность, нуждаются в разнообразной помощи и консультировании. Так же, как и ВИЧ-негативным женщинам, недавно пережившим прерывание беременности, им нельзя немедленно предлагать пройти стерилизацию. Эта мера контрацептивная, об этом решении, вероятно, будут сожалеть, и ее не следует рассматривать до того, как женщина смирится с травмой прерывания беременности и информацией о ВИЧ-статусе, особенно если он выявлен только недавно.

Если эта беременность прервана, каковы шансы снова забеременеть? Насколько важно для этой женщины иметь детей? Есть ли у нее другие дети?

Знает ли ее партнер (если он есть) о ее ВИЧ-статусе? Что он думает по поводу продолжения беременности? Какую поддержку может предложить? Тестировался ли он сам? Хочет ли он пройти тестирование?

Какую поддержку она получит, если продолжит беременность? Что это может значить для ее будущего? Кто позаботится о ребенке, если она

или ее партнер будут плохо себя чувствовать? Как они справятся со своим нездоровьем?

Может ли ребенок быть инфицированным?

Детям ВИЧ-позитивных матерей обычно рекомендуют не делать прививок БЦЖ или живой вакцины полиомиелита. Это означает, что участковый врач и патронажная сестра, которые обычно отвечают за прививки, должны знать о ВИЧ-статусе ребенка или что необходимо предпринять меры, чтобы ребенок получил прививки в специализированной клинике.

Какой уход и медицинское обслуживание получит ребенок? Если женщина проходит курс профилактического лечения АЗТ, ребенок будет получать препарат АЗТ еще в течение месяца после рождения. Ребенку также будет сделана профилактика ПЦП (лечение для профилактики ПЦП), курс которой длится до шести месяцев, пока ВИЧ-статус ребенка не будет точно определен. Как женщина справится с постоянным медицинским вмешательством в жизнь ребенка?

Подумала ли она о том, что она будет делать, если ребенок родится инфицированным ВИЧ и будет нуждаться в лечении?

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

ЖИВОЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВО

Дон

День 1 июня 1995 был самым счастливым в моей жизни. После двух лет попыток завести ребенка

мы с мужем узнали, что я уже три месяца беременна.

Я сдала стандартную серию анализов, в том числе ELISA. У меня не было никаких подозрений, потому что раньше я сдавала кровь и никогда не была диагностирована ВИЧ-позитивной.

21 июня 1995 мой мир рассыпался на куски. Мой акушер позвонил мне домой и попросил нас с мужем прийти в его кабинет как можно скорее. Я думала, он мне скажет, что у меня рак шейки матки, так как это был один из двух анализов, результаты которых мы к тому моменту еще не получили. Могу поспорить, вы догадались, что он мне сказал.

Чувство беспомощности

Когда я убедилась, что не сплю, моей следующей мыслью было, что я умираю и что с этим ничего нельзя поделать. Затем мне пришла в голову мысль о ребенке, которого я носила. Я сказала своему врачу: «Я хочу сделать аборт прямо сейчас. Я не буду вынашивать этого ребенка только для того, чтобы передать ему СПИД и смотреть, как он умирает».

Врач отказался. Вместо этого он сказал, что позволил себе записать меня на прием в Rand Schrader/5P21 Clinic и в Клинику матери и ребенка. Это было лучшее, что он когда-либо мог для меня сделать.

Через два дня я пришла на первый прием в Клинику матери и ребенка. Я была поражена заботой, которую встретила здесь. Никто из врачей и медсестер никогда не осуждал или обвинял меня. Люди там были просто замечательные!

Они повторили все анализы и объяснили мне преимущества и риск в случае продолжения моей беременности. Они примерно подсчитали шансы родить ВИЧ-позитивного ребенка и объяснили, какие лекарства я буду принимать во время беременности. Мой муж тоже был обследован в тот же день. У него диагностировали СПИД.

После некоторых раздумий мы решили, что оба хотим узнать, какво это — быть родителями. Мы решили оставить ребенка.

Труднее всего было сказать нашим семьям — особенно моему отцу. За шесть лет до этого мой отец потерял мою мать, умершую от рака. Для него узнать, что его единственный ребенок тоже умирает от неизлечимой болезни, было трагедией. Он прошел через весь диапазон эмоциональных реакций, от отрицания к гневу, страху и, наконец, к принятию. Это заняло какое-то время. Он стал моей поддержкой и опорой. Когда мне нужна рука помощи или кто-нибудь, кто меня выслушал бы, он всегда готов быть со мной.

В то время мы с мужем жили у моей свекрови. Мы не знали, как она отреагирует, когда услышит новость. Никто из нас раньше не сталкивался с ВИЧ или СПИД. Мы сказали моей свекрови, что, если она скажет нам уходить, мы уйдем, потому что не хотим подвергать ее риску. Ее реакция была такой: «Ну, если Богу угодно, чтобы я заразилась от вас СПИД, то я уже наверняка заразилась». Она не прогнала нас. Она сказала нам оставаться, используя как аргумент то, что я была беременна, и, вообще, куда мы пойдем?

Повод для праздника

Наша дочь родилась в декабре 1995, на месяц раньше срока. Она провела месяц в больнице и была выписана в конце января. Это было настоящее Божье благословение, когда она оказалась ВИЧ-негативной. В 18 месяцев нам дали результаты последнего обследования, и мы устроили небольшой семейный праздник.

Моя вера в Бога укрепилась с тех пор, как мне поставили диагноз. Я всегда могла молиться Ему в трудные времена. Во время всех болезней, недомоганий от побочных эффектов лекарств и просто плохого настроения Он всегда был со мной. Некоторые мои друзья не понимают, почему я не виню Бога и не перестала верить в Него, но моя реакция не изменилась. Я влюбилась в замечательного мужчину, вышла за него замуж и потом узнала, что у него СПИД. У нас не было причин думать, что у него был вирус, так как он не относился ни к одной из уязвимых групп.

Моя вера в Бога была так сильна, что мы с мужем решили рискнуть и снова забеременеть. Вторая беременность была просто адской. Я плохо себя чувствовала семь месяцев из девяти, но родила доношенного здорового мальчика в октябре 1997. Он тоже негативен. Как я уже говорила, Бог к нам милостив.

Невероятная поддержка

Нам также повезло с тем, как наши семьи и немногочисленные друзья отреагировали на нашу болезнь. Любовь и поддержка, которую мы получили от них, просто невероятны.

Я поговорила с некоторыми другими пациентами в клинике и услышала несколько действительно ужасных историй о том, как к ним относятся семьи и друзья. Некоторые почти или совсем прекратили контакт с семьей с момента установления диагноза.

Мы с мужем, зная, что больны СПИД, сделали распоряжения, кто будет заботиться о наших детях в случае, если мы будем больны и не сможем заботиться о них сами, или если мы умрем, составили завещания и решили, какие мы хотим похороны. Я считаю, что каждый человек, у которого есть дети, должен сделать подобные распоряжения на случай своей кончины. В конце концов, быть родителем — это сама ответственность.

Женщинам, у которых ВИЧ или СПИД, надо понимать, что их жизнь не окончена из-за диагноза. Работая над тем, чтобы поддерживать свое здоровье в хорошем состоянии, они могут выходить замуж, иметь детей и прожить долгую жизнь.

Принимать лекарства, правильно питаться и соблюдать гигиену — это лучшие способы оставаться здоровыми. Просто спросите меня. Я — живое доказательство.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

ВИЧ, БЕРЕМЕННОСТЬ И Я

Марсия Джульет-Оуэн

Пять лет назад я узнала, что беременна. Через месяц после этого мне сказали, что я ВИЧ-позитивна. Сейчас я беременна по собственному выбору, а стандарты ухода за ВИЧ-позитивными беременными женщинами претерпели немало из-

менений за последние пять лет. Я вам расскажу о них.

Моим первым вопросом после того, как я пришла в себя от шока после постановки диагноза, было: «Каковы шансы моего ребенка заразиться ВИЧ от меня?»

Пять лет назад ответ был таков: в целом по стране ВИЧ передается примерно в 30 % случаев. (В штате Джорджия это число было 13–15 %.) Вскоре после того, как моя дочь родилась, было рекомендовано использование АЗТ (ретровируса) в результате исследования (ACTG 076), которое показало, что АЗТ может снижать риск передачи вируса до 8 %. В этом исследовании АЗТ давали женщинам после 14 недель беременности, в родах и затем новорожденным в течение первых шести недель. Сегодня этот риск составляет от 5 до 8 % с использованием АЗТ и других антиретровирусных препаратов.

Следующим вопросом было: «Как ВИЧ передается моему ребенку и когда ребенок подвержен наибольшему риску?»

Ответ на этот вопрос не изменился за эти пять лет: во время беременности, в родах, через грудное молоко.

Для меня невозможность кормить моего ребенка грудью всегда будет напоминать о том, что я с самого начала могла все это предотвратить. Это может звучать слишком строго к самой себе. Я знала о риске, связанном с ВИЧ, с 1986 года и никогда не обращала внимания, потому что никогда не воспринимала себя как человека, который рискует заразиться ВИЧ.

После оценки риска для моего новорожденного ребенка я хотела знать риск для себя самой. Пять лет назад

риск для матери был неизвестен, но так как мой уровень Т-клеток (CD4+) был в то время 733, мой акушер думал, что я могу безопасно выносить своего ребенка. Во время той беременности уровень Т-клеток у меня несколько упал и стал 588. После того, как моя дочь родилась, уровень Т-клеток возобновился, и я оставалась ВИЧ-позитивной и асимптоматичной (без симптомов) до 1997 года.

Сегодня у женщин, кто носит вирус бессимптомно, ВИЧ, похоже, не влияет на беременность. Вот уже много лет беременность не вызывает прогрессирования заболевания.

«Есть ли что-нибудь, что могло бы помочь снизить риск заражения ребенка или увеличить его?»

Добровольное кесарево сечение, сделанное до отхода вод (разрыва плодного пузыря), может предохранить ребенка от контакта с материнской кровью и выделениями при прохождении родового канала. Это могло бы снизить риск передачи вируса новорожденному до менее 2 %. Исследования показывают, что при рождении через четыре часа после отхода вод риск передачи удваивается. Если вы рассматриваете возможность завести ребенка или беременны, рекомендуется заранее обговорить с акушером-гинекологом возможность кесарева сечения.

Риск для ребенка может увеличиться до и во время родов при проведении следующих процедур: исследование головки плода, внутреннее исследование плода, искусственный разрыв плодных оболочек, использование катетера для мочеиспускания, щипцов и вакуумного экстрактора.

Сегодня мы знаем, что монотерапия АЗТ не так полезна в борьбе с ВИЧ. Поэтому многие женщины выбирают применение комбинированной терапии. Имеется очень мало информации о применении других антиретровирусных препаратов, включая ингибиторы протеазы, для беременных женщин. Как показывают предварительные исследования, беременным крайне не рекомендуется использование ритонавира или эфавиренца во время беременности...

Пять лет назад, когда мне поставили диагноз, я не могла принять это. Я отказывалась думать об этом, скрывала это и сосредоточилась только на своей беременности и на том, чтобы окончить колледж. В результате мое здоровье сильно ухудшилось от стресса. Это стало серьезной угрозой для выживания моего недоножденного ребенка.

Сегодня я больше осведомлена о воздействии ВИЧ на мое здоровье и о риске для моего партнера и ребенка. Я считала себя очень образованной, готовясь к этой беременности, поскольку провела немало часов, изучая ВИЧ и перинатальную передачу. Я чувствовала, что после всех исследований, которые я предприняла, ничто не могло бы меня удивить.

С тех пор я убедилась, что сколько бы мы ни знали о ВИЧ и перинатальной передаче, все еще много предстоит узнать. Во время этой беременности у меня возникли трудности с переносимостью лекарств и с гриппом, опять-таки угрожающие моему здоровью и здоровью моего ребенка.

Многие женщины, решающие завести ребенка или узнающие о своем ВИЧ-положительном статусе уже во время беременности, не имеют никаких физических трудностей с беременностью. Однако стресс, который происходит от неизвестных факторов, связанных с вынашиванием ребенка, жизнью с ВИЧ и сообщением этого диагноза, приводит к необходимости искать какой-нибудь системы поддержки. Что касается меня, то я нашла поддержку в самообразовании, воспользовавшись нашим ресурсным центром Treatment Resource Center, посещая занятия Operation: Survive!, СПИД-сервисные организации, группы поддержки, церковь, и в разговорах с моим партнером, терапевтом, друзьями, семьей и священником.

глава вторая

Дети и семьи

Невозможно точно сказать, сколько детей пострадало от того, что их родители, братья, сестры или другие члены семьи были инфицированы ВИЧ. Среди них:

- Дети, родившиеся у ВИЧ-позитивных матерей.
- Дети, инфицированные ВИЧ, или дети, у которых один или оба родителя инфицированы.
- Дети, родители которых умерли от СПИД.

Рассмотрим проблемы, возникающие в семьях, члены которых ВИЧ-инфицированы или больны СПИД. Вот некоторые из них:

- как рассказать детям о том, что их родственник инфицирован ВИЧ или болен СПИД;
- тестирование детей на ВИЧ;
- уход за детьми, пострадавшими от ВИЧ/СПИД;
- как организовать усыновление или опеку над детьми, инфицированными ВИЧ.

Как рассказать детям о том, что их родственник инфицирован ВИЧ или болен СПИД

Тщательная подготовка

Решение о том, что ребенку или подростку надо рассказать о ВИЧ,

часто определяется его возрастом и степенью понимания некоторых вопросов (например, некоторых функций организма или природы заболевания). Лучше всего это могут сделать родители. Если это невозможно, рассказать о ВИЧ должен другой человек, у которого существуют тесные связи с этим ребенком или молодым человеком. Хорошо, если родители ребенка или подростка сумеют создать в семье атмосферу открытого общения, чтобы ребенок мог задавать любые вопросы или выражать свое мнение по поводу услышанного.

Ребенок может заметить, что в доме что-то не так, и будет задавать вопросы: «А почему к нам стало ходить больше (или меньше) людей?» или «Почему вы всегда болеете и все время ходите в больницу?» Иногда дети не могут выразить словами свои ощущения в связи с тем, что в доме что-то изменилось. Стресс может проявляться у них в виде изменения поведения, ночных кошмаров, назойливости или невнимательности. В такой ситуации родители могут решить, что ребенку нужно рассказать о том, что один из членов семьи инфицирован ВИЧ.

Во многих семьях этот процесс может занять продолжительное вре-

мя. Сначала родители рассказывают о ВИЧ безотносительно к личной ситуации, чтобы дети получили общее представление о заболевании.

Информация о ВИЧ, распространяемая в СМИ или полученная в школе, может побудить детей к комментариям или вопросам о ВИЧ. Родители могут отвечать на эти вопросы по мере их возникновения. Это поможет подготовить почву для того, чтобы сказать ребенку, что один из членов его семьи инфицирован ВИЧ.

Затем наступает время, когда родители чувствуют, что следует рассказать ребенку о том, что в их семье есть человек, инфицированный ВИЧ. Родители надеются, что такой рассказ «в два приема» поможет снизить возможность негативной реакции у него, поскольку ожидают, что у их ребенка должно быть более четкое представление о ВИЧ и более сочувственное отношение к больному, чем обычно описывают в прессе. Родители также надеются, что, «выдавая» информацию по частям, они помогут ребенку лучше понять, что один из членов семьи инфицирован ВИЧ.

Родители часто считают, «что пришло время рассказать», когда видят, что у ребенка хорошее эмоциональное состояние или что их не будут отвлекать другие дела — например, во время школьных каникул или после экзаменов. Правильно выбранный момент позволит родителям подробно объяснить ребенку то, что они хотят ему рассказать. У ребенка могут возникнуть вопросы; ему может понадобиться время, чтобы выразить свои чувства свободно, без помех.

Снижение риска передачи ВИЧ младенцам

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от ВИЧ-положительной женщины ее ребенку вполне возможна и относительно недорога. После того, как мать узнает о наличии у нее ВИЧ-инфекции, можно применять различные виды вмешательств, в том числе профилактическое лечение антиретровирусными препаратами, плановое кесарево сечение и искусственное вскармливание. Существует еще один недорогой подход, который полезен для всех беременных, независимо от того, известен ли их ВИЧ-статус, и может снизить вероятность передачи инфекции от матери ребенку. Речь идет об отказе от применения ненужных инвазивных процедур во время родов и родоразрешения.

Почему иногда родители не рассказывают о своей болезни

Многие родители не рассказывают детям о своем статусе из-за боязни клеймения и дискриминации. Родители могут бояться, что дети от них отвернутся из-за полученной ранее негативной информации о «носителях СПИД». Если ребенок от них и не отвернется, он может считать, что родители сделали что-то «плохое», «стыдное» или «неправильное».

Из-за широко распространенного представления, что «ВИЧ — это СПИД, это смерть», родители могут побояться рассказать правду, потому что ребенок может подумать, что его родитель скоро умрет или уже

умирает. Родители часто не могут собраться с силами, чтобы рассказать о возможности своей смерти, да и сама тема смерти может быть в семье под запретом.

Семейные тайны

Родители чаще всего беспокоятся, что дети не смогут сохранить в тайне их ВИЧ-позитивный статус. Их очень беспокоит, что дети могут пострадать, если посторонние узнают о том, что родители инфицированы ВИЧ, что дети могут подвергнуться дискриминации в школе или будут изолированы от друзей. Родители боятся, что ребенок раскроет секрет братьям, сестрам или другим родственникам, которые пока ничего не знают. Хотя некоторые родители уверены, что их ребенок умеет хранить тайну, они считают, что такой груз неприемлем для ребенка. Трудно сказать, какое воздействие может оказать на ребенка необходимость хранить такой секрет.

Дети обычно знают некоторые семейные тайны, например употребление наркотиков членами семьи, издевательства над детьми, домашнее насилие и т.п. В таких ситуациях у них отмечаются различные негативные реакции, такие, как отчуждение от друзей, нежелание приглашать других детей домой, чувство, что они не такие, как все, и вообще желание спрятаться. Из-за стигматизации, связанной с ВИЧ, рассказ постороннему об этой семейной трагедии может иметь более разрушительные последствия, чем раскрытие других семейных секретов.

Некоторые родители ничего не рассказывают своим детям, пока серьезно не заболеют, а иногда и во-

обще ничего не говорят о наличии у себя ВИЧ. Родители чувствуют, что это может навсегда изменить жизнь детей, и хотят, чтобы они жили «нормальной жизнью» без необходимости постоянно беспокоиться о родителях или тех, кто их заменяет. В свою очередь, детей может тяготить такое знание, они могут взять на себя больше домашних обязанностей или начать слишком пристально следить за поступками и здоровьем родителей.

Трудные вопросы

Обсуждение своего ВИЧ-статуса с детьми может оказаться слишком сложным для некоторых родителей, поскольку они не знают, как объяснить такие малопонятные вещи, как ВИЧ или СПИД. Никто не может с определенностью сказать, заболеют ли они, а если заболеют, то когда умрут. Родители не хотят отягощать детей эмоциональной неуверенностью в будущем.

Некоторые считают, что появится возможность излечения, поэтому не хотят травмировать детей рассказами о своей смертельной болезни сегодня, надеясь, что завтра будут найдены средства лечения.

Если родители рассказывали детям факты о ВИЧ/СПИД, то раскрытие собственного статуса родителей может вызвать у детей вопросы о том, как они заразились. Иногда слишком трудно рассказать детям о своих привычках, например наркомании, гомосексуальных или бисексуальных наклонностях, практике незащищенного секса, поэтому родители могут решить ничего не рассказывать детям о своем ВИЧ-статусе, чтобы избежать лиш-

них вопросов, ответы на которые для них затруднительны.

Насколько вредно ничего не рассказывать?

Исследования реакции детей на то, что они узнали о болезни, угрожающей жизни родителей, например о раке, показали, что все-таки лучше об этом рассказать. Однако некоторые родители и специалисты считают, что это не совсем применимо к ВИЧ/СПИД, поскольку другие неизлечимые болезни не вызывают такой стигматизации и дискриминации. Многие считают, что, может быть, не стоит рассказывать детям о болезни или возможной смерти родителей от болезней, вызванных ВИЧ, поскольку ученые продолжают исследовать вирус, а сама инфекция при доступности АРВ-терапии уже не обязательно приводит к развитию СПИД и смерти.

Решение о том, говорить или не говорить детям о своем ВИЧ-статусе, зависит еще и от возраста ребенка и традиций семьи. Например, многие родители не будут ничего рассказывать трехлетнему ребенку, но поделятся своим горем с ребенком старшего возраста. Если по семейным или культурным традициям младшие дети не участвуют в решении семейных вопросов, родителям будет трудно открыто рассказать о такой сложной проблеме, как ВИЧ-инфекция.

Эмоциональное состояние членов семьи

Еще одной причиной, по которой родители могут решить не рассказывать своей тайны, может быть их

эмоциональное состояние или состояние их детей. Прежде чем рассказывать о своем статусе, родители сами должны успокоиться, чтобы помочь детям пережить эмоциональный стресс и свести к минимуму возможность излишней драматизации ситуации.

Бывают и другие ситуации: дети только-только начинают испытывать чувство стабильности — и родители не хотят его разрушить. Например, ребенок только свыкся с мыслью о смерти отца, поэтому мать не хочет говорить ему, что тоже неизлечимо больна. Ребенку могли незадолго до этого рассказать о разводе родителей или о том, что родители наркоманы, и его эмоциональное состояние еще неустойчиво. Если ему еще сказать о том, что родители ВИЧ-инфицированы, это будет уже слишком для детской души.

В каких случаях стоит рассказать о болезни

Опыт показывает, что если родители решают раскрыть свой ВИЧ-статус, они часто делают это, когда дети достигли возраста восьми лет или старше. Родители обычно считают, что в этом возрасте дети уже достаточно взрослые, чтобы воспринять эту новость, особенно, если раньше им уже рассказывали о том, что такое ВИЧ. Начиная с этого возраста, они могут объяснить свои чувства и желания, и эмоционально более восприимчивы.

Если болезнь родителей прогрессирует, они могут решить, что настал «подходящий момент», чтобы рассказать детям о своем диагнозе, разумеется, в зависимости от возраста детей. Родители понимают,

что их болезнь эмоционально действует на детей. Решение рассказать о болезни может быть связано и с желанием подготовить детей к мысли о возможной смерти родителей.

Открытость семейного общения

Некоторые родители, у которых нет секретов от детей, могут чувствовать себя неловко, не рассказав детям о своем ВИЧ-статусе или обманывая их. Поскольку очень важно, чтобы в общении между детьми и родителями существовало доверие, они могут беспокоиться, что их ребенок будет считать, что ему не доверяют, если о болезни родителей ему расскажет кто-нибудь другой. Родители стремятся быть открытыми и честными со своими детьми, они не прячут литературу о ВИЧ и не прекращают разговоры по телефону, когда ребенок входит в комнату.

Для того чтобы развивать открытость семейного общения при решении проблем, некоторые родители поощряют детей выражать свои чувства и высказывать мнения, рассказывать о своих мыслях и представлениях о будущем.

Другой причиной, которая может побудить родителей раскрыть свой статус, может стать необходимость объяснить изменения в семейном укладе. Родители считают, что нечестно утаивать от ребенка то, что происходит. Дети могут реагировать на эти изменения, понимая родителей вопросами или проявляя значительные изменения в поведении.

Случайное разглашение статуса

Если родители недавно узнали о своем диагнозе и считают, что скоро

умрут, они могут рассказать о своем ВИЧ-статусе.

Для тех, кто уже пережил процесс раскрытия своего статуса другим людям, будет легче рассказать об этом ребенку. Они могут бояться, что кто-нибудь расскажет об этом случайно или что дети начнут расспрашивать о происходящем посторонних людей. На решение родителей может также повлиять и присутствие в семье других взрослых, которые могут оказать поддержку детям.

Рекомендации специалистов

Бывает, что от самих родителей не вполне зависит принятие решение о раскрытии своего статуса детям, поскольку это могут им настоятельно рекомендовать специалисты. С профессиональной точки зрения, иногда нежелательно скрывать правду. Кроме того, специалистов может беспокоить эмоциональное благополучие детей.

К сожалению, в некоторых ситуациях специалисты высказывают озабоченность о вопросах защиты детей из-за уже произошедших изменений детского поведения, которое показывает, что дети догадываются о неблагополучии в семье. Специалисты считают, что откровенный разговор с ребенком поможет положительно повлиять на его поведение. В таком случае, родителям достаточно сказать ребенку, что они больны (не обязательно ВИЧ), и поведение детей улучшится.

Некоторые специалисты рекомендуют родителям рассказать детям о своем статусе **по двум причинам**. Первая базируется на результатах исследования, которые

свидетельствуют, что, чем раньше ребенку сказать о болезни и возможной смерти родителей, тем больше ребенок будет готов к возможным изменениям в своей жизни. Некоторых родителей необходимость такой подготовки детей к изменениям может подтолкнуть к раскрытию своего ВИЧ-статуса. Исследования семей, пострадавших от других тяжелых заболеваний, показывают, что дети о многом догадывались, страдали и что их фантазии часто были гораздо более ужасными, чем реальное положение дел.

Вторая причина, важность которой подчеркивают некоторые специалисты, — это защита прав ребенка. Приверженцы этой идеи считают, что детям обязательно следует рассказывать о ВИЧ-статусе (их собственном или их родителей), потому что у них есть право это знать.

Этапы раскрытия тайны

Таскер в своей книге «Как мне это рассказать?» пишет о четырех этапах раскрытия тайны, которые может пройти семья.

Скрытность

На этом этапе взрослые только узнали свой диагноз, переживают эмоциональный стресс и не хотят никому рассказывать о своем статусе. Родители могут доверять свои тайны только в одной-двух ситуациях, например на приеме у врача, который поставил первоначальный диагноз.

Пробы

Родители продолжают хранить тайну о своем диагнозе, но со време-

нем становятся менее скрытными. Они могут испытывать противоположные чувства — «рассказать, не рассказать?» Они могут начать рассказывать детям о ВИЧ иносказательно.

Готовность

Родители планируют раскрыть свой статус детям.

Раскрытие

Со временем родители решают рассказать о своем статусе. Они могут использовать специальный план, отвечать на вопросы детей или просто рассказать обо всем, когда почувствуют, что пришло время.

Что нужно рассказать детям

Неплохо, если у родителей есть возможность обсудить с кем-нибудь еще решение о раскрытии своего ВИЧ-статуса и том, какие слова для этого подобрать. В зависимости от ситуации можно подумать и о других способах сообщить об этом детям. Можно попробовать организовать с детьми ролевую игру, чтобы дети отвечали на разные вопросы или записывали свои ответы, или найти книгу о ВИЧ/СПИД, которую родители могут прочитать детям.

Многие родители решают рассказать детям о своей болезни, но не говорить, что она связана с ВИЧ. Может быть, именно этого ребенок и ждет от родителей, а более подробную информацию ему можно сообщить позже.

Родители должны оценить, с какой информацией их ребенок в состоянии справиться. Маленькие дети могут понять простые объяснения о том, что такое ВИЧ. Например:

«У всех людей в крови есть хорошие белые клетки. Они помогают людям не болеть. А у меня в крови клетки заболели, поэтому я иногда быстро устаю или болею».

Объяснения можно построить и на привычных ситуациях, например посещение врача при болезни. Врач может сказать, что у ребенка вирус ОРЗ. Родители могут объяснить ребенку, что тоже заразились вирусом, только не таким, от которого дети болеют простудой. Этот вирус никуда не девается, поэтому иногда мама/папа чувствует себя плохо «и не может с тобой поиграть», или «поэтому мама или папа должны лечь в больницу, чтобы врачи дали им лекарство, от которого они будут лучше себя чувствовать».

Когда ребенок подрастет, можно сказать ему, как называется этот вирус, если это уместно. Старшим детям и подросткам можно сообщать похожую информацию на основании их понимания природы болезни, функций организма и обсуждения проблем наркотиков и секса.

Другие дети и подростки могут получить эту информацию в СМИ или при обсуждении темы ВИЧ в школе. Иногда на базе этой информации, иногда на основании знания о прошлом своих родителей дети могут догадаться, что члены их семьи инфицированы ВИЧ.

Что можно рассказать ребенку, зависит еще и от вербальных и невербальных признаков, указывающих, как ребенок справляется с новой информацией. Например, ребенок может расстроиться, уйти от разговора или сменить тему, или убежать из комнаты.

Для некоторых детей, догадывающихся, что кто-то из членов их семьи ВИЧ-инфицирован, сообщение об этом вызовет облегчение, потому что их догадки подтвердились и больше не надо притворяться, что они ничего не знают.

Родители должны поговорить с детьми о важности сохранения этой информации в тайне. Это означает, что ребенок должен знать, кто еще в курсе дела и с кем можно об этом говорить. Детям нужно сказать, что они не должны никому этого рассказывать ни при каких условиях. Нужно найти объяснение, соответствующее их возрасту, почему они не должны рассказывать об этом другим — например, сказать, что некоторые люди плохо думают о ВИЧ и из-за этого могут возникнуть неприятности.

Реакция детей на информацию о том, что в семье есть ВИЧ-инфицированные

Дети по-разному реагируют, когда узнают, что кто-то из членов семьи инфицирован ВИЧ. Поскольку для взрослых детская реакция может оказаться непредсказуемой, родителям стоит посоветоваться со специалистами, имеющими опыт работы с детьми и молодежью, и получить их поддержку. Реакция детей на такую информацию зависит и от возраста, способности высказать свою точку зрения, разрешения на это старших членов семьи, а также от умения детей мыслить.

Некоторым родителям требуется помощь, поскольку они не могут до-

пустить возможность негативной реакции детей на такую информацию. Таким родителям необходимо помочь сопоставить их собственную горестную реакцию после того, как им был сообщен диагноз, с реакцией детей.

Реакция детей, как, впрочем, и взрослых, может проявиться через некоторое время. Они могут испытывать горе из-за чувства утраты близкого человека, хотя он на самом деле еще жив. Они могут чувствовать, что их нормальная жизнь в семье прекращается. Они могут постоянно думать об умирающем родственнике, могут утратить чувство стабильности и безопасности жизни в родительском доме, лишиться привычного общения с родственником, инфицированным ВИЧ. Если сам ребенок инфицирован ВИЧ, он может потерять надежду на будущее, на то, что у него когда-нибудь будет семья, работа или образование.

Для некоторых детей, догадывающихся, что кто-то из членов их семьи ВИЧ-инфицирован, сообщение об этом вызовет облегчение, потому что их догадки подтвердились и больше не надо притворяться, что они ничего не знают.

Иногда может показаться, что ребенок вообще никак не реагирует на сказанное. Это происходит не потому, что он не понимает значения этой информации или что информация не вызвала сильной реакции. Ему может потребоваться время, чтобы подумать обо всем наедине; его может беспокоить, как родители справятся с его реакцией.

Иногда дети и подростки никак не проявляют своих чувств перед родителями, боясь их расстроить,

потому что в семье не принято проявлять эмоции.

Дети могут быть так сильно шокированы, что не проявят никаких внешних эмоций.

Если родители или другие взрослые окажут ребенку моральную поддержку, он сможет обсудить с ними свои чувства и страхи, задать вопросы и выразить эмоции, которые испытывает.

Поддержка ребенка, живущего с ВИЧ

В настоящее время во многих странах на разном уровне осуществляются мероприятия по поддержке и обслуживанию детей и подростков, инфицированных ВИЧ. Родители могут найти такую поддержку по своим каналам, например среди друзей, церковных или общественных групп, групп взаимопомощи людей, живущих с ВИЧ. Из-за опасений несоблюдения конфиденциальности и последующего клеймения родители часто ищут альтернативные пути поддержки для своих детей, обращаясь в добровольческие или официальные учреждения. Иногда сами дети (подростки) ищут помощь, не ставя родителей в известность. Некоторые родители считают, что нужно сказать кому-нибудь в школе, где учится их ребенок, о том, что в семье есть ВИЧ-инфицированные. Они надеются, что это может стать источником поддержки для ребенка, если он не сможет так же активно, как раньше, участвовать в школьной жизни.

Школы часто могут оказать поддержку детям. Родители могут ничего не сказать ребенку, но считают, что должны поставить в известность школу, чтобы объяснить осо-

бенности поведения ребенка, такие, как невнимательность, или, наоборот, привязчивость. Если родители уже все сказали ребенку о его и/или своем ВИЧ-положительном статусе, они могут считать, что будет неплохо, если их ребенок сможет обсуждать свои чувства с кем-нибудь еще.

Людей часто беспокоит, как на ребенка подействует информация о ВИЧ-статусе одного из членов семьи. Школа может помочь установить связь между семьей и службами, оказывающими помощь детям, например с социальными работниками системы просвещения, детскими клиниками или психологической службой школы.

У семей часто бывают крепкие связи с общественностью или медицинскими работниками, которые становятся основным источником поддержки. Социальные работники больниц, психологи, терапевты и консультанты тоже могут быть привлечены к работе.

Другие способы поддержки можно найти в государственных и общественных (волонтерских) детских организациях. Они имеют богатый опыт и могут предложить разнообразную помощь детям в решении разных проблем. Однако поскольку проблема ВИЧ в связи с детьми возникла относительно недавно, некоторым из этих детских организаций не хватает специального опыта, необходимого для оказания такой помощи.

С другой стороны, одна из трудностей, с которыми сталкиваются многие семьи, пострадавшие от ВИЧ, это нехватка специфических знаний о потребностях таких детей,

Повышение качества ухода в детских учреждениях

«Протяните руку помощи ... детям мира» – это программа, созданная и финансируемая Фондом «Эбботт лабораториз» с целью оказания помощи в улучшении жизни детей во всем мире, которые стали сиротами и попали в уязвимое положение вследствие СПИД. Она осуществляется в некоторых странах Африки и Азии в партнерстве с НПО, местными учреждениями и правительствами.

Один из проектов этой программы осуществляется в Румынии, где многие ВИЧ-инфицированные дети, от которых отказались родители, воспитываются в медицинских или других учреждениях. Например, дети, брошенные родителями, которые живут в детском отделении муниципальной больницы в Констанце, не знают, что такое семейная жизнь и нерегулярно посещают школу. На средства гранта был куплен дом семейного типа и произведен его ремонт, что дало возможность 10 осиротевшим и брошенным детям из детского отделения муниципальной больницы переехать в более естественное для воспитания окружение. Дети живут в этом доме, который открылся в августе 2001 года, воспитываются «общественными матерями» и посещают местные школы.

даже в организациях взаимопомощи ВИЧ-позитивных взрослых. Во многих странах работа некоторых организаций по борьбе с ВИЧ/СПИД внушает оптимизм, развиваются рабочие и творческие партнерские отношения между организациями по работе со взрослыми и организациями по работе с детьми. В Украине также начинает развиваться направление психосоциальной помощи детям, живущим с ВИЧ или имеющим ВИЧ-позитивных членов семьи.

В ответ на эпидемию ВИЧ и взрослые, и детские организации должны приобрести дополнительные знания о ВИЧ и сконцентрировать внимание на потребностях детей.

ТЕСТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ НА ВИЧ

Проблемы раннего тестирования

Тест на ВИЧ определяет наличие антител к ВИЧ. В крови детей младше 18 месяцев могут еще сохраняться материнские антитела, поэтому тест, проведенный в этом возрасте, не дает достоверного результата. Существуют, однако, и другие диагностические тесты для детей в возрасте младше 18 месяцев, но они редко проводятся за пределами специализированных центров.

Родители должны пройти процедуру консультирования, чтобы рассмотреть все возможные доводы в пользу тестирования ребенка. Среди них и последствия тестирования, и вопросы прав ребенка, и что можно сказать ребенку о прохождении тестирования. Дети старшего возраста могут сами решить, стоит ли им проходить тестирование. Это подчеркивает важность предтесто-

Для некоторых детей, догадывавшихся, что кто-то из членов их семьи ВИЧ-инфицирован, сообщение об этом вызовет облегчение, потому что их догадки подтвердились и больше не надо притворяться, что они ничего не знают.

вого консультирования родителей, ориентированного на детей, и консультирования подростков.

Что побуждает родителей обследовать своих детей

Родители могут согласиться на предложенное врачом тестирование ребенка, чтобы как можно быстрее получить доступ к услугам, которые могут понадобиться ребенку, например к лечению. У детей могут отмечаться проявления ВИЧ-ассоциированных заболеваний, и подтверждение наличия ВИЧ даст возможность родителям и врачам выбрать конкретные методы лечения ребенка.

Младенцы, рожденные ВИЧ-позитивными матерями, при необходимости должны получать лечение, которое обычно назначают при ВИЧ-инфекции. Например, они проходят профилактическое лечение, предназначенное для предотвращения развития ПЦП.

Родители могут согласиться на тестирование ребенка, чтобы в случае обнаружения ВИЧ, соответственно изменить свой образ жизни. Они могут составить план лечения ребенка и ухода за ним, подумать о поддержке, которая может им понадобиться, или о том, стоит ли планировать рождение других детей.

Еще одна психологическая причина направления детей на тестиро-

вание — это мучающий родителей страх или чувство вины из-за возможного инфицирования ребенка. Если результаты тестирования окажутся негативными, все эти невысказанные страхи прекратятся. Негативный результат может также означать, что родителям не нужно больше беспокоиться о том, как же ухаживать за ВИЧ-инфицированным ребенком.

Психологические причины, по которым родители отказываются от тестирования детей

Многие родители понимая, что заразились в результате незащищенных сексуальных контактов, потребления наркотиков или переливания крови, отказываются от тестирования, потому что им будет трудно свыкнуться с мыслью, что они за-

разили ребенка ВИЧ и справиться со своим чувством вины.

Иногда родители говорят, что, относясь к ребенку как к здоровому, они знают, «для чего жить дальше». Если они направят ребенка на тестирование и результат окажется положительным, это разрушит их надежды на будущее ребенка.

Некоторые родители решают не направлять ребенка на тестирование, потому что не смогут решить возможных проблем. Если ребенок окажется ВИЧ-позитивным, должны ли родители рассказать об этом родственникам или друзьям и таким образом раскрыть собственный статус?

Родители могут считать, что от тестирования ребенка не будет никакой пользы, потому что им недоступно специфическое лечение (АРВ-терапия).

глава третья

Психологическая поддержка**Психосоциальная поддержка: важный компонент комплексных услуг по уходу**

Консультирование, духовная поддержка, помощь в раскрытии положительного серологического статуса, в переходе к методам безопасного секса или воздержании от секса, соблюдение режима приема лекарств, поддержка в конце жизни и в случае тяжелой утраты, практическая экономическая помощь — все это входит в психосоциальную поддержку людям, живущим с ВИЧ/СПИД или пострадавшим от эпидемии. Смягчение разрушительного воздействия СПИД на личную жизнь людей, их социальные отношения и уровень доходов ранее считалось достаточной причиной для оказания такой помощи. В то же время, психосоциальная поддержка очень важна и для успеха медицинского лечения — важность этого вопроса постоянно возрастает, поскольку все больше ВИЧ-положительных людей получают доступ к лечению антиретровирусными препаратами.

Расширение участия ЛЖВС имеет большое значение для предоставления психосоциальных услуг по уходу, и такое вовлечение должно стать неотъемлемой частью программ по уходу и поддержке. Программы взаимной поддержки ВИЧ-инфицированных лиц доказали свою успешность в предоставлении психосоциальной помощи ЛЖВС во всем мире, особенно учитывая их малозатратность для систем здравоохранения. В Юго-Восточной Азии и многих других регионах получены серьезные доказательства положительного психосоциального воздействия клубов самоподдержки для ВИЧ-инфицированных и пострадавших от эпидемии людей. Такие клубы (и такие группы поддержки) могут быть очень полезными для оказания или пропаганды социальной и экономической помощи, например, в виде профессионального обучения, малых проектов или финансирования медицинской страховки. Организация поддержки больных СПИД в Уганде (ТАСО) стала мировым лидером в этой области. Входящий в ее состав Молодежный клуб по проблемам СПИД представляет собой проект профилактики СПИД и ухода за больными среди лиц одной группы и предоставляет консультирование и другие услуги по поддержке ЛЖВС.

**Как сообщать пациентам
о том, что они заражены
(или не заражены) ВИЧ**

Честность

Прежде всего, знакомя пациента с его диагнозом ВИЧ-инфекции, необходимо дать ему возможность участвовать в принятии последующих решений, снабдив его необходимой информацией в доступной для понимания форме. Это требует затрат времени, но в награду вы получаете более высокий уровень доверия между врачом и пациентом. Это доверие и активное привлечение пациента может облегчить принятие многих трудных решений, необходимость в которых часто возникает в ходе ведения ВИЧ-инфицированных пациентов.

При обсуждении диагноза нужно начинать с оценки информированности пациента и степени его обеспокоенности. Многие люди, подверженные высокому риску заражения, уже знают о случаях инфицирования ВИЧ и смерти, вызванной этой инфекцией, среди друзей и знакомых. Таким образом, эта болезнь может быть им хорошо знакомой. Все же им нужна информация, имеющая отношение к их конкретному случаю. Врач должен передать требуемую информацию, тщательно подбирая выражения, соответствующие медицинским познаниям пациента, не забывая о том, насколько эмоционально ранимым является пациент в это время. Первое обсуждение диагноза должно быть откровенным, с использованием непрофессиональной терминологии и коротким. Врач должен понимать, что пациент не «услышит» детального описания

различных вариантов лечения болезни. Это необходимо отложить до следующего визита, запланированного на ближайшие дни, если пациент не госпитализирован. Если у пациента есть близкий друг или член семьи, его следует пригласить для участия в обсуждении диагноза, так как он, не имея прямого отношения к происходящему, может удержать в памяти больше сведений с тем, чтобы информировать и поддерживать пациента после визита к врачу.

Медицинская информация, предоставляемая пациенту с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией, должна включать в себя точную медицинскую формулировку диагноза, связанного с ВИЧ (например, ПЦП), а также простое описание данного заболевания. Врач должен разъяснить доступным языком взаимосвязь конкретного диагноза с ВИЧ-инфекцией (например, «Имеющееся воспаление легких указывает на наличие у вас СПИД, далеко зашедшей стадии ВИЧ-инфекции»), не делая ударения на слове «СПИД». Врачу следует рассказать пациенту о том, что ВИЧ-инфекция является прогрессирующим, хроническим процессом, о наличии различных вариантов лечения на разных стадиях инфекции. Нужно подчеркнуть необходимость принятия безотлагательных мер для решения клинических проблем. Врач не должен пытаться приуменьшить значение ВИЧ-инфекции, но, вместе с тем, не следует пускаться в рассуждения о прогнозе на будущее, в особенности не нужно подсчитывать оставшееся время жизни пациента.

Реалистический оптимизм

Хотя прогноз ВИЧ-инфекции в целом неблагоприятный, он не является универсальным. Пациенту с впервые установленным диагнозом обязательно следует сообщить, что статистические данные о вероятности смерти нельзя прямо переносить на конкретный случай. Также важно разъяснить пациенту, что объем знаний о ВИЧ-инфекции и сопутствующих ей заболеваниях быстро возрастает, идет интенсивная разработка и испытание препаратов, которые в перспективе смогут остановить разрушающее действие вируса. Можно также упомянуть о том, что лечение рака и инфекций, связанных с ВИЧ, также улучшается. Таким образом, есть надежда на prolongation жизни даже у пациентов с далеко зашедшими стадиями заболевания.

При сообщении пациенту о выявленной у него ВИЧ-инфекции перед врачом стоит трудная задача: остаться честным и в то же время не лишить пациента надежды. Тон врача должен быть максимально оптимистичным, но не за счет утаивания фактических данных.

Практическая поддержка

В первую очередь врач должен обратить внимание на практические нужды пациента. Узнав о своем диагнозе, пациент во многих случаях страдает от сильного эмоционального стресса. Ему необходимо знать, куда можно обратиться за помощью. Зачастую эта помощь заключается просто в возможности поговорить с кем-либо об аспектах своего диагноза. ВИЧ-инфекция часто поражает людей, у которых ма-

ло близких друзей и членов семьи. Поэтому многим ВИЧ-позитивным пациентам первую помощь такого рода оказывают волонтеры, непрофессиональные организации по консультированию, которые дают человеку возможность «выговориться» по поводу его диагноза в индивидуальной или групповой беседе. Это помогает многим, хотя такая помощь подходит не всем вновь выявленным пациентам. Врачу следует позаботиться о том, чтобы направить пациента туда, где помощь будет оказана соответствующим образом. Кроме того, в этот трудный период оказать огромную помощь пациентам могут медицинские сестры и социальные работники.

ВИЧ-инфицированные пациенты также могут нуждаться в жилье, срочной финансовой помощи или в пище. Как и в деле с консультированием, существующие общественные организации могут удовлетворить эти потребности, и, опять-таки, на врача лежит ответственность направить пациента в соответствующее агентство.

Вероятно, наиболее трудными вопросами, тревожащими вновь выявленных пациентов, являются те, которые касаются смерти. Когда я умру? Как это будет происходить? Буду ли я при этом страдать от боли? Умру ли я в одиночестве? В определенной степени врач должен это предвидеть и подробно остановиться на этих, зачастую незадаанных вопросах. Врачу не следует обсуждать время смерти до того момента, когда это окажется неизбежным, но при этом он должен заверить пациента, что

тот получит все необходимые болеутоляющие препараты, а когда настанет время смерти, рядом с ним будут члены его семьи, друзья или медицинский персонал. Такое обсуждение нужно проводить спокойно, без спешки, в располагающей к этому тихой обстановке. Было бы неверно обсуждать эти вопросы со всеми пациентами в день, когда они узнают о своем диагнозе, но затронуть их нужно заранее, а не в последние дни жизни больного.

Отвечая на вопросы о смерти, врач должен выяснить желания пациента, касающиеся лечебной тактики в экстремальных ситуациях. Например, в случае развития дыхательной недостаточности желает ли пациент, чтобы ему выполнили искусственную вентиляцию легких? Эти беседы могут показаться абстрактными для относительно здоровых амбулаторных пациентов, и их решения могут впоследствии измениться, однако очень важно, чтобы пациент обдумал эти вопросы заранее, особенно с учетом частоты психических расстройств в последние дни жизни больных ВИЧ-инфекцией.

В последнюю очередь нужно коснуться оформления доверенности. Этим пациент наделяет полномочиями другое лицо участвовать наряду с врачом в принятии решений по вопросам лечения, если пациент окажется не в состоянии делать это сам. Как и при обсуждении медицинской тактики, доверенность лучше оформить заранее, не дожидаясь далеко зашедшей стадии болезни, когда могут появляться психические расстройства.

Как помочь пациентам снизить уровень стресса в их жизни

Стресс преследует всех людей, живущих с ВИЧ. Вначале он может быть тяжелым, вызванным потерей любимого человека или массой других, меньших потерь: домашнего животного, аренды, продвижения по службе. Стресс может быть неизбежным результатом жизни с ВИЧ-инфекцией, но это не значит, что с ним нельзя справиться. Если стресс вызывает головную боль, желудочно-кишечные расстройства, проблемы со сном, слабость и депрессию — эти классические симптомы тяжелого стресса, — мы стремимся лечить его просто, чтобы уменьшить выраженность указанных симптомов и повысить качество жизни пациентов. Но теперь мы знаем, что продолжительный стресс повреждает функции иммунитета и ускоряет развитие СПИД.

Это знание дает нам дополнительный стимул лечить стресс так же интенсивно, как мы лечим вирусемии у сероположительных пациентов. Во многих крупных городах теперь существуют «горячие линии», службы здоровья и поддержки, созданные, чтобы помочь ВИЧ-инфицированным людям справляться с наиболее стрессовыми моментами жизни с их болезнью. Несколько недавно разработанных программ в настоящее время предлагают участвующим в них пациентам средства смягчения психологических и социальных факторов, вызывающих стресс и повреждающих иммунную систему. Первые наблюдения показывают, что эти программы оказывают

Многие люди, оказывающие помощь пациентам, ошибочно полагают, что такие симптомы, как общая деморализация, ощущение глубокой безнадежности, потеря ориентиров, цели и самоуважения, являются проявлениями обычной эмоциональной реакции на суровую реальность жизни с ВИЧ и потому не требуют лечения. Учитывая это широко распространенное заблуждение, необходимо настойчиво повторять, что хроническую депрессию никогда нельзя считать нормальным явлением.

положительное воздействие на психологический статус, поведение и на функции иммунитета.

Эти программы и службы могут быть очень полезными для лиц, пытающихся справиться с хроническим стрессом, обусловленным жизнью с ВИЧ. Всем пациентам (и вновь выявленным, и тем, кто уже не первый год получает антиретровирусную терапию, и тем, кто находится на промежуточных стадиях) следует настоятельно рекомендовать обращаться к квалифицированным консультантам. Поступая так, работники здравоохранения играют активную роль в оказании помощи серопозитивным пациентам, уменьшая количество и интенсивность стрессов в их жизни. Источники стресса перечислены ниже вместе с конкретными советами относительно того, как вы можете помочь своим пациентам защититься от разрушающего действия стрессов.

Психологические и социальные источники стресса

Психологические аспекты

1. Фатализм. Смерть является неизбежным итогом жизни. У людей, живущих с ВИЧ, болезненная фиксация на проблеме смерти и умирания ускоряет развитие СПИД. Пациентам-фаталистам следует рекомендовать беседы с людьми, долго живущими с ВИЧ, и с теми, кто научился держать свои страхи и беспокойство под контролем, и кто концентрирует свои силы на достижимых, полезных, краткосрочных задачах.

2. Хроническое нетерпение. Поспешность приводит к потерям, а применительно к ВИЧ-позитивным людям, относящимся к личностному типу А, поспешность приводит к потере клеток CD4+. Личностям типа А нужно посоветовать регулярно проводить сеансы глубокой релаксации. Это не требует привлечения специальной программы по медитации, достаточно бывает теплой ванны, вздремнуть минут десять или просто посидеть несколько минут в тихой затемненной комнате.

3. Длительно существующий стресс. Стресс, продолжающийся многие месяцы (а это часто имеет место при ВИЧ-инфекции), в конечном счете оказывает разрушающее действие на иммунную систему. Пациентов, страдающих от хронического интенсивного стресса, нужно убедить разработать конкретный план борьбы с известными источниками стресса в их жизни. Простое составление такого плана уже само по себе снижает стресс, так как допускает, что с факторами стресса можно справиться.

4. Затянувшаяся скорбь. Пациентам, испытывающим тяжелое горе в связи со смертью больного более шести месяцев, следует посоветовать организовать прощальный ритуал. Его нужно провести в особенный день, в определенное время и в месте, имеющем большое значение для пациента. В этом мероприятии должны участвовать соответствующие люди. Это событие отдаст должное покойному в выразительной форме и поможет завершить период его оплакивания. Для прекращения периода затянувшегося траура часто бывает полезным кратковременное консультирование.

5. Депрессия. У людей, живущих с ВИЧ, депрессия часто протекает нераспознанной и нелеченной. Частично это можно объяснить тем, что классические симптомы депрессии — слабость, расстройство сна, снижение либидо, расстройство концентрации — также характерны и для самой ВИЧ-инфекции. В результате эти симптомы ошибочно приписываются прогрессирующей инфекции, а не депрессии. Многие люди, оказывающие помощь пациентам, ошибочно полагают, что такие симптомы, как общая деморализация, ощущение глубокой безнадежности, потеря ориентиров, цели и самоуважения, являются проявлениями обычной эмоциональной реакции на суровую реальность жизни с ВИЧ и потому не требуют лечения. Учитывая это широко распространенное заблуждение, необходимо настойчиво повторять, что хроническую депрессию никогда нельзя считать нормальным явлением.

Для лечения клинических случаев депрессии обычно используется медикаментозная терапия, а появление новых, более безопасных и лучше переносимых антидепрессантов открыло новые возможности выбора препаратов. Работникам здравоохранения следует понимать, что все пациенты с клинической депрессией нуждаются в регулярном консультировании.

6. Отсутствие целей и задач. Исследования, проведенные на людях, длительное время живущих с ВИЧ, показывают, что большинство из них заняты какой-либо содержательной, целенаправленной деятельностью. Пациентам, лишенным каких-либо целей, следует рекомендовать вернуться к некоторым реалистичным краткосрочным задачам, от которых они ранее отказались, когда узнали, что инфицированы ВИЧ. (Многие люди, длительно живущие с ВИЧ, с гордостью называют волонтерскую деятельность в качестве цели их жизни.) В другом варианте их можно пригласить к планированию новых краткосрочных задач и к возобновлению и модификации некоторых заветных долгосрочных задач, которые могут уже не казаться такими нереальными, как до введения в практику ВААРТ.

7. Недостаток уверенности в себе. Уверенность в себе является одной из обычных черт людей, длительно живущих с ВИЧ, и это нужно усвоить неуверенным в себе пациентам, желающим работать с квалифицированными консультантами. Даже наименее уверенных в себе лиц можно заставить понять, что при помощи кротости и смирения нельзя добиться многого. Пациентам

Пациентам нужно научиться быть активными в заботе о своем здоровье, в поиске поддержки и в борьбе со стрессом.

нужно научиться быть активными в заботе о своем здоровье, в поиске поддержки и в борьбе со стрессом. Ознакомление всех ВИЧ-позитивных людей с законом о правах пациента может помочь недостаточно уверенным в себе лицам осознать, что они имеют право на определенные услуги, на определенный уровень качества помощи и на определенную заботу тех, кто с ними работает.

8. Недостаток надежной поддержки. Наличие супруга (супруги), партнера, доверенного лица или надежного друга в жизни ВИЧ-инфицированного человека может обеспечить эффект буфера против негативного воздействия стресса, горя и депрессии на психику и иммунную систему. Старая поговорка о том, что «одиноким умирает быстрее», особенно уместна по отношению к этой категории пациентов. По этой причине любой пациент, эмоционально изолированный добровольно или волею случая, подвергается дополнительному риску. Люди, у которых СПИД отобрал любимых людей, особенно те, кто пережил много таких потерь, с большой неохотой идут на сближение с новым человеком. Однако всем людям, живущим с ВИЧ, необходим кто-то, на кого можно положиться в критическое время. Если пациент не может назвать источник надежной поддержки, люди, которые заботятся о нем, должны помочь ему установить такие контакты.

9. Проблемы с преодолением трудностей в критическое время.

Нетрудно определить, что у пациента кризис, часто он делает это за вас. Трудно обеспечить ему адекватную поддержку в период кризиса. Острую потребность в ней должны удовлетворять различные организации по оказанию помощи. Как правило, лучше всего помогают таким пациентам в трудное для них время консультанты по психическому здоровью. На второе место в качестве источника помощи можно поставить тех, кто сам прошел через подобные испытания, других пациентов. Вы можете убедиться, что в вашей практической работе бывает полезным выделить из числа пациентов тех, кто обладает лучшими способностями преодолевать трудности. Пригласите этих людей провести неформальные беседы в вашей организации и посоветуйте тем, кто сомневается в своих способностях справляться с трудностями, прийти и поучиться у экспертов.

Поведенческие аспекты

1. Неадекватное дыхание. Многие люди, находясь под воздействием сильного или продолжительного стресса, неосознанно задерживают дыхание или дышат поверхностно. Сначала это вызывает слабость и апатию, а со временем может приводить и к более серьезным последствиям. Пациентов, имеющих проблемы с дыханием, необходимо проинструктировать в отношении занятий простыми упражнениями по глубокому дыханию каждое утро и перед отходом ко сну. Также могут быть полезны занятия йогой, аэробикой и другими упражнениями, где дыханию

отводится большая роль. Довольно полезным бывает наклеивание на телефоны, зеркала или письменные столы, которыми пользуются пациенты, записок с напоминанием.

2. Недостаточное потребление жидкости. Большинство людей употребляют недостаточный объем жидкости. Существует простое правило: выпивать 8 стаканов жидкости за день. Во время жары, при физической активности, а также при рвоте и поносе прием жидкости должен быть увеличен. Мало кто регулярно выпивает по 8 стаканов жидкости за день. У небольшого числа пациентов, принимающих индинавир, недостаток жидкости может привести к образованию камней в почках. У других это ведет к замедлению выведения шлаков, перегрузке почек и подвергает организм стрессам.

В связи с тем что водопроводная вода может быть загрязнена биологически и химически, пациентам с уровнем содержания CD4+ ниже 50 клеток/мм³ следует рекомендовать употребление кипяченой воды или воды из бутылок.

3. Плохой аппетит и стиль питания. В далеко зашедших стадиях ВИЧ-инфекции снижение аппетита и абсорбции является обычным явлением. Развивающееся истощение может быть ранней причиной смерти. Расстройства аппетита могут наблюдаться у многих пациентов, принимающих антиретровирусные препараты, особенно в начальной стадии комбинированной терапии. В самом деле, некоторые препараты и их комбинации вызывают нарушения пищеварения и понос. С тошнотой, диспепсическими явлениями и поносом можно справиться при

Даже такая умеренная физическая нагрузка, как, например, 20-минутная прогулка три раза в неделю, уменьшает психологический стресс и улучшает функции иммунной системы.

помощи медикаментов, аппетит стимулируют мегестролом, оксандролоном и другими препаратами. Заинтересованные пациенты наверняка извлекут пользу из консультации специалиста по питанию. Нужно стремиться обеспечить пациента диетой согласно его вкусам, считая, что его выбор разумно сбалансирован и обеспечивает достаточный калораж, даже если вкусы его выглядят чудачеством и противоречат научному подходу.

4. Расстройства сна. Недавние исследования показали, что даже одна бессонная ночь может вызвать существенные нарушения некоторых функций иммунной системы. Как правило, одна или две ночи нормального сна восстанавливают эти функции до нормы. Пациентам, испытывающим эпизодические, но сильные расстройства сна, необходимо помочь. Седативные препараты не нарушают функций иммунной системы, поэтому ими можно воспользоваться, чтобы обеспечить пациентам с ВИЧ-инфекцией хороший отдых. Пациенты, которые жалуются на то, что не могут заснуть без снотворных или все равно просыпаются после их приема, могут извлечь пользу из консультирования, главной задачей которого является определение причин бессонницы и их устранение.

Список веществ, которыми можно злоупотреблять, не ограничивается медикаментами, алкоголем, амфетамином и марихуаной. Он также включает кофеин, никотин и обыкновенный сахар. Пациент, употребляющий избыточные количества одного или более из этих веществ, провоцирует стрессы в своем организме. Ему нужно объяснить, что эти злоупотребления могут нанести вред иммунной системе.

5. Злоупотребление некоторыми веществами. Люди, оказывающие помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией и пытающиеся определить у них источники физического и психологического стресса, должны очень широко трактовать термин «злоупотребление веществами». Список веществ, которыми можно злоупотреблять, не ограничивается медикаментами, алкоголем, амфетамином и марихуаной. Он также включает кофеин, никотин и обыкновенный сахар. Пациент, употребляющий избыточные количества одного или более из этих веществ, провоцирует стрессы в своем организме. Ему нужно объяснить, что эти злоупотребления могут нанести вред иммунной системе.

Заинтересованных пациентов следует убедить воздерживаться от употребления этих вредных веществ, менее заинтересованным лицам нужно посоветовать разработать план по снижению вреда, постепенно уменьшая количество или частоту их употребления. Многие агентства, группы, клиники и другие организации предлагают лечение злоупотреблений веществами.

6. Неадекватные или недостаточные физические нагрузки.

Легкие или умеренные физические нагрузки нужны людям, длительно живущим с ВИЧ. Они тем более важны для них потому, что, по-видимому, увеличивают количество и цитотоксичность клеток — естественных киллеров. Все ВИЧ-позитивные пациенты должны знать об этом. Им также следует знать, что даже такая умеренная физическая нагрузка, как, например, 20-минутная прогулка три раза в неделю, уменьшает психологический стресс и улучшает функции иммунной системы. Посоветуйте ВИЧ-позитивным пациентам с недостаточной физической нагрузкой присоединяться к социальным группам, клубам, принимать участие в различных мероприятиях, связанных с физической активностью.

Медицинские аспекты

1. Повторные контакты с ВИЧ и другими инфекциями. Многие ВИЧ-инфицированные не верят, что им следует придерживаться правил безопасного секса, поскольку они уже заражены. Они не могут понять, что повторное заражение может оказаться чрезвычайно разрушительным для их иммунной системы. Рискованный секс может привести к заражению пациента более вирулентными штаммами вируса, устойчивыми к препаратам, которые он принимает, или привести к заражению другими ИППП. Некоторые из них, например гепатит С, потенциально опасны для жизни. Опасности рискованного секса обязательно должны обсуждаться с использованием простого, доходчивого языка

со всеми сексуально активными людьми, живущими с ВИЧ.

ВИЧ-инфицированные люди также должны знать, как избежать ненужных контактов с микробами и как избежать заражения. Они должны уметь готовить и хранить пищу таким способом, чтобы быть уверенными, что не «подхватят» инфекцию через немытые продукты, сырые яйца и птицу и не обсемят приготовляемую пищу микробами. Они также должны вырабатывать гигиенические навыки, такие, как мытье рук до и после еды или после посещения туалета. Цикл занятий по основам здоровья может быть очень полезным в этом отношении.

2. Ограниченная возможность ухода за собой во время болезни. Все люди, живущие с ВИЧ, должны знать, как ухаживать за собой, когда они болевают. Информация по этой теме широко варьирует от самой общей (как обеспечить потребление необходимого количества воды организмом) до наиболее сложной (как самому себе внутривенно вводить стерильные растворы). Необходимо помочь всем взрослым, живущим с ВИЧ-инфекцией, разработать план самопомощи, который помог бы им понять, что они могут, а чего не могут делать, ухаживая за собой во время болезни. В этом плане должна быть учтена необходимость запаса медикаментов, перевязочных материалов, продуктов питания, простых для приготовления, достаточного на период изоляции больного (неделя или более). План должен также включать список имен и телефонов (дневных и вечерних)

людей, на помощь которых можно рассчитывать во время болезни (сходить в аптеку за лекарством, разогреть еду, покормить и выгулять домашних животных или сделать массаж). И, наконец, он должен содержать некоторые утешительные ритуалы для обеспечения спокойствия и содействия выздоровлению (например, завернуться в одеяло на диване, имея под рукой чай, подборку свежих журналов и пульт дистанционного управления телевизором).

3. Недостаточное понимание проблем здоровья, связанных с ВИЧ. Все, кто оказывают помощь ВИЧ-инфицированным пациентам, согласятся, что лучше себя чувствуют те из них, которые активно заботятся о своем здоровье. Они тратят время на то, чтобы понять, как действуют принимаемые препараты и почему важно соблюдать предписания врача. Нередко они изучают различные виды альтернативного или дополнительного лечения. Они учатся, как регулярно обсуждать проблемы своего здоровья с доверенными лицами, не связанными с медициной.

Необходимо прикладывать массу усилий для повышения уровня информированности пациентов о ВИЧ-инфекции и ее лечении, чтобы они принимали активное участие в уходе за собой и достигли максимальных результатов от проводимой терапии.

4. Пассивные взаимоотношения с людьми, оказывающими первую помощь. Гораздо лучше чувствуют себя те пациенты, которые активно сотрудничают и стремятся к установлению и

поддержанию хороших взаимоотношений с теми, кто оказывает им первую помощь. Они развивают в себе способность к доверию и искренности во взаимоотношениях с теми, кто опекает их. У них также развивается способность замечать малейшие перемены в состоянии своего здоровья; таким образом, они могут сразу обратить внимание своих опекунов на проблемы, пока те находятся на ранней стадии и с ними легче справиться. Эти пациенты эффективно используют консультации, нередко приезжая на каждую встречу с подготовленным списком симптомов, вопросов и комментариев.

Крайняя пассивность перед лицом серьезной болезни является признаком отчаяния и отрицательно сказывается на физическом и эмоциональном состоянии человека. Пациенты, задающие мало вопросов, проявляющие незначительную заинтересованность, апатичные, ушедшие в себя и замкнутые, приготовившиеся к смерти, вероятно, находятся в состоянии кризиса. Их должен осмотреть психиатр или консультант, чтобы выдать рекомендации относительно того, как заинтересовать этих пациентов в своем собственном лечении. Те, кто опекает ВИЧ-инфицированных, должны внести свою лепту, вовлекая этих пациентов в дискуссии при каждой встрече, задавая им конкретные вопросы об их клиническом статусе и об их отношении к своему здоровью.

Горе и многочисленные потери

По мере того, как все больше людей умирают в результате СПИД, эмоциональные аспекты горя и

потерь осложняются. Многочисленные потери случаются во многих сообществах, вызывая при этом растущее неприятие, депрессию, страх, изоляцию и гнев. Это может приводить к деструктивному поведению по отношению к самому себе и повышению заболеваемости и смертности. Таким образом, становится насущной необходимостью определить нужды тех, кто пережил эти потери, понять характеристики многочисленных потерь и обучить людей справляться со своими проблемами.

Синдром многочисленных потерь состоит из трех элементов:

- горе, переживаемое людьми;
- ответная реакция, подобная посттравматическому стрессовому синдрому;
- «перегорание», воздействующее на способность человека сохранять присутствие духа.

Горе

Окончание периода горя осложняется повторными потерями, которые происходят через короткие промежутки времени. Оно также осложняется отношением общества к МСМ, ПИН и меньшинствам тех категорий населения, которые чаще поражаются СПИД. Чужое горе признается редко при отсутствии приемлемых взаимоотношений. Неприятие таких взаимоотношений в обществе послужило толчком к созданию необычайно прочных объединений во многих городах. Из-за их закрытости многочисленные потери стали еще более тяжелым бременем для некоторых людей, похоронивших более 50 друзей в течение нескольких лет.

Другие ответные реакции

Здоровым людям очень трудно вникнуть в проблему многочисленных потерь, вызванных СПИД. Вероятно, лучше всего это сравнить со стихийным бедствием, когда много людей погибает одновременно. В таких случаях мы видим воздействие, ужас и посттравматический период восстановления. Многочисленные потери от СПИД отличаются от других потерь тем, что непрекращающиеся смерти среди людей 30—50 лет стали обычным явлением. Долгосрочное планирование и задачи на будущее уже более не обсуждаются с энтузиазмом, если вообще обсуждаются.

Отличия от обычной тяжелой утраты

Синдром многочисленных потерь имеет некоторые важные отличия от тяжелой утраты, потому что лица, переживающие одну потерю за другой, по сути, не могут выйти из этого состояния. Каждый последующий процесс оплакивания наслаивается на предыдущий. Люди, переживающие многочисленные потери, не имеют достаточно времени между травмами, чтобы проанализировать свои чувства в период горя, что принесло бы им облегчение. Их чувствами завладевает одна главная потеря. После каждой новой потери люди, похоже, продолжают горевать о потере, которую они считают самой значительной, и отношение к ней такое, как будто эта потеря была единственной. Если в период горя процесс у вас принял подобный характер, то выход из него не представляется возможным, потому что у каждой потери есть какой-то свой

Многие люди, инфицированные ВИЧ, не верят, что им следует придерживаться правил безопасного секса, поскольку они уже заражены. Они не могут понять, что повторное заражение может оказаться чрезвычайно разрушительным для их иммунной системы.

процесс, который нужно пройти от начала до конца.

Эффект перегорания

Синдром многочисленных потерь может быть охарактеризован ощущением оцепенения, возможно, неспособностью выражать или ощущать эмоции либо выражать чувства по-новому, пессимизмом, цинизмом, фатализмом и ощущением ненадежности. Необходимо помнить, что, если люди испытывают подобные чувства, их поведение может становиться безответственным и деструктивным по отношению к себе. Один из пациентов рассказывал, что он чувствовал эффект «снежного кома», когда смерти начали случаться одна за другой. «Я чувствовал себя подавленным и совершившим предательство в том смысле, что я недостаточно сделал, чтобы отдать должное каждому из моих друзей». Мы наблюдаем много гнева, и он кажется наиболее преобладающей эмоцией в горе такого рода. Мы знаем, что гнев также усиливается разрушительным действием болезни, неврологическими осложнениями, продолжительностью болезни и, конечно, инвалидизацией. Наряду с гневом, отчаяние — второе слово, наиболее часто приходящее на ум в этой связи. Эти повторные

потери оставляют у человека ощущение, как будто у него «удалили» все ранее существовавшие эмоции.

Характеристика синдрома многочисленных потерь

Существует много симптомов, которые мы ассоциируем с патологическим чувством горя. Они включают в себя обостренное чувство вины или ярость, усилившиеся физические симптомы, отрицание, запоздалую реакцию, деструктивное по отношению к себе поведение.

Большую часть времени эти симптомы не осознаются. Люди не отдают себе отчета в том, что они делают, и не понимают, что это связано с продолжающимся горем. Многие люди не верят другим, когда те рассказывают о таком большом количестве потерь, и какое-то время удивляются, откуда у тех может быть столько знакомых, пока это не начинает происходить с ними. Некоторые пытаются справиться с проблемой, глядя на положительную сторону того, что они знакомы с таким большим количеством людей. Они чувствуют, что любят и сами любимы некоторыми по-настоящему великолепными людьми.

Часто встречаются жалобы на недостаток привязанности к другим, включая нежелание заводить новых друзей. Когда такое случается, человек чувствует себя более изолированным, затем ослабевает его система поддержки, и он оказывается в ловушке — вращающемся колесе чувств, еще более одинокий и изолированный, опасаясь выйти наружу. Мы также знаем, что есть и другие потери: потеря сексуальной свободы, надежды на будущее,

мечтаний жить и стариться со своим партнером, потеря стабильности, занятости, потеря поддержки семьи, потеря конфиденциальности и личной власти, поскольку часто, когда становится известным диагноз ВИЧ-инфекции, человека лишают уединенности против его воли.

Преждевременная печаль

Преждевременная печаль — термин, употребляемый для описания оплакивания еще до фактической смерти. Этот термин также применим для ситуации с явно недостаточной реакцией на горе, когда смерть уже случилась. Мы знаем, что смерть от СПИД редко бывает внезапной, и продолжительный характер этой болезни предрасполагает к развитию преждевременной печали, или «предсмертной» скорби. До настоящего времени нет четких доказательств того, что это облегчает оплакивание после смерти близких, но это может влиять на глубину чувств.

Важно также оценить способность человека справляться с проблемами, суицидальный риск и другие деструктивные тенденции. Конечно, важно восстановить связь людей со службами поддержки. При всех многочисленных потерях за короткий промежуток времени желательно подробно разобраться с каждой из потерь, выяснив, какое место в жизни пациента занимал умерший человек.

Для скорбящих людей важно найти место, где они могут, не стесняясь, поделиться своими чувствами, чтобы самим лучше разобраться в понесенных потерях.

Как преодолеть горе

Как можно помочь человеку, подавленному мыслями о горе и тяжких потерях, поддерживать связь с его друзьями и социальными службами, чтобы иметь возможность постоянно обсуждать все свои проблемы? Самовыражение при наличии хороших слушателей является лучшей предпосылкой для выздоровления от горя. Что вы думаете по поводу того, чтобы иногда брать небольшой отпуск от ВИЧ/СПИД? Это период, когда вам не будут постоянно напоминать о болезни. Возможно, посоветовавшись с врачом, вы можете на некоторое время прекратить прием всех медикаментов. Чтобы отдать дань умершим, можно зажечь свечу и вспомнить, какую роль они играли в вашей жизни. Можно также зажечь свечу за тех, кто живет с ВИЧ, или за того, кто любит больного СПИД. Это поможет вернуться к жизни и надеждам.

Помните и используйте как можно чаще определенные доктором Соломоном в 1988 году характерные черты тех, кто долго живет с ВИЧ. Например, воспринимайте лечащего врача как помощника, не оставайтесь в роли пассивного подчиненного. Сохраняйте приверженность жизни в плане неоконченного дела, невыполненных задач или даже непостигнутого опыта и неудовлетворенных желаний. Найдите новый смысл под действием болезни. Воспринимайте реальность диагноза СПИД в соединении с отказом от его восприятия в качестве смертного приговора.

Пациенты, длительно живущие с ВИЧ, умеют находить выход из затруднительного положения и учатся

По мере того, как все больше людей умирают в результате СПИД, эмоциональные аспекты горя и потерь осложняются. Многочисленные потери случаются во многих сообществах, вызывая при этом растущее неприятие, депрессию, страх, изоляцию и гнев. Это может приводить к деструктивному поведению по отношению к самому себе и повышению заболеваемости и смертности. Таким образом, становится насущной необходимостью определить нужды тех, кто пережил эти потери, понять характеристики многочисленных потерь и обучить людей справляться со своими проблемами.

всему сами. Они напористы и способны сказать «НЕТ». Разработайте ритуалы, символизирующие значимость понесенной утраты. Участвуйте в них как можно активнее. Активное участие расширяет личностные возможности. Научитесь фокусировать свой гнев таким образом, чтобы он расширял ваши возможности, а не подавлял вас. Признайте существование гнева и направьте его в полезное русло. Танцуйте. Громко пойте. Учитесь рисовать. Используйте все это, чтобы исследовать свои глубокие эмоции, которыми вы раньше, возможно, пренебрегали. Волонтер, помогающий другим, не сможет достичь такого успеха, как вы сами. Внимательно относитесь к уходу за собой, включая уход за внешностью, физические упражнения, питание, прием жидкости и отдых.

Помните, что у вас всегда есть выбор и научитесь выбирать

Не позволяйте медработникам или чиновникам здравоохранения обращаться с собой не так, как с другими, или без уважения из-за того, что вы ВИЧ-позитивны.

лучшее. Это создает ощущение контроля, поскольку очерчивает круг задач, за которые вы продолжаете нести ответственность. Вы не можете изменить болезнь или предотвратить смерть, но вы можете изменить свое отношение к ним. Будьте реалистичны, предвидя возможные для себя исходы. Научитесь находить в своей жизни новое место для тех, кто умер, чтобы их уникальность продолжала обогащать вас.

Не теряйте чувство юмора. Джордж Бернارد Шоу сказал: «Жизнь не перестает быть веселой, когда люди умирают, и она перестает быть серьезной, когда люди смеются». Религиозная активность, вера в духовную жизнь после смерти поможет вам сохранить связи с другими людьми. Исследуйте собственную веру и примите на себя новые обязательства.

Есть особые аспекты в отношении MSM, переживающих потери. Эти аспекты сопряжены с множественными потерями от ВИЧ и СПИД, с которыми сталкивается общество. Опытные клиницисты, хорошо информированные о проблемах горя и СПИД у MSM, могут помочь выработать пути решения этих проблем. Потери дорогих вам людей очень болезненны, но боль можно облегчить, если не терять чувства юмора, противиться равнодушию и адекватно воспринимать реальность. Как сказал Роберт Коуди: «Имейте храбрость жить, умереть может каждый».

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

ПОДДЕРЖАНИЕ ДУХА
ВИЧ-ПОЗИТИВНОЙ ЖЕНЩИНЫ
Нина Браун

Я — 37-летняя афро-американская женщина, живущая с ВИЧ. (Прошу заметить, я сказала живущая, а не умирающая.) Мне поставили диагноз в 1993, когда я была на восьмом месяце беременности. Это было для меня убийственно. С 1989 я то и дело обследовалась на ВИЧ из-за разговоров о ВИЧ и СПИД и своего собственного непостоянства в связях. Поскольку каждый анализ, который я сдавала между 1989 и 1992, оказывался негативным, я думала, что я чиста и вне опасности. Поэтому, когда я узнала, что позитивна, я была в гневе на себя и на Бога, потому что уже ничего нельзя было сделать. Я была бессильна, было уже слишком поздно делать аборт, и я чувствовала, что жизнь моя окончена. Все мои мечты и цели, которые я ставила, исчезли. Более важно, что у моего ребенка будет СПИД и он не доживет до того, чтобы стать взрослым, и это по моей вине.

Я помню, врач говорил мне, что есть 75 % вероятности того, что ребенок будет негативным; я была сосредоточена только на 25 % вероятности того, что мой ребенок будет позитивным. Родившись, мой сын

То, чего я больше всего боялась, уже произошло. Я живу с этим каждый день. Это вплелось в ткань моей жизни. Теперь я должна попытаться вплетать это артистично, с достоинством и честностью.

весил около 3,5 кг и (как всякий младенец, родившийся от ВИЧ-позитивной матери) был ВИЧ-позитивным. Однако в 18 месяцев мой сын в результате сероконверсии из ВИЧ-позитивного стал ВИЧ-негативным. Ему сейчас три года, он красив, здоров, весит почти 22 кг и негативен. Бог в моем понимании истинно чудесен и милостив. **Я хочу, чтобы у ВИЧ-позитивных женщин была надежда и поэтому пишу об этом.**

Когда я была беременной, в 1993, женщина-врач, которую я посещала, была нечутка, некомпетентна и не имела сочувствия к ВИЧ-позитивным пациентам. Мой уровень Т-клеток был в то время 127, и я помню, как спрашивала ее, значит ли это, что теперь у меня СПИД, так как я читала, что всякий, у кого уровень Т-клеток падает ниже 200, считается заболевшим СПИД. Она посоветовала обратиться к одному из консультантов после того, как мы с ней закончим, и затем сказала очень холодным голосом: «Слушайте, у вас Т-клетки 127, вам надо что-то принимать! АЗТ, ddI, d4T — что вы хотите принимать?»

Когда я попросила ее рассказать об этих лекарствах, как они действуют и какие дают побочные эффекты, она ответила, повышая голос: «У меня нет времени объяснять вам все это! Я должна принимать других пациентов!»

Я в слезах вышла из этого кабинета, чувствуя себя испуганной и очень подавленной. Врач обращалась со мной ужасно. Незнание того, будет ли у моего ребенка СПИД, превратило последние два месяца моей беременности в настоящий ад. Когда я рожала, медики в больнице вели себя так, будто у меня чума.

Никто не должен пытаться убедить вас сделать аборт потому, что вы ВИЧ-позитивны. Женщины имеют конституционное право принимать собственные решения в отношении своей беременности.

Они не хотели ко мне прикасаться. Я слышала перешептывания в коридоре: «Да, это та, у которой ВИЧ» и «Как она могла позволить себе забеременеть, зная, что так больна?»

Тогда, в 1993, у меня не было группы поддержки, никого, с кем я могла бы поговорить. После такого медицинского обслуживания я решила, что не собираюсь просто лечь и умереть и не собираюсь позволять кому-нибудь когда-нибудь еще так со мной обращаться. Я примкнула к группе поддержки и начала говорить с другими людьми, у которых вирус. Та группа поддержки дала мне надежду, и я, в свою очередь, хотела быть уверенной, что другим женщинам не придется пройти через то, что я испытала. Я хотела, чтобы они знали, что имеют право родить ребенка, не смотря на свой ВИЧ-статус, и что никто не имеет права унижать их за этот выбор. У меня не было выбора, когда в последнем триместре беременности я узнала, что ВИЧ-позитивна, но, если бы я узнала об этом раньше, то все равно решила бы оставить своего сына. Ключевое слово здесь «выбор». Никто не должен пытаться убедить вас сделать аборт потому, что вы ВИЧ-позитивны. Женщины имеют конституционное право принимать собственные решения в отношении своей беременности.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ**ЖИТЬ ОТКРЫТО**

Пэт (Роландс) Сойер

Страх. Жить в страхе ужасно. Для людей с ВИЧ жизнь в страхе может быть образом жизни. Существует много страхов. Самый первый и самый очевидный из них — это страх самого заболевания. Второй самый большой страх — страх разоблачения, страх того, что люди узнают о том, что у тебя ВИЧ.

Почему мы так боимся разоблачения? Потому что боимся, что нас будут осуждать и отвергать. Боимся, что с нами будут обращаться иначе. Боимся жалости людей, боимся их скорби, их разочарования. Боимся, что они будут нас бояться.

Почему, имея это заболевание, «признаться людям» — такая большая проблема в нашей жизни? Я посещаю группы поддержки все время с тех пор, как узнала о своем диагнозе почти 10 лет назад, и как тогда, так и теперь это главная тема для разговоров. Первая статья, которую я написала для бюллетеня, была на эту тему и называлась «Сказать или не сказать?».

Написание статей

Когда я начала писать статьи, я придумала фамилию Роландс. Роланд — это имя моего отца, поэтому я чувствовала, что эта фамилия правомочна. Сойер — это моя фамилия по мужу, и я разведена. Это также фамилия моей дочери. Я законно носила эту фамилию 24 года. Пэт Роландс была ВИЧ-позитивной женщиной, которая писала для этого бюллетеня и посещала конференции

по СПИД. Пэт Сойер была совершенно нормально функционирующей, здоровой женщиной, работающей в индустрии развлечений.

В прошлом году я официально признала свой ВИЧ-статус или «открылась», как это называет мой приятель-МСМ. Я написала пьесу о своей подруге Линде Люшей и событиях в ее жизни, когда она опубликовала объявление о знакомстве, в котором сообщала о своем ВИЧ-позитивном статусе. Линда была одной из первых женщин в стране, публично признавших свой ВИЧ-статус. Она делала ток-шоу.

Репортер, писавший статью для «Los Angeles Times», стал одним из друзей Линды. Когда он услышал о пьесе, он захотел написать статью. Он спросил меня, как я познакомилась с Линдой, и я сказала, что мы встретились в группе поддержки для ВИЧ-позитивных женщин. Он попросил разрешения написать об этом в статье. Я сделала глубокий вдох и ответила: «Конечно, только не делайте из этого главную тему». Статья выходила дважды. И там было черным по белому, чтобы хорошо видел весь мир, по крайней мере, все население Лос-Анджелеса, написано о том, что я ВИЧ-позитивна.

Зачем?

Я помню, как Линда Люшей и Энн Коупленд публично открылись. Я не могла понять их побуждений. Зачем? Ради чего? В то время все, что я видела, — это как много они могли потерять, я не знала, в чем тут можно выиграть. Может быть, они это делали для общего блага. Многие люди думают, что единственный способ избавиться СПИД от клей-

ма и стереотипов — дать ему лицо. Когда это лицо женщины, это разбивает миф о том, что гетеросексуалы не заболевают СПИД. Но я никогда не соглашалась с тем, что иметь ВИЧ — значит быть вовлеченным в политику. Политика не для всех.

Внутренний конфликт

Так что же такого в ВИЧ-инфекции, что она порождает такой внутренний конфликт, что хочется одновременно и рассказать всем, и не говорить никому? Люди не обязательно обсуждают свои болезни друг с другом. Конечно, если бы ваш начальник сообщил вам, что у него геморрой, это помогло бы вам понять его гораздо лучше, но никто не делится подобной информацией, кроме женщин после родов.

Я устала от двойной жизни.

Я хотела жить честно. Я больше не живу в постоянном страхе

Мое решение перестать скрывать мое положение пришло в несколько этапов. Первый был, когда я лежала в больнице с закупоркой почки из-за криксивана и думала, что умираю. В то же самое время наша кошка Жинзу болела раком. Мой друг проводил все свое время, ухаживая за мной и Жинзу. Его мама звонила каждый день и спрашивала о здоровье кошки, но ничего не знала о моей болезни. Я подумала, что это абсурдно. Я поняла, что рано или поздно люди узнают. После серьезной болезни мне стало все равно. Кроме того, я знала, что моему другу нужна поддержка его семьи. Я сказала ему, что он может рассказать им обо всем, и он в конце концов так и сделал.

Двойная жизнь

Два человека, чья реакция меня больше всего беспокоила, это мои маникюрша и косметолог. Маникюрша расплакалась и обняла меня. Она сказала мне, что у нее было несколько ВИЧ-позитивных клиентов. Мой косметолог пришел посмотреть мою пьесу и был от нее в восторге.

Я устала от двойной жизни

Я хотела жить честно. Я больше года не работала полный день. Я много времени провожу в отпуске, чтобы работать над пьесой и путешествовать. Я глотаю пригоршни таблеток каждый день. Я много хожу по врачам. Меня кладут в больницы. ВИЧ изменил мою жизнь. Я не могу изменить свой ВИЧ-статус, как бы ни хотела. Я это приняла.

Меня спрашивают, стало ли мне легче теперь, когда все известно. Должна сказать, да. Теперь каждый, кто меня знает, может обсуждать это со мной или с кем-то еще. Когда я призналась моей матери, я попросила ее не говорить моим братьям. Но она, конечно, сказала. И велела им не говорить мне. Это был глупый секрет, который каждому из нас был известен. Уверена, что они им так же тяготились, как и я. Теперь же никто не должен хранить мои секреты. Жизнь стала гораздо легче. Все мои отношения теперь более честны и более реальны.

Их проблема

Если кому-то мешает то, что я ВИЧ-позитивна, — это на самом деле их проблема. Я знаю, что не представляю угрозы ничьему здоровью. Скорее, существует угроза для

меня, когда кто-то решает продолжать работать и болеть «на ногах», когда у него грипп или простуда, которую я могу подхватить и проболеть два или три месяца.

Я не потеряла никого из друзей. Меня не отверг никто из семьи. Я жила, зная о том, что у меня ВИЧ, все 90-е. Я к этому привыкла, но мне не стало удобнее. Уверена, мне никогда не будет хорошо с этим. Но я научилась жить с этим. Я слышала даже, что люди называют это даром. Я бы никогда не сказала так. Это худшее, что со мной случилось в жизни и осталось по сей день.

Изменить свою жизнь

Перемены изменяют жизнь. Точка. И, возможно, самая большая польза, которую я получила от всего этого, — это люди, которых я иначе никогда не встретила бы. Люди, работающие в области СПИД, — святые в моих глазах. Я знаю по себе, что никогда ничего бы не сделала в отношении этого заболевания, кроме разве что пожертвования денег, если бы оно не затронуло меня лично. Женщины, с которыми я познакомилась, — лучшие люди в мире, и те, кто руководит нашими организациями, и те, кто в них нуждается. Многих я могла бы не знать, а теперь они стали моими лучшими друзьями.

То, чего я больше всего боялась, уже произошло. Я живу с этим каждый день. Это вплелось в ткань моей жизни. Теперь я должна попытаться вплести это артистично, с достоинством и честностью.

Я больше не живу в постоянном страхе.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

ДИАГНОЗ

Аноним

Сказать... или не сказать — вопрос для многих людей с ВИЧ-инфекцией, особенно тех, кто не является частью сообщества MSM.

Я читала комментарии в прессе, критически настроенные в адрес тех, кто скрывает свой статус, обычно со стороны «открывшихся». Как будто идеалы солидарности и поддержки требуют того, чтобы все страдальцы встали и пересчитались.

Как человек, выбравший другой путь и всегда возражавший против всяческого «обнародования», я чувствую, что это суждение глубоко жестоко. Оно также играет на руку тем, кто защищает принудительное сообщение об инфицированных людях в централизованную службу, — ужасающая перспектива со многими последствиями.

Давление

Может быть, такое мое отношение к этому объясняется отчасти неумолимым давлением на меня со стороны социального работника с тем, чтобы я вошла в группу поддержки ВИЧ-позитивных женщин, вскоре после постановки диагноза в январе 1997. Я узнала о своем статусе в пятницу днем, почти случайно. В следующий же понедельник я сидела в офисе группы клинических исследователей, начиная серию анализов для определения, подхожу ли я для участия в исследовании. После этого меня проводили в кабинет социального работника.

Достаточно молодая, чтобы го-

даться мне в дочери, она была полос-анджелесски небрежна в одежде и манерах. «Вам будет лучше, если вы войдете в группу», — доверительно щебетала она, а когда я спросила, как именно лучше, она сказала: «Проживете дольше».

Отношение общества

Тогда я поняла, что мое место в жизни радикально изменилось по милости анализа крови. Теперь я была по одну сторону водораздела, а она по другую. Узнать, что у тебя рак или мышечная дистрофия, ужасно, но ВИЧ-инфекция дополнительно приносит оттенок общественного отвержения и осуждения — даже со стороны многих, кто носит алую ленту. Я объясняла социальному работнику, что плохо себя чувствую в группе и что не хотела бы, чтобы о моем состоянии кому-нибудь было известно. Она уверяла меня, что группа полностью конфиденциальна, но я этому не верила. В мире шоу-бизнеса и журналистики, с которым я пересекаюсь, бесконечны сплетни и спекуляции по поводу ВИЧ-статуса людей.

Все-таки она продолжала давить на меня еще несколько месяцев, я сопротивлялась, и сейчас я рада, что не поддалась. К счастью, я хорошо держусь на «коктейле». Это не трудно умалчивать — пока.

Клеймо

Можно ли отрицать, что стигма этого заболевания по-прежнему жива и пылает, влияя на отношения, возможности трудоустройства и другие жизненные потребности, такие, как медицинское страхование или страхование жизни?

Что касается меня, я уверена, что, если бы о моей инфекции зна-

ли друзья, семья и коллеги, это бы катастрофически повлияло на мою способность функционировать и на общественном, и на личном уровне. Кроме мужа, которому нужно было сообщить, потому что ему тоже надо было обследоваться, единственным человеком, кому я доверилась в своем несчастье, стала подруга. Если бы другие друзья или семья знали о моем состоянии, жизнь моя стала бы невыносимой. Меня бы постоянно критически оглядывали, ища признаков угасания, и я бы тратила много драгоценной энергии, повторяя опять и опять: «Я чувствую себя прекрасно, правда».

Тень

Обнародование, несомненно, бросило бы тень на моего мужа, а ему важна репутация. Это могло бы повлиять на его занятость и, следовательно, на нашу медицинскую страховку. Если бы я открыла свой собственный статус, я была бы морально обязана отвести подозрения от него. Неизбежно последовали бы объяснения: «Мой супруг ВИЧ-негативен, и я являюсь абсолютно верной женой вот уже около 15 лет. Не имею понятия, как я заразилась. Мне никогда не делали переливания крови, и я никогда не употребляла наркотики». Я бы чувствовала себя вынужденной все это говорить, потому что все это правда. Поверили бы мне или нет — другой вопрос.

Таковы некоторые — не все — элементы ловушки, в которую попадает каждый ВИЧ-инфицированный человек. Не уверена, что знание источника своей инфекции делает ее легче, переносимей, но, возможно, эта статья поможет объяснить мою точку зрения.

Я не наивна. В начале 90-х более дюжины довольно близких мне МСМ умерли от СПИД, включая моего гинеколога и горячо любимого ветеринара, лечившего моих четырех кошек. Я помогала ухаживать за некоторыми моими тяжело больными друзьями и до сих пор оплакиваю их потерю. Я ощущаю свою жизнь похожей на кусок швейцарского сыра – всю в дырах, которые никогда не будут больше заполнены. Меньше всего я мечтала когда-нибудь встретиться лицом к лицу с их дилеммой.

Изоляция

Да, моя изоляция иногда удушает. К счастью, у меня просто фантастический врач и другие медицинские консультанты, которые делают для меня гораздо больше, чем входит в их узкие профессиональные обязанности. И еще я стала закоренелым писателем анонимных писем. Тому пример – эта статья. Я хочу участвовать, помогать. Возможно, я могу когда-нибудь, умирая пожилой, решить рассказать остальным друзьям и членам семьи, что случилось со мной. Я надеюсь, что в скором будущем всем нам во всем мире сообщат, что найден способ излечения этой чудовищной болезни.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

Олег (Донецк)

...Я принимаю АРВ-терапию около 2-х месяцев. Сначала я долго сомневался» начинать или нет? Мать просила чтобы я начал, она знает мою проблему, очень сочувствует мне, поддерживает. Я понял наконец, что состояние здоровья ухудшается, без терапии не обойтись, и принял решение: начинаю. Врачи, консультант объяснили, что это очень серьезные препараты, как и когда их принимать, какие побочные явления могут возникнуть при приеме того или иного препарата. Сначала было нелегко, я нервничал, часто звонил врачу. У меня была сонливость, слабость, я боялся. Хорошо, что мать помогала мне тогда и помогает сейчас.

Сейчас побочные явления стали исчезать. Я начал более энергично заниматься домашними делами, даже сам выхожу на улицу, этого уже давно не было. Незадолго до начала приема терапии я бросил употреблять наркотики, это сыграло хорошую роль в моей жизни, т.к. с наркотиками я бы не смог лечиться. Спасибо врачам и всем, кто со мной занимается моим здоровьем!

глава четвертая

Безопасный секс для ВИЧ-позитивных и больных СПИД

РЕКОМЕНДАЦИИ О НЕОБХОДИМОСТИ БЕЗОПАСНОГО СЕКСА

В сущности, почти вся информация о безопасном сексе рассчитана на здоровых людей — не инфицированных ВИЧ — и желающих такими остаться. Прямо или косвенно даются указания о том, как «защититься от людей, зараженных ВИЧ-инфекцией и больных СПИД» (!).

Популярные публикации об универсальных правилах более безопасного секса встречаются нечасто.

Для тех, кто инфицирован ВИЧ, иногда довольно трудно понять, как и почему безопасный секс может стать частью их жизни. В то же время, сама идея безопасного секса состоит в том, чтобы возобновить здоровую половую жизнь в разгар нынешней эпидемии, несмотря на свой ВИЧ-статус. У людей, инфицированных ВИЧ и больных СПИД, может быть здоровая половая жизнь, а безопасный секс позволяет избежать опасности, как вашим партнерам, так и вам самим.

Концепция безопасного секса разработана для защиты любого человека, поддерживающего половые отношения со многими людьми, часть из которых заражена ВИЧ, а другая — нет. Безопасный секс

также позволяет защититься от других инфекций, передающихся половым путем, которых особенно следует остерегаться человеку, живущему с ВИЧ-инфекцией. Кроме того, безопасный секс обеспечивает защиту от дополнительного заражения штаммами ВИЧ, отличными от вашего, хотя мнения медиков разделились относительно того, является ли такое заражение фактором риска.

Необходимо помнить, что большинство людей не знают своего ВИЧ-статуса. Никто не может защитить себя от заболеваний, передающихся половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, просто путем «тщательного подбора партнеров». Безопасный секс важен для всех, а не только для людей, знающих результат своего анализа на ВИЧ. В интересах каждого — следовать правилам безопасного секса, вне зависимости от того, здоровы вы или заражены.

Здоровая половая жизнь

Осознание факта, что вы заражены ВИЧ, даже при отсутствии симптомов, может глубоко изменить ваши ощущения. Утрата интереса к сексу может быть одной из первых потерь в комплексе этих перемен. Многие люди время от времени

ощущают то же самое. Но вам значительно поможет поддержка, а вашим близким, особенно партнерам по сексу, важно понять, что вы чувствуете и почему ведете себя именно таким образом. Не забывайте, что вашему партнеру (партнерам) возможно также трудно будет приспособиться к новой ситуации.

Иногда при тестировании обоих партнеров на ВИЧ у одного результат оказывается положительным, а у другого — отрицательным. Если до этого партнеры не пользовались в сексе никакими мерами предосторожности, они, основываясь на отрицательном результате, нередко делают вывод о том, что один из них обладает каким-то иммунитетом к ВИЧ.

Это мнение глубоко ошибочно. Действительно, передача ВИЧ не всегда происходит при половом контакте между инфицированным и неинфицированным партнерами. Однако это вполне может случиться при следующем половом акте, если он был проведен без соблюдения мер предосторожности. Со временем количество вирусных частиц в организме возрастает и риск заражения увеличивается. Тем не менее, важно подчеркнуть, что не абсолютно все в этой области требует перемен. Все любят хороший секс, физическую и эмоциональную теплоту отношений! Если вы практикуете безопасный секс, нет никаких причин лишать себя удовольствия от секса, которое вы испытывали до того, как узнали о положительном результате анализа. Разговоры с другими людьми, столкнувшимися с подобными проблемами, и их советы могут оказаться полезными, хотя ваши

решения в сложившейся ситуации, вероятно, будут нелегкими и потребуют определенного времени. Очень важно помнить, что все это — обычные проблемы для большинства людей, инфицированных ВИЧ. Также обычно и то, что эти люди вновь начинают получать удовольствие от половой жизни (либо от случая к случаю, либо имея постоянную связь).

Нужно ли ВИЧ-положительным людям соблюдать дополнительные меры предосторожности?

ВИЧ-положительные и больные СПИД часто спрашивают, следует ли им при безопасном сексе пользоваться еще чем-либо, помимо презервативов. Осознавая свой ВИЧ-статус, вы, возможно, захотите предпринять дополнительные меры безопасности.

Может быть, вы стремитесь к обеспечению абсолютно надежной защиты вашего партнера или партнеров?

Может быть, вы хотите прекратить практику орального секса либо заниматься им только с презервативом? Возможно, вы захотите изменить другие вещи?

Если вы стремитесь уменьшить риск заражения вашего партнера, наиболее эффективным при половом акте будет использование презервативов со смазкой на водной основе. Следует избегать попадания спермы, вагинальной жидкости и крови внутрь и на поверхность тела партнера.

Однако есть и другая проблема. ИППП создают больше проблем у людей с ВИЧ-инфекцией, чем у неинфицированных.

Идут споры о роли ИППП при ВИЧ-инфекции. Факты свидетельствуют о неблагоприятной роли ИППП у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Похоже, у людей, уже имеющих ИППП к моменту заражения ВИЧ, развитие СПИД наступает быстрее, чем у здоровых.

У ВИЧ-позитивных и больных СПИД защитные механизмы против ИППП работают менее эффективно. Простой курс антибиотиков может оказаться недостаточным, так как инфекции проявляются в более агрессивных формах, чем обычно, и протекают тяжелее.

Поскольку многие ИППП передаются при оральном и анальном сексе, вам следует подумать о целесообразности постоянного использования практики безопасного секса, а именно — латексных барьерных средств.

Определение более безопасного секса

В конечном счете, выбор — личное дело каждого. Вы должны взвесить все «за» и «против»: чего вы достигнете, изменив определенные виды секса или отказавшись от них? Ваш лечащий врач либо медицинский персонал венерологической клиники могут помочь вам в этом. Если вы примете решение балансировать на грани риска, вам будет полезно помнить о нескольких вещах:

Если вы уже были в контакте с возбудителями некоторыми ИППП, например герпесвирусом или цитомегаловирусом (ЦМВ), вам лучше обратиться к своему врачу или в венерологическую клинику и попро-

сить сделать анализ на ЦМВ. Если вы не заражены, стоит взять на вооружение расширенное определение безопасного секса.

Помимо использования презервативов и смазки на водной основе во время анального и вагинального половых контактов, вам следует воздерживаться от игр с бичеванием, «водного спорта» (мочеиспускания на партнера), любых действий, сопровождающихся появлением крови при сексе, поскольку все это может привести к заражению бактериальными инфекциями.

При оральном сексе надевайте презерватив на пенис, а при орально-вагинальном контакте пользуйтесь защитной латексной пленкой, чтобы уменьшить риск передачи ИППП.

Незащищенный анальный секс и практики, где возможен контакт с экскрементами, нежелательны для ВИЧ-инфицированных людей из-за вероятности заражения некоторыми паразитами и бактериями. К ним относятся сальмонеллы, лямблии, амебы и шигеллы. Если вы намерены продолжать практику анального секса, лучше всего использовать особо прочные презервативы и защитную пленку при орально-анальном контакте, чтобы не заразиться указанными возбудителями.

Сексуальные игры с мочеиспусканием, если моча попадает в глаза, рот, нос или на поврежденную кожу, могут привести к заражению многими возбудителями, в том числе ЦМВ, что очень опасно.

Когда люди хотят иметь с вами опасный секс...

Вы можете встретить новую возлюбленную или возлюбленного и

У ВИЧ-позитивных и больных СПИД защитные механизмы против ИППП работают менее эффективно. Простой курс антибиотиков может оказаться недостаточным, так как инфекции проявляются в более агрессивных формах, чем обычно, и протекают тяжелее.

сообщить ему о вашем ВИЧ-статусе, однако он, не зная своего собственного статуса, хочет заняться с вами сексом без презерватива. Так бывает, если человек не понимает, что такое ВИЧ, или не знает, что ВИЧ-инфекция опасна для жизни. Иногда не инфицированные ВИЧ люди вообще не воспринимают этот вирус как угрозу жизни.

Вам будет легче справиться с такой ситуацией, если у вас всегда будут при себе презервативы. Вы можете настаивать на их применении, и если партнер по-прежнему настойчиво требует опасного секса, лучше с ним расстаться.

**«Я знаю о последствиях,
но все-таки хочу
опасного секса»**

Вы можете встретить людей, которые хорошо понимают, что такое ВИЧ и СПИД, и знают все о безопасном сексе. Тем не менее, они требуют половой близости без презервативов!

Вам не следует играть по чужим правилам. Постоянное наличие у вас презервативов поможет вам справиться и с этой ситуацией.

**Почему это должно
меня волновать?**

Возможно, узнав свой диагноз, вы не будете испытывать чувства от-

ветственности за использование безопасного секса, особенно относительно тех партнеров, которые не требуют применения презервативов. У вас может быть такое чувство, что если никто не позаботился о предосторожностях относительно вас, и это привело к вашему заражению ВИЧ, то у вас нет никаких обязательств перед другими людьми.

Зная свой диагноз, вы можете испытывать злость, отчаяние или чувство потери. В ряду проблем, стоящих перед вами, безопасный секс может занимать далеко не первое место. Когда вы окажетесь в ситуации с большой вероятностью опасного секса, от вас может потребоваться слишком много усилий, чтобы воспользоваться презервативом.

Простого решения этой проблемы нет. Для вас может оказаться полезной беседа с другими ВИЧ-инфицированными, имеющими опыт поведения в подобных ситуациях. По крайней мере, если у вас всегда будут при себе презервативы, предложений отказаться от безопасного секса останется меньше. Подумайте о потенциальных последствиях опасного секса. В определенной ситуации вы всегда можете прекратить развитие событий, если вы видите, что они ведут к опасному сексу. Если же вы видите, что ваше отрицательное отношение к безопасному сексу сохраняется, стоит подумать о консультации психолога.

«Любовный порыв»

Эта проблема во взаимоотношениях между людьми может оказаться исключительно трудной для разрешения. Ваш партнер может быть

ВИЧ-негативным или не прошедшим тестирование, но хорошо знать ваш диагноз. Он может испытывать чувство вины по этому поводу или считать, что «если ты собираешься умереть, то я последую за тобой», или он может захотеть «разделить с тобой это бремя». Сознательно или нет, такой партнер может подтолкнуть вас к опасному сексу с ним.

Если вы окажетесь в такой ситуации, не бойтесь обратиться за помощью. Попробуйте разъяснить вашему партнеру, что ваш диагноз не обязательно означает, что вы умрете, но, даже если это и так, вы вполне можете прожить еще лет десять-двенадцать. Что, если ваши взаимоотношения не будут продолжаться так долго? Что, если вы умрете раньше вашего любовника, либо он заразится ВИЧ и умрет раньше вас?

В конечном счете нужно разъяснить вашему любовнику, что поступает он эгоистично и недальновидно. Подчеркните, какое ужасное чувство вины вы бы испытывали, если бы он заразился, и к каким потерям это могло бы привести. Скажите «нет» опасному сексу, настаивайте на презервативах, а если ваш партнер упорствует, подумайте, стоит ли поддерживать с ним отношения. Консультирование может помочь вам обоим.

Секс и взаимоотношения

Для многих людей, живущих с ВИЧ и больных СПИД, обсуждение своих взаимоотношений является трудной задачей. Возможно, вы захотите заново оценить те варианты секса, которые практикуете, может быть, будете колебаться, ставить ли в известность партнера о своем ВИЧ-статусе. В случае, когда оба

партнера инфицированы ВИЧ или больны СПИД, им бывает трудно решить, какой вид секса для них приемлем.

Существует единственный простой и полезный совет: безопасный секс защитит вас и ваших партнеров по сексу от любых возбудителей, которыми вы можете заразить друг друга при половом акте. Если вы не хотите рассказать обо всем партнеру, так как боитесь оказаться отверженным после этого, поступать подобным образом очень недальновидно.

Для случайных партнеров

В отношении случайных партнеров вы можете особенно колебаться, сообщать ли им о вашем ВИЧ-статусе. Это могут быть короткие любовные связи или взаимоотношения, продолжающиеся несколько недель. Обсуждение темы ВИЧ может быстро прервать такие связи либо приведет к ситуации, неблагоприятной для любого из вас. Некоторые люди, напротив, быстро вникают в суть проблемы ВИЧ, рассудительно воспринимают информацию. При этом ваши взаимоотношения могут не измениться. К сожалению, несмотря на широко доступную информацию о ВИЧ, такие люди все же могут иметь весьма ограниченные знания в этой области.

Если вы следуете правилам безопасного секса, не будет иметь значения, расскажете вы обо всем случайным партнерам или нет. Решать вам.

Для людей, поддерживающих постоянную связь

Характер вашей связи или надежды на нее являются наиболее полезными критериями для принятия

решения о том, нужно ли рассказывать кому-либо и когда рассказывать о своем ВИЧ-статусе. Возможно, вы сочтете очень важным быть максимально открытым и доверчивым. Как правило, такая открытость и честность способствуют укреплению взаимоотношений. Сохранение вашей проблемы в тайне может оказаться слишком тяжелым «грузом» для вас.

Для некоторых людей трудной может быть ситуация, когда после безопасного секса вы раскрываете партнеру свой ВИЧ-статус. Партнер может испытать беспочвенный, но, тем не менее, реальный страх перед риском заражения. В этом случае решающую роль играет уровень доверия и качество взаимоотношений, которых вы достигли.

Не менее логично вы можете обосновать и иной подход: дать возможность вашим взаимоотношениям окрепнуть прежде, чем подвергать их такому испытанию. Выбор только за вами, и каким бы ни было ваше решение, не подвергайте риску своего партнера, если вы придерживаетесь безопасного секса.

Одной из проблем ваших взаимоотношений может оказаться промедление с принятием решения. Вы оказываетесь вовлеченными в связь и откладываете обсуждение своего ВИЧ-статуса до тех пор, пока не убедитесь в серьезности намерений вашего партнера. Тем временем ваша связь развивается, недели переходят в месяцы, и вы обнаруживаете, что приступить к обсуждению этой темы все труднее и труднее.

Этим вы не только закладываете мину замедленного действия в ваши взаимоотношения. Вы сами можете оказаться под сильнейшим давлени-

ем, испытывая страхи и тревоги относительно своего ВИЧ-статуса, ощущая необходимость довериться любовнику и одновременно быть не в состоянии сделать это!

Если вы расскажете ему обо всем, это повлечет за собой переоценку и пересмотр ваших взаимоотношений, но многие люди убедились в том, что всегда найдется место для новых форм интимной жизни и любви. С другой стороны, ваш партнер может отреагировать на это отрицательно, если раньше он получил изрядную дозу дезинформации о ВИЧ и СПИД, и ощутить для себя угрозу из-за вашего ВИЧ-статуса.

Прояснить ситуацию можно следующим образом. Вы невзначай упоминаете в разговоре в общих чертах о ВИЧ либо оставляете на видных местах листовки по этой теме. По реакции вашего партнера вы сможете предугадать, каким будет в конечном счете его отношение к вам после вашего рассказа о себе.

Если вы хотите рассказать обо всем партнеру, но сделать это вам трудно, в клинике вам могут помочь советом. При этом они не должны принуждать вас к такому разговору или рассказывать о вас партнеру в ваше отсутствие.

Если ваша связь уже продолжается какое-то время, многое зависит от того, что вы говорили друг другу в прошлом и каким сексом занимались — опасным или безопасным. Вероятно, для вас наиболее трудным будет рассказать партнеру, что у вас был секс и с другими людьми. Наилучший совет со всеми нюансами того, как рассказать о себе близким людям, вы могли бы получить у других людей, живущих с ВИЧ.

Повторное заражение ВИЧ пагубно сказывается на здоровье людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

В этой ситуации у вашего партнера тоже есть свои права — он может захотеть изменить варианты вашего с ним секса, узнав о вашем диагнозе. Он может сам захотеть сдать анализ на ВИЧ. Также нецелесообразно практиковать опасный секс только потому, что партнеры считают друг друга ВИЧ-негативными.

Что случится, если партнер захочет опасного секса, не зная вашего ВИЧ-статуса? Если партнер не осведомлен о вашем диагнозе и вы заразите его ВИЧ, это может создать для вас обоих такие этические и личностные проблемы, справиться с которыми будет очень трудно.

Взаимоотношения пар с различным ВИЧ-статусом

Основные правила безопасного секса для людей, живущих с ВИЧ и СПИД, такие же, как и для всех остальных. Вместе с тем, имеются и некоторые различия. Мы говорим себе, что каждого сексуального партнера следует воспринимать как потенциально ВИЧ-инфицированного, однако факт выявления ВИЧ у вас или у него может значительно повлиять на вашу половую жизнь. Ранее вы могли воспринимать оральный и анальный секс как источник теоретического риска, теперь же риск становится вполне реальным, и вы, возможно, прибегнете к дополнительным мерам предосторожности. Может быть, вы захотите полностью изменить свою половую жизнь, например отказаться от

орального секса без дополнительной защиты либо вообще прекратить половые сношения.

Главным для ВИЧ-дискордантных (смешанных, т.е. с разным ВИЧ-статусом) пар должно стать совместное обсуждение проблемы. Может потребоваться компромисс с одной или с обеих сторон и даже изменение способов вашей половой близости. Если вы испытываете в этом трудности, стоит обратиться в специальные агентства, имеющие опыт решения подобных проблем.

Взаимоотношения двух ВИЧ-позитивных партнеров

Многие предпочитают опасный секс, если оба партнера инфицированы ВИЧ. Таким людям трудно понять необходимость безопасного секса в ситуации, когда заражение обоих партнеров уже произошло.

Некоторых людей беспокоит опасность повторного заражения, тем более, что до сих пор нет единого мнения относительно того, могут ли ВИЧ-инфицированные люди повторно заразиться другим штаммом вируса, который увеличит вирусную нагрузку.

Вместе с тем:

- В опытах на шимпанзе установлено, что они могут заразиться двумя разными штаммами ВИЧ, отличающимися уровнем вирулентности (агрессивности).
- Разные штаммы ВИЧ могут быть выявлены в крови одного и того же человека. Выражаясь простым языком, их можно назвать быстрым и медленным вирусами. На ранних стадиях инфекции «медленный» вирус доминирует (гла-

венствует), но еще до появления симптомов (признаков заболевания) доминирующим может стать «быстрый» вирус. Согласно одной из теорий, повышение доминантности этого штамма приводит к быстрому прогрессированию заболевания. Некоторые ученые полагают, что «быстрыми» штаммами вирусов заразиться труднее, чем «медленными».

- Отмечены случаи заражения штаммами ВИЧ, которые уже приобрели устойчивость к таким препаратам, как азидотимидин (АЗТ). Штаммы, устойчивые к лекарствам, имеют тенденцию к более высокой вирулентности. В будущем эта проблема может стать более актуальной, когда еще большее число людей будет получать противовирусную терапию. Было замечено, что у людей, продолжающих практику опасного секса после заражения ВИЧ, СПИД развивается быстрее. Может быть, это происходит из-за заражения более вирулентными штаммами ВИЧ, а возможно и за

счет заражения другими ИППП.

Конечно, было бы неразумно делать главный акцент только на роли различных штаммов вируса при обсуждении факторов, способствующих прогрессированию СПИД.

Заражение другими возбудителями, передающимися половым путем, также ослабляет иммунную систему. ЦМВ, относящийся к группе герпеса, часто передается половым путем. Он может повышать вероятность прогрессирования СПИД. Другие герпетические вирусы предположительно играют определенную роль в ускорении размножения ВИЧ, а также вызывают такие заболевания, как опоясывающий лишай, генитальный герпес и другие у людей с подавленной иммунной системой. Гепатит В (передающийся половым путем) также протекает тяжелее на фоне поражения иммунной системы. С учетом всех аспектов проблемы обоим партнерам было бы полезно обсудить этот вопрос со своим лечащим врачом, поскольку медицинские знания в этой области постоянно пополняются.

глава пятая

Советы тем, кто ухаживает за живущими с ВИЧ/СПИД

На долю тех, кто заботится о людях с ВИЧ/СПИД, выпадает поистине огромное напряжение. И по мере развития эпидемии, превышающей возможности здравоохранения во многих странах, бремя ухода за такими пациентами все больше разделяют члены их семей и сообществ. Эти люди — драгоценный ресурс. Качество ухода, который они обеспечивают, и их способность продолжать этот уход в течение длительного времени зависят от охраны их собственного здоровья и морального состояния. Терпимость, широта мышления и способность адекватно воспринимать ситуацию особенно важны для ухода за людьми со СПИД.

Кто такие ухаживающие?

Диагноз ВИЧ-инфекции всегда глубоко потрясает. Чувства страха, гнева и отчаяния, мысли о самоубийстве нередки в последующие за постановкой диагноза часы и недели. Куда люди обращаются за советом и помощью в такое время? И кто, вероятнее всего, будет за ними ухаживать, когда они будут слишком слабы, чтобы справляться самостоятельно?

Часто различные роли ухаживающих взаимозаменяемы и границы между уровнями заботы размываются. В районах, сильно пораженных ВИЧ/СПИД, многие из тех, кто работают консультантами или сиделками в НПО или являются обученными волонтерами, дома тоже заботятся о каком-нибудь члене семьи, у которого СПИД. Некоторые из профессиональных ухаживающих или добровольцев сами ВИЧ-позитивны и зарегистрированы как клиенты СПИД-сервисных организаций, в которых они получают уход.

Волонтеры

Волонтеры составляют костяк программ для ЛЖВ в сообществах. Некоторых из них можно было бы назвать «неофициальными» волонтерами — это друзья или соседи, которые берутся ухаживать за больными, которых они знают, из чувства любви или долга по отношению к ним. Или это могут быть люди, регулярно посвящающие время общественной работе, например члены церкви. Но огромное количество людей, работающих для СПИД-сервисных программ, являются «официальными» волонтерами, набранными, обученными и супервизируемыми теми организациями, на которые они работают на договорной основе. Эти организации ищут людей, которые:

- умеют хорошо слушать;
- уважают и не судят других;
- заслуживают доверия и способны хранить секреты;
- способны легко ладить с людьми;
- вызывают симпатию;

- уверены в себе;
- способны с самоотдачей посвящать себя этой деятельности.

Штатные профессионалы в области ухода за больным

Большинство СПИД-сервисных организаций имеют лишь небольшое количество штатных профессионалов в области ухода за больными — как правило, консультантов и медсестер. Эти сотрудники могут иногда работать непосредственно с клиентами и семьями, но основная их обязанность заключается в том, чтобы набирать, обучать и поддерживать волонтеров в сообществах. В ТАСО (см. стр. 401), однако, работает много консультантов, в чьи обязанности равным образом входит обслуживание клиентов и присмотр за командой волонтеров в сообществе. В дополнение к консультантам каждый центр ТАСО нанимает некоторое количество профессиональных медиков для медицинского обслуживания клиентов.

Мотивы людей, которые устраиваются на работу в СПИД-сервисные программы, сходны с мотивами волонтеров.

Люди, ухаживающие за больными СПИД, — это чаще всего партнеры, близкие друзья или родственники (особенно это коснулось родителей).

Они играют очень важную роль, помогая людям, больным СПИД, жить полноценной жизнью. Их поддержка часто оказывает решающее влияние на то, как больной СПИД справляется с болезнью.

Кристин (Уганда) ухаживала за мужем, когда тот был болен СПИД в терминальной стадии, и помнит, что его мучила такая боль, что он выл.

Нагрузка на тех, кто заботится о людях с ВИЧ-инфекцией и СПИД, огромна и разнообразна. И по мере распространения и развития эпидемии, превосходящей возможности здравоохранения и социальных служб во многих странах, которым приходится с ней справляться, эта нагрузка все больше ложится на плечи непрофессиональных сиделок в семьях и сообществах. Эти люди — пионеры движения домашнего ухода, передовые бойцы в борьбе со СПИД и те, на кого в первую очередь ложится бремя ущерба, причиненного СПИД их обществам, — драгоценный ресурс. Качество ухода, который они обеспечивают, и их способность продолжать этот уход в течение длительного времени зависит от охраны их собственного здоровья и морального состояния.

«Я не знала, что мужчина может так плакать, и была потрясена. Мне было страшно — я понимала, что ему больно, но не знала, что делать. Он был груб со своей матерью, потому что видел, что она не добра со мной. И он был груб с нами всеми под конец, потому что ему было страшно. Когда ты приближаешься к смерти, ты приближаешься к неизвестному, и это пугает».

Однако не всегда трудности такого характера исходят от пациента. Иногда и родственники больного бывают враждебными. Латиса Мабе, координатор программы Hope Worldwide в Соуэто, говорит, что родные часто убеждены, что диагноз ВИЧ-инфекция означает неминуемую смерть, и они испытывают

«Быть пациентом может оказаться трудно. Иногда я чувствую себя уязвимой, когда люди проявляют беспокойство обо мне. Человек может быть в ярости оттого, что он так слаб. А когда ты совсем заболеваешь, становишься сам себе противен и не чувствуешь, что есть какой-то смысл заботиться о себе дальше. Думаю, важно помогать тем, кто ухаживает, понимать чувства больных, не заботиться о пациенте насильно, если он этого не хочет — особенно когда конец близок. Вы должны принять это, когда приходит конец».

*Кристин,
штатный консультант СПИД-сервисной организации, Уганда*

отчуждение к инфицированному человеку и пренебрегают его нуждами, пока не поймут, с чем имеют дело.

Роль по уходу за больным может быть разной в зависимости от состояния здоровья больного и от того, где он находится, — дома или в больнице.

Нужно иметь в виду, что человек, больной СПИД, может быть психологически уязвимым, склонным к депрессии и возбуждению. Ему нужна не только ваша любовь, но и понимание.

Вот несколько правил, которые необходимо запомнить.

Эмоциональная поддержка

Вы заботитесь о человеке, а не только о его теле; его чувства также важны. Поскольку все люди разные, нет правил в отношении того, что делать и что говорить, но вот несколько советов, которые могут быть полезны.

Пусть ваши подопечные будут вовлечены в уход и заботу о себе. Не надо все делать за них и принимать все решения вместо них. Никто не любит чувствовать себя беспомощным.

- Пусть они помогают по дому, если могут. Всем приятно чувствовать себя полезным. Они хотят быть частью группы, делая свой посильный вклад.
- Включите их в семью или группу, которая живет в доме. Пусть они тоже участвуют в разговорах о книгах, телепрограммах, музыке, о том, что происходит в мире и т.п. Многие люди хотят чувствовать себя вовлеченными в то, что происходит вокруг. Но вы не обязаны всегда говорить; просто присутствовать и быть готовым помочь — иногда этого достаточно. Часто достаточно сидеть в одной комнате, читать или смотреть телевизор вместе.
- Разговаривайте. Иногда возникающая у них необходимость поговорить о СПИД или о своей ситуации является способом подумать вслух. Болеть СПИД достаточно для того, чтобы человек чувствовал себя в гневе, фрустрации, депрессии, был испуган и одинок, как и при других серьезных болезнях. Слушать, пытаться понять, выразить свое участие и помогать переживать эмоции — все это составляет большую часть ухода дома. Группа поддержки — также хорошее место, чтобы выговориться. Свяжитесь с национальной ассоциацией людей, живущих с ВИЧ/СПИД, чтобы узнать о группах поддержки в вашем районе. Если необходимо, помогите своим подопечным полу-

чить профессиональное консультирование.

- Приглашайте в гости друзей своего больного. Немного социализации может быть полезно всякому.
- Касайтесь их. Обнимайте их, целуйте, похлопывайте, держите их за руки, чтобы показать свое участие. Некоторые люди могут не хотеть физического контакта, но если у них есть необходимость в таком контакте, то прикосновения могут очень красноречиво говорить о том, что человек вам не безразличен.
- Выходите вместе. Если ваш подопечный может, ходите вместе на какие-нибудь мероприятия, по магазинам, ездите по городу, гуляйте, выходите в парк, во двор или на крыльцо подышать свежим воздухом и посидеть на солнце.

Приверженность делу

Ухаживая за больными, нужно показывать, что они для вас небезразличны. Человек, за которым вы ухаживаете, должен почувствовать, что может на вас полагаться и что вы его не бросите в беде. Больные СПИД испытывают сильную неуверенность, поэтому для них выполнение договоренностей и обещаний становится очень важным. Им необходимо чувствовать себя в безопасности, и от вас зависит очень многое, чтобы они такую безопасность ощутили.

Умение слушать

Оказание поддержки предполагает и умение выслушать. Все думают, что умеют это делать, но на самом деле многие из нас довольно редко слушают окружающих. У многих есть

Помните: гигиенические мероприятия жизненно важны для ВИЧ-позитивного человека, очень чувствительного к возбудителям инфекций.

привычка интерпретировать все по-своему, а не слушать. Важно действительно выслушать человека, даже если вам кажется, что вы все это уже слышали. Большинство больных на вопрос о самочувствии обычно отвечают, что хорошо, даже если совершенно очевидно, что это совсем не так. Не стоит быть слишком настойчивым — сначала нужно поговорить на общие темы, чтобы добиться доверия больного, а тогда уже можно поговорить с ним о том, как он на самом деле себя чувствует.

Вы не должны давать советы, но, если вы ухаживаете за больными, именно с вами они и захотят обсудить свое здоровье, варианты лечения, а также то, что нужно будет сделать после их смерти.

Как справляться со сменой настроений и депрессией

Люди очень нелегко переживают состояние неуверенности и ожидание смерти. Они могут испытывать приступы стресса, возбуждения и депрессии. Иногда эти проявления становятся очень острыми, поскольку некоторые лекарства или состояния, связанные с ВИЧ, могут влиять на настроение. Нужно знать, что настроение больного может неожиданно меняться и адекватно реагировать на это.

Как справляться с состояниями, вызванными ВИЧ-инфекцией

Различные состояния, от которых

страдают люди, больные СПИД, сильно влияют на их внешность. У них могут появиться прыщи на лице, изменения в распределении жира по телу или серьезная потеря массы тела. Пациенты болезненно воспринимают эти изменения, и очень важно найти способ отнестись к этому с пониманием и поддержать их.

Очень полезно почитать литературу об оппортунистических инфекциях — это поможет поддерживать беседу о методах лечения с человеком, о котором вы заботитесь. Вы сможете обсуждать с ним побочные эффекты лечения и помочь ему запомнить, какие лекарства он должен принимать.

БЕРЕГИТЕ СЕБЯ

Человек, у которого развился СПИД, может иногда иметь инфекции, которыми вы можете заразиться. Однако вы можете защитить себя от этого. Поговорите с врачом или медсестрой, чтобы выяснить, чем вы и другие люди в доме могут заразиться. Это тем более важно, если у вас тоже ВИЧ.

Например, понос может быть вызван несколькими разными возбудителями. Используйте одноразовые перчатки, если вы должны убирать за человеком, у которого понос, или помогать ему, и мойте руки после того, как снимете перчатки. Не используйте одноразовые перчатки более одного раза.

Если у человека со СПИД продолжается кашель дольше недели, врач должен обследовать его на предмет туберкулеза. Если это действительно туберкулез, то вы и все, кто живет в этом доме, должны проверить на туберкулезную палочку, даже если вы не кашляете. Если у вас

есть возбудитель туберкулеза, вы можете принять лекарство, которое предотвратит у вас развитие этого заболевания.

Если у больного СПИД начинается желтуха (симптом острого гепатита) или у него хронический гепатит, вы и все остальные, кто живет в этом доме, и все, с кем больной имел секс, должны поговорить с врачом, чтобы проверить, надо ли кому-то принимать лекарства для предотвращения гепатита. Всем детям следует сделать прививки от гепатита, независимо от того, находятся ли они в контакте с больным СПИД или нет.

Если у больного СПИД появились волдыри, или «лихорадка» (герпетическая инфекция, вызванная *Herpes simplex*) вокруг рта или носа, не трогайте и не целуйте их. Если вы вынуждены касаться их, чтобы помочь больному, делайте это в перчатках и мойте руки сразу же после снятия перчаток. Это особенно важно, если у вас экзема (аллергия на коже), так как вирус *Herpes simplex* может вызвать серьезное кожное заболевание у людей с экземой.

Многие люди со СПИД и без него заражены ЦМВ (цитомегаловирусом), который передается через мочу или слюну. Мойте руки после соприкосновения с мочой или слюной больного СПИД. Это особенно важно для женщин, которые могут быть беременны, так как беременная, зараженная ЦМВ, может передать вирус своему ребенку внутриутробно. ЦМВ вызывает врожденные дефекты, такие, как глухота.

Помните, чтобы защитить себя и человека со СПИД от этих и других инфекций, надо мыть руки с мылом до и после того, как вы помогаете

больному, готовите пищу, после того, как снимаете перчатки, и после туалета.

Перчатки

Так как вирус, который вызывает СПИД, содержится в крови зараженных людей, кровь и другие биологические жидкости организма, содержащие кровь (например, фекалии с кровью), могут стать источником вашего заражения.

Вы можете предохраниться, выполняя некоторые простые меры. Надевайте перчатки, если вы должны соприкоснуться со спермой, вагинальными выделениями, ранками и порезами больного СПИД, его кровью или биологическими жидкостями, содержащими кровь.

Надевайте перчатки, когда соприкасаетесь со ртом, анусом или гениталиями больного СПИД. Надевайте перчатки, когда меняете ему подгузники или санитарные прокладки, опустошаете судно и т.п. Если у вас есть порезы, ранки, сыпь, раздражения или другие повреждения кожи, заклеивайте их пластырем.

Если повреждения кожи у вас на руках, используйте пластырь и перчатки. Надевайте перчатки, когда убираете мочу, рвотные массы или фекалии, чтобы не заразиться ВИЧ и возбудителями других заболеваний, которые могут там быть.

Вы можете использовать перчатки двух видов. Используя одноразовые больничные латексные или виниловые перчатки при уходе за больным СПИД, вы можете касаться его крови. Не используйте латексные перчатки более одного раза, даже если они помечены как «мно-

го-разовые». Вы можете купить коробку больничных перчаток почти в каждой аптеке, наряду с подкладными суднами и прочими медицинскими принадлежностями. Для того чтобы удалять кровь и жидкости, содержащие кровь, с пола, кровати и т.п., вы можете использовать хозяйственные резиновые перчатки, которые продаются во многих аптеках и хозяйственных магазинах. Эти перчатки можно мыть и использовать повторно. Мойте их мыльным раствором или раствором хлорной извести (1/4 стакана хлорной извести на 4,5 л воды). Убедитесь в том, что ваши перчатки не порваны, не потрескались и не облупились. Не используйте резиновые перчатки для ухода за человеком, они слишком толстые и громоздки для этого.

Чтобы снять перчатки, скатайте их изнутри наружу. Это помогает оставить мокрую поверхность внутри, подальше от вашей кожи и других людей. Когда снимаете перчатки, сразу же мойте руки с мылом.

Если крови много, вы можете надеть фартук или халат, чтобы защитить свою одежду. (Если у больного СПИД какие-либо частые или обильные кровотечения, обратитесь к врачу.) Смойте кровь как можно скорее. Наденьте перчатки, промокните кровь бумажными полотенцами или тряпками, сложите их в пластиковый пакет и избавьтесь от них позже, затем вымойте поверхность, на которой была кровь, раствором хлорной извести.

Поскольку ВИЧ может находиться в семенной жидкости, вагинальных выделениях или грудном молоке так же, как и в крови, вы должны соблюдать с этими жидкостями те же меры

предосторожности, что и с кровью.

Если вам в глаза, нос или рот попала кровь, сперма, вагинальные выделения, грудное молоко или другая биологическая жидкость, которая может содержать кровь, немедленно промойте это место как можно большим количеством воды, а затем позвоните врачу, объясните, что случилось, и спросите, что еще вы должны сделать.

Иглы и шприцы

Человеку со СПИД могут понадобиться иглы и шприцы, чтобы принимать лекарства от заболеваний, вызванных СПИД, или от сахарного диабета, гемофилии и др. Если вам нужно что-то делать с этими иглами и шприцами, вы должны быть осторожны, чтобы не уколоться. Это один из способов, которым вы можете заразиться ВИЧ.

Используйте иглу или шприц только один раз. Не надевайте колпачки обратно на иглы. Не вынимайте иглу из шприца. Не ломайте и не сгибайте иглы. Если игла отпадает от шприца, используйте пинцет или что-то подобное, чтобы поднять ее, не делайте этого руками. Касайтесь только цилиндра шприца. Держите острый конец подальше от себя.

Складывайте использованные иглы и шприцы в контейнер, который нельзя проколоть. Врач или медсестра могут дать вам специальный контейнер или его можно получить в СПИД-сервисной организации. Если у вас нет специального контейнера, используйте какой-то, который нельзя проколоть, с пластиковой крышкой, как, например, банка от кофе. Держите такой контейнер в каждой комнате, где могут исполь-

зоваться иглы и шприцы. Держите его вне досягаемости детей и гостей, но в месте, куда вы легко можете положить использованный шприц при необходимости. Когда контейнер почти полон, запечатайте его и возьмите новый. Спросите врача или медсестру, куда девать наполненный контейнер с использованными иглами и шприцами.

Если вы укололись иглой, использованной больным СПИД, не паникуйте. Шансы, что вы не заразитесь, очень велики (больше 99 %). Однако вам нужно как можно скорее получить медицинскую помощь. Положите использованную иглу в контейнер, предназначенный для этого, как можно скорее промойте то место, которое вы укололи, теплой водой с мылом. Сразу после этого позвоните врачу или в приемное отделение больницы, несмотря на время суток, объясните, что случилось, и спросите, что еще вам надо сделать. Ваш доктор может назначить вам лекарство, например АЗТ. Если вы собираетесь принимать АЗТ, вы должны начать как можно скорее, но не более чем через 48 часов.

Отходы

Смывайте все жидкие отходы (мочу, рвотные массы и т.п.), содержащие кровь, в туалет. Будьте осторожны и не плесните на себя какой-либо из этих жидкостей, когда выливаете их в унитаз. Туалетную бумагу и салфетки с кровью, спермой, вагинальными выделениями или грудным молоком также можно смывать в туалет.

Бумажные полотенца, прокладки и тампоны, пластыри и повязки на раны, подгузники и другие предметы с кровью, семенем или вагиналь-

ными выделениями, которые нельзя смыть, надо складывать в пластиковые пакеты. Сложите их в пакет, закройте и запечатайте его. Спросите у врача, медсестры или в медицинском учреждении, как избавиться от вещей, на которых есть кровь, сперма, вагинальные выделения, грудное молоко, моча или рвота больного СПИД. Если у вас нет под рукой пластикового пакета, заверните эти предметы в газету или что-нибудь в достаточном количестве, чтобы остановить утечки. Надевайте перчатки, когда имеете дело с чем-нибудь, на чем есть кровь, сперма, вагинальные выделения или грудное молоко больного.

Секс

Если вы имели и продолжаете иметь сексуальные отношения с ВИЧ-инфицированным человеком и не использовали правильным образом латексные презервативы каждый раз при этом, у вас тоже может быть ВИЧ. Поговорите с врачом или консультантом об обследовании на антитела к ВИЧ. Существуют места, где вы можете анонимно или конфиденциально обследоваться на ВИЧ. Идея обследоваться на ВИЧ может быть пугающей. Но если вы инфицированы, то, чем скорее вы об этом узнаете и начнете лечение, тем лучше для вас. Поговорите с вашим половым партнером о том, что нужно будет изменить. Очень важно, чтобы вы предохранялись сами и предохранили вашего партнера от ВИЧ и других ИППП. Поговорите о видах секса, которые не грозят заражением ВИЧ. Если вы решаетесь на половое сношение (вагинальное, анальное или оральное), используйте

презерватив. Латексные кондомы могут предохранить вас от ВИЧ-инфекции, если используются правильно и при каждом половом контакте. Спросите своего врача, консультанта или позвоните по «горячей линии» Центра эпидемиологического контроля, чтобы получить больше информации о безопасном сексе.

УХОД ЗА ДЕТЬМИ, ИНФИЦИРОВАННЫМИ ВИЧ

Пандемия СПИД породила множество проблем, связанных с жизнью детей. Все больше малышей рождаются с ВИЧ-инфекцией, так как ВИЧ может передаваться от матери ребенку во время беременности, родов или грудного вскармливания. Как правило, у детей, зараженных ВИЧ, заболевание развивается намного быстрее, чем у взрослых.

В экономически благополучных странах старшим детям, которые были инфицированы в перинатальный период, сегодня 17–18 лет. Своим «долголетием» они обязаны, прежде всего, очень хорошему уходу, всесторонней поддержке семьи и свободному доступу к качественной медицинской и социальной помощи.

ИЗ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО УХОДУ

Дети, инфицированные ВИЧ, особенно уязвимы для микроорганизмов: бактерий, вирусов, простейших и грибков. Многие из этих возбудителей заболеваний (их называют условно патогенными, т.е. условно заразными) практически не представляют опасности для здорового взрослого человека, а потому, повседневно окружая его, скапливаясь

При попадании крови, слюны или мочи инфицированного ВИЧ ребенка на вашу неповрежденную кожу, вероятность заражения практически отсутствует.

на его слизистых оболочках, коже, руках и одежде не вызывают заболеваний.

Иначе реагирует на контакт с таким возбудителем организм малыша, зараженного ВИЧ, поскольку его иммунная система не в состоянии обеспечить полноценную защиту даже от условно заразных микроорганизмов.

К уходу за ВИЧ-позитивным ребенком можно привлекать людей, не имеющих не только острых (например, ОРВИ), но и хронических инфекционных заболеваний, гнойничков, мокнущей экземы, герпетической инфекции («лихорадки») на губах или слизистой оболочки носа, опоясывающего лишая, грибковых заболеваний (например, «молочницы»), заболеваний легких.

Марлевые повязки следует надевать всем взрослым, которые ухаживают за грудным ВИЧ-позитивным ребенком, ведь он очень чувствителен даже к условно заразным микроорганизмам.

Дети с истинным или предполагаемым иммунодефицитом (ВИЧ-инфекцией), оставленные родителями на попечение государства, нередко содержатся вместе. Поэтому очень важно «заблокировать» передачу ВИЧ от ребенка к ребенку в самом детском учреждении, чтобы не инфицировать малыша, переданного на попечение государству фактически

здоровым (т.е. только с материнскими антителами), и не реинфицировать (т.е. не заразить) уже инфицированных детей повторно.

По мнению многих специалистов, повторное заражение ВИЧ пагубно сказывается на здоровье людей, живущих с ВИЧ.

Поэтому недопустимо использовать одновременно одни и те же иглы, шприцы, соски, бутылочки для нескольких детей только на том основании, что «все дети в группе — ВИЧ-инфицированные».

Лучше не приучать детей к пустышкам. А если пользуетесь ими, помните, что пустышка, упавшая на пол или побывавшая в руках, подлежит кипячению. Соска должна быть предметом индивидуального пользования, так как у разных детей могут быть во рту разные возбудители заболеваний и «обмен» ими может быть опасен для малышей.

Кипячение убивает ВИЧ практически мгновенно, поэтому прокипятите соски, бутылки, пеленки, вы обеспечите их полное обеззараживание.

При мелких повреждениях кожи у вас или у ребенка, за которым вы ухаживаете, заклейте дефекты кожи водонепроницаемым пластырем, чтобы избежать взаимного обмена инфекционными возбудителями.

Помните, что ВИЧ нестойк во внешней среде. Эффективные средства для уничтожения ВИЧ:

- 3-процентный раствор перекиси водорода;
- 72-процентный раствор этилового спирта;
- бытовой раствор хлорной извести 1 : 10 (контакт раствора хлорки с кожей ребенка недопустим, дети также не должны дышать парами хлора).

Если в группе детского учреждения содержатся дети с предполагаемым диагнозом ВИЧ-инфекции и дети с уже подтвержденным диагнозом, правила гигиены должны одинаково тщательно соблюдаться относительно каждого из этих детей.

- Игрушки необходимо обрабатывать горячей мыльной водой, так как ребенок может заразиться какой-нибудь дополнительной инфекцией, взяв в рот грязную игрушку.
- Чтобы избежать гельминтозов (заражения глистами), обеспечьте чистоту пищи, рук ребенка, сосок, рук персонала, игрушек, окружающих предметов, полов.
- Регулярно заменять испачканные пеленки чистыми (недопустимо, высушив испачканную пеленку, использовать ее во второй раз).
- Уничтожать бытовых насекомых (мух, тараканов), переносящих инфекции, особенно опасные для ребенка с ВИЧ.
- Глиняную, фаянсовую посуду, ножи, вилки, ложки нужно мыть в горячей мыльной воде, чтобы избежать заражения малыша дополнительной инфекцией.
- Приходя с улицы, переобуйтесь, вымойте руки, переоденьтесь. Тщательно следите за чистотой своей домашней (рабочей) одежды и одежды малыша.

Как для младенцев, так и для старших детей обязательен **ежедневный туалет**: обработка кожных складок, ушей, глаз, носа, уход за кожей головы.

Об индивидуальных деталях ухода советуйтесь с врачом, наблюдающим малыша.

Необходима влажная уборка по-

Вероятность передачи ВИЧ при оказании первой помощи возникает в 2 ситуациях: при проведении дыхания по методу «рот в рот» и осуществлении необходимых при кровотечении мер, поскольку при этом возможен контакт с жидкими средами организма другого человека.

Дети, у которых началось кровотечение, нуждаются в немедленной помощи. Человек, оказывающий первую помощь, должен действовать без колебаний, поскольку в некоторых случаях ранение может угрожать жизни ребенка (например, при фонтанирующем артериальном кровотечении).

мещений не менее двух раз в день. Пользуйтесь обычными способами уборки. Не нужны никакие особые обеззараживающие средства для туалета и ванны, используйте бытовой раствор хлорной извести.

При стирке белья нужно надевать перчатки, но вы можете пользоваться обычными моющими средствами. Старайтесь выстирать испачканные вещи максимально быстро, избегайте скопления грязных пеленок и белья.

Одежда и белье (пеленки, полотенца), которые были залиты кровью или биологическими жидкостями, могут быть выстираны в стиральной машине: 1 цикл — холодный, 2-й — максимально горячий. Белье стирайте при температуре не ниже 71 °С в течение не менее 25 минут.

Пеленки и белье малыша необходимо **гладить**, чтобы избежать травмирования его нежной кожи, потертостей и ссадин, в которые могут попасть возбудители инфекции.

Если кровь ВИЧ-позитивного ре-

- Полноценно кормите ребенка.
- Организуйте прогулки, движение, физические упражнения на свежем воздухе.
- Позаботьтесь, чтобы ребенок много спал и отдыхал.
- Почаще разговаривайте, играйте с ребенком.
- Вовремя и правильно давайте назначенные лекарства.
- Помогите ребенку вести полноценную жизнь, организуйте общение со сверстниками.

бенка попала на поверхность мебели, предметов обихода, аккуратно обработайте их раствором хлорной извести. Можно использовать горячую мыльную воду. Но хлорка может повредить металл или продырявить ткань (одежду и т.д.), если использовалась долго или в более высокой концентрации. Места, загрязненные кровью, следует вытереть впитывающим материалом, например тканью, губкой, бумажным полотенцем или опилками, избегая при этом прямого контакта не защищенных перчатками рук с кровью. Впитавший кровь материал затем положите в полиэтиленовый кулек и уничтожьте. Поверхность, загрязненную кровью, промойте дезинфицирующим средством (предпочтительно раствором бытовой хлорной извести, чтобы получить 0,1—0,5 % активного хлора для очистки от оставшейся крови).

Если возникла необходимость в использовании игл, других острых инструментов (например, при вакцинации или взятии крови на анализ в детском учреждении), после выполнения процедуры их следует поместить в непрокалывающийся

контейнер сразу же после использования; желательно их сжечь.

Жидкие отходы следует осторожно слить в водосток, соединенный с системой канализации, или в выгребную яму туалета.

Твердые отходы (разовые подгузники, пеленки, перевязочный материал) следует выбросить в домашний или общественный санитарный мусоросборник, находящийся под гигиеническим контролем, или в выгребную яму туалета.

Рвотные массы, моча и фекалии могут быть спущены в туалет.

Кал не опасен, поэтому загрязненное белье можно стирать обычным способом.

Если даже вы ухаживаете одновременно за несколькими детьми с предполагаемой или подтвержденной ВИЧ-инфекцией, **вы без всяких опасений можете пеленать, переодевать, кормить, купать каждого ребенка, делать ему массаж, обнимать и гладить его. Такой контакт абсолютно безопасен относительно ВИЧ-инфекции как для вас, так и для остальных детей.**

Младенцам и маленьким детям с предполагаемой или подтвержденной ВИЧ-инфекцией жизненно необходим ежедневный массаж. Если кожа ребенка не повреждена, прикосновение, даже такое активное, как при массаже, — это бытовой, а значит, безопасный контакт. Правила при таком массаже ничем не отличаются от обычных: кожа ребенка и руки массирующего взрослого должны быть неповрежденными (без сыпи, ссадин и гнойничков), чтобы избежать взаимного обмена нежелательными микробами.

- Поддерживайте здоровую атмо-

сферу в доме или детском учреждении.

- Часто мойте руки и приучайте к этому ребенка с раннего возраста.
- Не допускайте контакта с испражнениями человека или животных.
- Чистите зубы ребенку, а затем приучите его делать это самостоятельно.

Возможно, что первыми клиническими признаками ВИЧ-инфекции у вашего малыша будут язвочки в полости рта. Следите, чтобы во время каждого медосмотра врач или медсестра проверили полость рта ребенка.

Обязанность каждого взрослого, который ухаживает за ВИЧ-позитивным ребенком, своевременно сообщить врачу о признаках нездоровья у малыша.

Внимательно наблюдайте за ребенком и сообщите лечащему врачу, если обнаружите следующие признаки заболевания:

- повышение температуры;
- кашель;
- быстрое или затрудненное дыхание;
- потерю аппетита, недостаточную прибавку массы тела;
- белый налет или язвочки в полости рта;
- непроходящую сыпь на теле;
- кровь в выделениях;
- понос;
- рвоту.

Обязательно информируйте врача о контакте ребенка с больным ветрянкой, корью, туберкулезом и/или другими инфекционными заболеваниями.

Полезно летом выезжать с ребенком в деревню, на дачу, лучше не меняя климатической зоны.

Чтобы сохранить здоровье ребенка с ослабленной иммунной системой, соблюдайте несколько правил:

- следите за чистотой в помещении;
- наблюдайте за самочувствием и поведением ребенка;
- немедленно сообщайте лечащему врачу о замеченных признаках нездоровья или необычном поведении малыша;
- следите за тем, чтобы ребенок получил все назначенные врачом прививки.

Сохраняйте надежду — каждый день в мире изобретают новые лекарства, которые могут помочь инфицированным ВИЧ детям.

При отсутствии признаков нездоровья в теплое время года ВИЧ-инфицированный ребенок может купаться в водоеме с проточной водой, в море или бассейне.

Старайтесь предупредить драки, слишком шумные игры и другие ситуации, во время которых малыши могут получить травмы и ссадины.

Ребенку обязательно надо делать все положенные прививки (за исключением тех случаев, когда ребенок простужен или чем-то болен), кроме противотуберкулезной. Врач может посоветовать сделать ребенку дополнительные прививки вакцинами против гепатита В, пневмококковой инфекции (после 2 лет), гриппа и др.

Необходимы профилактические меры в период повышенного риска развития простудных заболеваний, инфекций надо предпринимать. Не стоит в это время водить ребенка в

Сегодня у врачей нет сомнения в том, что забота и хороший уход — эффективные средства, которые продлевают полноценную жизнь детей, инфицированных ВИЧ.

детский сад, лучше ограничить его общение, заблаговременно давать назначенные врачом витамины и особенно тщательно проветривать и убирать помещение.

Общение с домашними животными

- ВИЧ-позитивным рекомендуют не чистить аквариумы, птичьи клетки, кошачьи туалеты.
- Жизненно важно мыть руки с мылом после того, как держали на руках животное, особенно после контакта с пылью и почвой.
- Заболевшие животные должны быть немедленно осмотрены ветеринаром. Ни больных животных, ни их подстилки ребенок не должен брать в руки.

Общение с домашними животными оказывает благотворное влияние, однако может быть опасным из-за заражения микробами, простейшими и глистами при несоблюдении правил гигиены.

Дети, находящиеся в детских учреждениях, могут быть заражены ВИЧ или другими инфекциями, передающимися через кровь. Необходимо соблюдать правила профилактики, защищающие **всех детей** в учреждении от возможного заражения (следить за целостью их кожных и слизистых покровов, соблюдать чистоту, вовремя оказывать медицинскую помощь, в том числе закрывать порезы и другие раны).

Сегодня у врачей нет сомнения в том, что забота и хороший уход — эффективные средства, которые продлевают полноценную жизнь детей, инфицированных ВИЧ.

Питание

Ребенку необходимо полноценное питание с богатым содержанием белков, углеводов, других питательных веществ; овощи и фрукты.

Питание каждого ребенка имеет свои индивидуальные особенности в зависимости от возраста малыша, состояния его здоровья и личных вкусов (с которыми нужно считаться).

Поскольку при грудном вскармливании существует риск передачи ВИЧ от матери ребенку, грудное молоко можно заменить:

- адаптированными молочными смесями;
- заменителем домашнего приготовления (обработанным молоком животных — молочным порошком или сгущенным молоком);
- необработанным коровьим молоком;
- обработанным материнским молоком (мать сцеживает молоко, которое кипятится не более 2 минут в целях уничтожения вируса);
- продукцией молочных кухонь, работающих на основе установленных норм;
- донорским молоком здоровой женщины.

Поскольку у младенцев, лишенных грудного молока, намного выше вероятность развития инфекции, необходимо особо внимательно наблюдать за ними в течение первого года жизни. Украинские врачи рекомендуют вскармливать таких детей только сцеженным и обработан-

ным материнским молоком.

Смешанное кормление, то есть соединение грудного вскармливания и искусственного питания, подвергает младенца опасности как ВИЧ, так и других инфекций.

Желательно в качестве докорма вводить кисломолочные смеси — кефир, ацедофильное, ацедофильно-дрожжевое молоко, ацедофильно-дрожжевую пасту, творог. Не вызывает аллергии яблочный сок. Его можно добавлять в рацион с 1—1,5 месяцев.

Качество питания играет огромную роль и для ребенка старшего возраста. Хорошо сбалансированное питание на любой стадии ВИЧ-инфекции укрепляет иммунную систему инфицированного (больного) и создает дополнительный запас сил для борьбы с заболеваниями.

Избегайте консервированной пищи (в том числе из мясных продуктов). Отдавайте предпочтение свежей.

Для детей с ВИЧ очень характерен дефицит витаминов. Доказано, что прием ими витамина А снижает смертность, связанную с заражением вирусом иммунодефицита. Особый эффект наблюдается на фоне недостаточного питания. Но не забывайте, что повышенные дозы витамина А токсичны для печени ребенка и потому опасны. **Правильную дозу витаминов малышу может назначить только врач.**

При многих болезнях врачи назначают диету, поскольку известно, что еда тоже лечит. Это касается и ВИЧ-инфекции. Принципы такой диеты очень просты: больше калорий и больше белка.

Белок содержится в молоке, тво-

роге, мясе, рыбе, птице, яйцах, сыре, фасоли, горохе, бобах, орехах.

Кормить ребенка правильно — не означает тратить много денег на продукты. Добавьте в картошку чуть больше масла — и вы увеличите ее калорийность. Если нет возможности купить мясо, его с успехом заменят вареные яйца или рыба.

Ребенку необходимы хлеб, картошка, различные каши, макароны, овощи и фрукты, свежие фруктовые и овощные соки, молоко. Если его организм не переносит молока, перейдите на кисломолочные продукты — кефир, йогурт. Однако диета не заменяет назначенное врачом лечение.

Чтобы не навредить ребенку

Вы должны соблюдать определенные правила предосторожности. Кухонная утварь и продукты могут стать источниками микробов, опасных для здоровья ВИЧ-инфицированного ребенка, поэтому тщательно соблюдайте эти простые правила:

- Используйте для питья только кипяченую воду. Молоко — только пастеризованное или кипяченое.
- Тщательно мойте сырые фрукты и овощи специальной щеточкой. Тщательно очищайте кожуру с сырых овощей, фрукты ошпаривайте кипятком.
- Выбрасывайте овощи и фрукты со следами гнили или плесени. То же относится к хлебу и сыру (недостаточно лишь срезать заплесневелую корку).
- Мясо и рыбу, подвергайте тщательной кулинарной обработке. Мясо должно быть хорошо прожаренным и не иметь следов

- сырой крови (розового цвета внутри). Не давайте сырую рыбу или моллюсков.
- Замороженные продукты размораживайте на нижней полке холодильника или в микроволновой печи: при комнатной температуре в них очень быстро размножаются микробы. Нельзя повторно замораживать оттаявший продукт!
 - Не кормите ребенка сырыми яйцами — лучше варить их вкрутую или сделать омлет. Не употребляйте сырые яйца, включая блюда, куда они входят, в процессе приготовления (например, домашний майонез, домашнее мороженое, «гоголь-моголь» и другие, которые могут казаться безопасными).
 - Используйте разные разделочные доски для сырых и готовых продуктов.
 - Тщательно мойте всю посуду в горячей воде с мылом (или специальными средствами) перед тем, как ее использовать. Это важно для удаления с посуды пыли и следов насекомых (если, например, на тарелке сидела муха), которые могут содержать опасные для ребенка инфекции.
 - Держите кухонные полки в чистоте. Выбрасывайте старую посуду, на которой есть трещины и царапины — там скапливается грязь, а значит, и опасные микробы.
- Следите, чтобы непроваренные жидкости от продуктов (такие, как кровь от мяса, вода от рыбы) тщательно смывались и не попадали на другие продукты.
 - Используйте пластиковую доску для резки, а не деревянную, поскольку ее легче очищать.

Внимательно относитесь к питанию малыша, учитывайте его индивидуальные вкусы, используйте свежую пищу, приготовленную при соблюдении правил гигиены. Советуйтесь с врачом о составе полезного рациона для ребенка, за которым вы ухаживаете.

Диарея (понос)

Чем младше ребенок, тем более опасно для него обезвоживание организма, которое происходит в результате поноса. Поэтому очень тщательно соблюдайте рекомендации врача относительно количества и состава питья для малыша при диарее.

Помогают остановить диарею рис, манная каша, белые сухари, крекеры, сваренные вкрутую яйца, желе, бананы, картофельное пюре, йогурт.

Не рекомендуются сырые овощи и фрукты, орехи, хлеб с отрубями.

При кишечных коликах и скоплении газов в кишечнике не давайте горох, фасоль, бобы, капусту, газированные напитки, жевательную резинку.

Тошнота

Кормите ребенка понемногу, но часто. Избегайте сладкой пищи и питья. На завтрак — белые сухари, крекеры, кукурузные или овсяные хлопья (без молока).

Избегайте жирного и жареного.

Для предотвращения заражения пищи

(Особенно важно при обработке сырого мяса):

- Мойте руки перед тем, как взять какой-либо продукт.

Поите малыша за полчаса-час до еды или через полчаса-час после; не стоит запивать пищу.

После еды не укладывайте ребенка хотя бы два часа. Если необходимо лечь, голова должна находиться выше ног не менее чем на 10 см.

Когда трудно или больно глотать

Кормите малыша кремообразными продуктами — картофельным пюре, манной кашей, йогуртом, размятым бананом, протертым творогом. Все, что можно, измельчайте в миксере или нарежьте мелкими кусочками.

Нежная консистенция детского питания вполне подходит и старшим детям.

Если пища полужидкая, кормите не ложкой, а через соломинку.

Чтобы легче было глотать, помогите ребенку **слегка** запрокинуть голову назад. Будьте с ним рядом.

Избегайте острого и горячего; прохладная еда и напитки предпочтительнее. Кислые фрукты и овощи — апельсины, грейпфруты, томаты — раздражают полость рта и горло, временно откажитесь от них.

Нельзя кормить ребенка насильно, **тем более при высокой температуре тела**. А вот поить его просто необходимо, но малыми порциями (одна чайная или одна столовая ложка подкисленной кипяченой воды каждые 10—15 минут во время бодрствования).

Первая (доврачебная) помощь

Прежде всего — не допускайте паники.

Имейте под рукой:

- 3-процентный раствор перекиси водорода;
- 2,5—5-процентный раствор йода;

- бактерицидный пластырь;
- вату, бинт;
- палочки с ватой;
- стерильные марлевые салфетки;
- латексные перчатки;
- чистую ветошь.

Если малыш повредил кожу (поцарапался, разбил коленку), прежде всего успокойте его. Как можно быстрее обработайте ранку кипяченой водой с мылом, перекистью водорода, а затем — «зеленкой». Заклейте ранку бактерицидным пластырем или забинтуйте тонким слоем (чтобы избежать контакта раневой поверхности с окружающими микробами). Обратитесь к врачу. Если кровотечение велико — наложите жгут (если это возможно) и срочно вызывайте врача.

При необходимости дыхания «рот в рот» используйте носовой платок в качестве мембраны между вашим ртом и ртом ребенка.

При носовом кровотечении — успокойте ребенка и возьмите себя в руки. Используйте 3-процентный раствор перекиси водорода. Этим раствором смочите жгутик из ваты, который осторожно введите в нос малыша. Таким же раствором протрите его лицо, если он испачкался кровью (будьте осторожны — раствор перекиси не должен попасть ребенку в глаза). Обработайте раствором перекиси испачканные кровью руки ребенка, вытрите брызги крови на окружающих предметах, а затем тщательно обработайте свои руки раствором перекиси. Когда кровотечение остановится и малыш успокоится, осторожно переоденьте его. Испачканную одежду сложите так, чтобы пятна крови находились внутри. Одежду и белье отнесите в помещение для стирки, где замочите

в специально отведенной емкости в холодной воде с моющим средством на 30 минут. Аккуратно слейте образовавшийся раствор в канализацию. В этой же емкости прокипятите одежду со стиральным порошком в течение 15 минут — вирус погибнет.

Следите за целостью своих кожных покровов, избегайте порезов. При повреждениях кожи заклеивайте ранки водонепроницаемым пластырем. Также нужно помнить, что вероятность заразиться при оказании первой (доврачебной) помощи крайне невелика. Опасность инфицирования не следует преувеличивать.

При необходимости оказать доврачебную помощь сохраняйте присутствие духа, будьте собраны и аккуратны. Именно благодаря этому вы обезопасите себя и вовремя окажете необходимую помощь ВИЧ-позитивному ребенку.

Люди, ухаживающие за ВИЧ-позитивными детьми, должны помнить, что при оказании такому ребенку доврачебной помощи необходимо обеспечить безопасность и пострадавшего, и свою собственную.

При травме с кровотечением ВИЧ-позитивному малышу могут угрожать:

- потеря крови (этого не случится, если вы будете спокойны и достаточно расторопны);
- занос посторонней инфекции (этого также не случится, если вы последовательно выполните наши рекомендации по первичной обработке ран и незамедлительно обратитесь к врачу).

Ваша безопасность

Следует уделить особое внимание предотвращению контакта кро-

ви ребенка с **поврежденной кожей** или слизистыми оболочками человека, оказывающего первую помощь (пользоваться перчатками при их наличии или иным защитным средством, например тканью или одеждой). Однако, поскольку кровотечение может угрожать жизни пострадавшего, отсутствие перчаток не может служить оправданием для отказа от оказания первой помощи.

Если руки человека, оказывающего первую помощь, загрязнены кровью, ему не следует касаться ими своих глаз и рта.

Рекомендуется брать на улицу при прогулке выносную мини-аптечку. Аптечку целесообразно укомплектовать стерильными салфетками, бинтом, 3-процентным раствором перекиси водорода, 5-процентным раствором йода, латексными перчатками.

Всегда после оказания первой помощи необходимо как можно скорее вымыть руки водой с мылом.

В очень редких случаях человек, оказывающий первую помощь, может получить повреждения такой тяжести, когда требуются дальнейшие исследования, включая проверку его крови на ВИЧ.

СТРЕСС И СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ УХАЖИВАЮЩИХ ЛИЦ

Каковы симптомы?

Эмоциональное выгорание (перегорание) — это не событие, а процесс, при котором каждодневные стрессы и тревоги, которым не уделяется должного внимания, постепенно разрушают психическое и физическое здоровье человека, так

что, в конце концов, страдает качество их ухода и личные отношения. Как медицинское состояние синдром эмоционального выгорания не имеет четкого определения, но оно хорошо определено как психологическое состояние и все больше признается людьми, чьи профессии имеют отношение к уходу и заботе о других. Менеджеры и персонал СПИД-сервисных программ в Уганде и Южной Африке, выявили некоторые общие его черты.

«Сотрудники, которые не справляются со стрессом, становятся менее пунктуальными в приходах на работу и встречах», — рассказывает Том Китйо, менеджер одного из центров TASO в Кампала. По записям, которые они ведут, становится видно, что они регулярно не справляются со своими задачами или пропускают визиты к клиентам, к которым они приписаны. Они могут сдавать свои отчеты с опозданием и плохо сделанными. Они могут все больше отчуждаться от своих коллег, терять интерес к клиентам и чувствительность.

Пьер Бруар, работающий консультантом консультантов в Южной Африке, говорит, что хронический стресс, вызванный эмоциональной нагрузкой в связи с уходом за ЛВС, обычно проявляется либо в преувеличенном, либо в недостаточном участии со стороны ухаживающих лиц. «Гипертрофированное участие — это вид лавинообразной реакции, когда вы становитесь так эмоционально связаны, что теряете всякую перспективу и «выгораете» очень быстро. Недостаточное участие, с другой стороны, это отчужденный, неэмоциональный,

бесстрастный способ работы с людьми. Некоторые консультанты становятся грубыми, жесткими, потому что у них наступает «усталостный невроз сочувствия». Я думаю, что и то, и другое — очень реальная опасность при эпидемии такой природы».

«Стресс может также проявляться в виде физических симптомов, таких, как бессонница, летаргия, гиперактивность или потеря концентрации, а иногда даже подрагивания и тремор, расстройство желудка, — говорит Пьер Бруар, — А также нередки поведенческие проблемы, такие, как иррациональность, перепады настроения и депрессия».

Энн Финнеган (Anne Finnegan), директор филиала Life Line в Руссенбурге, Южная Африка, говорит, что у консультанта может внезапно появиться антипатия либо к работе на телефоне, либо к очному консультированию. «Потеря уверенности в каком-то аспекте работы обычно свидетельствует о том, что что-то не в порядке, что есть какая-то проблема, с которой консультант не справился в собственной жизни».

Марк Оттенвеллер из Hope Worldwide отмечает, что недостаток инициативы и энтузиазма, чрезмерная усталость, фрустрация, гнев, раздражительность и склонность жаловаться — частые признаки стресса и симптомы, которые супервизоров учат отслеживать и лечить до того, как они вызовут заболевание.

Признаки стресса

Среди тех, кто ухаживает за людьми с ВИЧ/СПИД, стресс прояв-

ляется разнообразными признаками и симптомами, психологическими, поведенческими и физическими.

Обычно это бывают:

- потеря интереса к работе и вовлеченности;
- потеря пунктуальности и небрежность;
- чувства неадекватности, беспомощности и вины;
- потеря уверенности и самоуважения;
- склонность к отчуждению — как в отношении коллег, так и клиентов;
- потеря чувствительности в работе с клиентами;
- снижение качества работы;
- раздражительность;
- трудности в отношениях с людьми;
- слезливость;
- потеря концентрации;
- бессонница;
- чрезмерная усталость;
- депрессия;
- расстройства пищеварения.

Многие из этих ощущений не являются нездоровыми сами по себе, но они становятся такими, если ими пренебрегать и подавлять их, давая им накопиться.

Говоря о своем опыте стресса, одна из консультантов в Уганде отмечала, что она регулярно доходит до точки, когда ее «мозг становится таким перегруженным», что она больше не может справиться ни с одной просьбой в ее адрес, не важно, насколько простой. Другая отмечала, что ей оказалось трудно развивать личные отношения вне работы, потому что у нее оставалось мало эмоциональной энергии.

Она хотела бы выйти замуж, но не думает, что у нее хорошие перспективы.

Консультант, работающий с ВИЧ-позитивными матерями и младенцами, замечает: «Некоторые люди требуют так много внимания от тебя, что чувствуешь, будто возвращаешься назад вместо того, чтобы идти вперед». А медсестра из Соуэто говорит, что год работы в клинике ИППП и СПИД почти полностью убил ее интерес к сексу.

Многие симптомы стресса, выявленные у людей, работающих в СПИД-сервисных программах, в точности отражают симптомы, которые бывают у людей, ухаживающих за больными СПИД членами семьи. Но у тех, кто заботится о больных дома, эти симптомы с гораздо меньшей вероятностью будут распознаны и признаны, и эти люди с большей вероятностью будут изолированы со своими проблемами, не имея простого доступа к кому-нибудь, кто может помочь им найти решение или облегчение.

Каковы причины?

Во многом стресс характерен для самой природы работы людей, ухаживающих за больными, — факт, что они имеют дело с неизлечимым состоянием, которое убивает в основном молодых людей и причиняет ужасные страдания. Более того, это состояние, которое ставит стигму не только на тех, кто инфицирован, но очень часто и на тех, кто работает в этой области. Это известно под названием «вторичной стигмы» и может иметь мощное воздействие в семье, среди друзей и вообще в об-

ществе на статус тех, кто ухаживает за пациентами. Но стресс может также быть вызван организационными факторами — способом организации программы и руководства ею.

Бремя секретности в равной степени тяжело для тех, кто приходит помогать извне. Если клиент не посвятил в свой секрет никого из домашних, приходящий помощник не может никому свободно передать знания и навыки по уходу за больным и должен все делать сам. «Если я прихожу к кому-то и понимаю, что никто не знает, человек один на один со своим секретом, я думаю про себя: «Я слишком далеко, чтобы всегда помогать тебе», и я сильно беспокоюсь о таких клиентах», — говорит Кэтрин, сотрудник СПИД-сервисной программы в Соуэто.

В стране, где не осталось почти ни одной семьи, не затронутой СПИД, ухаживающим людям крайне трудно достичь профессиональной непривязанности к своим клиентам или работе.

Для многих людей невозможно даже в конце рабочего дня «закрыть дверь» перед СПИД, потому что они идут домой ухаживать за кем-то из больных родственников или друзей или заботиться о детях, чьи родители умерли. Склонность к излишней личностной вовлеченности очень реальна, а, следовательно, и риск стресса и эмоционального выгорания очень велик.

«Когда работаешь с клиентом, строишь с ним близкие и доверительные отношения, вскоре начинаешь любить его, а он тебя. Отношения выходят за рамки профессиональных, — признается Ханнингтон Нкайиву, — Вы с человеком так

сближаетесь, а потом видите, как он, в конце концов, умирает. Это очень тяжело».

ПРИМЕРЫ ЛУЧШИХ ПРАКТИК

СТРАТЕГИИ УПРАВЛЕНИЯ СТРЕССОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СПИД-СЕРВИСНЫХ ПРОГРАММАХ

TACO, The AIDS Support Organization

При разработке бюджета TACO придает большое значение зарплатам консультантов. В настоящее время им платят примерно вдвое больше, чем государственным служащим той же квалификации. Психологическое консультирование — одна из самых ответственных и изнурительных работ, которые входят в круг обязанностей людей, заботящихся о больных, и, кроме проявлений уважения к их работе, TACO стремится избавить своих консультантов от стресса необходимости искать дополнительный источник дохода для содержания своих семей. Необычно высокие зарплаты — это также способ гарантировать, что люди, в подготовку которых вложено много драгоценного времени и усилий, не будут «перекуплены» другими работодателями.

Для своих штатных сотрудников, которые непосредственно занимаются уходом, TACO учредила несколько мер по минимизации стресса и эмоционального выгорания. Эта организация развила культуру общения и обсуждения проблем во время частых и регулярных встреч команд по уходу на дому с супервизорами, во время семинаров, собирающих вместе штат и руководство для обсуждения вопросов политики организации,

«Я часто говорю своим курсантам, что потребности людей, как дырявое ведро — ты можешь лить туда всю свою работу и сострадание, но все равно все вытекает. Это не для того, чтобы они чувствовали себя беспомощными или бесполезными, а для того, чтобы дать им определенное чувство перспективы: если ты перестанешь лить на 10 минут, ничего не изменится. Основная идея наших занятий по управлению стрессом в том, что в определенной степени вы должны отвечать за себя. Вы не можете ждать, пока кто-то придет и скажет: стоп, сделай паузу».

Пьер Бруар, психолог

а также восприятие ТАСО как семьи.

Уважение принципа конфиденциальности как между сотрудниками, так и между сотрудниками и клиентами, позволяет людям чувствовать, что они могут безопасно признавать факт стресса и искать помощи, хотя некоторым все еще трудно демонстрировать уязвимость. Во время первичного обучения консультантов побуждают определить для себя кого-то из группы в качестве личного консультанта.

Заболевшие штатные сотрудники продолжают получать зарплату и тогда, когда они не могут работать, а в случае добровольного увольнения по состоянию здоровья получают пособие в размере годовой зарплаты. Директор ТАСО намеревается ввести политику, согласно которой не менее чем двум детям больного штатного сотрудника будет назначено содержание через школу или даже университет.

Mildmay International

Центр Mildmay был открыт в сентябре 1998 г. как центр, куда по направлению поступают тяжело больные пациенты, для которых другие программы и учреждения уже ничего не могут сделать. Этот центр предоставляет лучшее паллиативное лечение, особенно управление болью, которое предлагается на амбулаторной основе. Но, кроме предоставления активного ухода, основная функция центра Mildmay состоит в обучении других уходу за людьми со СПИД. Здесь предлагаются углубленные курсы по уходу и специальные курсы, как управлять болью.

Центр ежемесячно проводит семинары для ухаживающих, на которых его многодисциплинарная команда, представляющая медицину, уход, уход за детьми, физиотерапию, трудотерапию, диетологию, психологическое консультирование и духовное лечение, разбирает каждый вопрос, который возникает у тех, кто непосредственно работает с больными. «Мы обнаружили, что чаще всего ухаживающие за больными люди спрашивают совета, как быть с «трудными» пациентами — пациентами, которые, кажется, не ценят того, что для них делают; подавленными пациентами, с которыми неизвестно что делать; пациентами, у которых раны; пациентами, которые не едят. И многие боятся соприкоснуться с неизбежным — с концом жизни. Так что семинар предлагаем им помощь», — объясняет д-р Сози, сотрудник центра.

Mildmay — один из лидеров в обучении людей общению с детьми, инфицированными или как-либо пострадавшими от СПИД. Кристин, у ко-

торой две дочери, посещала здесь семинар «Позитивные матери» и говорит, что это радикально улучшило ее отношения с детьми, очень сблизив их. «Я бывала груба с детьми — приказывала им сделать то и это, постоянно одергивала их и требовала, чтобы они вели себя тихо и не задавали вопросов. Я не хотела говорить им о своем ВИЧ-статусе, — признается она, — Но я узнала на этом семинаре, что детям нужно знать правду и что им нужна доброта и поощрение. Я узнала, что они становятся подавленными, если на них не обращают внимания, что они обижаются и сердятся и не хотят помогать и сотрудничать, потому что они несчастливы. На нашем тренинге нас научили общаться с нашими детьми».

World Vision

World Vision — это организация, которая начала работать в Уганде с сообществами и общинами, пораженными СПИД, в 1989 г. и, зная об уникальной тяжести работы с ЛВС, разработала ряд механизмов поддержки для ухаживающих лиц на всех уровнях. Основным ухаживающим лицам предоставляется консультирование и обучение основам охраны здоровья.

Life Line

Life Line (Линия жизни) в Южной Африке, по примеру подобной организации в Австралии, была создана в 1968 году как служба кризисного консультирования для людей, столкнувшихся с какими-либо личностными проблемами. По мере того, как Южную Африку все больше захватывает ВИЧ-инфекция, консультанты Life Line все больше ока-

Вместо того, чтобы посылать в сообщества ухаживающих людей извне, СПИД-сервисные программы должны поощрять собственные усилия сообществ по уходу за своими больными. Такой подход помогает не только распределить груз заботы, но и рассеять стигму и предрассудки, привнося в жизни людей реальность эпидемии — факт, что это не только проблема каких-то людей «где-то», но и проблема тех, кто живет среди них, друзей, соседей и, возможно, родственников.

зываются вовлеченными в работу с людьми, пострадавшими от эпидемии. Сегодня, наряду с телефонным и личным консультированием, Life Line обучает волонтеров из общин и сообществ, которые работают в различных учреждениях, таких, как клиники и школы. Их умения получили широкое признание, и Life Line часто приглашают обучать консультантов для других организаций.

ВЫВОДЫ И УРОКИ

Забота о тех, кто заботится о больных СПИД, — не только гуманное побуждение, но и социальная и экономическая необходимость, ибо ни одна страна еще не испытала самой худшей стадии эпидемии СПИД и ее полного давления на службы здравоохранения и социальной защиты. И ни одна страна не может позволить себе зря растрачивать умения и приверженность ухаживающих людей сегодня, ибо они нужны будут и завтра, и должны стать вдохновителями и об-

разцами для нового поколения ухаживающих.

Работа ухаживающих лиц сама является источником стресса

Первое требование к поддержке тех, кто заботится о больных СПИД, состоит в официальном признании того факта, что сама их работа является мощным источником стресса и что чувство подавленности — закономерная реакция на их опыт, а не признак личной слабости или недостатка профессионализма. Неотрабатанные, «закупоренные» чувства почти неизбежно ведут к эмоциональному выгоранию, поэтому таким людям необходима уверенность, что они могут свободно выражать свои сомнения и переживания и вовремя искать помощи, не опасаясь, что это повредит их работе или репутации. Это возможно только в случае, если осознание стрессовой природы эпидемии является частью культуры организации или учреждения, в котором они работают.

Ухаживающие лица должны быть освобождены от ответственности за то, чему они не могут помочь

Ухаживающие на всех уровнях должны быть освобождены от груза ответственности за то, чему они помочь не могут. Идея, что «плохое случается, это не твоя вина», должна быть основой программ ухода и лечения. Это особенно важно для детей, которые ухаживают за больными, поскольку они более всего уязвимы для чувства вины за страдания, которым они не могут помочь.

Эмоциональное выгорание — это процесс, а не событие

Стресс и эмоциональное выгорание — сложные феномены со множественными причинами и многообразными проявлениями. Поэтому никакая одноразовая и ограниченная во времени активность не может явиться решением этой проблемы. Для СПИД-сервисных программ управление стрессом среди ухаживающих лиц требует широкомасштабного, чуткого и продолжительного реагирования, существенными элементами которого являются хорошие поддержка и супервизия.

Необходимо более систематическое исследование управления стрессом

Управление стрессом и его уменьшение трудно правильно понять и осуществлять, если не иметь четкой картины проблем. Поэтому нужны более систематические исследования стресса у заботящихся лиц на всех уровнях и во всех учреждениях. Надо также официально документировать различные стратегии совладания со стрессом, насколько они эффективны, насколько затратны, как влияют на качество ухода и на моральное состояние ухаживающих, а также их приверженность делу. Более того, идеи по поводу поддержки этих людей должны распространяться среди тех, кто работает в этой области, как и уроки, извлеченные из опыта.

Знание — непреходящая ценность

Знание дает силу. Оно дает людям уверенность, чувство контроля и

наличия выбора в жизни. Оно ценно во все времена. Поэтому обучение играет центральную роль в управлении стрессом и эмоциональным выгоранием среди ухаживающих лиц. Кроме знаний и умений, необходимых для ухода за людьми с ВИЧ/СПИД, такое обучение должно непосредственно касаться вопросов стресса и эмоционального выгорания. Оно должно стимулировать саморефлексию и изучение себя и личных механизмов совладания. Другой важный вопрос — как эффективно управлять своим временем, узнать и признать собственные ограничения. Постоянный тренинг — как новые курсы, так и регулярные курсы повторения — важны для поддержания уверенности и духа команды. При планировании повторных или углубленных курсов программы должны стараться по возможности заполнить те дыры, которые определяют сами ухаживающие. Когда речь идет о заботе о людях с ВИЧ и СПИД, самый богатый ресурс любой страны — это, конечно, сострадание. Как показывают примеры Уганды и Южной Африки, уровень финансирования — не самая важная предпосылка качества ухода. Примечательно то, что самые эффективные программы реализуются в самых бедных сообществах, где уход осуще-

ствляют люди, которые не только ничего не зарабатывают такой своей работой, но, напротив, из-за нее рискуют впасть в еще большую нищету. Даже для штатных сотрудников

Привлекая внимание к богатым запасам сочувствия, которые поддерживают усилия ухаживающих, мы ни в коем случае не имеем в виду понизить значение денег или не признавать насущную потребность в большем финансировании программ лечения и ухода за ЛЖВС в национальном и международном масштабе. Мы только хотим обратить внимание на ресурс, который часто принимается как должное, и подчеркнуть: люди, заботящиеся об ЛЖВС, заслуживают большего признания за свой экстраординарный и самоотверженный вклад в борьбу со СПИД, и забота об их благополучии должна быть одним из главных приоритетов.

СПИД-сервисных организаций плата, которую они получают, почти никогда не является мотивирующим фактором для работы в этой области. Как и волонтерами, чаще всего ими движет желание помочь тем, кто страдает.

глава шестая

Возможные сценарии будущего

Первые прогнозы

До начала 1996 года оценки числа ВИЧ-инфицированных, у которых болезнь разовьется в стадию СПИД, и сроки этого процесса варьировали от 50 до 100 % и от 18 месяцев до 25 лет. Существование таких мнений объяснялось несколькими причинами:

- У некоторых людей СПИД развивался гораздо быстрее, чем у других.
- Раннее оценки времени, необходимого для развития СПИД, основывались на первых случаях заболевания СПИД, то есть на основании данных о больных, у которых СПИД развивался наиболее быстро.
- Со временем стало понятно, что значительное число ВИЧ-позитивных людей оставались здоровыми и через 18 месяцев после инфицирования. Изучая группы инфицированных в течение длительного времени, ученые убедились, что на самом деле этот период может длиться гораздо дольше.
- Мониторинг больших групп инфицированных за последнее десятилетие также позволил ученым наблюдать тенденции прогрессирования заболевания и сравнить прогнозы с действительными данными.

Более оптимистичные прогнозы

Однако ни в одном из этих исследований ученые не могли предсказать исключительного сокращения заболеваемости и смертности среди ВИЧ-инфицированных, отмеченного за последние несколько лет.

Учитывая изменения методов лечения, произошедшие за последние пять лет, при оценке потенциальной продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных, больше нельзя полагаться на прежние исследования.

До некоторой степени, это очень хорошая новость. **В 1995 году считали, что, вероятнее всего, у большинства ВИЧ-позитивных людей болезнь разовьется в стадию СПИД через несколько лет, если методы лечения не улучшатся.** Теперь эти методы улучшились, но мы до сих пор не знаем, что это означает для увеличения продолжительности и качества жизни больных. Мы снова оказались в той же ситуации, с которой столкнулись ВИЧ-инфицированные в середине 80-х годов, когда о будущем ходе болезни было почти ничего неизвестно. Мы не можем сказать, когда эта ситуация прояснится — через год, пять лет, десять лет или до конца нашей жизни.

Прогнозы о прогрессирующей болезни

Одним из наиболее значительных научных прорывов 1996 года стало открытие, сделанное на основе целого ряда крупных исследований, что уровень вирусной нагрузки инфицированных может помочь спрогнозировать ход развития СПИД на много лет вперед.

Ранее единственным средством, доступным для мониторинга вероятности развития болезни, был подсчет числа клеток иммунной системы CD4+. Этот тест имеет смысл только для определения краткосрочного риска серьезного заболевания, но не способен предсказать его развитие в течение пяти лет. Это происходит потому, что у двух людей с числом CD4+ равным 500 может быть совершенно разная вирусная нагрузка. Через пять лет у человека с более высокой вирусной нагрузкой СПИД разовьется с большей вероятностью.

Ученые исследовали взаимосвязь между существующей вирусной нагрузкой пациента и риском развития СПИД или смерти в будущем. Крупнейшее из подобных исследований было сосредоточено на изучении 1600 бессимптомных ВИЧ-положительных MSM, которые участвовали в американском групповом исследовании US Multicenter AIDS Cohort Study (MACS) в 1984–1985 гг. У них были взяты и заморожены образцы крови в начале лечения, а потом эта процедура повторялась каждые шесть месяцев. Недавно врачи извлекли эти образцы и исследовали вирусную нагрузку, а после этого сравнили результаты тестирования каждого пациента с его

историей болезни. Исследование подтвердило, что начальные данные о вирусной нагрузке больного могут служить очень точным показателем риска развития у него болезни. Начальные данные — это уровень вирусной нагрузки, отмечаемый у пациента через шесть месяцев после инфицирования ВИЧ.

Ученые обнаружили, что в среднем у людей с невысокой вирусной нагрузкой — меньше 500 вирусных частиц на 1 мл или между 500 и 3000 — СПИД может развиваться через 10 лет. Однако у людей с вирусной нагрузкой от 3000 до 10 000, среднее время развития СПИД — 8,3 года; при нагрузке от 10 000 до 30 000 — 5,5 года; а у людей с самой высокой нагрузкой (более 30 000 вирусных частиц на 1 мл) — только 2,8 года.

Если рассматривать это по-другому, то у людей с самой высокой вирусной нагрузкой риск развития СПИД в 13 раз выше, а риск смерти — в 18,5 раза выше, чем у людей с низкой вирусной нагрузкой. Существует заметная разница в риске прогрессирования болезни даже между группами с самой низкой вирусной нагрузкой. Риск развития СПИД в 2,5 раза выше, а риск смерти — почти в три раза выше у людей с вирусной нагрузкой от 500 до 3000, чем у людей с вирусной нагрузкой меньше 500.

Измерение вирусной нагрузки может определить разницу в риске прогрессирования болезни между двумя бессимптомными пациентами с одинаковым числом CD4+, но разной вирусной нагрузкой. Число клеток CD4+ само по себе является гораздо менее надежной базой для

прогноза прогрессирования болезни, в то время, как изучение вирусной нагрузки пациента и числа CD4+ позволяет сделать наиболее точный прогноз.

Существует тесная связь между вирусной нагрузкой и последующими темпами снижения числа клеток CD4+.

Ученые утверждают, что соотношение между вирусной нагрузкой и прогрессированием болезни дает по меньшей мере такие же надежные данные, как и система стадий, принятая при классификации серьезности онкологических заболеваний. Предполагается, что для людей, не проходивших лечения, один анализ вирусной нагрузки может дать представление о вероятной истории развития ВИЧ-инфекции и помочь определить, кто из них больше нуждается в проведении терапии против ВИЧ.

Отдельное исследование, проведенное среди 165 больных гемофилией, позволило прийти к выводу, что измерение вирусной нагрузки через один и три года после сероконверсии может помочь определить людей, у которых болезнь долго не будет прогрессировать. Среди пациентов, наблюдавшихся в течение минимум десяти лет, — четверо (23,5 %) из 17 участников, у которых начальная вирусная нагрузка составляла менее 1000, болезнь долго не прогрессировала по сравнению с другими восемью (6,8 %) пациентами из 117 с высокой вирусной нагрузкой. Это доказывает, что пациенты с низкой вирусной нагрузкой имеют лучшие шансы. В то же время это исследование подтверждает, что очень важны и другие факторы, та-

кие, как возраст. Например, у старшего из двух пациентов с одинаковой вирусной нагрузкой риск прогрессирования болезни был более высоким.

Результаты другого исследования свидетельствуют, что вирусная нагрузка может оказаться не очень полезным показателем для прогноза развития болезни у пациентов с числом CD4+ менее 50, поскольку иммунная система уже сильно поражена.

Можно сделать общий вывод о том, что измерение вирусной нагрузки у бессимптомных пациентов поможет составить верное представление о ходе прогрессирования болезни. Некоторым это поможет принять решение о начале антиретровирусной терапии.

При подсчете числа клеток CD4+ и других лабораторных показателей самым важным является определение тенденции роста вирусной нагрузки со временем, а не получение результатов одного из тестов. Такое же точно тестирование вирусной нагрузки того же образца крови может дать другой результат из-за степени изменчивости теста. Различные факторы могут вызвать временный всплеск вирусной нагрузки, особенно средства стимуляции иммунной системы, такие, как вакцинация. Пациенты, у которых развиваются оппортунистические инфекции, могут испытывать временное повышение вирусной нагрузки в пределах 1 log, которая обычно возвращается к прежним показателям в течение двух месяцев успешного лечения инфекции (хотя есть некоторые данные, что туберкулез может привести к постоянному повышению вирусной нагрузки).

Другим важным прорывом стало открытие, что чем больше вирусная нагрузка подавляется с помощью антиретровирусной терапии, тем меньше вероятность дальнейшего прогрессирования болезни у таких пациентов в течение двух-трех лет. На презентации перед Администрацией США по продуктам питания и лекарствам в ходе слушаний об исследовании связи между изменением вирусной нагрузки и клиническими результатами лечения с помощью последних препаратов против ВИЧ были обнародованы следующие данные:

- Продолжительность поддержания вирусной нагрузки на уровне ниже 5000 соотносится с периодом времени, на который можно приостановить развитие болезни;
- Понижение вирусной нагрузки до уровня ниже 400 привело к снижению риска развития болезни по сравнению со снижением вирусной нагрузки до уровня между 400 и 5000. Даже такое снижение сокращает риск прогрессирования болезни по сравнению со снижением нагрузки до уровня выше 5000 вирусных частиц на 1 мл.
- Уровень вирусной нагрузки в начале лечения является надежным показателем, позволяющим прогнозировать риск развития болезни, независимо от реакции на лечение. Некоторые ведущие ученые даже считают, что таким образом возможно буквально остановить размножение вируса, что позволит инфицированному человеку прожить нормальный срок жизни. Иными словами, ВИЧ-инфекцию можно превратить в долгосроч-

ное, хроническое, но управляемое состояние.

Однако множество важных вопросов пока остаются без ответа. Первый: помогут ли препараты, с помощью которых были достигнуты такие результаты, сохранять это состояние долгое время. Когда уровень лекарства в крови становится меньше необходимого для остановки воспроизводства вируса, возникает фактор устойчивости к лекарствам. Это может случиться по самым разным причинам: ранее существовавшие мутации, несоблюдение режима, плохая всасываемость. Все лекарства подвержены перекрестной устойчивости; уже есть документальные свидетельства передачи вируса, устойчивого к препаратам. Многое зависит и от того, смогут ли люди строго соблюдать схему приема лекарства (два или три раза в день) в течение 10 лет или больше.

Для ответа на эти вопросы потребуются годы. А пока важно быть в курсе последних достижений в области лечения, поскольку жизнь меняется очень быстро. Любые виды лечения, которые вы принимаете сейчас, могут оказать большое влияние на ваше будущее лечение, поэтому нужно следить за новинками. Нельзя надеяться, что ваш доктор все вам объяснит, поскольку у него просто может не быть времени. И хотя ваш врач обязан убеждаться, что вы действительно поняли все имеющиеся варианты, нам постоянно рассказывают о больницах, где слишком много больных и слишком мало врачей. Необходимо изучать возможные варианты лечения, даже если вы думаете, что пока не станете принимать препараты против ВИЧ.

ДОЛГОЖИТЕЛИ СПИД

Длительная остановка в развитии болезни

В настоящее время существует множество исследований, свидетельствующих о том, что существует довольно значительная группа ВИЧ-инфицированных, у которых не развиваются симптомы болезни, несмотря на то, что они заразились минимум десять лет назад.

Исследование в 1994 году группы из 539 человек, инфицированных ВИЧ, по меньшей мере, лет десять назад, показало, что у 31 % из них СПИД вообще не развился, а у 8 % число клеток CD4+ превышало 500. В группе, состоящей из 290 MSM из Калифорнии, наблюдавшейся шесть с половиной лет, у 10 % число клеток CD4+ оставалось неизменным в течение всего периода, хотя у них было на 300—400 клеток меньше, чем в среднем у ВИЧ-негативных людей. Другие лабораторные тесты показали, что у этих людей болезнь хотя и прогрессировала, но очень медленно.

Даже люди с относительно низким числом клеток CD4+ могут довольно долго чувствовать себя хорошо. Результаты американского исследования 579 MSM с числом клеток CD4+ меньше 200 показали, что у 20 % СПИД не развивался в течение трех лет.

По поводу такой долгой выживаемости существуют противоречивые мнения. Есть данные о том, что не существует некой отдельной группы «долгожителей»; скорее, пациентов, у которых болезнь вроде бы долгое время не прогрессирует, можно отнести к группе, в которой болезнь

развивается медленнее, чем у других. Некоторые исследования подтвердили, что длительное наблюдение за группой «долгожителей» выявляет растущее число пациентов с признаками прогрессирования болезни.

Так, например, врачи из Барселоны отмечают, что 32 пациента их клиники, больных гемофилией, вначале были отнесены к группе больных, у которых болезнь долго не прогрессировала (они были инфицированы более 8 лет назад, а число клеток CD4+ у них до последнего времени оставалось выше 500), но через четыре года 10 пациентов из 32 уже нельзя было отнести к этой группе.

Однако есть также свидетельства того, что у некоторых людей болезнь вообще не прогрессирует. Они могут контролировать развитие ВИЧ-инфекции, вероятно, благодаря цитотоксичным (убивающим клетки) Т-клеткам или благодаря генетическим особенностям их иммунной системы.

Например, шведское исследование 12 пациентов с медленным прогрессированием болезни и 8 пациентов, у которых болезнь долго не прогрессировала (ПБДНП), из числа 461 ВИЧ-инфицированного, которые наблюдались в течение 11—17 лет, выявило только одного ПБДНП, у которого повысилась вирусная нагрузка, в то время, как у четырех отмечалось спонтанное снижение уровня ДНК ВИЧ. Сокращение числа клеток CD4+ среди ПБДНП отмечалось на уровне менее 15 клеток в год.

Напротив, у пациентов с медленным прогрессированием болезни отмечалось медленное снижение

числа клеток CD4+ и повышение вирусной нагрузки во всех случаях, кроме двух.

Английское исследование не выявило общих психологических характеристик, несмотря на многочисленные сообщения о том, что «долгожителей» отличают особые черты личности, которые способствуют их выживанию (например, оптимизм).

Почему замедляется развитие заболевания?

Основная цель исследований ВИЧ состоит в том, чтобы научиться укреплять иммунную систему человека настолько, чтобы она могла контролировать вирус. В отношении вакцин надежда такова: предупреждая иммунную систему о том, каков ВИЧ, мы можем ожидать от нее быстрого, точечного и подавляющего вирус контрудара в случае, если происходит заражение. Когда же инфекция уже проникла, нужны методы, укрепляющие и стимулирующие систему таким образом, чтобы она могла взять контроль над вирусом и остановить прогресс заболевания. В поисках этих стратегий ни одна из групп пациентов, возможно, не была столь загадочной и не дала столь глубокого понимания иммунных реакций, как так называемые долгожители СПИД.

Хоть число долгожителей СПИД невелико, они своим существованием выражают глубокую идею и актуальный вопрос.

Идея: ВИЧ можно сдерживать. У этих людей иммунная система сильно подавляет вирусную репликацию (воспроизведение) собственными силами. Вирусные нагрузки крайне

низки или не обнаруживаются, и в некоторых случаях только вирусная ДНК в белых кровяных тельцах выдает присутствие вируса. Кроме того, у этих людей показатели клеток CD4+ находятся на нормальном уровне, а лимфоидные ткани не обнаруживают никаких архитектурных разрушений, характерных для ВИЧ-инфекции, показывая, что подавление вируса началось еще до того, как он смог серьезно повредить иммунную систему.

Вопрос: как происходит это сдерживание? Потому ли долгожители могут контролировать свою инфекцию, что им повезло иметь определенную комбинацию генов, которая дает повышенную устойчивость к вирусу? Заражаются ли они каким-то слабым штаммом (разновидностью) вируса, который не может превозмочь их иммунные системы? Или благоприятное течение их заболевания является результатом того, что их иммунные системы каким-то образом, возможно, только по счастливой случайности, взяли верх над инфекцией с самого начала, удерживая инфекцию в зачаточном состоянии и сохраняя способность пресекать любое ее повторное проявление?

Каково бы ни было объяснение, полное понимание механизмов, которые предохраняют долгожителей от прогрессии ВИЧ-инфекции, имеет клиническую важность. Конечно, если статус долгожителя определяется сочетанием особых генов устойчивости и/или заражением вирусом с низкой вирулентностью (степень патогенности, способность вызывать заболевание), то, вероятно, распространить такое положение на кого-либо еще будет

невозможно; генетическая данность не может быть изменена, и люди не выбирают вирулентность вируса, которым заразятся. Но несмотря на это, знание факторов, которые участвуют в этом феномене, вероятно, привело бы к созданию новых фармакологических стратегий замедления течения заболевания, например, использующих оптимальные комбинации лекарств, замедляющих воспроизводство вируса, а также терапевтическую иммунизацию и стимуляторы, обостряющие иммунный контрудар против ВИЧ.

Если же, с другой стороны, можно показать, что долгожительство и долговременная остановка прогрессирования заболевания определяется не столько генами и вирулентностью вируса, сколько силой, специфичностью и динамикой первичного контакта иммунной системы с ВИЧ, то можно было бы разработать вакцину, которая помогала бы установить перевес сил в пользу иммунной системы при первом контакте с вирусом. Определяя, против каких антигенов ВИЧ направлено иммунологическое оружие долгожителей СПИД, исследователи могли бы создать вакцины, которые настраивали бы нормальные иммунные системы на атаку против таких же антигенов при встрече с ВИЧ. Маловероятно, чтобы какая-либо вакцина когда-нибудь смогла полностью уничтожить ВИЧ, когда он уже проник в организм человека, однако, кажется, можно разработать вакцины, позволяющие замедлить прогрессию заболевания настолько, что большинство инфицированных людей смогли бы сосуществовать с ви-

русом, оставаясь в добром здравии, гораздо дольше, чем это возможно сейчас, — а некоторые, возможно, всю жизнь.

Долгожители: правда или нет?

Одна из самых поразительных особенностей ВИЧ-инфекции состоит в том, что скорость прогрессии заболевания среди инфицированных пациентов может широко варьировать. В среднем, нелеченные пациенты с ВИЧ-инфекцией не имеют в основном никаких симптомов по 9—10 лет прежде, чем проявятся первые признаки СПИД. Однако прогресс заболевания может быть более быстрым (в течение 2—3 лет) или более медленным (заболевание может не развиваться более десяти лет). На самом деле прогрессия ВИЧ-инфекции — это непрерывный процесс, в котором ее скорость у каждого человека определяется сложным взаимодействием факторов, таких, как возраст, пол, состояние здоровья, генетическая данность, сила и восстановительная способность иммунной системы и относительная вирулентность заразившего вируса.

В конце 80-х годов стало очевидным, что, кроме категорий быстро, средне и медленно прогрессирующих пациентов, существует еще одна их категория — так называемые долгожители, у которых инфекция, казалось, оставалась в состоянии продолжающейся ремиссии (временное ослабление или исчезновение симптомов болезни) длительное время. Ясно, что эти пациенты могли дать много знаний о прогрессии ВИЧ-инфекции и контроле над ней. Но для того чтобы отвести таким

исследованиям должное и наиболее соответствующее место, следует ответить на очень важный вопрос: были ли эти долгожители отдельной и отличной от других подкатегорией пациентов, чье заболевание было полностью побеждено, или просто их заболевание крайне медленно прогрессировало и иммунная система, которая, казалось, контролировала вирус, в конце концов сдавалась бы под его натиском?

Результаты исследований, проведенных в начале 90-х, свидетельствовали о том, что, может быть, 10 % (а то и 15 %) всех людей с ВИЧ-инфекцией являются такими сверхмедленными прогрессорами; существенное количество, говорящее о том, что иммунный контроль над ВИЧ может быть относительно распространенным явлением. Но тщательные исследования иммунологического и вирусологического состояния этих людей с течением времени показали, что все же у большинства из них заболевание прогрессировало, хоть и едва заметными темпами. Однако были и люди, у кого не появлялось никаких свидетельств физического разрушения с течением времени, по крайней мере, никаких измеряемых признаков. Сегодня преобладает точка зрения, что долгожители — это отдельная категория пациентов, но они редки, их не более 1 % среди всех инфицированных людей.

Такая редкость затрудняет исследования долгожителей; выявить и собрать достаточное для проведения сравнительного исследования их количество смогли только исследователи в больших городах с высокой распространенностью ВИЧ. Тем

не менее, эти исследования дали достаточно знаний, чтобы понять определяющие факторы. Среди них 3 исследования иллюстрируют взаимодействие первичной устойчивости, иммунной реактивности и вирулентности вируса, которые могут способствовать долгожительству.

Первичная устойчивость: хемокинетические рецепторы

В 1996 году нью-йоркские исследователи, изучавшие небольшую группу людей, которые не заражались ВИЧ в течение многих лет, несмотря на множественные контакты, сделали замечательное открытие. В этой группе незараженных людей было несколько таких, кто, как оказалось, был устойчив к ВИЧ, потому что их Т-клетки и макрофаги не имели рецепторов CCR5, что не позволяло ВИЧ связываться с ними.

Они также выяснили причину: все эти пациенты были носителями двух копий мутантной формы гена CCR5, создающего аномальные копии белков рецептора CCR5, которые не встроены в клеточную мембрану, как должно быть в нормальном случае.

Если бы это была редкая мутация, это могло бы не привлечь большого интереса ученых и клиницистов. Однако дальнейшие исследования установили, что этот вариант не был редким и на самом деле встречался часто. Носители двух копий мутантного гена, напротив, оказались, встречаются редко, реже 1 % популяции. Но около 20 % популяции, как обнаружилось, были носителями только одной копии гена CCR5. Более того, носители только одной копии нормального гена

имели меньше CCR5-рецепторов на своих клетках.

Так как эти носители все же имеют некоторые CCR5-рецепторы, их клетки были бы восприимчивы к ВИЧ. Однако были бы они также подвержены заражению, как и клетки человека с нормальным количеством CCR5, или были бы частично устойчивыми? И была бы инфекция у таких носителей менее сильной, а темпы прогрессии ВИЧ-заболевания более медленными?

Исследователи установили, что в основном прогрессия у носителей мутантного гена была медленнее, чем у людей с нормальными CCR5-генами. Еще более интересно то, что исследователи открыли в отношении очевидного эффекта этого гена у долгожителей. Тогда как около 20 % пациентов с прогрессирующим ВИЧ-заболеванием — носители одной копии гена (тот же процент, что и в общей популяции), процент таких носителей среди долгожителей составляет 40 %. Очевидно, носительство хотя бы одной копии мутантного гена играет некоторую роль в отсутствии прогрессии.

HLA и иммунный ответ

В течение первых недель после заражения ВИЧ иммунная система запускает контрудары, по силе сходные с теми, что удаляют большинство других вирусов. Все же, за редким исключением долгожителей, эта защита от ВИЧ в конечном счете не имеет успеха. Хотя воспроизведение вируса этими реакциями подавлена, иногда глубоко, и прогрессия заболевания замедлена, это никогда не доходит до того, чтобы избежать в конечном счете разрушения иммунной системы и СПИД.

Ясно, что в процессе своей эволюции ВИЧ развил стратегии ухода от иммунных ударов, и среди них, возможно, самая коварная — это способность опережать и приводить в смятение мощные убийственные атаки цитотоксичных Т-лимфоцитов (CTL).

Ключевыми в этих убийственных атаках являются гены HLA класса I, которые представляют собой сложную генетическую систему, производящую белки, которые переносят фрагменты белков ВИЧ (или других патогенов) на поверхность каждой инфицированной клетки, верный признак того, что внутри активно происходит репликация. Цитотоксичные Т-лимфоциты распознают эти фрагменты и атакуют.

Однако какие фрагменты и сколько их будет перенесено на поверхность каждой клетки — эти показатели сильно варьируют. Каждый человек наследует небольшое количество HLA генов класса I — максимум 6 — из сотен вариантов. Соответственно, клетки каждого зараженного человека будут выделять свой собственный особый набор вирусных фрагментов в качестве мишеней для CTL.

В случае большинства вирусов, предъявления любых вирусных фрагментов на поверхности зараженных клеток достаточно для того, чтобы CTL предпринимали успешные атаки на них. Но в случае ВИЧ, огромная изменчивость системы HLA предоставляет возможности для избежания этих атак. Из-за необычайно высокой частоты мутаций ВИЧ части многих белков этого вируса претерпевают большие изменения в своей структуре во время

вирусной репликации, поэтому многие фрагменты, производные от этих белков, также изменяются. Вследствие этого некоторые белки HLA могут выносить на поверхность клеток измененные фрагменты, которые больше не распознаются CTL, что позволяет некоторым зараженным клеткам избежать уничтожения. В противоположность, те белки HLA, которые могут связывать фрагменты, производные от участков ВИЧ, не претерпевших значительных изменений (например, функционально критически важных участков, изменение которых приводит к потере вирусной активности), будут продолжать выделять узнаваемые мишени для CTL.

Если изменчивость фрагментов (иммунологи называют эти фрагменты антигенов эпитопами) позволяет некоторым зараженным клеткам избежать CTL и продолжать продуцировать новый вирус, то должна иметь место взаимосвязь между типами генов HLA, которые носит человек, и темпом прогрессии заболевания. Она существует. Среди пациентов с медленной прогрессией и «долгожителей» наличие определенных генов HLA наблюдается с большей частотой, чем в общей популяции или среди инфицированных людей с более быстрой прогрессией, что наталкивает на мысль о том, что HLA действительно играют роль в эффективности цитотоксического ответа на ВИЧ.

Агрессивность вируса

Хотя высокая частота мутаций ВИЧ помогает вирусу избежать иммунных атак, она также может быть разрушительной для самого вируса.

Из-за накопления мутаций, по приблизительным оценкам, небольшая доля свободного вируса, присутствующего в любой момент в организме человека, является дефектной и неспособной заражать клетки или воспроизводиться в них.

Этот неактивный вирус быстро теряется; неспособный заражать, он быстро удаляется очистителями организма. Однако мутации, которые только немного повреждают вирус, часто имеют совсем иной эффект. В большинстве случаев этот частично дефектный вирус может продолжать заражать клетки и воспроизводиться, но со сниженной скоростью, неэффективно распространяясь от клетки к клетке или давая меньше «потомства». Самый агрессивный вирус всегда будет самым многочисленным, быстрее всего распространяющимся и воспроизводящимся.

Однако даже при том, что они не вносят свой вклад в тяжесть и скорость прогрессии заболевания, эти «ущербные» вирусы все-таки могут передаваться. Более того, если переданный вирус именно такой, а не сильный и свирепый, то, по крайней мере в некоторых случаях, течение заболевания у нового хозяина будет заметно замедленно.

Самым впечатляющим примером этого является описанная в середине 90-х годов группа из 7 пациентов, живших в Сиднее (Австралия) и инфицированных с 1981 по 1984 г. одним и тем же дефектным штаммом ВИЧ (6 из них были инфицированы при переливании крови от одного и того же донора). У этого вируса был обширный дефект гена *nef*, дефект, который сильно влияет на способность вируса к заражению.

К моменту, когда эти пациенты были обнаружены, все они уже были инфицированы более десяти лет и не имели никаких симптомов ВИЧ-инфекции; их вирусные нагрузки были крайне низкими или не обнаруживались, показатели клеток CD4+ были в норме. Все они были признаны долгожителями.

С тех пор были описаны еще несколько долгожителей, зараженных ВИЧ со значительными дефектами генов *nef*, *gag* и *vif*.

Кроме того, результаты недавнего исследования показывают, что дефекты, которые могут способствовать медленной прогрессии или ее отсутствию, необязательно должны быть значительными и легко обнаруживаемыми. В этом исследовании было проведено сравнение выделенных у 8 пациентов с медленным течением заболевания или непрогрессирующим заболеванием полных геномов с рядом генных последовательностей агрессивных вирусов, содержащихся в банках данных. Ни в одном не было больших дефектов генов, как у долгожителей из Сиднея или других долгожителей, у которых был обнаружен дефектный ВИЧ. Однако у этих 8 пациентов были обнаружены разнообразные комбинации малых дефектов во многих различных генах. Это говорит о том, что если мутации типа дефектов и способствуют долгожительству, они необязательно должны быть обширными.

Долгожительство СПИД: как это сделать?

Что возникает из этих и других, имеющих отношение к нашему предмету, наблюдений, так это то,

что ни один фактор сам по себе — по крайней мере, ни один известный фактор — не дает некоторым инфицированным людям способность управлять своим заболеванием и предупреждать его развитие, хоть и медленно, в СПИД. Скорее, то, что открыто на данный момент, свидетельствует о том, что некоторые факторы предрасполагают определенных людей к тому, чтобы они стали «долгожителями», но эти факторы не являются ни необходимыми, ни достаточными для победы над вирусом.

Например, хотя статус носителя гена CCR5 32 связывают с отсутствием прогрессии ВИЧ-заболевания, в лучшем случае, можно сказать, что этот вариант гена способствует тому, чтобы организм некоторых людей был способен подавлять инфекцию. Не все долгожители являются носителями этого варианта гена и многие пациенты с прогрессирующим заболеванием, около 20 %, как и в общей незараженной популяции, также являются его носителями.

То же самое относится и к влиянию HLA. Исследования показывают, что среди долгожителей и пациентов с медленным течением заболевания часто встречаются определенные гены HLA, что наводит на мысль о том, что белки, произведенные этими генами, в действительности могут позволить иммунным системам этих людей поднимать более эффективные и продолжительные реакции CTL на ВИЧ. Однако те же гены HLA находят и у людей с обычным течением заболевания, опять-таки в том же процентном соотношении, что и в общей популяции, что ясно свидетельствует о

недостаточности какой бы то ни было способности давать эффективные иммунные реакции на вирус, которую дают определенные гены HLA, для контроля над заболеванием.

Агрессивность (вирулентность) вируса, с другой стороны, вообще не поддается контролю. Очевидно, что некоторые люди, заразившиеся генетически дефектным и предположительно менее вирулентным штаммом ВИЧ, не обнаруживают прогресса заболевания. Однако все еще не определено, заражены ли все или хотя бы большинство долгожителей этими штаммами. На сегодняшний день только несколько штаммов ВИЧ, выделенных у этих людей, подверглись тщательному генетическому анализу, необходимому для определения генетических недостатков. Для определения связи между дефектным вирусом и отсутствием прогрессии потребуются дальнейшие исследования.

Все-таки, какова бы ни оказалась эта взаимосвязь, сам по себе мутировавший штамм ВИЧ — недостаточный фактор для обеспечения защиты от прогрессии ВИЧ-заболевания, которой обладают долгожители. Некоторые из пациентов, считавшихся долгожителями и имевших вирус со значительными повреждениями гена *nef*, недавно начали обнаруживать признаки прогрессии заболевания и сейчас получают медикаментозную терапию. Очевидно, у этих пациентов генные дефекты ВИЧ привели к крайне медленным темпам прогрессии заболевания, но все-таки к прогрессии. Только по прошествии времени станет ясно, является ли заболевание у других пациентов, у которых оно считается

не прогрессирующим по причине генетических дефектов вируса, действительно непрогрессирующим.

Так что в настоящее время ответ на критически важный вопрос о том, могут ли только определенные люди быть долгожителями или любой при определенных обстоятельствах имеет такую потенциальную возможность, найден только частично. Если для того, чтобы быть долгожителем СПИД, надо иметь ген CCR5 32, определенные гены HLA и ослабленный штамм ВИЧ, то ответ будет да, только несколько особо удачливых пациентов имеют шанс подавлять у себя инфекцию. Гены нельзя изменить, и никто не выбирает штамм вируса, чтобы им заразиться.

Однако тот факт, что многие долгожители не имеют ни гена CCR5 32, ни генов HLA, ассоциирующихся с долгожительством, говорит о том, что эти генетические факторы не являются существенными. Что касается вирулентности вируса, то если окажется, что все долгожители заражены ослабленными вирусами, то ответ также будет да, только немногим повезет контролировать свое заболевание и только временно. Но в отсутствие таких сведений может быть не так уж неразумно предположить, что, возможно, некоторые долгожители заражены нормальными, полностью вирулентными вирусами, которые каким-то образом подавляются иммунными системами. В этом случае становятся необходимыми определение того, как именно иммунным системам таких пациентов удастся подавлять вирус, и разработка вакцин или иммуномодуляторов, которые бы обеспечивали такую способность всем.

Другие факторы прогрессирования болезни

Как и в случае с другими хроническими заболеваниями, в определении продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных немалую роль играют социальные факторы. Важное значение имеют и стандарты медицинского обслуживания. В больницах, в которых прошли курс лечения более 100 ВИЧ-позитивных больных, отмечены значительно лучшие показатели выживаемости по сравнению с медицинскими центрами с меньшим опытом, что показало американское сравнительное исследование 10 больниц.

Другие факторы, способствующие увеличению выживаемости, включают в себя: отсутствие случаев инфицирования ВИЧ при переливании крови; инфицирование в более юном возрасте у взрослых и в старшем возрасте у детей; отсутствие сопутствующего инфицирования HTLV-1, HCV или герпесом, наличие тканей типа HLA, унаследованных от родителей, генетических мутаций, которые снижают проявление корецепторов фузин и CCR5 на поверхности клеток CD4+, хорошее питание.

Пол и расовая принадлежность влияют на развитие болезни только в той степени, в которой эти факторы могут ограничить доступ к медицинскому обслуживанию и информации о лечении. Не существует половых или расовых различий, влияющих на скорость увеличения вирусной нагрузки и развития иммунодефицита. Есть данные, предоставленные консультативным советом NAM, о том, что представители этнических меньшинств с гораздо меньшими показателями

CD4+, чем у белых европейцев, врачи не обнаружили; есть свидетельства того, что представители африканских сообществ очень неохотно принимают антиретровирусную терапию.

Основания для надежды

В свете всего вышесказанного невозможно сделать точные прогнозы отдельным людям о возможном развитии симптомов.

Статистические данные нельзя применять для подробных прогнозов относительно отдельных людей.

Сегодня люди с асимптоматичным ВИЧ живут долгие годы.

Есть люди, у которых СПИД долгое время не прогрессирует, хотя мы и не знаем всех причин, почему у некоторых людей болезнь развивается, а у других — не развивается.

Многие наши страхи основаны на устаревших представлениях об эпидемии.

Методы лечения и профилактики оппортунистических инфекций продолжают совершенствоваться.

Медленно, но уверенно развиваются более эффективные методы антиретровирусной терапии. Появились новые препараты, новые методы лечения и новые возможности и перспективы комбинированных видов лечения. Сегодня у больных больше надежды, чем в прошлом.

Появились новые подходы к лечению, которые сейчас проходят клинические испытания, в ходе которых тестируются новые препараты, специально разработанные для борьбы с ВИЧ-инфекцией, действующие целенаправленно против вируса на разных стадиях его развития.

Вакцины против СПИД

На разработку вакцины против СПИД влияет широкий спектр вирусных подтипов и большое разнообразие человеческой популяции, которая нуждается в защите и которая отличается, например, своим генетическим строением и путями передачи ВИЧ-инфекции.

Неизбежным является тот факт, что подвиды потенциальных вакцин должны быть протестированы на различные подвиды вирусов путем многочисленных испытаний вакцин, проведенных как в развитых, так и в развивающихся странах.

Зачем нужна вакцина против СПИД?

С точки зрения долгосрочной перспективы, безопасная, эффективная и доступная профилактическая вакцина против ВИЧ-инфекции подает большую надежду, что глобальную эпидемию можно будет взять под контроль. Однако было бы ошибкой думать, что разработка такой вакцины будет быстрой или легкой, или ожидать, что, поскольку вакцина станет доступной, она заменит другие профилактические меры.

Сейчас ученые работают над тем, чтобы понять тот вид иммунитета, на который должна будет повлиять вакцина, чтобы защитить человека от ВИЧ-инфекции. Информация, которую они получают, в свою очередь обрабатывается фармацевтами и биотехнологами для разработки «потенциальной вакцины», которая должна будет пройти среди волонтеров с ВИЧ-негативной реакцией. Первые испытания ВИЧ-профилактической вакцины среди людей были проведены в 1987 году в США. С тех

пор было проведено более тридцати небольших испытаний, двенадцать из которых состоялись в развивающихся странах: Бразилии, Китае, Кубе, Таиланде и Уганде. Эти испытания, в которых принимали участие более пяти тысяч здоровых волонтеров, показали, что потенциальные вакцины являются безопасными и что они провоцируют реакцию иммунной системы, которая потенциально может защитить людей от ВИЧ-инфекции.

Крупномасштабные испытания вакцины

Первые крупномасштабные испытания ВИЧ-вакцины, разработанные, чтобы узнать, защищает ли в действительности потенциальная вакцина против ВИЧ-инфекции или заболевания, начали проводиться в 1998 году в США и в 1999 году в Таиланде. Для этих испытаний было привлечено 8000 здоровых волонтеров, которым давали одну или две различные версии gp120, протеина, находящегося на внешней оболочке вируса, в зависимости от типов вируса, преобладающих в этих двух странах. Первоначальные результаты этих двух испытаний могут быть получены в течение следующих двух лет. Параллельно сейчас разрабатываются другие потенциальные ВИЧ-вакцины с помощью разных экспериментальных подходов. Некоторые из них основываются на разновидностях ВИЧ-инфекции, более распространенных в развивающихся странах. Большинство из этих новых потенциальных вакцин будут проверены при проведении маломасштабных испытаний среди волонтеров. Лучшие вакцины будут

переданы на крупномасштабные испытания для оценки их эффективности.

Скорее всего, первоначальные ВИЧ-вакцины не будут 100 % эффективными, и их нужно будет вводить как часть всестороннего профилактического курса. Сейчас важно убедиться, что страны, в которых существует острая необходимость в

ВИЧ-вакцинах, будут участвовать в мероприятиях глобального масштаба и следить, чтобы вакцина, подходящая для использования в их стране, была разработана. Более того, уже подошло то время, когда можно начинать планировать, как обеспечить и сделать доступной будущую вакцину в местах, где в ней более всего нуждаются.

глава седьмая

Положение людей, живущих с ВИЧ/СПИД, в Украине

Права людей, живущих с ВИЧ-инфекцией/СПИД, регламентируются Конституцией Украины, законодательными актами, равно как и права любых других граждан. Дискриминационные законы по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИД, в Украине отсутствуют. Кабинет Министров утвердил целый ряд документов, которые непосредственно или косвенно влияют на качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

Вместе с тем, существующая эпидемиологическая ситуация и прогноз развития ВИЧ-инфекции в Украине позволяют сделать вывод о том, что в ближайшие годы количество людей, живущих с ВИЧ, будет неукоснительно возрастать. Не исключено, что этому будут способствовать неблагоприятные социально-экономические условия переходного периода и ряд других негативных аспектов:

- Отсутствие надлежащей медицинской помощи людям, которые живут с ВИЧ/СПИД, в том числе — доступного лечения, превентивного относительно развития клинической картины СПИД (комбинированной АРВ терапии); **ограниченная доступность** лечебных препаратов для профилактики и лечения оппортунистических заболеваний, а также исследования уровня вирусной нагрузки и функций иммунитета.

В Украине существует достаточно предпосылок увеличения количества людей, живущих с ВИЧ/СПИД (в том числе детей, инфицированных матерями), но уровень доступных услуг, необходимых данной категории граждан, крайне недостаточен.

- Отсутствие системы социальной реабилитации людей, живущих с ВИЧ/СПИД, в том числе — молодых матерей.
- Крайне недостаточная социальная помощь, как взрослым, так и детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями.

Дети. Согласно информации из областей, полученной преимущественно от главных врачей Центров СПИД младенец/ребенок с антителами ВИЧ, лишенный родительской опеки, иногда достаточно надолго «задерживается» либо в том же стационаре (роддоме), где у него определили антитела к ВИЧ, либо в инфекционном или соматическом отделении детского лечебного учреждения.

Сложившаяся критическая ситуация требует решения: количество новорожденных, лишенных родительской опеки, у которых были обнаружены антитела к ВИЧ, возрастает едва ли не ежемесячно. Решение о создании отдельных групп для

Можно констатировать, что сегодня в Украине дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами и лишенные родительской опеки, содержатся или в домах ребенка (Одесса, Днепропетровск, Черкассы, Макеевка), или даже в инфекционном или соматическом стационаре (при отсутствии специализированных групп в домах ребенка в соответствующей области), и лишь незначительный процент таких детей проживает с родственниками.

детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, принимаются не на государственном уровне, а на уровне местных властей. Вопрос о целесообразности создания таких групп, а тем более, специализированных детских учреждений, вызывает дискуссии среди специалистов.

Еще сложнее ситуация, когда ребенок лишь на основании наличия у него антител к ВИЧ практически живет в стационаре лечебного учреждения, которое в данном случае исполняет несвойственную ему функцию социального приюта.

Итак, что касается детей данной категории, то первоочередным является задание одновременного решения двух проблем: медицинской (сохранить жизнь детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами) и социальной (обеспечить им надлежащий уровень качества жизни, психофизического развития и социализации), которое до сих пор еще не выполнено.

В Украине в целом слабо развита сеть социальных услуг; социальная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИД, крайне недостаточна.

Негативно отражается на качестве жизни детей и подростков, живущих с ВИЧ, не только недостаток медицинской и социальной помощи. Например, сегодня в Украине очень мало ВИЧ-позитивных детей, живущих в семьях, посещают внешкольные учреждения и школы: родители боятся утраты конфиденциальности и дискриминации и/или нанесения вреда здоровью ребенка.

Что касается социальной реабилитации ВИЧ-инфицированных детей, то она вряд ли возможна в условиях изоляции и неприятия, неизбежных сегодня при их устройстве в детский дом обычного типа, где сохранить тайну диагноза практически нереально.

Некоторые отечественные специалисты и сотрудники домов ребенка акцентируют внимание на том, что при сохранении действующей системы перевода детей, лишенных родительской опеки, из учреждения в учреждение (дом ребенка — детский дом — школа-интернат), ВИЧ-инфицированные дети очень быстро будут погибать от общей инфекции. Этот вопрос требует дополнительного изучения и научного подтверждения или опровержения.

Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, с неподтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции, согласно законодательству Украины, могут быть усыновлены. Зафиксированы факты усыновления детей данной категории как украинскими, так и иностранными гражданами.

К сожалению, как уже было упомянуто, в Украине недостаточно развита система социальных услуг для населения, которая могла бы способствовать снижению необходимости передачи детей под

Отсутствие родительской опеки (государственная опека) связано с серьезными факторами риска, касающегося качества жизни ребенка: высокой смертностью, возрастанием числа случаев инвалидности и эмоциональных травм, неотвратимым разрушением семейных связей и целым рядом явлений, которые противоречат духу Конвенции Организации Объединенных Наций по правам ребенка.

государственную опеку, даже когда речь идет о семье, члены которой живут с ВИЧ.

Система государственной социальной реабилитации ВИЧ-позитивных также, к сожалению, отсутствует. Эту функцию несут группы взаимопомощи.

Согласно сообщениям из регионов Украины, имеют место отдельные факты нарушения пунктов Закона «О профилактике заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) и социальной защите населения» в той его части, где речь идет о праве человека, живущего с ВИЧ, на сохранение тайны диагноза.

Снижение уязвимости отдельных групп населения

Начиная с 1998 г., в Украине постепенно начало увеличиваться число лиц, инфицированных половым путем. На протяжении 1999 г. тенденция увеличения случаев распространения ВИЧ-инфекции за счет полового пути передачи приобрела постоянный характер. Данный феномен свидетельствует о постепенном переходе инфекции из среды потребителей внутривенных наркотичес-

ких веществ в широкие слои населения. Высокий уровень безработицы, экономический упадок украинского общества, распространение насилия в семье, наркомании и алкоголизма, стремительный рост уровня миграции населения привели к небывалому в Украине распространению такого негативного социального явления, как проституция.

Много украинских женщин используют секс как источник дохода. Количество молодых женщин и совсем юных девушек, продающих секс ради выживания, достигло тревожных масштабов, особенно в больших городах и приграничных областях. Например, в Одессе (традиционная рекреационная зона) имеется более 2 000 таких женщин, но летом их число увеличивается до 5 000 и более.

Не исключено, что неблагоприятные социально-экономические условия переходного периода будут сохраняться еще неопределенно длительное время, что, вероятно, негативно отразится на ряде аспектов, которые уже сегодня провоцируют увеличение количества женщин, занятых в коммерческом сексе.

Значительная часть населения Украины ощущает страх и дискомфорт при контакте с ВИЧ-инфицированными людьми, как взрослыми, так и детьми. К сожалению, это в определенной степени относится и к некоторым медицинским работникам, необученным надлежащим образом, что негативно сказывается на качестве медицинского обслуживания людей, живущих с ВИЧ/СПИД, то есть на качестве их жизни.

В Украине женщины секс-бизнеса и их клиенты традиционно являются одной из наиболее уязвимых групп к инфекциям, передающимся половым путем. Например, поведенческие исследования среди 200 женщин секс-бизнеса, проведенные в Одессе Общественным движением «Вера, Надежда, Любовь», продемонстрировали высокий уровень рискованного (относительно ВИЧ-инфекции) поведения как самих женщин, так и их клиентов:

- Использование презервативов все еще очень ограничено (в большинстве случаев из-за отказа клиентов).
- Более 50 % женщин секс-бизнеса, которые участвовали в исследовании, перенесли венерические заболевания.
- Минимальное число клиентов составляет 2—3 человека ежедневно;
- До 20 % опрошенных женщин употребляют наркотики, 10 % из них прибегают к инъекционным формам потребления.

Эти исследования были осуществлены в рамках проекта ПРООН «Профилактика ВИЧ/ИППП среди женщин секс-бизнеса», ставшего первым шагом в интегрированной активности агентств ООН, неправительственного (общественного) сектора и государства относительно такой уязвимой группы населения Украины, как представительницы коммерческого секса.

Многие местные администрации изменили свои неэффективные репрессивные подходы к решению вопросов, связанных с распространением коммерческого секса и необходимостью принятия профилактических мер по распространению ВИЧ-инфекции этим каналом. В

профилактическую работу включились и сами женщины секс-бизнеса.

В 1997 г. в Одессе при содействии программы ООН СПИД и Общественного движения «Вера, Надежда, Любовь» прошла первая в истории нашей страны конференция женщин секс-индустрии.

Следующим шагом стало создание и легализация общественной организации «**Мария Магдалена**», основанной самими женщинами. Члены организации при поддержке общественного движения «**Вера, Надежда, Любовь**» внедряют меры профилактики ВИЧ-инфекции и венерических заболеваний в своем сообществе, защищают права женщин секс-бизнеса, предоставляют психологическую и юридическую поддержку женщинам в кризисных ситуациях.

В 1998 г. при поддержке ЮНЭЙДС прошла конференция в столице Украины, г. Киеве. В конференции приняли участие как женщины секс-бизнеса, так и специалисты и представители МВД из семи городов Украины. Это беспрецедентное мероприятие позволило участникам обсудить потенциальные возможности женщин секс-бизнеса относительно формирования групп самопомощи и организации профилактических вмешательств по принципу «равный — равному».

В феврале 1999 г. состоялся уникальный обучающий семинар при поддержке ЮНЭЙДС и Британского Совета, на котором прошли подготовку по вопросам социального развития ВИЧ-уязвимых групп представительницы секс-индустрии из 10 городов Украины.

В 2000 г. в 11 городах Украины под патронатом ЮНЭЙДС общест-

венными организациями был реализован масштабный проект, нацеленный на предотвращение распространения ВИЧ в среде женщин секс-бизнеса путем формирования групп самопомощи из представительниц данной уязвимой группы.

На базе Международного тренингового центра по подготовке специалистов в области профилактики ВИЧ/СПИД среди уязвимых групп населения, созданного на базе неправительственной организации, Общественного движения «Вера, Надежда, Любовь», при поддержке Всемирного фонда СПИД и ЮНЭЙДС были подготовлены специалисты по профилактике ВИЧ и ИППП для данного проекта. Сегодня в Одессе, Киеве, Николаеве, Харькове, Черкассах, Донецке, Днепропетровске, Львове, Херсоне, Симферополе (АР Крым) представители общественных организаций, прошедшие соответствующее обучение в тренинговом Центре, в 2000 году реализовали вышеупомянутый проект.

В марте 1999 г. тренинговым Центром при поддержке Украинской ассоциации планирования семьи были подготовлены специалисты по организации профилактики ВИЧ/ИППП среди мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами (Донецк, Днепропетровск, Киев, Херсон, Одесса, Львов). Была проведена экспресс-оценка ситуации среди геев в шести перечисленных городах, продолжается реализация профилактических вмешательств по принципу «равный — равному» в режиме полевой работы.

Подытоживая приведенные данные, можно сделать вывод о большой пользе профилактических вмешательств в среде представителей

коммерческого секса, инициированных представительством ООН в Украине для:

- лиц, предлагающих собственные секс-услуги (доступность конкретной информации касательно ВИЧ и ИППП; снижение давления социального клеймения; более свободный доступ к медицинским услугам, ресурсным учреждениям и возможность формирования собственных ресурсных центров; овладение полезными навыками более безопасного поведения; правовое образование;
- специалистов сферы здравоохранения (возможность реализовать профилактические вмешательства в ранее «закрытой» социальной среде; контроль за уровнем заболеваемости ИППП среди особо уязвимой группы);
- местных сообществ (доступ к конкретной информации; правовое просвещение; «оздоровление» социальной ситуации; формирование навыков более безопасного полового поведения; снижение социального напряжения в связи с присутствием на территории общества людей секс-бизнеса);
- государства (возможность в более полном объеме влиять на развитие эпидемии ВИЧ/СПИД; в перспективе — улучшение эпидемической ситуации; шаг на пути к более интегрированному, толерантному, цивилизованному обществу и стабильности человеческого развития в Украине).

Учитывая, что вышеописанная практика доказала свою эффективность на территории нашей страны, целесообразно:

- развивать и распространять опыт общественных организаций, в том

- числе — представителей секс-бизнеса, в сфере снижения последствий эпидемии для данной уязвимой группы нашего общества путем масштабной социальной рекламы;
- способствовать самоорганизации людей секс-бизнеса в группы само- и взаимопомощи посредством просвещения во время полевой работы;

Судьбы ВИЧ-позитивных людей удивительно похожи. Разглашение тайны диагноза медицинским персоналом, отказ медиков от предоставления срочных и необходимых медицинских услуг, принудительное увольнение с работы или мест обучения, невозможность найти работу или получить образование, ограничение репродуктивных прав, всесторонняя изоляция и враждебное отношение общества, стигматизация. Все эти факторы, в совокупности с недоступностью лечения и диагностики, делают жизнь ВИЧ-позитивных украинцев довольно сложной.

Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ создана нами для того, чтобы поддерживать друг друга, защищать свои законные интересы, отстаивать человеческие права, адвокатируют доступность антиретровирусной терапии и диагностики, повышать качество жизни ВИЧ-позитивных людей, формировать толерантное отношение общества к людям, живущим с ВИЧ/СПИД, привлекать внимание средств массовой информации и государства к проблемам ВИЧ-позитивных людей.

*Из информационного буклета
Всеукраинской сети ЛЖВ*

- упорядочить действующее законодательство в той его части, которая регламентирует отношения государства и работника секс-бизнеса, который предлагает собственные услуги;
- сохранять имеющиеся и способствовать созданию новых подразделений здравоохранения, которые предоставляют бесплатные услуги населению по консультированию, диагностике и лечению ИППП на конфиденциальной основе.

ВСЕУКРАИНСКАЯ СЕТЬ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВС), создана 19 декабря 2000 года. Это благотворительная организация, объединяющая людей независимо от их ВИЧ-статуса.

Миссия организации

Опираясь на гуманистические идеалы, улучшать качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД, путем объединения всех заинтересованных сторон для предоставления психологической, социальной, консультативной, правовой помощи и адвокатируют доступности лекарственных средств и диагностики для людей, живущих с ВИЧ/СПИД в Украине.

Работа по созданию организации началась в ноябре 1999 года, когда семь ВИЧ-позитивных активистов, которые работали в ВИЧ-сервисных организациях Одессы, Полтавы и Киева объединились вместе для того, чтобы отстаивать законные права людей, живущих с ВИЧ, добиваться доступа к медицинскому уходу и лечению,

способствовать улучшению качества жизни ВИЧ-позитивных людей в Украине. В ноябре 2000 года представители 15 регионов Украины провели первое учредительное собрание Сети ЛЖВ, а 5 мая 2001 года Всеукраинская сеть ЛЖВ была зарегистрирована Министерством юстиции Украины.

На сегодняшний день Сеть ЛЖВ представляет зрелую неправительственную организацию, которая насчитывает более 300 членов, с четкой структурой, стратегией, планом работы и системой мониторинга и оценки.

В 2003 году организация развивала свою деятельность в соответствии с тремя стратегическими целями:

- Повышение доступа к немедицинскому уходу, лечению и поддержке.
- Лоббирование и адвокатиование прав людей, живущих с ВИЧ/СПИД, формирование толерантного отношения общества к ним.
- Увеличение организационной способности Сети.

Деятельность Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ

В 2001 году Всеукраинская сеть впервые провела акцию-реквием во Всемирный день памяти людей, умерших от СПИД. Акция стала традиционной и проводится ежегодно, уже в 21 городе Украины.

С января 2002 года в Полтаве, Симферополе, Знаменке и Павлограде при поддержке Института от-

крытого общества работают информационно-консультационные центры для ВИЧ-положительных людей. Всего услуги для ЛЖВ по проектам Всеукраинской сети предоставляются в 12 регионах Украины.

С апреля 2002 года выполняется совместный проект Сети и Европейской коалиции позитивных людей, цель которого – укрепить организационную способность Сети и повысить профессиональный уровень активистов организации. В рамках проекта 19 мая 2002 года открыт Центральный офис Всеукраинской сети в Киеве.

С августа 2002 года начата программа «Развитие регионов», финансируемая голландской организацией NOVIB. Цель – развитие потенциала региональных групп людей, живущих с ВИЧ/СПИД путем обучения и поддержки инициативных групп. Программа рассчитана на два года.

При поддержке международных организаций Всеукраинская сеть в 2001—2003 годах издала ряд буклетов, книгу историй ВИЧ-позитивных людей «Взгляд изнутри» и книгу «Группы самопомощи».

С 2003 года Всеукраинская сеть совместно с Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД реализует программу «Обеспечение ухода и поддержки людей, которые живут с ВИЧ/СПИД и уменьшение негативных последствий эпидемии ВИЧ/СПИД» при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

Я НАРКОМАНКА

Наташа

Употребляя наркотики около пяти лет, я не задумывалась о том, что меня коснется проблема ВИЧ-инфекции. Я думала, что это может быть у кого-то, но только не у меня.

Когда мой муж лег в очередной раз «спрыгивать» в психбольницу, его, якобы за нарушение дисциплины, попросили оставить отделение, ничего не сказав. А через две недели пришло письмо из санэпидемстанции об обязательной явке. Я пошла вместе с ним. Когда мы зашли в кабинет, нас попросили присесть. Прозвучала фраза, которую я запомню на всю жизнь: «Пришел анализ крови, у вас ВИЧ...» После этих слов я уже ничего не слышала. Я готова была провалиться сквозь землю. Ведь мы последнее время кололись одним шприцем. У меня был шок. Я не помню, как дошла домой, полная пустота, темнота. Хотя я еще не делала анализ, я знала, что беда коснулась и меня.

Муж успокаивал меня, у него еще была надежда на то, что я не ВИЧ-инфицирована. Но я уже была готова к худшему. Я продолжала употреблять наркотики. Я считала, что с помощью укола сниму свое стрессовое состояние. Сдала кровь на анализ. Жизнь потеряла смысл. Я начала сильно колоться. «Убивалась» до беспомысленности. Когда пришел мой результат, мне казалось, что земля уходит из-под ног. У меня началась истерика, я считала, что моя жизнь кончена. А ведь я

так мечтала иметь ребенка. Теперь все было перечеркнуто. Я ощущала себя сорняком на этой земле, пустышкой. Каждый день ждала смерти. Я начала принимать наркотики в неизмеримом количестве.

Итог — глубокая система. Я сильно осунулась, похудела, стала замкнутой. А я ведь молода, мне всего 26 лет.

Но время шло, боль утихала. Уже прошло больше двух лет. Эти два года я ощущала себя выброшенной за борт жизни. Продолжала употреблять наркотики. Я считала, что если я наркоманка, то буду колоться до конца своих дней. Думала, что наркоман не может вернуться к нормальной, трезвой жизни.

Боже, как я ошибалась. Но лучше поздно, чем никогда.

Сейчас я хожу в группу взаимопомощи для ВИЧ-положительных. Прочитала очень много литературы и знаю очень много о ВИЧ/СПИД. Благодаря ассоциации «Свет надежды», ее теплоте и поддержке, я поняла, что с этой проблемой можно жить. И радоваться каждому трезвому дню.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

МОЙ ВЫБОР — СВОБОДА!

Юлия

Меня зовут Юлия, мне 22 года. Детство у меня было безупречным, мама, бабушка и дедушка окружали меня заботой и любовью.

Когда я впервые взяла в руки шприц, мне было 15. Я стала наркоманом, не понимая этого. Мрак, оту-

пение, невыносимая боль, бессилие, неуправляемость, мука ворвались в мою жизнь. С этой болезнью пропали друзья, родители стали врагами, любовь осталась в воспоминаниях. Я позабыла свои мечты, стремления, перестала доверять себе. Стала эгоистична, лжива. Жизнь потеряла смысл.

Но настал момент, когда достало все. Попробовала лечиться, но снова срыв и новое падение. Опять наедине со шприцем, опять колюсь и слезы на глазах.

Так продолжалось много лет, пока я не поняла, как низко пала. В общем, осталась голодной, холодной и одинокой. Мне захотелось жить как люди. Желая завязать, я обратилась в Центр. Там я увидела луч солнца и новый горизонт. Мне захотелось жить. Но прошлая жизнь оставила отпечаток на мне. Я ВИЧ-инфи-

цирована. Когда я узнала о своем ВИЧ-статусе, мне показалось, что все рухнуло, почва уходила из-под ног. Я сходила с ума, думая, что никогда не смогу иметь детей, не услышу слово «мама». А ведь я так молода.

Но я благодарна Богу, который дал мне людей, окружающих меня, — это настоящие друзья, любимую работу, группу взаимопомощи.

Я сделала пересмотр своей прошлой жизни, и вопросы «Для чего?», «Какой будет моя новая жизнь?» не оставляют меня никогда. Но благодаря своей болезни я поняла, зачем живу на этой земле и в чем смысл жизни, которая только начинается.

А главное, трезвая жизнь — «лучший наркотик», и во мне снова есть силы жить!..

Моя жизнь — это счастье через несчастье...

В декабре 2003 г. состоялась 5-я Национальная конференция позитивных людей и ВИЧ-сервисных организаций Украины.

Невозможно переоценить важность проведения подобных конференций, объединяющих представителей различных сегментов общества, правительственные структуры, национальные и международные НПО, донорские агентства, представителей национальных бизнес-структур. Такие встречи способствуют обмену опытом, налаживанию контактов и выработке совместных стратегий в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИД в Украине. В своих выступлениях участники и гости конференции говорили об особом значении 5-й конференции. Юбилейная конференция состоялась в год, который не только был насыщен событиями и открыл новые перспективы работы в сфере ответа на эпидемию ВИЧ/СПИД в Украине, но и стал знаковым для движения ЛЖВС, поскольку наметил переход на качественно новый уровень работы и сотрудничества с представителями государственных структур и международных организаций. Этому переходу способствовал опыт, накопленный на протяжении пяти лет напряженной работы, которую начинала небольшая инициативная группа людей, затронутых эпидемией ВИЧ/СПИД. Спустя пять лет, появилась большая организация — Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ, которая в этом году, при финансовой и технической поддержке международных партнеров, организовала 5-ю Национальную конференцию позитивных людей и ВИЧ-сервисных организаций.

десятый раздел
Всемирный ответ на
эпидемию



люди и ВИЧ

Поскольку последствия СПИД ощущаются на всех континентах и во всех сферах человеческой деятельности, эффективные меры в ответ на эпидемию должны быть в равной степени широкими. Все это требует от нас поиска новых путей для совместной работы на основе:

- сочетания руководства со стороны правительства с энергией и творчеством организаций и отдельных людей на уровне сообществ;
- объединения усилий всех институтов — религиозных, социальных, политических и экономических — для того, чтобы они смогли сообща наращивать темпы наступления; а также поиска новых, более совершенных путей для объединения общественных и личных интересов по всем вопросам, начиная от предоставления доступа к жизненно важным лекарственным препаратам, до обеспечения поддержки и защиты рабочей силы перед лицом последствий эпидемии.

«Если бы появилась армия, вторгшаяся во все страны мира, угрожающая мировой стабильности и убивающая миллионы людей каждый год, руководители всех стран мира заседали бы день и ночь для того, чтобы разработать план военных действий и разгромить этого врага. Настало время для такого координированного глобального плана военных действий, чтобы разгромить СПИД. Каждая страна должна назначить своих лучших генералов и найти миллиарды долларов, которые необходимы для ведения этой войны».

*Эрик Сойер, учредитель «Act Up»
(Health Gap Coalition)*

Агентство США по международному развитию (USAID) — КРУПНЕЙШИЙ ПАРТНЕР УКРАИНЫ В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ/СПИД

С 1986 года правительство США через USAID выделило более 1,6 миллиарда долларов на реализацию программ по предотвращению ВИЧ/СПИД и минимизации негативных последствий эпидемии в развивающихся странах и странах с переходной экономикой. По проблемам ВИЧ/СПИД USAID работает приблизительно в 50 странах, наиболее пораженных эпидемией. Около 70 % оказываемой технической и финансовой помощи выделено на поддержку НПО, непосредственно работающих с наиболее уязвимыми группами населения. В 2001 году бюджет, выделенный на реализацию программ по борьбе с ВИЧ/СПИД, увеличился до 340 миллионов долларов США, что практически вдвое больше, чем в предыдущем году. За счет привлечения дополнительных ресурсов USAID была разработана **Программа расширенного ответа на эпидемию**, целью которой является не допустить распространения эпидемии среди населения, на сегодняшний день не затронутого ВИЧ/СПИД, а также предоставлять качественные услуги тем, кто уже пострадал от ее последствий (ВИЧ-позитивным, больным СПИД, их близким). Для реализации этой цели были выделены следующие **приоритетные направления деятельности**:

- Изменение поведения к более безопасному в отношении риска ВИЧ-инфицирования.

- Поддержка и уход.
- Помощь детям, затронутым эпидемией.
- Мобилизация заинтересованных групп.
- Микробициды.
- Микрофинансы.
- Оценка и мониторинг.
- Предупреждение вертикальной передачи ВИЧ.
- Оптимизация питания ВИЧ-позитивных.
- Профилактические мероприятия.
- Добровольное тестирование и консультирование.
- Работа с молодежью.

В рамках Программы расширенного ответа на эпидемию USAID ставит перед собой цель добиться к 2007 году следующих результатов:

- В странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции снизить распространенность на 50 % в возрастной группе 15—24 лет.
- В странах с низкой распространенностью ВИЧ удерживать этот показатель на уровне менее 1 % в возрастной группе 15—49 лет.
- В странах с высоким уровнем распространенности обеспечить проведение мероприятий по профилактике вертикальной передачи ВИЧ среди по меньшей мере 25 % ВИЧ-позитивных матерей.
- В странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции содействовать усилиям местных организаций в предоставлении медицинской помощи и психологической поддержки, по меньшей мере, 25 % ВИЧ-позитивных, а также предоставлении услуг, по

Программа ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС, UNAIDS) объединяет коллективные возможности и усилия восьми организаций для совместных усилий в борьбе с эпидемией:

- Детский фонд ООН (UNICEF);
- Программа развития ООН (UNDP);
- Фонд народонаселения ООН (UNFPA);
- Международная программа контроля лекарственных средств ООН (UNDCP);
- Организация ООН по вопросам образования, науки и культуры (UNESCO);
- ВОЗ (WHO);
- Международный банк реконструкции и развития.
- Международная организация труда (ILO).

ЮНЭЙДС мобилизует ответ на эпидемию этих восьми организаций, совместно спонсирующих программы по ВИЧ/СПИД и дополняет эти усилия специальными инициативами. Цель в том, чтобы возглавлять и способствовать расширению международного ответа на эпидемию ВИЧ на всех фронтах: в области медицины, общественного здоровья, социальной жизни, экономики, культуры, политики и прав человека. ЮНЭЙДС сотрудничает со многими партнерами — правительственными и неправительственными организациями, бизнес-структурами, наукой и непрофессиональными объединениями, — чтобы распространять знания, умения и передовой опыт, преодолевая границы.

меньшей мере, 25 % детей, затронутых эпидемией.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ USAID В УКРАИНЕ

Начиная с 1992 года, миссия USAID в Украине, Беларуси и Молдове разрабатывает и воплощает в жизнь программы помощи этим странам в сложном процессе перехода к рыночной экономике и истинно плюралистическому и открытому обществу. Для достижения этих целей в Украине Агентство сформулировало три широкие стратегические задачи: создание полноценной рыночной экономики, содействие формированию демократической политической системы и помощь в реформировании социального сектора с целью решения проблем переходного периода, особенно для наименее защищенных слоев населения.

Целью программ, финансируемых USAID в области здравоохранения в Украине, является улучшение доступности качественных медицинских услуг, усиление пропаганды здоровья, усиление роли первичной медико-санитарной помощи и оптимизация затрат с целью сделать услуги здравоохранения доступными для нуждающихся слоев населения. Эти программы также направлены на удовлетворение острых потребностей населения в превентивных программах, особенно в разрезе развившихся в стране эпидемий ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

Деятельность осуществляется по следующим направлениям:

- Партнерство в здравоохранении.
- Репродуктивное здоровье.
- Информационная система управ-

ления в области здравоохранения.

- Детские заболевания, развивающиеся вследствие Чернобыльской катастрофы.
- Программа предупреждения врожденных пороков развития.
- Программа профилактики и борьбы с туберкулезом.
- Программа предупреждения вензаболеваний и ВИЧ/СПИД.

В октябре 2003 года USAID опубликовало на своем вебсайте (<http://www.usaid.kiev.ua/lib/hiv-strategy.zip>) **новую стратегию по борьбе с ВИЧ/СПИД на 2003—2008 год.**

Новая стратегия направлена на уменьшение передачи ВИЧ путем:

- 1) адаптации, поощрения и развития навыков безопасного поведения;
- 2) усиления возможностей партнерских организаций планировать, управлять и оценивать программы по ВИЧ/СПИД;
- 3) снижения уровня передачи ВИЧ среди групп высокого риска и уменьшения воздействия эпидемии на всех затронутых ею.

USAID/Киев, в знак того, что признает потенциально серьезное воздействие эпидемии ВИЧ/СПИД на все аспекты жизни в стране, выбрало ВИЧ/СПИД в качестве особой задачи (ОЗ). Выполнение этой стратегии поддержит успешную реализацию третьей особой задачи: снижение уровня передачи ВИЧ среди групп высокого риска и уменьшение воздействия эпидемии на всех затронутых ею.

«Для успешного осуществления мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИД требуется тотальная мобилизация всех стран, что даст возможность изменить нормы, систему ценностей и обычаи, способствующие развитию этой эпидемии, при непосредственном участии членов сообществ. В то же время для ликвидации кризиса необходимо использовать всю мощь и авторитет государства, обеспечив оптимальное распределение ресурсов и мобилизацию всех секторов и уровней правительства вокруг национальной стратегии, нацеленной на конечные результаты. Это тот вызов, который бросает ВИЧ/СПИД правительствам».

*Марк Мэллок Браун,
администратор ПРООН*

Будут поддержаны три непосредственных результата, в том числе:

- Улучшение сервиса и информирования в сфере ВИЧ/СПИД;
- Улучшение поддерживающего и содействующего окружения;
- Уменьшение стигматизации и дискриминации, связанных с ВИЧ-инфекцией и СПИД.

Согласно новой стратегии, ресурсы USAID будут сосредоточены в максимум восьми регионах Украины (АР Крым, Черкасской, Днепропетровской, Донецкой, Херсонской, Киевской, Николаевской, Одесской областях и областных центрах), которые имеют самые высокие показатели распространенности ВИЧ.

В этих областях:

- концентрированная программа содействия с наибольшей веро-

ятностью охватит критическое число групп высокого риска

- есть возможности финансирования из других источников
- партнеры на местном уровне (НПО, государственные органы, гражданское общество) готовы к конструктивному сотрудничеству над дальнейшим продвижением стратегических задач.

Новая деятельность USAID в сфере ВИЧ/СПИД будет основываться на достижениях и выводах, имеющихся на данный момент, и будет направлена на укрепление сервиса и улучшение информирования в целях:

- Профилактики передачи ВИЧ инъекционным путем.
- Профилактики передачи ВИЧ половым путем.
- Ухода и поддержки для затронутых эпидемией людей.
- Услуг добровольного консультирования и тестирования.

ПРОГРАММА ЕК-США ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ИНФОРМИРОВАНИЮ ПО ВИЧ/СПИД В УКРАИНЕ

В период 2000—2003 г.г. USAID тесно сотрудничал с Европейской Комиссией по вопросам профилактики нарастающей эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине. Основные приоритеты программы USAID состояли в создании и деятельности Информационно-ресурсного центра и поддержки сети НПО с целью эффективной профилактической работы по ВИЧ/СПИД.

Европейская комиссия в рамках этой Трансатлантической инициативы поддержала областной демонстрационный проект по профилактике ВИЧ среди молодежи.

Проект «SUNRISE» с бюджетом 8 млн 200 тыс. долларов США — это первая инициатива, поддержанная в рамках разработанной АМР США стратегии для Украины, которая предусматривает существенное увеличение ресурсов, направленных Агентством на поддержку ответа Украины на распространение эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИД. Проект исполняет МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в консорциуме со Всеукраинской сетью людей, живущих с ВИЧ, Программой оптимальных технологий в здравоохранении.

ОРГАНИЗАЦИИ, РЕАЛИЗУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПРИ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКЕ USAID

- Международный Альянс по ВИЧ/СПИД.
- The Futures Group International.
- Американский Международный Союз Здравоохранения.
- Программа оптимальных технологий в здравоохранении.
- University of South Alabama.
- Johns Hopkins Training in Obstetrics and Gynaecology.
- John Snow International Research and Training Institute, Inc.(JSI).
- World Council of Hellenes Abroad (SAE) Мировое общество греков зарубежья.

ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС)

Решение Генеральной Ассамблеи ООН о созыве **специальной сессии по СПИД** является свидетельством коллективной воли всех народов мира объединить и удвоить

свои усилия в деле борьбы с эпидемией. В докладе, подготовленном к специальной сессии, изложены некоторые ключевые элементы эффективных ответных мер на основании глобального опыта борьбы с эпидемией.

Прежде всего действенные меры против ВИЧ/СПИД требуют устойчивого и эффективного руководства на всех уровнях — от деревни до всего мира. Обязательства со стороны руководства лежат в основе:

- систематического и поддающегося учету планирования;
- борьбы с клеймением;
- удовлетворения потребностей тех, кто наиболее уязвим к инфекции, и тех, кто оказался уязвимым в результате последствий СПИД;
- поддержка сообществ в их усилиях найти эффективные решения с целью обуздания эпидемии и борьбы с ее последствиями;
- усиления инфраструктуры в области здравоохранения, планирования и развития.

Поскольку повернуть вспять эпидемию СПИД невозможно путем принятия «обычных мер», ЮНЭЙДС была создана и существует как уникальная структура — Программа по ВИЧ/СПИД, объединяющая коллективные возможности и усилия восьми организаций-ко-спонсоров.

ЮНЭЙДС объединяет восемь учреждений системы ООН.

Коспонсорами ЮНЭЙДС являются:

Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), который в течение 56 лет проводит работу с партнерами по всему миру, способствуя признанию и

выполнению прав человека в отношении детей. Этот мандат, установленный в Конвенции о правах ребенка, реализуется через партнерство с правительствами, неправительственными организациями и отдельными гражданами в 162 странах, районах и территориях. Это обеспечивает для ЮНЭЙДС доступ к данной широкой сети, а также расширяет ее возможности для эффективной коммуникации и пропаганды. Приоритетные сферы деятельности ЮНИСЕФ в борьбе против ВИЧ/СПИД включают проведение профилактики среди молодежи, снижение уровня передачи ВИЧ от матери ребенку, обеспечение ухода и поддержки для сирот и уязвимых детей, а также обеспечение ухода и поддержки для детей, молодых людей и родителей, живущих с ВИЧ/СПИД.

Программа развития ООН (ПРООН), которая занимается вопросами развития и проводит активную работу внутри отдельных стран, способствует созданию благоприятной среды в области политики, законодательства и ресурсов в целях принятия эффективных мер по борьбе с ВИЧ/СПИД. Сферы деятельности включают: мобилизацию участников и организаций, в том числе тех, которые не относятся к сектору здравоохранения, в целях проведения социальных преобразований, необходимых для обеспечения будущего без ВИЧ; содействие обеспечению сильного руководства и потенциала для осуществления координированных и усиленных ответных мер; оказание помощи правительствам в мобилизации внутренних и

международных ресурсов; включение ВИЧ/СПИД в качестве приоритетной проблемы в национальные программы развития; а также содействие реализации прав людей, живущих с ВИЧ/СПИД, через пропаганду и законодательство.

Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) использует свой 30-летний опыт работы в области репродуктивного здоровья в целях профилактики ВИЧ и других сексуально передаваемых инфекций. Осуществляя свои программы в 150 странах, ЮНФПА уделяет особое внимание вопросам профилактики ВИЧ среди молодежи, осуществляет комплексные программы по распределению мужских и женских презервативов, а также программы профилактики инфекции среди беременных. ЮНФПА поддерживает: мероприятия по пропаганде; меры по расширению доступа к информации и просвещению, в том числе к добровольному консультированию и тестированию; меры по расширению потенциала служб, оказывающих услуги в различных секторах; а также меры по предоставлению товаров, предназначенных для профилактики ВИЧ и сексуально передаваемых инфекций, таких, как системы для тестирования на СПИ/ВИЧ, мужские и женские презервативы и средства, предназначенные для профилактики и контроля за инфекциями.

Программа ООН по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП) имеет исключительные полномочия по координации и обеспечению эффективного руководства всей деятельностью ООН, связанной с контролем над наркоти-

ДЕЛЕГАЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ КОМИССИИ В УКРАИНЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИД В УКРАИНЕ

Европейская Комиссия начала осуществлять свой первый проект по борьбе с ВИЧ/СПИД в Украине в декабре 2000 года в рамках совместной Программы предотвращения и информирования о ВИЧ/СПИД, проводимой ЕС и США. Этот проект был ориентирован на предотвращение ВИЧ/СПИД среди молодежи в пяти регионах, избранных для пилотного этапа: АР Крым, Харьковская, Донецкая, Херсонская и Львовская области. В рамках этого проекта предоставлялась помощь региональным и местным структурам системы здравоохранения в развитии подхода стратегического планирования предотвращения ВИЧ/СПИД, а также осуществлялась разнообразная работа с детьми и молодежью. В частности, более чем в 60 % всех школ перечисленных регионов были введены обязательные образовательные курсы по вопросам полового воспитания и курсы о вреде наркотиков; кроме того, осуществлялась всесторонняя подготовка учителей, социальных работников, психологов. Проект завершил работу в июле 2003 года.

Запланировано продолжение описанного проекта. В начале лета 2004 года должна начать работу инициатива под названием «Усиление многофункциональных подходов к предотвращению ВИЧ/СПИД среди молодежи», которая должна предоставить помощь Министерству образования в дальнейшей разработке и осуществлении комплексной работы на национальном уровне с целью значительного увеличения количества молодых людей, которые получили необходимые знания и образование.

Также были профинансированы другие небольшие проекты с целью поддержки работы НПО в сферах предотвращения распространения ВИЧ, заботы и поддержки ЛЖВС.

Бюджет, использованный на проведение работы по борьбе с ВИЧ/СПИД в 2000—2003 гг.: 2 миллиона евро, 2003—2005 гг.: 4 миллиона.

Количество проектов, получающих поддержку ежегодно: 1 большой проект, основным реципиентом, в котором выступает государственное учреждение и несколько небольших проектов по поддержке НПО.

На территории Украины нет регионов, которые получают преимущество в сравнении с другими регионами.

ками. В этом контексте ЮНДКП активно поддерживает меры по профилактике ВИЧ/СПИД в рамках программ, направленных на снижение спроса на незаконные наркотические средства. Основное внимание в работе программы уделяется молодежи и группам высокого риска. ЮНДКП осуществляет свою деятельность из штаб-квартиры, находящейся в Вене (Австрия), а также в

рамках рабочей сети, которая в настоящее время охватывает 121 страну и территорию.

Международная организация труда (МОТ) содействует обеспечению социальной справедливости и равенства, установлению стандартов в области занятости и улучшению условий работы. Вклад МОТ в деятельность ЮНЭЙДС, в частности, включает: трехстороннее членство в

этой организации, способствующее мобилизации правительств, работодателей и работников в борьбе против ВИЧ/СПИД; непосредственный доступ к рабочему месту; длительный опыт по созданию международных стандартов в сфере защиты прав работников; а также глобальную программу технического сотрудничества. МОТ разработала свод правил по ВИЧ/СПИД в сфере труда – международное руководство по разработке национальной политики и программ в этой сфере.

Комиссия ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) отвечает в структуре ООН за сферу образования. Поскольку отсутствие знаний является одной из основных причин, почему эпидемия СПИД остается неконтролируемой, просвещение по вопросам профилактики является одним из приоритетов в работе ЮНЕСКО. Потребность в проведении такой просветительской работы обусловлена отсутствием знаний по проблеме ВИЧ/СПИД, в частности в наиболее пострадавших странах: большая часть ВИЧ-инфицированных не знают о своей инфекции; широко распространены неправильные представления о возможных средствах лечения; низкий уровень знаний или наличие необоснованной информации относительно самой болезни, что ведет к предрассудкам и дискриминации.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) оказывает помощь странам по укреплению мер, осуществляемых системами здравоохранения по борьбе с ВИЧ/СПИД и другими сексуально передаваемыми инфекциями. ВОЗ

«Пребывая в социальной изоляции, потребители наркотиков редко вызывают сочувствие в нашем обществе, которое продолжает хранить иллюзию, что они являются как бы отдельной группой, а их болезни и смерти никак не могут повлиять на благополучие остальной части общества.

К нам поступали сообщения из Центральной Азии о том, как родители настолько боятся преследований со стороны полиции, что предпочитают молча смотреть, как их дети умирают от передозировок, вместо того, чтобы отвезти их в больницу. Страх и молчание, с которыми власти не считают нужным считаться, способствуют распространению ВИЧ и служат еще одним доказательством того, что политика в отношении наркотиков тесно связана с политикой в отношении СПИД».

Кася Малиновска-Семпрук,
директор международной программы «Снижение вреда» Института открытого общества в Нью-Йорке

содействует развитию партнерства, обеспечивает техническую и стратегическую помощь странам и регионам, разрабатывает нормативные принципы и другие ресурсы по ключевым мерам вмешательства в области здравоохранения, включая профилактику передачи инфекции от матери ребенку; ведение ВИЧ/СПИД, сексуально передаваемых инфекций и сопутствующих состояний, в том числе применение антиретровирусной терапии; обеспечение безопасности крови; принятие универсальных мер безопасности; разработку вакцины;

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД

Программа необходимых перемен была принята Организацией Объединенных Наций и всеми странами мира, которые подписали Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД в ходе специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИД в июне 2001 года.

Пришло время собрать воедино все частички мозаики. Планы разработаны. Потребности ясны. Решения существуют. Руководство набирает силу. Время действовать!

*Д-р Питер Пиот,
Исполнительный директор*

обеспечение безопасной инъекционной практики; добровольное консультирование и тестирование; а также осуществление мер вмешательства среди уязвимых групп населения. Кроме того, ВОЗ вносит свой вклад в развитие глобальной базы знаний по вопросам ВИЧ/СПИД через оказание поддержки системам.

Полномочия **Всемирного банка** направлены на уменьшение масштабов нищеты и повышение качества жизни. За период 1986—2002 годов Всемирный банк выделил почти 2 млрд долларов США на осуществление проектов по ВИЧ/СПИД во всем мире. Выделение таких средств в основном проводилось на льготных условиях, включая выделение 1 млрд долларов США в рамках Многогранной программы по ВИЧ/СПИД (МППС) для Африки. В целях преодоления разрушительных последствий ВИЧ/СПИД для про-

цесса развития Всемирный банк усиливает ответные меры в сотрудничестве с ЮНЭЙДС, донорскими организациями и правительствами. Меры, предпринимаемые банком, носят комплексный характер и включают профилактику, уход, поддержку, лечение и смягчение последствий.

В то же время коллективные меры, принимаемые в ответ на эпидемию, далеко не ограничиваются этими пределами и включают неправительственные организации, сообщества, частные корпорации и в конечном счете всех нас как граждан мира.

25—27 июня 2001 года в Нью-Йорке проходила специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИД. В ней приняли участие около 3 000 человек — политиков, ученых, врачей, журналистов, активистов и ЛЖВ — со всего мира. Это была первая в истории сессия Генеральной Ассамблеи, посвященная вопросам здравоохранения.

Результатом трехдневных напряженных переговоров стало подписание Декларации о приверженности делу борьбы в области ВИЧ/СПИД на следующее десятилетие.

Цели, включенные в Декларацию о приверженности

1. К 2003 году обеспечить разработку и осуществление многосекторальных национальных стратегий и финансовых планов для борьбы с ВИЧ/СПИД (рекомендация 37).
2. К 2003 году интегрировать приоритеты, связанные с предотвращением ВИЧ/СПИД, уходом, лечением и поддержкой, а также

смягчением воздействия эпидемии, в основные виды деятельности по планированию в области развития (рекомендация 38).

3. К 2003 году создать и укрепить механизмы, способствующие вовлечению частного сектора и партнеров из гражданского общества и людей, инфицированных ВИЧ/СПИД, и уязвимых групп в борьбу с ВИЧ/СПИД (рекомендация 46).
4. К 2003 году установить обусловленные определенными сроками национальные задачи по достижению согласованной на международном уровне глобальной цели по сокращению к 2005 году числа заразившихся ВИЧ среди молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет в наиболее пострадавших странах на 25 %, а в глобальном масштабе — на 25 % к 2010 году и активизировать усилия по достижению этих целей, а также по решению проблемы гендерных стереотипов и подходов, а также гендерного неравенства с точки зрения ВИЧ/СПИД, поощряя активное участие мужчин и мальчиков (рекомендация 47).
5. К 2003 году разработать национальные целевые задания в области профилактики, в которых признается наличие и предлагаются меры по устранению факторов, способствующих распространению эпидемии и повышению риска заболевания среди населения (рекомендация 48).
6. К 2005 году активизировать действия по борьбе с ВИЧ/СПИД в сфере трудовой деятельности путем разработки и осуществления программ профилактики и лечения в государственном, частном и

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией был создан в январе 2002 г. как финансовый инструмент в дополнение к существующим механизмам финансирования программ, направленных на борьбу с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией. Фонд занимается созданием дополнительных ресурсов и обеспечивает их доступность на уровне общины и страны.

Поскольку Фонд представляет собой партнерство между государственным и частным сектором, в его правление входят официальные представители стран (Севера и Юга), а также представители деловых кругов, неправительственных организаций и общин, непосредственно пострадавших от эпидемии. Секретариат ЮНЭЙДС и два из его коспонсоров (ВОЗ и Всемирный банк) являются членами правления без права голоса. Фонд координирует свою деятельность с правительствами, гражданским обществом, неправительственными организациями, ЮНЭЙДС, частным сектором и донорскими агентствами.

неорганизованном секторах занятости и принять меры по обеспечению благоприятной обстановки на рабочем месте для лиц, больных СПИД (рекомендация 49).

7. К 2005 году разработать и начать осуществление национальных, региональных и международных стратегий облегчения доступа к программам предот-

- вращения ВИЧ/СПИД для мигрантов и тех, кто занят на работе, требующей повышенной мобильности (рекомендация 50).
8. К 2003 году обеспечить принятие мер предосторожности в медицинских учреждениях в целях предотвращения передачи ВИЧ-инфекции (рекомендация 51).
 9. К 2005 году обеспечить разработку и принятие во всех странах, особенно в странах, наиболее серьезно затронутых этой проблемой, широкого круга профилактических программ, учитывающих местные особенности, этические нормы и культурные ценности (рекомендация 52).
 10. К 2005 году обеспечить, чтобы, по меньшей мере, 90 %, а к 2010 году — по меньшей мере, 95 % молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет имели доступ к информации, образованию, включая методы просвещения сверстниками и ориентированные на молодежь просветительские программы по ВИЧ, и услугам, требуемым для развития жизненных навыков, необходимых для снижения их уязвимости к инфицированию ВИЧ (рекомендация 53).
 11. К 2005 году сократить процент случаев перинатального инфицирования на 20, а к 2010 году — на 50 (рекомендация 54).
 12. К 2003 году обеспечить разработку национальных стратегий при поддержке региональных и международных стратегий в тесном сотрудничестве с международным сообществом, включая правительства и соответствующие межправительственные организации, а также с гражданским обществом и деловыми кругами в целях укрепления систем здравоохранения и рассмотрения факторов, влияющих на распространение лекарств, связанных с ВИЧ (рекомендация 55).
 13. К 2005 году разработать стратегии всеобъемлющего ухода и достичь существенного прогресса в их осуществлении (рекомендация 56).
 14. К 2003 году обеспечить разработку национальных стратегий для предоставления психосоциального ухода отдельным лицам, семьям и сообществам, затронутым проблемой ВИЧ/СПИД (рекомендация 57).
 15. К 2003 году обеспечить принятие, укрепление и соблюдение соответствующего законодательства, положений и иных мер для ликвидации всех форм дискриминации в отношении лиц, инфицированных ВИЧ/СПИД, и членов уязвимых групп (рекомендация 58).
 16. К 2005 году разработать и осуществить национальные стратегии, способствующие улучшению положения женщин и полному осуществлению женщинами всех прав человека; совместной ответственности мужчин и женщин за безопасные половые отношения (рекомендация 59).
 17. К 2005 году осуществить меры по расширению возможностей женщин и девушек по защите себя от риска инфицирования ВИЧ (рекомендация 60).
 18. К 2005 году обеспечить разработку и ускоренное осуществление национальных стратегий по расширению возможностей женщин, поощрению и защите всестороннего осуществления женщинами всех прав человека и снижению их уязвимости, инфици-

- цированию ВИЧ/СПИД посредством ликвидации всех форм дискриминации, а также всех форм насилия в отношении женщин и девочек (рекомендация 61).
19. К 2003 году в дополнение к программам предотвращения, в рамках которых рассматриваются виды деятельности, обуславливающие риск отдельного лица в плане инфекции ВИЧ, как-то рискованное и небезопасное сексуальное поведение и потребление наркотиков внутривенным путем, учредить во всех странах стратегии, политику и программы выявления и начала рассмотрения тех факторов, которые обуславливают уязвимость отдельных лиц к ВИЧ-инфекции (рекомендация 62).
20. К 2003 году разработать и/или укрепить стратегии, политику и программы, в рамках которых признается значение семьи в снижении уязвимости, в частности в образовании и жизненной ориентации детей, и учитываются культурные, религиозные и этические факторы; и которые преследуют цель снижения уязвимости детей и молодежи (рекомендация 63).
21. К 2003 году разработать и/или укрепить национальные стратегии, политику и программы при поддержке соответствующих региональных и международных инициатив в зависимости от обстоятельств, за счет подхода, основанного на участии, в целях поощрения и охраны здоровья тех конкретных групп, в которых в данный момент отмечаются высокие или растущие уровни ВИЧ-инфекции или в которых, по данным органов общественного здравоохранения, отмечается самый высокий риск и степень подверженности инфекции (рекомендация 64).
22. К 2003 году разработать и к 2005 году осуществить национальную политику и стратегии для: создания и расширения возможностей правительств, семей и общин по предоставлению помощи сиротам, девочкам и мальчикам, инфицированным ВИЧ/СПИД и затронутым проблемой ВИЧ/СПИД (рекомендация 65).
23. К 2003 году провести оценку экономического и социального воздействия эпидемии ВИЧ/СПИД и разработать многосекторальные стратегии для: анализа ее последствий для отдельного человека, семьи, сообществ и на национальном уровне; разработки и ускорения осуществления национальных стратегий сокращения нищеты (рекомендация 68).
24. К 2003 году разработать национальную правовую и директивную базу, которая обеспечивала бы защиту на рабочем месте прав и достоинства лиц, инфицированных ВИЧ/СПИД и затрагиваемых этой проблемой, и тех лиц, которые подвержены наибольшей угрозе заражения ВИЧ/СПИД на рабочем месте (рекомендация 69).
25. К 2003 году обеспечить, чтобы все материалы исследований лечения в связи с ВИЧ, включая антиретровирусную терапию и вакцины, на основе Международных руководящих принципов и передовых методов прошли оценку независимых комитетов по вопросам этики (рекомендация 74).
26. К 2003 году разработать и на-

чать осуществление национальных стратегий, предусматривающих включение элементов распространения информации по ВИЧ/СПИД, предотвращения инфицирования, ухода и лечения в программы или меры реагирования на чрезвычайные ситуации (рекомендация 75).

27. К 2003 году учредить национальные стратегии по рассмотрению вопроса о распространении ВИЧ среди национальных формирований там, где это требуется, включая вооруженные силы и силы гражданской обороны (рекомендация 77).

28. К 2003 году обеспечить включение проблематики информированности и подготовки по проблемам ВИЧ/СПИД, включая гендерный компонент, в руководящие указания, предназначенные для использования военнослужащими и другим персоналом, участвующим в международных операциях по поддержанию мира (рекомендация 78).

29. К 2005 году посредством серии поэтапных увеличений достичь общего целевого показателя ежегодного объема расходов на деятельность, связанную с эпидемией, в размере от \$7 до \$10 миллиардов в странах с низким и средним уровнем доходов и тех странах, в которых происходит стремительное распространение эпидемии или существует такая угроза, на цели профилактики, ухода, лечения, поддержки и смягчения воздействия ВИЧ/СПИД (рекомендация 80).

30. К 2002 году начать всемирную кампанию по мобилизации

средств, направленную на общественность, а также частный сектор, которую будет проводить ЮНЭЙДС при поддержке и сотрудничестве заинтересованных партнеров на всех уровнях для пополнения Глобального фонда по вопросам ВИЧ/СПИД и здравоохранения (рекомендация 91).

31. К 2003 году создать или укрепить в соответствующих обстоятельствах эффективные системы мониторинга для поощрения и защиты прав людей, инфицированных ВИЧ и больных СПИД (рекомендация 96).

Декларация о приверженности дает всему миру базу для принятия действенных политических мер и служит критерием подотчетности.

Показатели, разработанные Секретариатом и коспонсорами ЮНЭЙДС в сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами, позволят проследить прогресс, достигнутый по всем ключевым позициям этой Декларации. Генеральный Секретарь ООН будет ежегодно докладывать Генеральной Ассамблее о ходе выполнения решений Декларации.

Смещение парадигмы

Новая глобальная решимость в борьбе со СПИД подкрепляется рядом изменений, которые произошли в фундаментальном понимании этой эпидемии.

Во-первых, мы сейчас осознаем, что эпидемия ВИЧ/СПИД находится на ранней стадии своего развития, и по-прежнему остается неясным, как она будет развиваться в

долгосрочной перспективе. Незвизирая на очевидную потенциальную угрозу взрывоопасного роста эпидемии всего за несколько лет, общую динамику ее развития следует рассматривать в масштабах нескольких десятилетий.

Во-вторых, были определены успешные, подтвержденные практикой подходы к профилактике ВИЧ, а также признана необходимость уделения особого внимания молодежи. В каждой стране, где удалось добиться сокращения передачи ВИЧ-инфекции, оно было наиболее заметным среди молодых людей (и благодаря их решимости).

В-третьих, ключевой стратегией, на которой основываются успехи в борьбе против ВИЧ, является мобилизация населения. Для дальнейшего развития такой мобилизации необходимо устранить стигму, развивать партнерство между общественными и правительственными участниками, а также систематически вовлекать сообщества, общины и отдельных лиц, которые были инфицированы или пострадали в результате ВИЧ.

В-четвертых, при осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД обеспечение доступа к комплексным мерам по уходу и лечению при ВИЧ-инфекции вовсе не является излишней роскошью. Доступ к уходу представляет собой основную потребность, которую следует включать во все программы по СПИД в любых условиях – и огромного изобилия, и крайней нищеты – и должен включать в себя целый спектр мер, в том числе уход на дому, паллиатив-

ную помощь, лечение при оппортунистических инфекциях и антиретровирусную терапию.

Обеспечение более справедливого доступа к уходу необходимо для разработки масштабных стратегий, которые учитывают потребности и желание домашних хозяйств, сообществ и общин защититься от ВИЧ и его последствий. Профилактика ВИЧ-инфекции, обусловленная «спросом», скорее даст успешные результаты, чем искусственно насаждаемые меры.

В-пятых, учет экономических, политических, социальных и культурных факторов, способствующих уязвимости отдельных людей и сообществ к ВИЧ/СПИД, играет важнейшую роль в осуществлении устойчивых и расширенных ответных мер в международном масштабе.

Цели развития, вытекающие из Декларации тысячелетия, принятой во время проведенного ООН в сентябре 2000 года Саммита тысячелетия, включают обязательство остановить распространение СПИД и положить начало тенденции к сокращению его масштабов к 2015 году. В рамках этих задач также намечено: сократить вдвое долю населения земного шара, живущего в условиях нищеты; обеспечить начальное школьное образование для всех; способствовать развитию гендерного равенства и расширению возможностей женщин; снизить детскую смертность и улучшить здоровье матерей. Этот пакет мер является неотъемлемым для успешного осуществления мер, направленных на смягчение последствий СПИД.

Наконец, отсутствие возможностей для освоения дополнительных ресурсов, выделяемых на борьбу с ВИЧ/СПИД, хотя и представляет определенную сложность, не является причиной для того, чтобы сдерживать процесс осуществления ответных мер в странах, выступающих за принятие таких расширенных ответных мер. Оценка готовности программ, проведенная ЮНЭЙДС, а также быстрое реагирование на предложения нового Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией делают заявки на финансирование проектов, служат доказательством того, что в большинстве регионов мира имеются неотложные и существенные необеспеченные потребности в разработке и реализации программ по СПИД.

XV МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СПИД 2004 г.

Тема конференции — «Доступность для каждого» — определила саму атмосферу этого события. Прежде всего, она была посвящена доступности лечения, с ударением на первом слоге. Лечение и услуги, включая заместительную терапию, для всех стали одним из основных вопросов, затронутых на конференции. Поэтому реальное ударение было сделано на второй части слогана — «для каждого», включая, в

частности, потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

Следующим вопросом, который обсуждался на конференции, были глобальные инициативы, а именно «3 к 5». Было подчеркнуто, что одной из проблем глобального масштаба, стало следующее противоречие: наличие огромных ресурсов и отсутствие возможности их использовать. В связи с этим широко обсуждалась роль предоставления технической помощи развивающимся странам и странам с переходной экономикой.

Еще одним важным аспектом дискуссий стала проблема защиты прав человека. На пленарном заседании исполнительный директор МБА «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» Андрей Клепиков сделал презентацию на тему «ВИЧ/СПИД в Украине: права человека и конфиденциальность».

ПЯТАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УКРАИНЕ (2004—2008 гг.)

В марте 2004 г. постановлением Кабинета Министров Украины принята Пятая Национальная программа обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, помощи и лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом на 2004—2008 гг. С текстом программы также можно ознакомиться на нашем веб-сайте:

www.aidsalliance.org.ua

одиннадцатый раздел
Рекомендуемые ресурсы



люди **и ВИЧ**

глава первая

Организации, работающие в области ВИЧ/СПИД в Украине

ВИЧ/СПИД остается одной из самых значительных проблем развития сегодня, и совершенно ясно, что еще очень многому предстоит научиться, чтобы замедлить распространение ВИЧ-инфекции и справиться с последствиями СПИД. К счастью, опыт реагирования на эту пандемию за прошедшие двадцать лет показал, что существует много подходов к решению проблем. Главная задача сейчас — перейти от успешных, но маломасштабных проектов, нацеленных на относительно небольшие группы людей, к эффективным стратегиям, которые действительно противостоят пандемии. Как могут неправительственные и общественные организации увеличить свой вклад в эффективные ответные действия?

Задачи неправительственных организаций (НПО)

Для НПО, которые занимаются проблемами ВИЧ/СПИД на местных уровнях, повышение эффективности

работы связано с пятью ключевыми моментами, которые следует принимать во внимание:

Нацеленность на конкретные уязвимые группы людей — уверенность в том, что их программы тесно работают с лицами и группами, которые наиболее значительно воздействуют на динамику эпидемии.

Максимально полный охват — уверенность в том, что их усилия достигают как можно большего количества уязвимых людей и групп.

Качество — уверенность в том, что их программы и вмешательства соответствуют местному контексту и целевым группам, а также постоянно отвечают высокому стандарту.

Устойчивость — уверенность в том, что организация, ее программы и их эффект просуществуют долгое время.

Мониторинг и оценка результатов работы — уверенность в том, что каждому из вышеперечисленных моментов уделяется должное внимание.

ВИЧ/СПИД приносит с собой огромные испытания на уровне личного, социального благополучия и развития в целом, с ними борются

Международный Альянс по ВИЧ/СПИД — это международная неправительственная организация, основанная в 1993 году для содействия общественным действиям в области ответа на пандемию ВИЧ-инфекции в развивающихся странах. С тех пор Альянс поддержал более 1150 неправительственных и общественных организаций (НПО) в 40 странах Африки, Азии, Центральной Европы и Латинской Америки для осуществления более чем 1500 проектов по профилактике, лечению и снижению вреда, причиняемого ВИЧ.

Для правительств и принимающих решения лиц ключевая рекомендация Альянса заключается в том, чтобы признать, что большинство НПО оправданно имеют иные точки зрения и возможности для действий, чем организации, работающие на национальном и международном уровне. Правительства все более и с все большим вниманием сосредоточиваются на уменьшении распространенности ВИЧ и обеспечении лечением и поддержкой всех нуждающихся в них в мире. В то же время сектор НПО — это жизненно важный партнер в достижении этих национальных и международных целей. Отдельные НПО могут и должны достигать своих собственных целей с помощью собственных стратегий. Например, любая программа НПО по уходу за больными на дому, вероятно, окажется слишком дорогостоящей для расширения ее до национального уровня с тем, чтобы помочь всем четырем миллионам людей, живущим с ВИЧ, например, в Индии. Однако расширение такой программы НПО может помочь охватить ею тысячи, а не сотни людей, чтобы обучить врачей и социальных работников, которые могут также принимать участие и в других акциях и мероприятиях, разрабатывать хорошие практические рекомендации.

люди и организации во всем мире. Но того, что сделано, недостаточно. Многим миллионам людей все еще не хватает информации и навыков, чтобы защититься, и еще миллионам тех, кто уже инфицирован или столкнулся с ВИЧ, не хватает адекватных поддержки и лечения.

НПО играют важную роль в наращивании усилий, особенно в странах, правительства которых обладают ограниченными ресурсами или недостаточно вовлечены. В числе их преимуществ — реально существующие отношения с населением в сочетании с творческим подходом. Это дает им большой потенциал не только расширять деятельность, но также катализировать деятельность других, разделяя и используя примеры проверенных стратегий и систем.

На практике, однако, многим НПО приходится бороться за то, чтобы выйти за рамки проектов, высококачественных, дорогостоящих, имеющих штат и финансирование, но обслуживающих специфические, небольшие группы людей. Как заключает «Отчет ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИД, июнь 2000»: «Акции остаются скорее разрозненными и нерегулярными, чем всеобъемлющими. Маленькие эксклюзивные проекты предоставляют услуги одному-двум местным сообществам, в то время как остальные обширные территории так и не охвачены никаким сервисом. Многие программы еще должны стать полными либо в географическом отношении, либо по содержанию, либо и в том, и в другом».

Необходимо, чтобы доноры были более надежными и более приверженными

По природе своей работы — заботы о людях с неизлечимыми состояниями и множеством нужд — СПИД-сервисные программы имеют ограниченные возможности для того, чтобы рассчитывать только на себя в своем обеспечении. Таким образом, озабоченность доноров «устойчивостью» программ является постоянным источником беспокойства, а необходимость слишком часто демонстрировать эффективность программ означает, что социальное обеспечение и благополучие их штата отодвигается на второй план по сравнению с интересом охватить как можно больше населения.

Чтобы облегчить беспокойство в связи с зависимостью и ненадежностью, поддержка доноров должна быть более устойчивой и постоянной. Более того, доноры не должны фокусироваться только на вопросах покрытия населения. Если не относиться с большим сочувствием к вопросам социального обеспечения штатных сотрудников программ, они попадут в классическую ловушку, в которую попали многие доноры в прошлом: покупать автомобили для проектов развития, но не выделять денег на горючее и техобслуживание! Обе стороны много выиграли бы, если бы доноры посетили подобные программы на своих территориях, выходя в поле с теми, кто ухаживает за пациентами, и лично видя, что включает такая работа.

Рекомендации по расширению деятельности НПО

Правительства и ответственные органы власти должны:

Способствовать отношениям партнерства и сотрудничества с НПО. Это жизненно важно для гарантии того, что усилия и мероприятия хорошо скоординированы и взаимно дополняются. Это может быть достигнуто при помощи некоторых практических шагов, таких, как участие в планировании деятельности друг друга и приглашении НПО представлять свой опыт правительству.

Дополнять наращивание усилий НПО параллельным расширением, где возможно, правительственных программ социальной поддержки и медицинского обслуживания. Это может гарантировать, что полные и широкомасштабные ответные мероприятия в связи с ВИЧ/СПИД расширяются целиком, а не только их некоторые составляющие. На практике это может попутно приводить к расширению правительственных служб (например, проверки донорской крови и лечения ИППП) бок о бок с распространением соответствующих программ НПО, как, например, профилактика путем привлечения уязвимых групп.

Взять на себя ведущую роль в создании общенационального поддерживающего контекста, позволяющего деятельности по расширению не просто функционировать, но и активно развиваться. Это требует развития среды, в которой работа с ВИЧ/СПИД не просто принимается, но и активно фасилитируется, что крайне важно для обеспечения того, что расширяемая деятельность НПО/ОО имеет

реальный шанс на обширный эффект. На практике это может означать принятие различных мер, таких, как законодательный запрет на дискриминацию уязвимых групп или поддержка кампаний в СМИ, направленных на уменьшение клеймения людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

Активно способствовать обмену ресурсами и информацией о расширении деятельности с тем,

чтобы улучшить качество работы и координацию всех участников.

Это может привносить проведение координационных исследований в хорошие практические модели, может потребоваться проведение национальных форумов для того, чтобы собирать вместе различные сектора и делиться уроками, а также посредничество между НПО/ОО и возможными источниками финансирования.

Детальную информацию об организациях, работающих в области ВИЧ/СПИД в Украине, вы можете найти в справочнике «Организации, работающие в области ВИЧ/СПИД в Украине», выпуск 1 (3), 2004, изданном информационно-ресурсным

центром Международного Альянса по ВИЧ/СПИД при финансовой поддержке USAID.

Справочник, как и все информационные продукты Международного Альянса по ВИЧ/СПИД, распространяется бесплатно.



глава вторая

Информационная деятельность Международного Альянса по ВИЧ/СПИД

Недостаток точной информации является одним из главных препятствий на пути преодоления пандемии ВИЧ-инфекции. Поэтому информационно-ресурсный центр Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине обобщает и распространяет лучший опыт стран и организаций в ответе на эпидемию, разрабатывает и предоставляет целевую информацию о различных аспектах всемирной эпидемии (пандемии).

Альянс в Украине издает:

- **Бюллетень Альянса «Новости ВИЧ/СПИД»** — Информационный бюллетень Альянса в Украине регулярно выходит на русском языке и 1 раз в год — на английском языке в виде дайджеста. Каждый выпуск посвящен определенному аспекту пандемии ВИЧ/СПИД, содержит соответствующую ему информацию, мнения профессионалов, а также комментарии активистов в области борьбы со СПИД и людей, принимающих решения. Бюллетень предоставляет достоверную и актуальную информацию о работах в сфере ВИЧ/СПИД в Украине и в мире, является ареной для диалога всех заинтересованных сто-

рон, включая НПО, правительственные структуры и донорские, оказывающие поддержку организации, а также служит инструментом, посредством которого возможно поделиться информацией и идеями и узнать о деятельности потенциальных партнеров в области ВИЧ/СПИД. Каждый выпуск посвящен отдельному аспекту проблемы ВИЧ/СПИД с соответствующей содержательной информацией и мнениями специалистов, активистов и людей, принимающих решения. Постоянными рубриками являются: «Новости и календарь предстоящих мероприятий», «Практические советы НПО» и «Мнения». Англоязычный дайджест «**HIV/AIDS News**» содержит ключевые материалы из русскоязычной версии издания.

- **Аналитический обзор «СНІД в Україні»** — издание для лиц, принимающих решения в сфере государственной политики. От этих людей во многом зависит формирование политики государства в сфере ответа на эпидемию, правильное распределение ресурсов, стратегия взаимодействия с гражданским обществом, в том числе — с неправительственными ВИЧ-сервисными

организациями и объединениями ЛЖВ. В связи с этим целью издания является побудить государственных и политических деятелей к более активным действиям, что будет вкладом не только в противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИД, но и в формирование гражданского общества в Украине.

- **«Методические рекомендации»** — серия пособий для сотрудников общественных организаций по различным аспектам общественной деятельности, направленной на профилактику ВИЧ/СПИД.

Первый выпуск — «Оценка с привлечением к участию» — представляет собой сборник рекомендаций по привлечению к оценке ситуации и реагированию членов уязвимых групп, а также лиц, имеющих отношение к реализации профилактических программ.

Второй выпуск — «Разработка проекта» — поможет организациям на основании оценки ситуации разработать эффективную профилактическую программу в области ВИЧ/СПИД и отобразить ее в виде конкурентоспособной проектной заявки.

В методических рекомендациях **«Построение партнерства»** обобщен опыт налаживания партнерских отношений украинских и зарубежных СПИД-сервисных НПО с другими секторами общества. Что такое партнерство? Каков законодательный срез партнерских отношений НПО в Украине? Как налаживать партнерство? Какие реальные примеры построения таких отношений в Украине и других странах? На по-

добные вопросы мы попытались дать ответы в данной публикации. При составлении рекомендаций мы обратились к многочисленным НПО из Украины и СНГ, государственным учреждениям, международным организациям и бизнес-структурам с просьбой описать свой опыт партнерства и очень благодарны за полученную помощь.

Методические рекомендации **«Мониторинг и оценка»** посвящены методикам проведения мониторинга, а также оценки ситуации, процесса и влияния силами ВИЧ-сервисных НПО. В публикации много внимания уделяется техническому инструментарию проведения оценки: методам сбора данных, стратегии построения выборки, анализу данных. Материал основывается на международном и украинском опыте, в том числе опыте ВИЧ-сервисных НПО, исследовательских учреждений и донорских организаций.

- **Справочник «Организации, работающие в области ВИЧ/СПИД в Украине»** — на сегодняшний день наиболее подробный источник информации об услугах и ресурсах по ВИЧ/СПИД, имеющихся в Украине. В справочнике отражена деятельность НПО, государственных учреждений, а также международных донорских и оказывающих поддержку агентств, работающих на территории Украины. Справочник обновляется ежегодно.

- **Серия буклетов для людей, живущих с ВИЧ** — создается совместно с украинским представительством организации «Врачи без

границ — Голландия». Серия представляет ВИЧ-позитивным людям точную и доступную информацию по жизненно важным вопросам, включая антиретровирусную терапию.

• **Новости ВИЧ/СПИД: политика и адвокация**

Раз в два месяца Альянс выпускает бюллетень "Новости ВИЧ/СПИД: политика и адвокация". Цель публикации - информировать людей, работающих в области ВИЧ/СПИД, и лиц, принимающих решения, о проводимой адвокации, а также о проблемах, которые требуют политических решений. В каждом выпуске содержится информация о деятельности по адвокации различных ВИЧ-сервисных организаций, описаны актуальные вопросы, результаты исследований, новости, конкурсы. Уже увидели свет 4 выпуска.

• **Аналитический обзор**

Альянс продолжает выпускать аналитические обзоры по актуальным темам в области ВИЧ/СПИД. В рамках проекта Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией был выпущен обзор по заместительной терапии, где помещена информация об украинском законодательстве по этому вопросу, описана практика применения заместительной терапии в мире и в Украине, приведены результаты исследования эффективности этого метода лечения, а также мнения о нем украинских и зарубежных экспертов.

Еще один выпуск аналитического обзора посвящен результатам исследования среди людей, живущих с ВИЧ, проведенного совместно Все-

украинской сетью ЛЖВ и Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД в Украине. В публикации помещена оценка доступности для ЛЖВ профилактики и лечения оппортунистических заболеваний, социально-психологической помощи и консультирования; информация об осведомленности ЛЖВ с их правами и льготами; обобщены случаи нарушения прав этой категории лиц; описано восприятие ЛЖВ отношения к себе со стороны различных социальных групп.

• **Веб-сайт** содержит электронные версии всех публикаций Альянса, а также разделы новостей, статистики от Украинского центра профилактики и борьбы со СПИД, обширный раздел ссылок, раздел часто задаваемых вопросов, анонсы планируемых международных конференций и форумов. Веб-сайт доступен на русском и английском языках (www.aidsalliance.org.ua).

• Наконец, одним из наиболее значимых продуктов Альянса является **книга «Люди и ВИЧ»**, — третье издание которой Вы сейчас держите в руках. В книге «Люди и ВИЧ» впервые на постсоветском пространстве всесторонне освещены разнообразные аспекты пандемии ВИЧ. Рассчитанная на людей различных профессий и возрастов, которые хотят больше узнать о ВИЧ и СПИД, эта книга прежде всего полезна живущим с ВИЧ, их друзьям и родственникам, представителям правительственных и неправительственных ВИЧ-сервисных организаций, медицинским и социальным работникам, учителям. Издается на русском языке.

глава третья

Источники информации о ВИЧ/СПИД в Интернете

В этом разделе перечислены некоторые сайты международных организаций и кратко описаны украинские и российские сайты, содержащие информацию о ВИЧ/СПИД. Некоторые из них посвящены непосредственно проблеме, другие же освещают отдельные аспекты ВИЧ-инфекции в контексте основной темы сайта. Поэтому в каких-то случаях на страничке можно найти массу другой полезной информации. Мы же пытались выделить моменты, относящиеся непосредственно к проблеме ВИЧ/СПИД. Многие странички на время написания этого материала находились в стадии разработки и, возможно, сейчас содержат более обширную информацию, чем приведенная здесь. Надеемся, что предоставленные ссылки будут вам полезны.

САЙТЫ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ВИЧ/СПИД В УКРАИНЕ

<http://www.usaid.kiev.ua>
АГЕНТСТВО США ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ РАЗВИТИЮ (USAID)

<http://www.tpaa.net>
<http://www.tpaa.ru>
ТРАНСАТЛАНТИЧЕСКИЕ ПАРТНЕРЫ ПРОТИВ СПИДА (ТППС) — НЕЗА-

ВИСИМАЯ НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, КОТОРАЯ МОБИЛИЗУЕТ ПОЛИТИЧЕСКИЕ, ГРАЖДАНСКИЕ, НАУЧНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ СЕВЕРОАМЕРИКАНСКИХ, ЕВРОПЕЙСКИХ И ЕВРАЗИЙСКИХ ПАРТНЕРОВ В БОРЬБЕ ПРОТИВ БЫСТРОГО И РАЗРУШИТЕЛЬНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ/СПИДА В РОССИИ, В УКРАИНЕ И В СОСЕДНИХ СТРАНАХ.

<http://www.smartwork.org>
SMARTWORK — ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД НА РАБОЧИХ МЕСТАХ

<http://www.aiha.com>
АМЕРИКАНСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ СОЮЗ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (АИНА)

<http://www.msf.org>
ВРАЧИ БЕЗ ГРАНИЦ

<http://www.euro.who.int>
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ, WHO)

<http://www.delukr.cec.eu.int>
ДЕЛЕГАЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ КОМИССИИ В УКРАИНЕ

<http://www.unicef.org>
ДЕТСКИЙ ФОНД ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ — ЮНИСЕФ (UNICEF)

<http://www.ird-mariupol.org.ua>
(ОФИС В МАРИУПОЛЕ)
МЕЖДУНАРОДНАЯ ПОМОЩЬ И
РАЗВИТИЕ (INTERNATIONAL RELIEF
AND DEVELOPMENT INC. — IRD)

<http://www.ird-dc.org>
(ОФИС В ВАШИНГТОНЕ)

<http://www.aidsalliance.org.ua>
МЕЖДУНАРОДНЫЙ АЛЬЯНС ПО
ВИЧ-СПИД В УКРАИНЕ

<http://www.irf.kiev.ua>,
<http://harm.reduction.org.ua>
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОНД
«ВИДРОДЖЕННЯ»

<http://www.worldbank.org.ua>
МИРОВОЙ БАНК, МЕЖДУНАРОД-
НЫЙ БАНК РЕКОНСТРУКЦИИ И РАЗ-
ВИТИЯ

<http://www.massiveeffort.org>
MASSIVE EFFORT CAMPAIGN
(МЕС) В УКРАИНЕ

<http://www.unaids.org>,
<http://www.un.kiev.ua>
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА
ООН ПО ВИЧ/СПИД (UNAIDS)

<http://www.path.org>
ПРОГРАММА ОПТИМАЛЬНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕ-
НИИ (PROGRAM FOR APPROPRIATE
TECHNOLOGY IN HEALTH, PATH)

<http://www.un.kiev.ua>

<http://www.undp.org>
ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ ООН —
ПРООН (UNDP)

<http://www.afew.org>
«СПИД ФОНД ВОСТОК-ЗАПАД»
(AIDS FOUNDATION EAST-WEST,
AFEW)

<http://www.unfpa.org>
ФОНД НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ ООН
(UNFPA)

<http://www.policyproject.com>
FUTURES GROUP,
ПРОЕКТ ПОЛИСИ

<http://www.projectswe.kiev.ua>
ХРИСТИАНСКИЙ ДЕТСКИЙ
ФОНД (ХДФ), CHRISTIAN CHILDREN'S
FUND (CCF)

УКРАИНСКИЕ САЙТЫ

<http://www.lgvs.org.ua>
Узнайте о ВИЧ-позитивных от них
самих. Это — официальный сайт Все-
украинской сети людей, живущих с ВИЧ
(ЛЖВ). Предлагаемая информация:

- Об организации, ее проектах.
- Новости.
- Бюллетень Сети ЛЖВ.
- Услуги, оказываемые ВИЧ-позитив-
ным: НПО и группы самопомощи.
- Жизнь с ВИЧ: практические советы.
- Библиотека: законодательство,
медицинские, правовые, социо-
логические аспекты ВИЧ, исто-
рии ВИЧ-инфицированных.
- Знакомства: клуб знакомств для
ВИЧ-позитивных.

Сайт содержит наиболее обшир-
ную информацию для ВИЧ-позитив-
ных и о них. Внимание уделено мно-
гим аспектам ВИЧ/СПИД: медицин-
скому, бытовому, социологическо-
му, юридическому.

<http://www.moz.gov.ua/>

Официальный сайт Министерства здравоохранения Украины.

Рубрики:

- Медицинская помощь детям и матерям
- Общественная интернет-приемная
- Вопросы — ответы
- Статистика заболеваний
- Организация медицинской помощи
- Публикации/статьи

И много другой полезной информации.

<http://uhrn.civicua.org>

Сайт Украинской ассоциации проектов снижения вреда в Украине (при финансовой поддержке Фонда «Відродження»). Цель сайта — публикация материалов по профилактике и лечению ВИЧ/СПИД, ИППП и наркомании, а также популяризация стратегии снижения вреда. Вопросы ВИЧ/СПИД освещаются в следующем контексте:

- ВИЧ и СПИД: вопросы и ответы.
- Статистика по ВИЧ/СПИД 1987—2003 гг. (по данным МЗ).
- Поддержка проектов.
- Метадон.
- Реабилитация.
- Новости.
- Библиотека.
- Тренинги, встречи, семинары.
- Конкурсы.

Языки сайта —русский и английский.

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

Сайт разработан Медицинским информационно-аналитическим центром «Вектор» и продюсерским центром «Плеяда» с целью массового информирования и объективного освещения проблемы ВИЧ/СПИД. На нем доступны:

- Общая информация о ВИЧ/СПИД.
- Динамика регистрации ВИЧ-инфекции/СПИД и смертей от СПИД в Украине (1987—2000 гг., данные МЗ).
- Текст Национальной программы профилактики ВИЧ/СПИД в Украине на 2001—2003 гг. (проект).
- Статья «СПИД на рубеже веков» (А. М. Щербинская, Ю. В. Круглов, М. Г. Люльчук, О. В. Молчанец).
- Указ Президента Украины о неотложных мероприятиях по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции/СПИД.
- Информационный бюллетень Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ВС ЛЖВ).
- Анкета для вступления в ВС ЛЖВ.

www.spid.dp.ua

Днепропетровская общественная организация «Центр сексуального здоровья» на своем сайте поместила информацию об ИППП (что это такое и как от них уберечься), и СПИД (в контексте информирования детей разных возрастных категорий о СПИД, а также отдельно выделив проблему «женщина и СПИД»).

<http://www.ukrmed.com>

Под девизом «Лучший рецепт — знание» интерактивный проект в области здравоохранения UkrMED.com в рубрике «Чужие проблемы» освещает следующее в области СПИД:

- Украинское законодательство о ВИЧ/СПИД 1998—2000 гг.
- Новости ВИЧ/СПИД.
- Галерея художественных работ на темы ВИЧ/СПИД. Сайт содержит много линков, подходит к раскрытию вопроса со многих сторон. Язык — русский. В настоящее время сайт находится в разработке.

<http://www.aids.donetsk.ua>

Принадлежит Донецкому обществу содействия ВИЧ-инфицированным. Содержит следующую информацию:

- ВИЧ/СПИД в регионе.
- Перечень наработанных организацией методических материалов.
- Дозорный эпиднадзор (несколько городов Донецкой обл.).
- Снижение вреда.
- «Горячая линия» СПИД: где можно получить информацию относительно ВИЧ/СПИД и наиболее часто задаваемые вопросы по «горячей линии».
- Очень подробные эпидемиологические исследования по Донецкой области; многостороннее освещение деятельности организации. Язык сайта — русский.

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

Международная НПО «Врачи без границ» на своем украинском сайте поместила следующую информацию о ВИЧ/СПИД:

- Брошюра «Вам нужно знать о ВИЧ/СПИД больше».
- Обращение к Президенту Украины.
- Деятельность организации в Украине (проекты, семинары).
- Литература: переводы статей зарубежных источников.
- Сборник «Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости».
- Деятельность «Врачи без границ» в мире: РФ.

И все это — на русском языке.

<http://antiaids.pi.net.ua>

На сайте Полтавского благотворительного фонда «Анти-СПИД» на русском и английском языках можно узнать:

- о Фонде и его сотрудниках;
- общую эпидемиологическую ситуацию по наркомании, ВИЧ, ИППП в Полтаве и Полтавской области;
- о программе по обмену шприцев.

Можно также воспользоваться библиотекой сайта, зайти в фотогалерею, просмотреть графику.

<http://www.blago.mk.ua>

Сайт Фонда «Благодійність» был создан с целью проинформировать мировую общественность о ситуации с эпидемией ВИЧ/СПИД в Украине в целом и в г. Николаеве в частности. Что касается ВИЧ/СПИД, на страничке речь идет об:

- эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИД в Украине, по данным МЗ;
- стратегии снижения вреда;
- Ассоциации МСМ, лесбиянок и бисексуалов «ЛиГА»;
- профилактике ВИЧ/СПИД среди подследственных в СИЗО г. Николаева;
- поведенческом исследовании среди ПИН.

Имеется также «Календарь событий» с контактной информацией, галерея плакатов и фотографии. Сайт доступен на русском и английском языках.

<http://www.poryatunok.8m.com>

Созданный Кременчугской городской общественной организацией содействия профилактике социально негативных явлений в обществе «Порятунок» этот сайт содержит:

- Описание проекта.
- ВИЧ и наркоманы: программа по профилактике ВИЧ в Кременчуге.
- Брошюры организации.
- Статьи по ВИЧ/СПИД.
- Описание лекарств.

Интересны статьи о тестирова-

нии на антитела к ВИЧ, гипотезе «наркотик-СПИД» Питера Дуйсберга. Язык сайта — русский.

<http://www.stupeny.org>

Русскоязычный сайт Международной благотворительной организации «Реабилитационный центр «Ступени» предоставляет информацию о проблемах химической зависимости (алкоголизме и наркомании) и ВИЧ. Тут можно узнать о:

- Реабилитационной программе организации.
- Группам самопомощи.

В рубрике «Публикации» имеется пособие: «Индивидуальное консультирование наркозависимых» Д. Мерсер и Д. Вуди.

В настоящее время сайт находится в разработке.

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

Принадлежащий Фонду «Салюс» (НПО, работающая с проблемами ИППП и ВИЧ/СПИД) сайт содержит описание программ и публикации Фонда.

Особый интерес здесь представляет галерея работ, собранных во время акций Фонда (картины, объемно-пространственная пластика и мода). Информация представлена на украинском и английском языках.

www.pharmnews.kiev.ua

В выпусках еженедельника «Аптека» также можно прочитать новости о ВИЧ/СПИД в Украине и в мире на русском/украинском языках.

www.lekarstva.com.ua

На страничке проекта «Лекарства он-лайн» в разделе «Инфоцентр» есть рубрика «СПИД», в которой рассказывается об истории эпиде-

мии ВИЧ/СПИД в мире, а также даются советы на тот случай, «если сотрудник болен СПИД».

www.medsoc.dp.ua

Сайт на украинском и английском языках Днепропетровской ассоциации качества жизни человека. Помимо информации об организации, страничка содержит рубрику «Качество жизни лиц, живущих с ВИЧ/СПИД», где проблема раскрывается в следующем ключе:

- Социально-демографический аспект эпидемии (электронная версия публикации МЗ и ПРООН «Эпидемия ВИЧ/СПИД в Украине: социально-демографический аспект»).
- Методика оценки ВОЗ качества жизни лиц с ВИЧ/СПИД.
- Законодательные документы по проблеме ВИЧ/СПИД (Указ Президента Украины от 01.11.2000 г.).
- Организации, работающие в области ВИЧ/СПИД (ссылки на украинско-, русско-, англоязычные сайты по ВИЧ/СПИД).

<http://ukrmed.org.ua>

Каталог медицинских сайтов Украины УКРМЕД — частный некоммерческий проект, созданный в начале 1999 г. с целью сбора, систематизации и облегчения поиска медицинских сайтов и страничек, связанных с медициной, в украинском Интернете.

В разделе «Специальности» есть рубрика «Инфекционные заболевания», где можно найти ссылки на сайты о ВИЧ/СПИД. Информация представлена на украинском и английском языках.

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

Сайт Общества Красного Креста

Украины в разделе «Последние новости» содержит следующую относящуюся к проблеме СПИД информацию:

- Гуманитарная программа ЕСНО «Чрезвычайный отклик на сложившуюся ситуацию в Украине — эпидемию туберкулеза, ВИЧ/СПИД и ИППП — путем укрепления службы патронажных сестер и оказания образовательной, медицинской, материальной и социальной поддержки».
- Программа «Красный Крест против туберкулеза и СПИД» в действии. Языки сайта — украинский, русский, английский.

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

Информационный и правозащитный центр для МСМ и лесбиянок «Наш мир» на своем сайте информирует о СПИД в разделе «Библиотека», рубрика «ВИЧ/СПИД». Здесь помещены результаты исследования факторов рискованного поведения МСМ Восточной Украины, буклет «Стоп, СПИД», описание опыта работы проекта «ЭСПО», произросшего из группы самопомощи ВИЧ-позитивных. Сайт доступен в украинском, русском и английском вариантах.

РОССИЙСКИЕ САЙТЫ

Информация взята из разделов «Ссылки» сайтов: www.aids.nm.ru, www.aids.ru и <http://www.hiv-aids.ru/>

<http://www.aids.ru>

Российский фонд «Имена» — общероссийская общественная благотворительная организация, занимающаяся созданием в России условий, при которых каждый гражданин, независимо от пола, возраста, места проживания, ВИЧ-статуса, состояния здоровья, образа жизни, уровня до-

ходов и иных обстоятельств, имел доступ к достоверной информации, эффективным средствам профилактики, современному медицинскому обслуживанию и всесторонней поддержке в контексте эпидемии СПИД.

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

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

<http://aids.rusmedserv.com>

Сайт «СПИД в России». Общая информация о ВИЧ/СПИД, статистика. Материалы Российской военно-медицинской академии и Общества «Мы и Вы». Новости, пункты обследования на ВИЧ в Москве, журнал и служба объявлений для ВИЧ+, обзор публикаций о СПИД в СМИ. Можно задать вопросы специалистам.

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

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

<http://public.tsu.ru/aids/>

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.alien.ru/~sibin/>

Сайт региональной обществен-

ной организации «Сибирская инициатива». Содержит информацию о деятельности организации, ее проектах, образцы собственной печатной продукции, статистику заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Алтайском крае и ссылки на сайты других СПИД-сервисных организаций.

<http://www.postman.ru/~safelove/>

На сайте приводится полный текст буклета MSF — Holland «Безопасный секс — мой выбор», где содержится информация о том, что такое ВИЧ и СПИД, путях передачи ВИЧ, способах предохранения от заражения, о правильном использовании презервативов и другое.

<http://www.asi.org.ru>

Оперативные новости социальной сферы, в том числе о деятельности негосударственных некоммерческих организаций. В рубрике «Здравоохранение» и «Статьи» содержится информация по проблемам ВИЧ/СПИД.

<http://narmed.ru>

На сайте НАРМЕД — вся нетрадиционная медицина: йога, цигун, нейгун, аромато-, цвето-, звуко-, свето-, металло-, минерало-, водо-, траволечение, астромедицина, биолокация и биополе, герменевтика, гипноз, иридодиагностика, гомеостатика, психическая и энергетическая защита, саморегуляция и аутотренинг, молитва, осознанные сновидения.

<http://aids.samaratoday.ru/>

Самарский проект по борьбе со СПИД «Анти-СПИД». Проектом собраны статьи по проблеме СПИД, адреса структур, которые владеют ситуацией и управляют ею. Приведены ссылки

на различные ресурсы, посвященные профилактике, лечению, жизни с ВИЧ и другим аспектам проблемы СПИД. Освещается работа Самарского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД.

<http://www.mossanepid.ru>

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

<http://www.nan.ru>

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

<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 ИППП. Представлены обзоры и оригинальные статьи, преимущественно по диагностике ИППП.

<http://www.ocsen.ru>

Сайт Центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора Свердловской области (ЦГСЭН).

Материалы об эпидемиологической обстановке, в том числе по ВИЧ/СПИД, в Свердловской области, материалы госдокладов по СПИД, статистика, профилактические мероприятия, ссылки. Помесячный анализ инфекционной заболеваемости в области.

<http://www.weandyou.org.ru>

Сайт организации «Мы и Вы». Содержит российскую статистику по ВИЧ/СПИД, информацию о пунктах тестирования на ИППП и ВИЧ/СПИД медицинских центров, телефонах доверия, общественных организациях. Также на сайте размещены: журнал для ВИЧ+ «Жизнь продолжается», чат ВИЧ+, доска объявлений ВИЧ+, конференция «Спросите специалиста» и многое другое.

www.altairegion.ru/biz/alt aids

Сайт Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИД и другими инфекционными заболеваниями.

<http://www.hivrussia.org/>

Российская сеть по борьбе с ВИЧ-инфекцией

При финансовой поддержке: «Канадского агентства международного развития» (CIDA)

Проект «Российская сеть по борьбе с ВИЧ-инфекцией» рассчитан на три года (2002—2004). Его главными целями являются усовершенствование ресурсов правительственных и общественных организаций, работающих в области профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа и мобилизация экспертизы и ресурсов для создания интегрированной и межведомственной сети по профилактике

ВИЧ/СПИД в РФ. Проект также направлен на привлечение внимания российских законодателей к важности профилактики ВИЧ-инфекции.

Одной из задач проекта является развитие неправительственного сектора в России и укрепление способности различных слоев общества осуществить в сотрудничестве Федеральную программу борьбы со СПИДом на 2002—2007 годы.

Проектом осуществляется электронная рассылка «Глобальные новости по ВИЧ/СПИД»

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

Журнал «Шаги», увидел свет в мае 2001 года. Вначале он был приложением к журналу «Круглый стол» и финансировался фондом Элтона Джона (США). Но с первых же номеров он стал настолько востребован не только ВИЧ-положительными людьми и их близким окружением, но и медицинскими работниками, что в 2002 году получил статус самостоятельного журнала. На сегодняшний день «Шаги» является практически единственным в России журналом, предназначенным для ВИЧ-позитивных людей и их близкого окружения и целиком посвященным вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП, гепатитам и наркомании.

Рубрики:

- «ВИЧ и право»: дается обзор Российского законодательства, а также комментарии специалистов.
- «Лечение»: обзор комбинированной терапии, лекарственных препаратов и другие аспекты, связанные с лечением, в том числе альтернативная медицина.
- «Жизнь с ВИЧ»: статьи и обзоры.
- «Судьбы»: письма, истории читателей, которые хотели рассказать на

- страницах журнала о своей судьбе.
- «Духовность»: религиозные аспекты жизни с ВИЧ, а также поддержка и сотрудничество с духовными лицами.
 - «Вопрос-ответ»: В короткой форме сотрудники редакции или специалисты отвечают на вопросы читателей.
 - «Питание»: правильное питание как при ВИЧ, так и при оппортунистических заболеваниях (рецепты и специальные диеты).
 - «Мнения»: публикация статей специалистов и необычные взгляды на ВИЧ.
 - «Объявления»: публикуются объявления о знакомствах и поиски друзей или активистов.

<http://www.aidsprint.ru>

Представляет лучшие печатные работы, изданные организациями, работающими в области профилактики социально-обусловленных заболеваний.

<http://www.infoshare.ru>

«СПИД инфосвязь» — российская организация, созданная в 1993 году, главной своей целью считает противостояние эпидемии ВИЧ/СПИДа на разных уровнях. Поэтому основная деятельность организации направлена на профилактику ВИЧ/СПИДа, защиту прав человека, охрану здоровья, предоставление полной и своевременной информации, необходимых услуг и поддержку заинтересованных организаций и групп населения, эффективных проектов правительственных и неправительственных организаций в этой области.

Рубрики:

- новости;

- деятельность;
- редакция;
- организации;
- библиотека;
- телефон доверия.

<http://www.csw-project.ru>

Сайт для НПО работающих с коммерческими секс-работниками

При поддержке: Института «Открытое общество» (Фонд Сороса) —Россия

Рубрики: новости, проекты, библиотека, словарь, байки, форум, почта.

<http://www.sex-xes.ru>

Сайт для клиентов работников коммерческого секса.

Яркий сайт, корректная и доступная информация по профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП.

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

- Знакомства.
- ВИЧ-перекресток на Позитиве.

Просветительский центр «ИНФО-Плюс», при поддержке сайта Gay.ru открыл службу знакомств для всех, кого коснулась проблема ВИЧ/СПИДа. Часто людям, живущим с ВИЧ, сложно найти друзей, а тем более возлюбленного, который понимает, что такое жизнь с ВИЧ.

Это уникальная Интернет-программа, созданная для:

- ВИЧ-положительных, которые ищут друзей, партнеров и спутников жизни.
 - Родных и близких людей с ВИЧ, которые нуждаются в общении с теми, кто оказался в схожей ситуации
 - Активистов в области СПИДа, которые хотят познакомиться с коллегами и соратниками по борьбе
- Помимо «обычных» объявлений о знакомстве, ВИЧ-Перекресток

позволяет автоматически искать друзей не только по полу, возрасту и месту жительства, но и по множеству других параметров.

<http://www.positivenet.ru>

Сайт российской Сети ЛЖВС

На сайте наиболее полно представлена секция правовых вопросов.

<http://www.nospid.ru>

Официальный сайт Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (2002— 2006 гг.).

На сайте представлена подпрограмма «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)»

Рубрики:

- Что такое СПИД
- Это должен знать каждый
- Материалы программы
- Информация для населения и специалистов
- Жизнь с ВИЧ
- Материалы для людей ВИЧ+
- Вопросы и ответы
- Задай вопрос
- Поговорим откровенно
- Форум посетителей
- Куда обратиться
- Адреса и телефоны
- Новости
- Статистика
- Статьи и публикации
- Для специалистов
- Консультативный совет
- Полезные ссылки
- Конкурс Минздрава России

<http://www.infospid.ru>

Сайт Республиканского центра

МЗ Республики Татарстан по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями:

- ВИЧ/СПИД
- Гепатиты
- Вензаболевания
- Наркомания
- Эпиднадзор
- Диагностика
- Лечение
- Профилактика
- Юридические консультации
- Советы психолога
- Режим и диета
- Защищенный секс
- Отдых и увлечения
- Лечение и обследование
- ВИЧ и женщины
- ВИЧ и дети
- ВИЧ и потребление наркотиков
- Заражение ВИЧ через кровь
- Заботимся о близких
- Клуб знакомств

БЕЛОРУССКИЕ САЙТЫ

<http://www.realworld.unibel.by>

Сайт некоммерческой неправительственной организации «Реальный мир», Светлогорск, Беларусь. Цели организации — поддержка и развитие молодежных инициатив, формирование здорового образа жизни. Сайт содержит ответы на наиболее часто задаваемые вопросы о ВИЧ/СПИД и наркомании, статистику по ВИЧ в Беларуси. Белорусский национальный СПИД-мемориал «Квилт».

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ САЙТЫ
НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

<http://www.aidsalliance.org>
Международный Альянс по
ВИЧ/СПИД (Великобритания)

<http://www.cdc.gov/hiv>
Центр контроля за заболеваниями
(США). Осуществляют регулярную рас-
сылку новостей по электронной почте.

<http://www.aidsmap.com>
NAM Publications (Великобритания)
Осуществляют регулярную рас-
сылку новостей по электронной почте.

<http://www.aegis.org>
AEGIS. Осуществляют регулярную рас-
сылку новостей по электронной почте.

<http://www.pitt.edu>
Alternative Medicine Homepage
Страничка альтернативной меди-
цины.

<http://nccam.nih.gov>
National Center for Complementary
and Alternative Medicine
Национальный центр дополни-
тельной и альтернативной терапии.

www.caps.ucsf.edu/publications/
Center for AIDS Prevention Studies,
AIDS Research Institute, University of
California

www.eldis.org/hivaids/index.htm
ELDIS library, Institute of
Development Studies

www.fhi.org/en/aids/impact/iohiv/ih11/index.html
Family Health International IMPACT
project

www.policyproject.com
Futures Group POLICY project

www.gnpplus.net
Global Network of People living with
HIV/AIDS

www.hivstopswithme.com
HIV Stops With Me Campaign

www.popcouncil.org/horizons/horizons.html
Horizons Programme, Population
Council

www.id21.org/insights/
Institute of Development Studies,
University of Sussex — insights
newsletter

www.napwa.org
National Association of People with
AIDS (USA)

www.nat.org.uk
National AIDS Trust (UK)

www.hda-online.org.uk/nhpis
National HIV Prevention Information
Service (UK)

<http://archives.hst.org.za/pwha.net/>
PWAHA discussion list (pwha-
net@lists.health.dev.net)

Словарь

А

АБСЦЕСС — гнойник, нарыв — скопление гноя в различных тканях и органах. Наиболее частая причина абсцесса — местная бактериальная инфекция, чаще всего стафилококковая. Лечение антибиотиками и оперативное (вскрытие).

АДЕНОПАТИЯ — увеличение желез, в особенности лимфоузлов. Генерализованная лимфаденопатия — одно из частых проявлений ВИЧ-заболевания.

АЗТ (AZT, Retrovir) (азидотимидин, ретровир, зидовудин) — препарат, подавляющий репликацию (размножение) ВИЧ. Относится к группе ингибиторов обратной транскриптазы. Первый противоретровирусный препарат, который начали применять для лечения ВИЧ/СПИД в 1985 г. При применении АЗТ могут наблюдаться нежелательные побочные реакции, такие, как анемия, лейкопения, мышечное утомление, потеря мышечной массы, тошнота и рвота, головная боль.

АКТИВНО ПРИОБРЕТЕННЫЙ ИММУНИТЕТ — иммунитет, возникающий в результате перенесенного заболевания или вакцинации, когда организм сам вырабатывает соответствующие антитела.

АЛОПЕЦИЯ — выпадение волос, облысение. Нередко происходит у пациентов, проходящих химиотерапию.

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

— в западных странах альтернативной медициной называют любой вид медицины, которая применяется в дополнение или вместо биомедицины, или аллопатической медицины. Гомеопатия, траволечение, народная медицина и т.п. относятся к альтернативной медицине.

АЛЬФА-ИНТЕРФЕРОН — один из трех крупных разновидностей интерферонов, которые организм производит в ответ на вирусные инфекции. У ВИЧ-положительных повышенный уровень альфа-интерферона в крови может указывать на прогрессирование заболевания. В США одобрено применение альфа-интерферона, полученного методом генной инженерии, для лечения саркомы Капоши, ректальных кондилом и хронического гепатита В. Изучается возможность применения альфа-интерферона как противовирусного средства в сочетании с АЗТ.

АМЕБИАЗ — тяжелое заболевание, вызываемое одноклеточным организмом дизентерийной амёбой: поражает слизистые оболочки кишечника, вызывая кровавый понос и абсцессы. Нередко распространяется с кровотоком на другие органы — печень, легкие, головной мозг, почки и т.д. Передается через загрязненные фекалиями руки, воду, пищу, посуду, а также при орально-анальном контакте.

АНАЛЬГЕТИК — препарат, облегчающий боль.

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ (АРВ) ТЕРАПИЯ — комбинация препаратов, с помощью которой можно подавлять ВИЧ так, что инфицирование неопределенно долгое время не разовьется в СПИД.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК (анафилаксия) — опасная для жизни острая аллергическая реакция, для которой характерны кожные высыпания и зуд, спазмы гладких мышц (например, бронхов), воспаление и набухание тканей (например, горла), резкое снижение артериального давления. Причиной может быть реакция на яды насекомых, лекарственные препараты, некоторые пищевые аллергены.

АНЕМИЯ — заболевание, которое характеризуется ненормально низким уровнем гемоглобина и/или эритроцитов (красных кровяных телец) в крови.

АНОРЕКСИЯ — отсутствие аппетита, длительный отказ от пищи.

АНТАГОНИЗМ — ситуация, при которой один фактор (например, лекарственный препарат) существенно снижает или сводит на нет эффективность другого фактора. При одновременном назначении нескольких лекарств необходимо исключить риск возникновения антагонизма. Понятие, обратное антагонизму, — синергия.

АНТИГЕН — вещество, обычно органического происхождения, сти-

мулирующее иммунный ответ. Иммунная система распознает это вещество как чужеродное и производит антитела для борьбы с ним.

АНТИГЕН p24 — белок, входящий в состав ядра ВИЧ. С помощью анализа на антиген p24 измеряется присутствие этого вирусного белка в крови и других биологических жидкостях и тканях организма. Положительный результат анализа на антиген p24 говорит об активной репликации (размножении) ВИЧ.

АНТИСЕПТИК — противомикробное, дезинфицирующее средство.

АНТИТЕЛО — белковое соединение, которое организм производит в ответ на антиген, чтобы уничтожить или нейтрализовать бактерии, вирусы, яды или другие чужеродные вещества. Эта реакция, называемая реакцией «антиген-антитело» составляет основу иммунного ответа (см. также Антиген p24 и Аутоиммунная болезнь).

АРИТМИЯ — нарушение нормального ритма работы, обычно когда речь идет о сердечном ритме.

АСПЕРГИЛЛЕЗ — глубокий микоз, вызываемый плесневыми грибами рода Аспергиллус, обитающими, как правило, в почве и в компостных ямах. Нередко встречается у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Больной аспергиллезом незаразен.

АСТЕНИЯ — состояние, для которого характерна общая слабость, раздражительность, быстрая утомляемость, неустойчивость настроения.

Может быть начальным проявлением нервных и психических расстройств.

АУТОИММУННАЯ БОЛЕЗНЬ — заболевание, которое возникает, когда иммунная система принимает собственные ткани организма за чужеродные и нападает на них.

АЦИКЛОВИР (зовиракс) — противовирусный препарат, используемый при лечении вируса простого герпеса-1 («лихорадка» на губах), простого герпеса-2 (герпес половых органов), а также опоясывающего герпеса (герпес зостер, опоясывающий лишай).

Б

БАКТРИМ (бисептол, септрин, триметоприм-сульфаметоксазол) — антибиотик, сульфаниламидный препарат, применяемый, в частности, для профилактики ПЦП у пациентов с иммунным статусом ниже 200.

БЕССИМПТОМНЫЙ — о заболевании, проходящем при отсутствии внутренних болезненных ощущений или каких-либо внешних проявлений.

БЕТА-КАРОТИН (провитамин А) — красно-оранжевый пигмент, содержащийся в растениях: моркови, сладком перце, шиповнике, облепихе, тыкке и листовых зеленых овощах. Оказывает благоприятное действие на иммунную систему.

БИЛИРУБИН — вещество, выделяемое красными кровяными тельцами (эритроцитами), при их физиологическом распаде и удалении из

системы кровообращения. Билирубин поступает в печень и становится составной частью желчи, которая используется организмом для переваривания жиров в тонком кишечнике. Повышенное содержание билирубина в крови может говорить о повреждении клеток печени.

БИОДОСТУПНОСТЬ — скорость и степень, с которой вещество (лекарственный препарат, продукт питания) всасывается и распространяется в организме.

БИОПСИЯ — анализ, при котором у пациента хирургическим путем берется небольшое количество ткани или клеток для микроскопического исследования.

БРОНХИ — полые ветви легочного дерева, соединяющие трахею с альвеолами (легочными пузырьками). В бронхах воздух очищается от посторонних примесей.

БРОНХИТ — воспаление слизистой оболочки бронхов, часто сопровождающееся кашлем, болезненностью и затруднением дыхания.

БРОНХОСКОПИЯ — процедура исследования внутренней поверхности трахеи и бронхов с помощью специальных стекловолоконных оптических приборов — бронхоскопов. Во время бронхоскопии иногда берутся пробы мокроты, производится биопсия тканей.

В

ВАКЦИНА — вакцины против ВИЧ/СПИД пока нет. Последними

проводились исследования вакцины, которая бы удерживала уровень ВИЧ на низком уровне, не позволяя прогрессировать в СПИД.

ВИРИОН — частица вируса.

ВИРУЛЕНТНОСТЬ — степень патогенности, способность вызывать заболевание.

ВИРУС ГЕРПЕСА — группа вирусов, в которую входит простой герпес тип 1, простой герпес тип 2, цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейна — Барр, вирус ветряной оспы и вирус человеческого герпеса тип 6. Вирус простого герпеса 1 вызывает болезненную «лихорадку» на губах, в полости рта или вокруг глаз; вирус простого герпеса 2 обычно передается половым путем и вызывает язвы на половых органах.

ВИРУС ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ПАПИЛОМЫ — вызывает появление бородавок на руках и на ногах, а также различных образований на слизистых оболочках полости рта, остроконечных кондилом анального отверстия и половых органов. В настоящий момент известно более 50 типов вируса папилломы. Некоторые из них способны вызывать рак или предраковые состояния, в том числе рак шейки матки у женщин. Одна из наиболее распространенных передающихся половым путем инфекций. По статистике, до 40 % здоровых женщин являются носителями этого вируса. Специфического радикального лечения при заражении вирусом папилломы не существует. Образования на коже и слизи-

стых оболочках удаляются хирургическим путем, часто с помощью лазерной или криохирургии (криотерапии).

ВИРУС ЭПШТЕЙНА — БАРР — вирус группы герпеса, возбудитель инфекционного мононуклеоза и волосистой лейкоплакии. С этим вирусом также связывают развитие лимфомы Беркитта — рака лимфоузлов и носоглотки.

ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА — лабораторный показатель количества генетического материала ВИЧ в единице объема крови.

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека. По мнению большинства ученых, приводит к заболеванию СПИД. Относится к лентивирусам, подгруппе ретровирусов. У большинства вирусов, как и у бактерий, растений и животных, генетический код состоит из ДНК, а РНК используется для построения специфических белков. Генетический материал ретровируса — сама РНК. ВИЧ внедряет свою РНК в ДНК клетки-хозяина, препятствуя тем самым нормальному функционированию клетки и превращая ее в фабрику по производству вируса.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ — заболевание, вызванное ВИЧ.

ВИЧ- или СПИД-СЕРВИСНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ — медицинская, социальная или любая другая организация или служба, активно занимающаяся профилактикой ВИЧ/СПИД, лечением или поддержкой людей, затронутых эпидемией.

ВНУТРИВЕННЫЙ — присутствующий в венах или вводимый в вену.

ВНУТРИМЫШЕЧНЫЙ — присутствующий в мышцах или вводимый в ткань мышцы.

ВОЛОСИСТАЯ ЛЕЙКОПЛАКИЯ — не представляющее опасности заболевание, предположительно вызванное вирусом Эпштейна — Барр. К симптомам относится появление белых пятен в полости рта, часто в виде полос на боковой поверхности языка. Встречается у людей с ВИЧ-инфекцией; до появления ВИЧ-инфекции это заболевание не наблюдалось.

ВОСПАЛЕНИЕ — ответ организма на инфекцию или повреждение тканей; при воспалении повышается кровообращение и проницаемость кровеносных сосудов на данном участке тела.

Г

ГАНЦИКЛОВИР — противовирусный препарат, применяемый при лечении цитомегаловирусного ретинита и для профилактики ЦМВ-инфекции у пациентов, перенесших трансплантацию. Также используется при лечении ЦМВ-колита, ЦМВ-эзофагита, СПИД-связанного менингоэнцефалита и СПИД-связанной полирадикулопатии.

ГЕМАТО-ЛОГИЧЕСКИЙ — имеющий отношение к крови или клеткам крови.

ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЙ БАРЬЕР — особое защитное обра-

зование между кровеносными сосудами и тканями головного мозга, назначение которого — ограничить проникновение различных веществ из крови в мозг. Некоторые вещества легко преодолевают гемато-энцефалический барьер, другие полностью блокируются.

ГЕМОЛИЗ — разрушение эритроцитов (красных кровяных телец).

ГЕН — мельчайшая единица, с помощью которой все живые организмы передают наследственную информацию последующим поколениям. Гены содержатся в хромосомах, располагаясь по всей ее длине. Ген состоит из ДНК. Для каждой хромосомы каждого биологического вида характерно свое количество и расположение генов, которое определяет как структуру, так и метаболические функции клетки и в конечном счете всего организма. Они несут информацию, необходимую для синтеза ферментов и других белков, и указывают, когда следует производить эти вещества. Изменения либо в количестве, либо в расположении генов может привести к мутациям, т.е. искажению наследственных характеристик.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ — увеличение двух или более лимфоузлов, длящееся более 1 месяца.

ГЕННАЯ ИНЖЕНЕРИЯ — группа новых исследовательских технологий, основанных на манипуляциях с ДНК (генетическим материалом клетки). Метод сплайсинга, или сращивания генов, в результате

которого получается рекомбинантная ДНК, позволяет пересаживать определенные гены от одного биологического вида другому. К примеру, у организма-донора (насекомого, растения, млекопитающего и т.д.) берутся гены, являющиеся частями молекулы ДНК, и «вклеиваются» в генетический материал вируса; затем этим вирусом заражают бактерию-реципиента. Таким образом бактерия получает как вирусный, так и инородный генетический материал. Когда вирус размножается внутри бактерии, образуются большие количества как вирусного, так и инородного материала.

ГЕНОМ — полный набор генов в хромосомах определенного организма.

ГЕПАТИТ — воспаление печени, вызванное одним из нескольких различных болезнетворных факторов, которыми могут быть ряд вирусов, злоупотребление алкоголем, некоторые лекарства и т.д. Хотя многие виды гепатита не представляют серьезной угрозы, болезнь может перейти в хроническую форму и стать опасной для жизни. Существует четыре основных вида вирусных гепатитов: гепатит А, или инфекционный, который чаще всего передается фекально-оральным путем, через загрязненные продукты питания или воду — после перенесения развивается пожизненный иммунитет; гепатит В, передающийся, как и ВИЧ-инфекция, половым путем или через кровь (например, при употреблении общих шприцев); гепатит С (иначе называемый вирусный гепатит ни А ни В с парентеральным механизмом передачи). Он

передается, подобно гепатиту В, через сексуальный контакт или кровь; гепатит Е (иначе называемый ни А ни В с фекально-оральным механизмом передачи); гепатит D (или дельта-вирусная инфекция), который поражает людей, уже зараженных вирусом гепатита В. Профилактика гепатитов А и Е — соблюдение правил гигиены и контроль за чистотой пищевых продуктов и воды. Профилактика гепатитов В, С и D аналогична профилактике заражения ВИЧ — использование презервативов и чистых игл для инъекций.

ГЕПАТИТ В — вирусное заболевание печени, которое может быть острым, хроническим и даже опасным для жизни, особенно у людей с низким иммунитетом. Подобно ВИЧ-инфекции, вирус гепатита В может передаваться при половом контакте или через укол иглой, загрязненной инфицированной кровью. Для лечения хронического гепатита В сейчас применяется рекомбинантный (полученный путем генной инженерии) альфа-интерферон.

ГИПЕРПЛАЗИЯ — ненормальное разрастание клеток и тканей тела.

ГИСТОПЛАЗМОЗ — микоз, возбудителем которого является *Histoplasma capsulatum*. Распространение этого грибка географически ограничено.

ГЛИКОПРОТЕИНЫ — сложные протеины (белки), в которых небелковая часть представляет собой углевод (например, молекулу сахара). Гликопротеины gp41 вкраплены во внешнюю оболочку ВИЧ и играют

ключевую роль в заражении вирусом клеток CD4+, поскольку способствуют слиянию мембран вируса и клетки. Гликопротеин gp120 выступает над поверхностью ВИЧ и служит для прикрепления к клеткам CD4+.

ГОНОРЕЯ — передающееся половым путем заболевание: воспаление слизистой оболочки половых органов, вызываемое бактерией гонококком.

ГОРМОН — активное химическое вещество, которое образуется в одной части организма (в эндокринных железах) и переносится с током крови в другую часть организма, к какому-либо органу или ткани, чтобы дать химический сигнал к изменению их структуры или функций.

ГРАНУЛОЦИТЫ — белые кровяные клетки иммунной системы, содержащие гранулы токсических веществ, с помощью которых они поглощают и переваривают чужеродные микроорганизмы. К гранулоцитам относятся базофилы, нейтрофилы и др.

ГУМОРАЛЬНАЯ ИММУННАЯ РЕАКЦИЯ — иммунная реакция, осуществляемая посредством В-лимфоцитов и включающая производство антител. Гуморальный иммунитет связан с выработкой цитокинов интерлейкина-4 и интерлейкина-10.

Д

Д-4-Т (d4Т, ставудин) — противовирусный препарат, применяемый у пациентов с ВИЧ/СПИД при непе-

реносимости или резистентности к АЗТ или ddI. Подобно аналогичным препаратам — АЗТ, ddI и ddC, d4Т — относится к группе ингибиторов обратной транскриптазы.

ДАПСОН — антибиотик, применяемый против возбудителей ПЦП, лепры и других заболеваний, и в меньшей степени токсоплазмоза и МАК. Часто используется для профилактики ПЦП при непереносимости триметоприм-сульфаметоксазола (см. Бактрим).

ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — метод медицинского исследования, при котором ни исследователь, ни исследуемый (субъект) не знают, получает ли субъект какое-либо лекарство, и если получает, то какое. В конце эксперимента производится «рассекречивание», полученные данные сравнивают и анализируют. Данным методом пользуются, чтобы исключить любую необъективность со стороны экспериментатора или субъекта исследования.

ДЕМЕНЦИЯ (слабоумие) — при СПИД: неврологическое заболевание с различными клиническими проявлениями, к которым относятся: потеря координации движений, резкие необоснованные перемены настроения, нарушение способности критически воспринимать собственные и чужие действия, на поздних стадиях — прогрессирующая утрата памяти, продуктивности мышления и индивидуальных черт личности. Считается, что СПИД-обусловленную деменцию вызывает непосредственно ВИЧ.

ДЕНДРИТНЫЕ КЛЕТКИ — тип клеток иммунной системы, имеющих длинные, похожие на щупальца ответвления, которыми они захватывают чужеродные объекты. Выполняя функцию «патруля», дендритные клетки могут способствовать началу развития ВИЧ-заболевания, перенося вирус с места его первичного вторжения к лимфоузлам, где заражению подвергаются другие клетки. Дендритные клетки циркулируют по всему организму и прикрепляются к инородным веществам, особенно находящимся на поверхности слизистых оболочек и кожи. Затем дендритные клетки переносят инородное вещество к лимфоузлам, чтобы стимулировать там производство Т-клеток и вызвать иммунный ответ. Лабораторные эксперименты показали, что дендритные клетки, несущие ВИЧ, могут прикрепляться к клеткам CD4+ и тем самым способствовать их заражению вирусом.

ДЕРМАЛЬНЫЙ — кожный.

ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ — снижение или устранение аллергической реакции на какой-либо антиген (аллерген).

ДИАРЕЯ — понос, ненормально частый и жидкий стул. Почти у всех больных СПИД в определенный период заболевания развивается диарея. Длительная и тяжелая диарея приводит к уменьшению массы тела и истощению. При диарее происходит обезвоживание организма — чрезмерная потеря жидкости, — что представляет угрозу для жизни. При СПИД диарея может возникать по

различным причинам; к самым распространенным инфекциям, вызывающим диарею, относятся: цитомегаловирусная; паразитарные — криптоспоридиоз, микроспоридиоз, лямблиоз; бактериальные — микробактериоз. Бактерии и паразиты, вызывающие симптомы диареи у всех людей, в том числе здоровых, при ВИЧ и СПИД особенно опасны, так как приводят к более длительной, тяжелой или рецидивирующей (повторяющейся) диарее.

ДИАГНОЗ — интерпретация заболевания. Диагноз ВИЧ-инфекции ставит врач на основании положительного анализа на антитела к ВИЧ, эпидемиологических данных и осмотра пациента. Диагноз СПИД может быть поставлен, когда пациент болеет оппортунистическими инфекциями.

ДИ-ДИ-АЙ (ddI, дидеоксинозин, Videx) — нуклеозидный аналог, ингибитор обратной транскриптазы, препятствующий репликации ВИЧ. Может вызывать побочные эффекты, такие, как панкреатит и периферическая невропатия. Применяется при непереносимости или неэффективности АЗТ, а также для профилактики резистентности к АЗТ.

ДИ-ДИ-СИ (ddC, дидеоксицитидин, Hivid) — препарат, препятствующий размножению ВИЧ, относится к группе ингибиторов обратной транскриптазы. При применении вызывает побочные эффекты, такие, как периферическая невропатия, панкреатит, язвы в полости рта. Применяется как в сочетании с АЗТ, так и самостоятельно после отмены АЗТ.

ДИСПЕПСИЯ — расстройство пищеварения.

ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ — рассеянный по всему органу или организму.

ДИСТРОФИЯ — заболевание, вызванное недостаточным или неправильным питанием; некоторые формы дистрофии, такие, как мышечная дистрофия, обусловлены наследственностью.

ДИФЛЮКАН — см. ФЛЮКОНАЗОЛ.

ДИФФУЗНЫЙ — разлитой, не сконцентрированный в каком-либо одном месте.

ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота. Составная часть ядра клетки, содержащая генетический код. Главная составляющая часть хромосом, являющихся носителями наследственных признаков. ДНК построена из двух полинуклеотидных цепей, фиксированных параллельно друг другу и закрученных в двойную спираль. Количество ДНК постоянно для всех типов клеток данного вида растений или животных (в том числе человека), независимо от размеров или функции данной клетки. См. также РНК.

ДОЛГОВРЕМЕННЫЕ БЕССИМПТОМНЫЕ НОСИТЕЛИ — люди, инфицированные ВИЧ в течение семи и более лет, и при этом имеющие неизменно высокое, выше 600, количество клеток CD4+ на кубический миллиметр крови, не страдающие ни одним из обусловленных ВИЧ заболеваний и никогда не проходив-

шие никакого противовирусного лечения. Некоторые ученые объясняют этот феномен тем, что у таких людей не нарушена целостность лимфоидных тканей, и в лимфоузлах накапливается меньшее количество вируса, чем у остальных людей с ВИЧ.

Ж

ЖЕЛТУХА — желтая пигментация (окраска) кожи и белков глаз, вызванная накоплением в крови избыточного количества билирубина. Желтуха — один из характерных симптомов заболеваний печени, желчных протоков, а также гемолиза (избыточного разрушения эритроцитов). Причина любой желтухи — нарушение равновесия между образованием и выделением билирубина.

З

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ — количество новых случаев заболевания в данной группе населения в течение определенного времени.

И

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ — неясного происхождения.

ИЗОНИАЗИД — препарат, применяемый перорально для профилактики и (в сочетании с другими лекарствами) для лечения острого туберкулеза.

ИЗОСПОРОЗ — протозойная инфекция, поражающая, как правило, нижнюю часть желудочно-кишечного тракта. Симптомы сходны

с криптоспоридиозом. Обычно хорошо поддается лечению.

ИММУНИТЕТ — невосприимчивость организма к инфекционным и неинфекционным агентам и веществам: бактериям, вирусам, ядам и другим продуктам, чужеродным для организма. Различают врожденный и приобретенный иммунитет. Врожденный иммунитет передается по наследству, как и другие генетические признаки. Приобретенный иммунитет (он может быть активно или пассивно приобретенным) возникает в результате перенесенной болезни или вакцинации и по наследству не передается.

ИММУННАЯ СИСТЕМА — совокупность органов, тканей и клеток, обеспечивающих развитие иммунного ответа. Иммунная система распознает чужеродные вещества и нейтрализует их, защищая человеческий организм.

ИММУНОДЕФИЦИТ — способность некоторых звеньев иммунной системы нормально функционировать, в результате чего снижается сопротивляемость организма человека к инфекционным агентам и повышается вероятность развития различных заболеваний (см. Оппортунистические инфекции). При заболеваниях, связанных с ВИЧ, разрушается клеточный иммунитет.

ИММУННЫЙ ОТВЕТ — действия иммунной системы в ответ на вторжение чужеродных веществ.

ИММУНОБЛОТ — метод лабораторного исследования сыворотки

крови на присутствие антител к ВИЧ; это более точный анализ, чем ИФА, и используется для подтверждения результатов ИФА.

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ — группа белков, содержащихся в крови и спинномозговой жидкости и участвующих в механизме защиты против возбудителей инфекционных болезней. Различают 5 классов иммуноглобулинов: IgG, IgA, IgM, IgD и IgE. Рекомбинантные иммуноглобулины, полученные из донорской крови, с успехом используются у ВИЧ-положительных детей и взрослых для повышения устойчивости к бактериальным инфекциям.

ИММУНОДЕФИЦИТ — способность некоторых звеньев иммунной системы нормально функционировать, в результате чего снижается сопротивляемость организма человека к инфекционным агентам и повышается вероятность развития различных заболеваний, которым в ином случае пациент не был бы подвержен (см. Оппортунистические инфекции). При заболеваниях, связанных с ВИЧ, разрушается клеточный иммунитет, связанный с функцией Т-лимфоцитов (помощников).

ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ (модуляторы иммунного ответа — ВРМ) — природные или синтезированные вещества, которые стимулируют, направляют или восстанавливают нормальный иммунный ответ. К таким веществам относятся интерфероны, интерлейкины, гормоны вилочковой железы и моноклонные антитела.

ИММУНОСТИМУЛЯЦИЯ (иммуномодуляция, иммунотерапия) — метод лечения, который заключается в восстановлении или укреплении поврежденной иммунной системы.

ИММУНОСУПРЕССИЯ (иммунодепрессия) — подавление деятельности одного или нескольких компонентов иммунной системы организма. ВИЧ-инфекция вызывает иммуносупрессию и другие нарушения иммунитета.

ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ (ИФА) — лабораторное исследование, позволяющее определить присутствие в крови ВИЧ-антител; тест на ВИЧ-антитела.

ИН ВИВО (*in vivo*) — «в живом» — лат. Так называют исследования, проводимые на живом организме, например на человеке или на животных.

ИН ВИТРО (*in vitro*) — «в стекле» — лат. Так называют исследования или манипуляции, проводимые в специально созданной искусственной среде вне живого организма, в лабораторных условиях.

ИНВИРАЗА — см. САКВИНАВИР.

ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗЫ — противовирусные лекарственные препараты, которые, воздействуя на протеазу — фермент, необходимый ВИЧ для размножения, — приводят к образованию вирионов ВИЧ, способных инфицировать новые клетки.

ИНДИНАВИР (криксиван) — ингибитор протеазы, выпускаемый фармацевтической компанией «Merck».

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД — промежуток времени между первоначальным заражением и появлением первых симптомов заболевания.

ИНТЕГРАЗА — фермент в составе ВИЧ, управляющей функцией вторжения генетического материала вируса ВИЧ в геном хозяина. Интеграза является мишенью для нового поколения противовирусных препаратов.

ИНТЕГРАЦИЯ — процесс, благодаря которому различные части организма действуют как единое целое, главным образом за счет деятельности центральной нервной системы и гормонов. В отношении ВИЧ-инфекции, интеграцией называют процесс, в ходе которого вирусная ДНК приближается к ядру клетки хозяина и с помощью фермента интегразы встраивается в структуру ДНК хозяина. После этого вирусная ДНК уже называется провирусом и воспроизводится вместе с генами клетки-хозяина всякий раз, когда происходит деление клетки.

ИНТЕРЛЕЙКИН-2 (IL-2) — гормон, естественно вырабатывающийся в организме и управляющий функцией Т-лимфоцитов. Интерлейкин-2, полученный с помощью генной инженерии, разрешен к применению для лечения метастатического рака почек. Испытывался в сочетании с АЗТ и другими антивирусными препаратами для лечения СПИД; сообщаемые результаты противоречивы. В больших дозах очень токсичен. В малых дозах не токсичен и имеет иммуностимулирующее действие, в частности повышает количество Т-лимфоцитов и активность клеток-убийц.

ИНТЕРЛЕЙКИНЫ — вещества гормональной природы, выделяемые различными клетками иммунной системы и служащие химическими передатчиками сообщений.

ИНТЕРФЕРОН — защитное вещество белковой природы, вырабатываемое организмом в ответ на проникновение вирусной инфекции. Интерферон вырабатывают пораженные вирусом клетки, чтобы защитить здоровые клетки от инфицирования. Различают три основных типа интерферона: альфа (лейкоцитарный), бета (фибробластный) и гамма (иммунный). Продукция интерферона является одной из первых реакций организма на проникновение вирусов. В отличие от антител, для образования которых требуется время, интерферон начинает вырабатываться практически всеми клетками организма уже в первые часы после заражения, подавляя размножение вирусов, проникших внутрь клеток. Препараты интерферона готовят из лейкоцитов донорской крови или получают с помощью методов генной инженерии. Некоторые интерфероны применяются для лечения саркомы Капоши, хронического гепатита В и других заболеваний.

ИНФЕКЦИЯ — состояние, когда в организм (или в часть организма) внедряется чужеродный агент (бактерия, грибок или вирус), который размножается и производит болезнетворный эффект (активная инфекция). В отношении ВИЧ: инфицирование, как правило, происходит, когда ВИЧ встречается с клеткой — Т-лимфоцитом (CD4+). Белок gp120, находящийся на поверхности вируса,

прочно связывается с молекулой CD4 на поверхности Т-лимфоцита. Происходит слияние мембран клетки и вируса — этим процессом управляет другой белок вирусной оболочки, gp41. После этого ядро вируса, содержащее вирусную РНК, белки и энзимы, проникает внутрь клетки.

ИТРАКОНАЗОЛ (споранокс) — противогрибковый препарат, используемый для лечения кандидоза, криптококкоза, гистоплазмоза и других микозов у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

ИФА — см. ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ.

К

КАНДИДОЗ — заболевание кожи, ногтей, слизистых оболочек или внутренних органов, в том числе пищевода, влагалища, кишечника, легких, вызванное дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Кандидоз полости рта (оральный) или влагалища (вагинальный) часто бывает одним из первых признаков пораженной иммунной системы.

КАНЦЕРОГЕН (онкоген) — вещество или фактор, способствующие образованию раковых опухолей.

КАПИЛЛЯРЫ — мельчайшие кровеносные сосуды, которые соединяют артерии с венами.

КАХЕКСИЯ (синдром истощения) — крайняя степень истощения, характеризующаяся резким исхуданием, физической слабостью, болезненным состоянием. Обычно возни-

кает при тяжелом заболевании или длительном голодании.

КЕТОКОНАЗОЛ (низорал) — противогрибковый препарат, используемый для лечения кандидоза, криптококкоза, гистоплазмоза и других микозов у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

КЛЕТКИ-КИЛЛЕРЫ (клетки-убийцы) — разновидность лимфоцитов, функция которых — уничтожать опухолевые и зараженные вирусами клетки.

КЛЕТочный ИММУНИТЕТ — часть иммунной системы, которая отвечает на вторжение чужеродного материала не путем образования антител, а с помощью определенных защитных клеток (Т-лимфоцитов, клеток-киллеров, моноцитов, макрофагов и других лейкоцитов).

КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ — тщательно спланированное и проведенное исследование воздействия лекарства (или вакцины) на человека. Цель клинического испытания — установить клиническую эффективность и фармакологические проявления.

КЛОН — группа генетически идентичных клеток или организмов, имеющих одного и того же «родителя». Процесс получения таких генетически идентичных копий называется КЛОНИРОВАНИЕМ.

КЛОТРИМАЗОЛ (лотримин, миксекс, нистатин) — противогрибковый препарат для местного применения, используемый при лечении микозов, особенно кандидозов, у

пациентов с ВИЧ-инфекцией.

КОКЦИДИОИДОЗ — глубокий микоз, вызываемый грибом *Coccidioides immitis*. Встречается только в определенных географических регионах. Больные незаразны.

КОНДИЛОМА ОСТРОКОНЕЧНАЯ — бородавчатое образование на слизистой оболочке половых органов или анального отверстия. Возникает в результате заражения вирусом человеческой папилломы (HPV); как правило, передается половым путем. Лечение оперативное или криотерапия (замораживание жидким азотом).

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ — предоставление информации, совета и поддержки. Предтестовое консультирование помогает решить, проходить или нет тестирование на ВИЧ. Послетестовое консультирование предоставляет возможность людям с отрицательным результатом больше узнать о том, как защититься в будущем, а людям с положительным результатом получить поддержку и советы о том, как следить за своим здоровьем и избежать передачи вируса.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ — обязательство хранить тайну доверенной вам секретной или личной информации. Согласно законодательству, результаты тестирования на ВИЧ конфиденциальны и никто не обязан раскрывать свой ВИЧ-статус, кроме случаев, оговоренных законом. Предвзвешенные и клеймение могут оказывать существенное влия-

ние на жизнь людей с ВИЧ, поэтому очень важно, чтобы и СМИ уважали конфиденциальность.

КОНТАГИОЗНЫЙ — заразный, передающийся при бытовом контакте.

КОНЬЮНКТИВИТ — воспаление соединительной оболочки глаза.

КОРТИКОСТЕРОИДЫ — стероидные гормоны, вырабатываемые в корковом веществе надпочечников, или их синтетические заменители. Кортикостероиды подавляют иммунную функцию, поэтому при ВИЧ-инфекции к их применению следует относиться с осторожностью.

КОФАКТОР — вещество, микроорганизм или фактор окружающей среды, который способствует действию болезнетворного агента, ускоряет начало и развитие заболевания. Считается, что в развитии СПИД кофакторами могут быть вирусы семейства герпетических — герпес симплекс, вирус Эпштейна — Барр, цитомегаловирус, вирус ветряной оспы, — а также различные паразитарные и бактериальные инфекции и ретровирусы.

КРЕАТИНИН — белок, присутствующий в крови и в мышцах и выделяемый из организма с мочой. По уровню креатинина в крови и в моче можно судить о функции почек.

КРЕАТИНИН-КИНАЗА (КРЕАТИНИН-ФОСФОКИНАЗА) — фермент, присутствующий в мышцах. Высокий уровень креатинин-киназы в крови указывает на разрушение мышечной ткани. При СПИД может

быть основанием для диагноза миопатия.

КРИКСИВАН — см. ИНДИНАВИР.

КРИОТЕРАПИЯ — использование интенсивного холода с лечебной целью, например при удалении кондилом методом замораживания.

КРИПТОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ — воспаление оболочек головного и спинного мозга в результате заражения грибком *Cryptococcus neoformans*. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Криптококковый менингит возникает при низком иммунном статусе. Характерные симптомы заболевания — головная боль, затвердение затылочных мышц, расстройства зрения и других органов чувств. При отсутствии соответствующего лечения может наступить коматозное состояние и смерть.

КРИТОСПОРИДИОЗ — инфекция, вызванная паразитом, живущим в кишечнике животных; может передаваться человеку при контакте с зараженным животным или при употреблении загрязненной пищи или воды. Возбудитель криптоспоридиоза обитает в кишечнике и желчных протоках и вызывает тяжелую хроническую диарею. При ослабленной иммунной функции криптоспоридиоз опасен для жизни.

КУЛЬТУРА — выращивание микроорганизмов, живых клеток или тканей в лабораторных условиях в специальных питательных растворах с целью получения биологически активных соедине-

ний и препаратов; при проведении вирусологических исследований; для создания клеточных линий с определенными свойствами в генной инженерии.

Л

ЛАМИВУДИН (ЗТС) — экспериментальный противовирусный препарат, нуклеозидный аналог, ингибитор обратной транскриптазы, который воздействует на ВИЧ аналогично АЗТ, ddl и ddC, но менее токсичен, чем эти препараты.

ЛАТЕНТНЫЙ — так называют состояние, при котором болезнетворный организм присутствует в теле человека, но при этом неактивен: не размножается и не вызывает болезнь. В применении к ВИЧ-инфекции: хотя человек, зараженный ВИЧ, как правило, переживает период клинической латентности, когда заболевание ничем не проявляется, на самом деле вирус никогда не бывает по-настоящему латентным. Даже на ранних стадиях заболевания ВИЧ активен в лимфоидных органах, где большие количества вируса захватываются сетью фолликулярных дендритных клеток. Вокруг находится много клеток CD4+, которые подвергаются заражению. Частицы вируса накапливаются как в инфицированных клетках, так и в свободном виде.

ЛЕЙКОПЕНИЯ — ненормально низкое число лейкоцитов в крови.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ — см. ВОЛОСИСТАЯ ЛЕЙКОПЛАКИЯ.

ЛЕЙКОЦИТОЗ — ненормально высокое число лейкоцитов в крови.

ЛЕЙКОЦИТЫ — белые клетки крови, которые могут переходить из кровотока в ткани тела и обратно. Они выполняют иммунную функцию, защищая тело от чужеродных веществ и участвуя в производстве антител. Существуют три основных вида лейкоцитов — гранулоциты, лимфоциты и моноциты.

ЛЕНТИВИРУСЫ — «медленные» вирусы, для которых характерен длительный период между инфицированием и появлением первых симптомов. К лентивирусам относятся ВИЧ, а также SIV, вирус иммунодефицита приматов (человекообразных обезьян).

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ СОСУДЫ — сеть сосудов, аналогичных кровеносным сосудам, по которым лимфа попадает к органам иммунной системы и в кровотоки.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ — небольшие железы в форме зерна фасоли, состоящие в основном из лимфоцитов, лимфы и соединительной ткани. Лимфатические узлы имеются в разных частях тела и необходимы для нормальной работы иммунной системы. Они связаны между собой и с другими органами лимфатической системы лимфатическими сосудами. Было установлено, что ВИЧ-инфекция уже на самой ранней стадии проникает в лимфатическую ткань и распространяется в ней задолго до появления первых симптомов.

ЛИМФОКИНЫ — цитокины (химические передатчики), производимые лимфоцитами и вызывающие различные иммунные реакции. К

лимфокинам относятся интерфероны и интерлейкины.

ЛИМФОМА — злокачественное поражение лимфоидной ткани. Рак лимфатической системы, часто связанный с Т или В-лимфоцитами. Существуют различные категории лимфом, в том числе лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина), лимфома Беркитта, лимфобластома (лимфосаркома). Многие лимфомы ассоциируются с диагнозом СПИД.

ЛИМФОЦИТОПЕНИЯ — уменьшение числа лимфоцитов в крови.

ЛИМФОЦИТЫ — один из видов лейкоцитов. Белые клетки крови, которые созревают и обитают в лимфоидных органах. Лимфоциты отвечают за иммунный ответ, связанный с приобретенным иммунитетом. К лимфоцитам относятся клетки Т-4 (CD-4), Т-8 (CD-8), клетки-киллеры и другие.

ЛИПИДЫ — жиры и жироподобные соединения, в том числе стероиды, жирные кислоты и многие другие вещества.

ЛИПОСОМЫ — микроскопические капельки жира, внутрь которых помещают лекарства, чем обеспечивают их точную доставку к цели, снижение токсичности и, вероятно, повышение эффективности.

ЛЯМБЛИОЗ — протозойная кишечная инфекция человека и животных, вызывающая расстройство работы тонкого кишечника, тошноту, приступообразные боли в животе и диарею. Во многих случаях лямблиоз проходит без симптомов, но но-

ситель инфекции при этом заразен. Заражение происходит через загрязненные фекалиями руки, пищу, воду, а также при орально-анальном контакте. У людей с нарушенным иммунитетом лямблиоз приобретает длительное и упорное течение.

ЛЮДИ, БОЛЬНЫЕ СПИД — люди с ВИЧ-инфекцией, развившейся в стадию СПИД.

ЛЮДИ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ/СПИД, или ЛЮДИ С ВИЧ — термин, альтернативный медицинскому термину «ВИЧ-инфицированный» (который воспринимается негативно из-за акцента на инфекции). ВИЧ-позитивный — это еще один распространенный термин, обязанный своим названием позитивному результату теста на антитела к ВИЧ.

М

МАКРОФАГИ — большие лимфоциты, которые уничтожают зараженные и выродившиеся ткани и клетки организма и чужеродные частицы, а также выделяют белки-передатчики (монокины), участвующие в воспалительных реакциях, активации лимфоцитов и общей иммунной реакции организма. Макрофаги в большом количестве существуют во всем теле и играют ключевую роль в формировании иммунитета против различных болезнетворных микроорганизмов. Вместе с моноцитами, макрофаги представляют собой резервуар ВИЧ-инфекции.

МАЛЬАБСОРБЦИЯ — синдром недостаточности всасывания: пониженное всасывание питательных ве-

ществ в кишечнике, приводящее к потере аппетита, мышечной боли и истощению.

МЕТАБОЛИЗМ — обмен веществ. См. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ.

МЕТАБОЛИТ — всякое вещество, произведенное в результате метаболических процессов.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ — относящийся к процессу строительства молекулярных структур организма из питательных веществ (анаболизм) и к процессу их расщепления для производства энергии и для выделения (катаболизм).

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ — перенесение болезнетворных агентов (например, микроорганизмов при воспалении или клеток раковой опухоли) из первичного очага заболевания в другую часть организма, с образованием там вторичных очагов (метастазов).

МИЕЛО... — имеющий отношение к костному мозгу.

МИЕЛОСУПРЕССИВНЫЙ — препятствующий кроветворной функции костного мозга, подавляющий выработку новых клеток крови.

МИКОБАКТЕРИУМ АВИУМ КОМПЛЕКС (МАК) — оппортунистическая инфекция, вызываемая двумя сходными между собой микроорганизмами — *Mycobacterium avium* и *Mycobacterium intracellulare*. У больных СПИД инфекция может распространяться через кровотоки, поражая лимфоузлы, костный мозг,

печень, селезенку, спинномозговую жидкость, легкие и желудочно-кишечный тракт. Симптомы МАК — длительное истощение, повышенная температура, постоянное утомление, увеличение селезенки.

МИКОЗЫ — грибковые заболевания. В зависимости от вида болезнетворных грибов и от характера поражения тканей, выделяют кандидомикозы, дерматофитии, кандидозы и глубокие микозы.

МИКОПЛАЗМА — класс микроорганизмов, более простых по строению, чем бактерии, но более сложных, чем вирусы. Некоторые виды микоплазмы, возможно, играют роль в патогенезе ВИЧ-инфекции, хотя однозначного подтверждения этому еще нет.

МИКРОБЫ — микроскопические живые организмы, в число которых входят бактерии, простейшие (протозои) и грибки.

МИКРООРГАНИЗМЫ — см. Микробы.

МИКРОСПОРИДИОЗ — заболевание, возникающее в результате заражения болезнетворным простейшим микроорганизмом рода *Microsporidia*. Симптомы заболевания (диарея, боли в животе) сходны с симптомами криптоспоридиоза, что часто приводит к ошибочному диагнозу.

МИКРОЭЛЕМЕНТЫ — химические элементы, присутствующие в пищевых продуктах в микроскопических количествах; органические соединения, такие как витамины, не-

обходимые для физического здоровья, роста и метаболизма.

МОЛЛЮСК КОНТАГИОЗНЫЙ — небольшое полушаровидное образование на коже, вызываемое вирусом оспы; как правило, поражает лицо, шею, руки, ноги и область половых органов. Заражение происходит при прямом контакте с больным или через предметы общего пользования. С трудом поддается лечению. В настоящее время для лечения часто используется прижигание жидким азотом или хирургическое удаление.

МОЛОЧНИЦА — форма кандидоза, для которой характерны множественные точечные налеты белого (или, реже, красного) цвета в полости рта и гениталиях.

МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА — антитела, искусственно произведенные в лаборатории с использованием поддерживаемой клеточной линии.

МОНОНУКЛЕОЗ — инфекционное заболевание, для которого характерны болезненность и воспаление горла, утомление и беспокойство, лимфаденопатия, увеличение печени. Вызывается вирусом Эпштейна — Барр, принадлежащим к семейству герпес-вирусов. Передается воздушно-капельным путем, при пользовании общей посудой, постелью, полотенцами, при поцелуях.

МОНОТЕРАПИЯ — лечение одним, отдельно взятым лекарственным препаратом.

МОНОЦИТЫ — белые клетки крови. При созревании превращаются в макрофаги.

МУТАЦИЯ — в биологии — внезапные изменения в генах, в результате которых появляются новые наследуемые признаки. У высших животных и у многих высших растений мутации могут передаваться следующим поколениям только тогда, если они происходят в клетках, ответственных за размножение; мутации в остальных частях организма не могут передаваться по наследству. Изменения в химической структуре отдельных генов могут происходить под влиянием радиации, экстремальных температур и некоторых химических веществ. Термин «мутация» также употребляется для обозначения потерь или перестановок участков хромосомы — цепочки генов. ВИЧ подвержен стремительным мутациям. В ходе ВИЧ-заболевания у одного и того же человека могут возникать все новые штаммы вируса, совершенно различные по скорости воспроизводства и по своей способности инфицировать и убивать те или иные типы клеток. У пациентов на более поздних стадиях заболевания штаммы ВИЧ, как правило, более вирулентны, чем штаммы, взятые у того же пациента, но на более ранней стадии.

Н

НАДПОЧЕЧНИКИ — парные железы внутренней секреции, расположенные над верхними полюсами почек. В надпочечниках синтезируются кортикостероиды, половые и другие гормоны и адреналин.

НЕВИРАПИН (вирамун) — противовирусный препарат, ингибитор обратной транскриптазы, не относя-

щийся к нуклеозидам. Лекарства этой группы нацелены на тот же фермент, что AZT и другие нуклеозиды, но имеют отличный от последних химический состав.

НЕЗАЩИЩЕННЫЙ, или НЕБЕЗОПАСНЫЙ, СЕКС — проникающий секс, который не защищен презервативом. Безопасный или более безопасный секс — это непроникающий секс или секс с презервативом.

НЕЙТРОПЕНИЯ — ненормально низкое количество нейтрофильных гранулоцитов, одного из видов лейкоцитов, ответственного за защиту организма от бактериальных инфекций.

НОЗОКОМИАЛЬНЫЙ (внутрибольничный) — инфекция или заболевание, которые были получены в медучреждении. Также: нозокомиальный очаг заражения.

НУКЛЕИНОВЫЕ КИСЛОТЫ — составные элементы («кирпичики») ДНК, сложного химического соединения, которое является носителем генетической информации каждой живой клетки.

НУКЛЕОЗИДНЫЕ АНАЛОГИ — ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ — семейство противовирусных препаратов, в том числе AZT, ddI, ddC, d4t, 3tc, FLT, PMEA и другие. Эти соединения путем фосфорилирования превращаются в нуклеотидные аналоги и препятствуют деятельности вирусного фермента обратной транскриптазы.

НУКЛЕОЗИДЫ — предшественники нуклеотидов, строительных

элементов клетки. Нуклеозиды преобразуются в нуклеотиды путем фосфорилирования — соединения с группами фосфора.

О

ОБОЛОЧКА (вируса) — в вирусологии так называют белок, внутри которого «упакована» генетическая информация вируса. Внешнее покрытие, или оболочка, ВИЧ состоит из двух слоев жироподобных молекул, называемых липидами, которые вирус берет из клеточных мембран человека. В оболочку «встроены» многочисленные клеточные белки, а также специфические белки ВИЧ, формой напоминающие грибы, которые выступают над поверхностью. Шляпка «гриба» состоит из четырех гликопротеиновых молекул gp120, а ножка — из четырех молекул gp41, встроенных в оболочку вируса. Эти белки нужны вирусу для того, чтобы прикрепляться к клеткам человеческого организма и инфицировать их.

ОБРАТНАЯ ТРАНСКРИПТАЗА — фермент ретровируса, способный копировать РНК в ДНК, что является важнейшим этапом жизненного цикла ВИЧ. Действие AZT, ddI и ddC нацелено против обратной транскриптазы.

ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС (опоясывающий лишай, герпес зостер) — заболевание, при котором появляются болезненные язвы, линейно расположенные на одной стороне тела. Эти язвы-пузырьки высыхают, образуя корочки и шрамы. Возбудитель — герпес-вирус.

ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ — заболевания человека с ослабленной иммунной системой, вызванное микроорганизмом, который, как правило, не является болезнетворным для обычного человека. Многие из этих микроорганизмов присутствуют в латентной форме почти у всех людей, но способны вызывать заболевание только в тех случаях, когда иммунная система серьезно ослаблена.

ОСОЗНАННОЕ СОГЛАСИЕ — добровольное, осмысленное согласие, например, на прохождение обследования на ВИЧ или на участие в клинических испытаниях и т.п., данное в письменном виде после получения информации о целях, методах, процедуре и возможных положительных и отрицательных последствиях такого обследования или лечения.

ОСТРЫЙ (о заболевании, симптоме, приступе и т.п.) — быстро развивающийся; тяжелый, иногда опасный для жизни; (см. ХРОНИЧЕСКИЙ). Для многих заболеваний характерна острая фаза (как, например, фаза сероконверсии при ВИЧ-инфекции), за которой следует хроническая фаза. Это различие имеет значение для лечения: так, например, при острой фазе ЦМВ-ретинита применяются высокие дозы ганцикловира, впоследствии доза снижается (поддерживающая терапия).

ОСТРЫЙ РЕТРОВИРУСНЫЙ СИНДРОМ — период острой первичной ВИЧ-инфекции в течение трех месяцев после заражения. Часто проходит незамеченным, но мо-

жет проявляться симптомами, сходными с мононуклеозом.

П

ПАЛЛИАТИВНЫЙ — о лечении, которое не обеспечивает выздоровления, а дает лишь облегчение симптомов.

ПАНДЕМИЯ — распространение инфекционной болезни в нескольких странах или на нескольких континентах с массовым поражением населения.

ПАНКРЕАТИТ — воспаление поджелудочной железы. Симптомы: сильная боль в животе, тошнота и рвота, запор, иногда желтуха. Панкреатит может быть опасен для жизни. У некоторых пациентов с ВИЧ-инфекцией панкреатит может развиваться как побочная реакция на препараты ddI и ddC.

ПАПУЛА — небольшое кожное образование, напоминающее узелок или бляшку.

ПАЗАРИТ — растение или микроорганизм, живущие на организме-хозяине или внутри него и получающие от него питание. Некоторые паразиты вызывают воспаление, другие приводят к инфекциям и поражению тканей. На человеке паразитируют грибки, бактерии, протозои (одноклеточные), глисты и вирусы.

ПАРИТЕРАЛЬНЫЙ — вводимый внутривенно, внутримышечно, подкожно, минуя желудочно-кишечный тракт.

ПАССИВНО ПРИОБРЕТЕННЫЙ ИММУНИТЕТ — иммунитет, приобретенный в результате введения в организм антител другого человека или животного. Пассивный иммунитет может быть приобретен либо естественным путем, как у плода, получающего через плаценту материнские антитела, либо искусственно, путем инъекции иммуноглобулинов, полученных из сыворотки крови переболевшего человека или созданных методом генной инженерии.

ПАТОГЕН — болезнетворный микроорганизм или фактор, возбудитель заболевания.

ПАТОГЕНЕЗ — совокупность последовательных процессов, определяющих возникновение и течение болезни. Включает физиологические, биохимические морфологические, иммунные и другие процессы развивающиеся в организме больного после воздействия патогена.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ — болезненный.

...ПЕНИЯ — пониженное содержание: например, тромбоцитопения — пониженное содержание тромбоцитов в крови.

ПЕНТАМИДИН — антибиотик, эффективно применяющийся для лечения (внутривенно) и для профилактики (в форме аэрозоли) ПЦП.

ПЕПТИД — короткая цепочка аминокислот, составная часть белка.

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ — время, необходимое для выведения из организма половины от общего

количества введенного лекарственного вещества.

ПЕРОРАЛЬНЫЙ — о введении лекарства в таблетках, капсулах и т.п. через рот.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПЕРЕДАЧА/ПЕРЕДАЧА ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ — ВИЧ приблизительно в 30 % случаев передается от ВИЧ-позитивной матери ребенку в течение беременности, родов или при кормлении грудью. Риск передачи можно значительно снизить, применяя краткосрочный курс лечения АРВ препаратами во время беременности, кесарево сечение и искусственное вскармливание.

ПЛАЗМА — жидкость, переносящая клетки крови и питательные вещества по всему организму. С плазмой из органов тела выводятся продукты обмена веществ. Плазма также является средой для химического взаимодействия между различными частями организма.

ПЛАЦЕБО — безвредное неактивное вещество, предлагаемое под видом лекарства. Используется при испытании эффективности лекарственных препаратов: одной группе пациентов дается плацебо, а другой — испытываемый препарат, причем пациенты обеих групп считают, что получают лекарство. Затем результаты, полученные в обеих группах, сравниваются между собой.

ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯ (ПЦП) — опасная для жизни форма пневмонии, возникающая у людей с ослабленной иммунной си-

стемой. Одна из распространенных оппортунистических инфекций при СПИД. Чтобы не допустить развития ПЦП, проводится профилактическое лечение такими препаратами, как бактрим, бисептол, дапсон, пентамидин в аэрозоли (Nebupent, Aegerent) и другими.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (побочные эффекты) — действия, производимые лекарством, помимо ожидаемого. Обычно говорят о неблагоприятных побочных эффектах, таких, как головная боль, аллергические реакции, поражения печени и т.д. При испытаниях новых лекарств изучаются как краткосрочные, так и долгосрочные побочные эффекты.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА — орган, ответственный за выработку необходимых для пищеварения ферментов и инсулина.

ПОЛИМЕРАЗНАЯ ЦЕПНАЯ РЕАКЦИЯ (ПЦР) — высокочувствительный анализ, позволяющий выявить фрагменты ДНК вирусов или других организмов в крови или тканях тела. Механизм ПЦР основан на создании копий генетического материала путем циклов подогрева и использования ферментов, аналогичных клеточным ферментам.

ПОТРЕБИТЕЛЬ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ (ПИН) — этот термин предпочтителен слову «наркоман», потому что он более конкретный и не содержит осуждения. Употребление наркотиков инъекционным путем является фактором риска, поскольку ВИЧ также может пе-

редаваться при пользовании общими иглами или шприцами.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИД — большинство программ по ВИЧ/СПИД нацелены на профилактику (предупреждение) дальнейшего распространения вируса, в основном, посредством просветительских мероприятий с целью изменения поведения людей или жизненных условий для снижения факторов риска.

ПРОВИРУС — генетический материал вируса в форме ДНК, который внедрился в геном организма хозяина. Когда ВИЧ в латентной форме находится в клетках человеческого организма, он является провирусом.

ПРОТЕАЗА — фермент, расщепляющий белки. ВИЧ-протеаза необходима для разделения длинной белковой цепочки на составные части в процессе репликации вируса.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ — особые обстоятельства, из-за которых применение определенного метода лечения или препарата может нанести вред пациенту.

ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ — то, каким образом лекарственное средство попадает в организм. Системное введение означает, что лекарство с кровотоком транспортируется по всему организму. При таком способе обычно используются энтеральное введение (через рот — пероральное, под язык или в прямую кишку) или парентеральное (подкожно, внутримышечно, внутривенно, в ингаляции и

т.д.). Местное применение означает, что лекарственное средство применяется только на конкретном участке организма, пораженном болезнью, как, например, мазь. Эффективность большинства лекарственных средств зависит от способности данного лекарства достигать пораженных органов или тканей тела. Таким образом, путь введения и последующее всасывание лекарственного средства и распределение его в организме являются одним из важнейших факторов успешного лечения.

Р

РАНДОМИЗАЦИЯ — подбор субъектов и других параметров исследования методом случайной выборки, чтобы повысить объективность и достоверность результатов.

РАБОТНИКИ СЕКС-БИЗНЕСА — более нейтральный и более конкретный термин, чем «проститутки», обозначающий мужчин и женщин, которые предоставляют сексуальные услуги клиентам за вознаграждение. Работники секс-бизнеса и их клиенты могут быть уязвимы к ВИЧ, если не будут пользоваться презервативами.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ — общее число людей, инфицированных ВИЧ на определенной территории или в определенных группах людей.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ (привыкание к лекарственному препарату) — способность организма, микроорганизма или вируса утрачивать чувствительность к лекарству. Например, после 6–12 месяцев применения

АЗТ ВИЧ способен давать мутации и производить новые штаммы, на которые данный препарат уже не действует. В этом случае говорят о развитии резистентности к АЗТ. Резистентность является одной из главных проблем в использовании противовирусных препаратов — ингибиторов протеазы и ингибиторов обратной транскриптазы.

РЕКТУМ — самая нижняя часть толстого кишечника, заканчивающаяся анальным отверстием.

РЕМИССИЯ — временное ослабление или исчезновение симптомов заболевания. Может наступить в результате лечения, активации защитных сил организма и в связи со специфическими особенностями развития заболевания. Ремиссия может продолжаться от нескольких дней до нескольких десятилетий, однако не является полным выздоровлением.

РЕПЛИКАЦИЯ — размножение, повторение.

РЕТИНИТ — воспаление сетчатки глаза.

РЕТРОВИР — см. АЗТ.

РЕТРОВИРУСЫ — класс вирусов, которые копируют генетический материал, используя РНК как шаблон для производства ДНК (ВИЧ относится к ретровирусам).

РИТОНАВИР (АВТ-358) — ингибитор протеазы, экспериментальный препарат, выпускаемый фармацевтической компанией Abbott.

РНК (рибонуклеиновая кислота) — молекула, представляющая собой одинарную цепочку, состоящую из нуклеотидов. Молекулы РНК синтезируются на молекуле ДНК как на матрице (этот процесс называется транскрипцией). У ретровирусов, в том числе ВИЧ, происходит обратный процесс (обратная транскрипция), и РНК (изначальная форма вируса) преобразуется в ДНК для внедрения в геном человека.

С

САКВИНАВИР (инвираз) — ингибитор протеазы, выпускаемый фармацевтической компанией Hoffmann-La Roche.

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ — острая инфекционная болезнь, вызываемая бактериями рода сальмонелл и поражающая главным образом желудочно-кишечный тракт. У людей с ВИЧ-инфекцией может принимать тяжелую диссеминированную форму. Заражение связано с потреблением мяса, рыбы, яиц. Возбудитель уничтожается длительной кулинарной обработкой.

САРКОМА КАПОШИ (СК) — 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. При ВИЧ-инфекции СК чаще встречается у MSM и бисексуалов, нежели у женщин и гетеросексуальных мужчин. СК при ВИЧ-инфекции дает основание для

диагноза СПИД. Для лечения применяется радиотерапия (облучение) или химиотерапия.

СЕЛЕЗЕНКА — лимфоидный орган в брюшной полости. Наиболее важной функцией селезенки является иммунная. Клетки селезенки захватывают вредные вещества, очищают кровь от бактерий, вирусов и других чужеродных агентов.

СЕПСИС — тяжелое инфекционное заболевание, возникающее при распространении инфекции из местного гнойного очага с током крови по всему организму.

СЕПТИЦЕМИЯ — наиболее часто встречающаяся форма сепсиса.

СЕРОКОНВЕРСИЯ — выработка организмом антител. При ВИЧ-инфекции сероконверсией называют период, когда в крови впервые появляются ВИЧ-антитела, выявляемые с помощью теста на ВИЧ. Период сероконверсии при ВИЧ часто сопровождается острыми проявлениями заболевания: повышением температуры, увеличением лимфоузлов и др.

СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ — исследования сыворотки крови (serum). Часто серологические исследования проводятся для выявления антител к различным антигенам (например, к вирусам).

СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС — присутствие или отсутствие антител в сыворотке крови. Серологический статус при ВИЧ-инфекции может быть положительным (ВИЧ+, ВИЧ-позитивный, серопозитивный) или

отрицательным (ВИЧ-отрицательный, серонегативный).

СЕРОНЕГАТИВНОЕ ОКНО — при ВИЧ-инфекции: период с момента заражения до появления антител; продолжается, как правило, от двух недель до трех месяцев.

СЕТЧАТКА — светочувствительная ткань глазного дна, передающая зрительные импульсы в мозг посредством зрительного нерва.

СИМПТОМ — любое осязаемое изменение в организме или его функциях, выявленное на основании жалоб больного (субъективный симптом) или обнаруженное при обследовании (объективный).

СИНДРОМ — комплекс симптомов.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ — заболевание, при котором наблюдается постоянная сильная усталость, боль в суставах и мышцах, снижение нормальной работоспособности на 6 или более месяцев. Обычно сопровождается нарушением функций клеток иммунной системы, называемых «клетками-убийцами». Причина заболевания пока неизвестна.

СИНУСИТ — воспаление слизистой оболочки придаточных пазух носа. В зависимости от места воспаления различают гайморит, фронтит и др.

СИСТЕМНЫЙ — относящийся к организму в целом.

СИФИЛИС — инфекционное хроническое передающееся половым

путем заболевание. Возбудитель — бактерия бледная трепонема. Заражение чаще всего происходит при половом акте без презерватива; значительно реже — при поцелуе, пользовании общей зубной щеткой и т.п. Может поражать любые органы и ткани. Начальный бессимптомный период иногда продолжается несколько лет. В отсутствие лечения может привести к неизлечимым поражениям головного мозга и к смерти. Для ВИЧ-отрицательных риск смерти от нелеченного сифилиса составляет около 30 %; для ВИЧ-положительных он значительно выше.

СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ — влажные ткани, выстилающие пищеварительный тракт, дыхательные пути, мочевые пути, половые пути и большинство других полостей тела, имеющих выход наружу (кроме слуховых проходов).

СНИЖЕНИЕ ВРЕДА — подход к проблемам ВИЧ и потребления наркотиков, цель которого состоит в снижении вреда, связанного с ВИЧ и другими социально-медицинскими проблемами. Например, параллельное предоставление услуг, информации, поддержки и реабилитации, распространение чистых игл среди потребителей наркотиков, чтобы они не практиковали повторное или совместное использование игл и шприцев, содержащее очень высокий риск передачи ВИЧ.

СООБЩЕСТВО, ЗАТРОНУТОЕ ЭПИДЕМИЕЙ СПИД — понятие, объединяющее всех людей, живущих с ВИЧ-инфекцией и СПИД, независимо от образа жизни и пути

заражения, а также их семьи, друзей, близких — всех, кого лично затронула проблема СПИД в своих медицинских, психологических и социальных проявлениях.

СПИД (СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА) — завершающая стадия ВИЧ-инфекции.

СТИГМА (КЛЕЙМО) — убежденность общества в том, что определенные свойства личности или образ жизни являются постыдными; или знак позора либо общественно-го порицания. ВИЧ-позитивный статус может являться стигмой, если общество с предубеждением относится к людям, живущим с ВИЧ (см. Толерантность). Предубежденное освещение событий средствами массовой информации может способствовать развитию стигмы.

СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ — прямые затраты на лечение ВИЧ/СПИД, включающие оплату врачей, плату за тестирование, пребывание в больнице, стоимость препаратов. Косвенные затраты составляют потерю дохода пациентами и теми, кто ухаживает за ними. Общий экономический и социальный ущерб от СПИД, как правило, рассчитывается в потерянных рабочих днях, услугах здравоохранения и нагрузке за счет социальных программ для детей-сирот.

СПИД-СВЯЗАННЫЙ КОМПЛЕКС (ССК) — не имеющий официального статуса термин, который используется для обозначения ряда симптомов, наблюдающихся у некоторых пациентов с ВИЧ-инфекцией: снижение иммунного статуса, рез-

кая потеря массы тела, частое или длительное повышение температуры, ночное потение, генерализованная лимфаденопатия и/или грибковые поражения полости рта и горла. Другое название ССК — симптоматическая ВИЧ-инфекция.

СПИД-СЕРВИСНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ — медицинская, социальная или любая другая организация или служба, активно занимающаяся профилактикой ВИЧ/СПИД, лечением или поддержкой людей, затронутых эпидемией.

СТАВУДИН — см. Д-4-Т.

СТЕРОИДЫ — см. Кортикостероиды.

СТОМАТИТ — воспаление слизистой оболочки ротовой полости. Может иметь травматическое, инфекционное, аллергическое происхождение.

СЫВОРОТКА — прозрачная неклеточная жидкая часть крови.

Т

Т-ЛИМФОЦИТЫ-«ПОМОЩНИКИ» (Т-хелперы, Т-4, CD-4) — один из важнейших типов белых клеток крови. Помогают организму бороться с инфекциями. ВИЧ вторгается в эти клетки и ослабляет или разрушает их. Количество Т-4-лимфоцитов в 1 мл крови (называемое также иммунным статусом) служит одним из показателей развития ВИЧ-заболевания: при статусе ниже 200 возникает риск развития опасных для жизни оппортунистических заболеваний.

Т-ЛИМФОЦИТЫ-«СУПРЕССОРЫ» — (Т-8, CD-8) — белые клетки крови, помогающие регулировать реакцию организма на инфекцию.

ТЕСТ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ — иммуноферментный анализ (ИФА) — лабораторное исследование, позволяющее определить присутствие в крови антител к ВИЧ. Иммуноблот (Вестернблот) — метод лабораторного исследования сыворотки крови на присутствие антител к ВИЧ; это более точный анализ и используется для подтверждения результатов ИФА.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ — неосудительное, непредвзятое отношение к уязвимым к ВИЧ людям и к живущим с ВИЧ. Используя соответствующую стилистику, язык и терминологию, СМИ могут способствовать формированию толерантности.

ТРОМБОЦИТЫ (красные кровяные пластинки) — клетки крови, основным свойством которых является их способность к склеиванию, слипанию. Они играют важную роль при остановке кровотечения. В тромбоцитах содержатся факторы свертывания крови.

ТУБЕРКУЛЕЗ — инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза. Чаще всего туберкулез поражает органы дыхания, но встречается туберкулез других органов и систем (внелегочный), поражающий мочеполовую систему, глаза, периферические лимфоузлы, кости и суставы, кожные покровы. Заражение, как правило, происходит воздушно-капельным путем — при вдыхании микроскопических капель слюны или мокроты, выделяемых за-

раженным человеком при кашле, чихании, разговоре и т.п. Основным методом диагностики — внутрикожная проба Манту. При лечении используются изониазид, рифампин.

У

УЯЗВИМЫЕ ГРУППЫ — люди, которые в силу ситуации или поведения более подвержены возможности заражения ВИЧ (см. Фактор риска).

Ф

ФАГОЦИТОЗ — поглощение и уничтожение чужеродного материала белыми клетками крови — например, макрофагами.

ФАКТОР РИСКА — что-либо в происходящих событиях, окружении, личностных характеристиках человека, повышающее вероятность развития определенного заболевания или изменения состояния здоровья.

ФЛЮКОНАЗОЛ (дифлюкан) — противогрибковый препарат, используемый для лечения микозов, возникающих при ВИЧ-инфекции, в том числе кандидоза, криптококкоза, гистоплазмоза и других.

ФОЛЛИКУЛИТ — воспаление волосяного мешочка — фолликула.

ФОЛЛИКУЛЯРНЫЕ ДЕНДРИТНЫЕ КЛЕТКИ — клетки, присутствующие в лимфоидных органах. Имеют нитевидные щупальца, образующие паутинообразную сеть, которая улавливает чужеродные тела и отдает их на уничтожение другим клеткам иммунной системы.

ФОСКАРНЕТ (фоскавир) — противовирусный препарат, применяемый при лечении цитомегаловирусного ретинита у людей с ВИЧ-инфекцией. Также применяется при герпетических инфекциях, не поддающихся лечению ацикловиром. К побочным эффектам относятся почечная токсичность, подергивания мышц, тошнота и кожные язвы.

ФРОНТИТ — см. Синусит.

Х

ХИМИОПРОФИЛАКТИКА — профилактика заболеваний с помощью химических препаратов.

ХИМИОТЕРАПИЯ — использование химических препаратов для избирательного воздействия на микроорганизмы, находящиеся в организме человека, или на опухолевые клетки. При этом методе лечения избирают только тот препарат, к которому чувствителен данный возбудитель заболевания, и поддерживают постоянно высокую концентрацию препарата в крови, чтобы подавить деятельность этих возбудителей.

ХРОНИЧЕСКИЙ (о заболевании) — протекающий медленно в течение длительного времени (см. Острый).

Ц

ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА (ЦНС) — головной и спинной мозг.

ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ДИСПЛАЗИЯ — ненормальное разрастание тканей

шейки матки; может привести к развитию рака матки. Чаще, чем обычно, встречается у женщин с ВИЧ-инфекцией, в связи с подавлением иммунной функции. ВИЧ-инфекция также отрицательно влияет на клиническое течение цервикальной дисплазии и цервикального рака.

ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ — относящийся к шейке матки.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ — относящийся к головному мозгу.

ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ (спинномозговая жидкость, ликвор) — прозрачная жидкость, содержащая питательные вещества и циркулирующая в пространстве головного и спинного мозга. Предохраняет головной и спинной мозг от механических воздействий, обеспечивает поддержание постоянного внутричерепного давления.

ЦИТО... — клеточный, имеющий отношение к клетке.

ЦИТОКИНЫ — растворимые белки, вырабатываемые различными клетками и служащие химическими передатчиками информации другим клеткам.

ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ — микроскопическое исследование клеток, взятых из влагалища или шейки матки. Проводится для своевременной диагностики патологических процессов.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУС (ЦМВ) —

вирус семейства герпетических. ЦМВ-инфекция может протекать без каких-либо симптомов. У людей с развернутой стадией ВИЧ-заболевания ЦМВ может переходить в активную форму, вызывая слепоту, пневмонию, колит, воспаление нервной ткани и даже приводить к смерти. ЦМВ передается половым путем, ребенку от матери во время беременности, а также при переливании зараженной крови. Передача ЦМВ во время беременности может даже в отсутствие ВИЧ-инфекции привести к гибели плода или к задержке умственного развития младенца.

ЦИТОМЕТРИЯ — подсчет клеток, особенно клеток крови, с помощью цитометра (градуированной стеклянной пластинки или стеклянной счетной камеры установленного объема).

ЦИТОПЕНИЯ — уменьшение, по сравнению с нормой, количества определенных клеток (например в крови).

ЦИТОПАЗМА — все вещество, составляющее клетку, кроме ее ядра.

ЦИТОТОКСИЧНЫЙ — агент или процесс, токсичный (ядовитый) для клеток, что приводит к подавлению их деятельности или гибели клеток.

ЦИТОТОКСИЧНЫЙ ЛИМФОЦИТ — лимфоцит, способный убивать инородные клетки, предназначенные клеточной иммунной системой к уничтожению.

Ч

ЧУМА XX ВЕКА — неточный и вводящий в заблуждение термин, который может посеять панику и страх. ВИЧ — не чума, это — вирус, заражения которым можно избежать и на который можно воздействовать специальными лекарствами.

Э

ЭЗОФАГИТ — воспаление пищевода: к симптомам относится изжога, отрыжка горьким или кислым, боль или трудность при глотании.

ЭКЗОГЕННЫЙ — привнесенный извне, зародившийся вне организма.

ЭКЗОТОКСИН — токсин, выделяемый бактериальной клеткой в окружающую среду.

ЭКТОПИЯ (ectopia: греч. ektopios отдаленный, удаленный от своего места) — врожденный порок развития, характеризующийся смещением ткани, органа или его части в необычное для них место, эрозия шейки матки, простой эндоцервикоз. Перемещение слизистой оболочки, выстилающей цервикальный канал на влагалищную часть шейки матки. Частота — приблизительно 25% от всех патологических процессов шейки матки. Причины развития до настоящего времени окончательно не установлены.

ЭМПИРИЧЕСКИЙ — основанный не на теории, а на результатах эксперимента.

ЭНДЕМИЯ — заболеваемость определенной инфекционной болез-

нью, характерная для данной местности или для группы населения и связанная с природными или социальными условиями.

ЭНДОГЕННЫЙ — имеющий внутреннее происхождение; порожденный или произведенный самим организмом.

ЭНДОКРИННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ (железы внутренней секреции) — органы тела, производящие гормоны. Эти железы не имеют выводящих протоков и выделяют гормоны (секрет) непосредственно в кровь, лимфу, спинномозговую жидкость. У человека к эндокринным железам относятся гипофиз, шишковидное тело, щитовидная железа, паращитовидные железы, надпочечники, гипоталамус, поджелудочная железа, яички, яичники, вилочковая железа, плацента.

ЭНДОКРИННЫЙ — связанный с внутренней секрецией (выделением) гормонов в организм.

ЭНДОСКОПИЯ — осмотр полостей организма с помощью специальных оптических приборов — эндоскопов, вводимых внутрь. Во время эндоскопии могут производиться различные манипуляции (взятие биопсии, хирургические операции, введение лекарств и т.д.).

ЭНДОТОКСИН — токсин (яд), находящийся внутри бактериальной клетки.

ЭНЗИМ (фермент) — белок, являющийся катализатором: может вызывать химические изменения в жидкостях и тканях организма, при этом не изменяясь.

ЭНТЕРИТ — воспаление тонкого кишечника.

ЭНЦЕФАЛИТ — смертельно опасное воспаление головного мозга.

ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ — поражение головного мозга или общая дегенерация мозгового вещества.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ — наука, задача которой — установить специфические причины тех или иных заболеваний или взаимодействие различных факторов, вызывающих болезнь, а также тенденции распространения заболевания среди конкретных групп населения.

ЭПИДЕМИЯ — распространение инфекционной болезни, значительно превышающее обычный уровень заболеваемости в данной местности.

ЭПИТЕЛИЙ — один из основных типов тканей тела (эпителиальная, соединительная, мышечная и нервная ткань). Эпителиальные клетки покрывают тело снаружи (кожа) и выстилают желудочно-кишечный тракт, дыхательные и мочевыводящие пути, протоки желез и сосуды.

ЭРИТРОЦИТЫ — красные клетки крови, основная функция которых — нести кислород к тканям и клеткам тела.

ЭТИОЛОГИЯ — причина возникновения заболевания; учение о причинах и условиях возникновения болезней.

Источники

Первый раздел История СПИД

Вместе – мы сможем: ЮНЭЙДС, июнь 2001.

AIDS Reference Manual, NAM, London, 2003.

Второй раздел Эпидемия ВИЧ-инфекции как глобальный процесс

Вместе – мы сможем: ЮНЭЙДС, июнь 2001.

Впровадження сучасних методів епідеміологічного нагляду за ВІЛ в Україні. — К.: Министерство здравоохранения Украины, Государственный Комитет по делам семьи и молодежи, Украинский центр профилактики и борьбы со СПИД, Государственный институт проблем семьи и молодежи, 2003.

Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, ЮНЭЙДС, 2002.

Развитие эпидемии СПИДа: состояние на декабрь 2004 г. ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2004.

Щербинская А.М., Круглов Ю.М., Андрушак Л.И. Эпиднадзор за ВИЧ/СПИД в Украине (1987—2000 гг.) — К.: ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, 2000.

Эпидемия ВИЧ/СПИД в Украине: социально-демографический аспект. — К., Министерство здравоохранения Украины, Программа развития ООН, 2000.

The Deadly Gender Gap Mark Schoofs December 30, 1998. <http://www.thebody.com>.

Resource Packet on Gender and

AIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS, 2001.

Report of the meeting on the evaluation of the UNAIDS HIV Drug Access Initiative, UNAIDS, May 2000.

Sex work and HIV/AIDS, UNAIDS, June 2002.

Drug Use and HIV Vulnerability, UNAIDS, January 2001.

Drug abuse and HIV/AIDS: Lessons learned, UNAIDS, October, 2001.

Третий раздел ВИЧ и законодательство

Заявление по вопросам, возникающим в связи с ВИЧ-эпидемией: Материалы 44-й Всемирной медицинской ассамблеи (Испания, 1992). <http://www.sura.ru>.

Рудой В.М. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом: сучасний стан і шляхи вдосконалення. — К.: Сфера, 2003.

Criminal Law, Public Health and HIV Transmission: a policy options paper, UNAIDS, June 2002.

Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV, UNAIDS, May 2000.

HIV-Related Knowledge and Stigma, United States, MMWR. 2000; 49:1062—1064. Vol. 284, № 24.

Четвертый раздел Передача ВИЧ

Вместе – мы сможем: ЮНЭЙДС, июнь 2001.

AIDS Reference Manual, NAM, London, 2003.

HIV and AIDS Among Women. Canada Bureau of HIV/AIDS, STD and TB Laboratory Centre for Disease Control, // «HIV/AIDS Epi Update», April 2000.

Chris Collins. Dangerous Inhibitions: How America Is Letting AIDS Become an Epidemic of the Young. <http://www.caps.ucsf.edu>.

Steven Nesheim and Elizabeth Snyder. Let Me Say This About That: Mother-to-Child Transmission of HIV — Two Perspectives. From AIDS Survival Project. March, 2000. <http://www.thebody.com>.

Deborah L. Shelton Giving birth to hope: HIV-infected moms. Therapies to reduce perinatal HIV transmission are giving babies a healthy start and their infected mothers a wealth of choices not possible earlier this decade. JAMA Vol. 41, No. 39, Oct. 19, 1998.

HIV and infant feeding. A Policy Statement developed collaboratively by UNAIDS, UNICEF and WHO, 2000.

Susan Forrest, Using sex as a weapon — Positive Living A monthly publication for people with HIV/AIDS From AIDS Project, Los Angeles, September 1998. www.thebody.com

Kimberly Y. Smith, Can I Have Children? (Combination therapy can reduce viral load to undetectable levels. Does that reduce the risk of mother-to-infant transmission to undetectable levels?). www.thebody.com

Rebecca Denison, Founder, WORLD (Women Organized to Respond to Life-threatening Diseases) Oakland, CA. The Toughest Decision I Ever Made (How my husband and I approached pregnancy, knowing that I have HIV). www.thebody.com

Пятый раздел

Диагностика ВИЧ-инфекции

Вместе – мы сможем: ЮНЭЙДС, июнь 2001.

Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ): Технический обзор. ЮНЭЙДС, 2000.

Ефективні форми роботи з попередження ВІЛ/СНІДу серед дітей та молоді в Україні. Государственный Комитет по делам семьи и молодежи, Украинский институт социальных исследований, Государственный институт проблем семьи и молодежи, Киев, 2002.

Кислых Е. Н., Максименок Е. В., Гураль А. Л. Современные подходы к выявлению серологических и молекулярно-биологических маркеров ВИЧ // Сб. материалов 1-й Международной научно-практической конференции «Специфическая диагностика инфекционных болезней». — К., 2004. — С. 13—17.

Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию. Региональная организация СПИД-Инфосвязь. — М., 2000.

Максименок О. В. Сучасні підходи до лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції // Лабораторна діагностика. — 2003. — № 4. С.31—37.

Методы оценки добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (Серия ЮНЭЙДС «Примеры передового опыта». Основные материалы. ЮНЭЙДС, 2000).

Обзор состояния консультирования и тестирования при ВИЧ-инфекции, 1996 (ЮНЭЙДС).

СПИД и ВИЧ-инфекция. Социально-психологические аспекты: информация для профессионалов/ Пер. с англ. Н. А. Чайка. — СПб., 2000 (ЮНЭЙДС). <http://www.aidsrussia.org>.

AIDS Reference Manual, NAM, London, 2003.

Technical Guidance on HIV Counseling, CDC, Atlanta, USA, 2001.

HIV Voluntary Counselling and Testing: Gateway to Prevention and Care, UNAIDS, June 2002.

The impact of Voluntary Counselling and Testing: A global review of the benefits and challenges, May 2000.

Donna Futterman, HIV infection and adolescents, A Guide to the Clinical Care of Women with HIV Edited by Jean R. Anderson, 2001. Available online: <http://hab.hrsa.gov/publications/womencare.htm>.

Шестой раздел Возможно ли предупредить заражение?

Вместе – мы сможем: ЮНЭЙДС, июнь 2001.

Гомосексуальность. Факт жизни: Руководство для тех, кто желает эффективно работать с гомосексуалами. — М.: Центр «Эзоп», 1995.

Дайджест мировой прессы по наркотикам. РИСВ, 2000.

Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ): Технический обзор. ЮНЭЙДС, 2000.

Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, ЮНЭЙДС, 2002.

Должанская Н. А. Методические подходы к профилактике ВИЧ-инфекции в наркологии. <http://www.pravoslavie.ru>.

Дэвид Р. Гибсон. Профилактика ВИЧ-инфекции среди инъекционных потребителей наркотиков (ПИН)// Бюллетень Российской инициативы по снижению вреда. — М., 2000.

Методы оценки добровольного

консультирования и тестирования на ВИЧ (Серия ЮНЭЙДС «Примеры передового опыта». Основные материалы. ЮНЭЙДС, 2000).

Обучение стратегиям профилактики ВИЧ/СПИД среди потребителей инфекционных наркотиков в Украине: Пособие для работников аутрич («Врачи без границ») — К., 2000..

Оценка возможностей развития программ профилактики ВИЧ в среде потребителей инъекционных наркотиков — К.: UNICEF, Центр «Социальный мониторинг» при поддержке ЮНЭЙДС в Украине и Международного фонда «Відродження», 2003.

Программа снижения вреда от употребления наркотиков: Информационный дайджест («Врачи без границ») — К., № 3, 2000.

Рахманова А. Г. и др. Профилактика ВИЧ-инфекции у потребителей внутривенных наркотиков. <http://www.consilium-medicum.com>.

Снижение вреда: теория и практика («Врачи без границ») — М., 2000.

Струин Н. Л., Романенко В.В. Возможность различных профилактических мероприятий среди потребителей внутривенных наркотиков в условиях локальной вспышки ВИЧ/СПИД. <http://nodrugs.da.ru/>

AIDS Reference Manual, NAM, London, 2003.

Positive Prevention (Prevention Strategies for People with HIV/AIDS), International HIV/AIDS Alliance, July, 2003.

Rebecca Voelker. Losing Sight of HIV Prevention. What the San Francisco increase in HIV infections might foretell. // JIAPAC, November, 2000.

Adverse Events Attributed to Nevirapine Regimens for Postexposure. Morbidity and Mortality Weekly

Report Serious. 2001.

<http://jama.ama-assn.org>.

Bob Roehr. Microbicides 2000: Fashioning New Tools to Deter HIV Transmission. <http://www.japac.org>.

Adverse Effects Associated With Use of Nevirapine in HIV Postexposure Prophylaxis for 2 Health Care Workers JAMA, Vol. 284, № 21, December, 2000.

Alliance. Supporting Community Action on AIDS in Developing Countries. Beyond Awareness Raising: Community lessons about improving responses to HIV/AIDS/ International HIV/AIDS Alliance. — London.: Barrat House, 2000.

Sexual and reproductive health. Pla notes participatory learning and action. February 2000.

AIDS and men who have sex with men (Best Practice — Technical Update), UNAIDS, May 2000).

Седьмой раздел Заболевание

Программа снижения вреда от употребления наркотиков: Информационный дайджест («Врачи без границ») — К., № 4, 2001.

Восьмой раздел Лечение

Достижения в антиретровирусной терапии «первой линии»/ Пер. с англ. Н.А. Чайка. (Из материалов на 13-й Международной конференции по СПИД и статей на сайте Medscape). <http://www.aidsrussia.org>.

Краткое изложение основных принципов лечения ВИЧ-инфекции. <http://www.tsinet.ru>.

Пурик Е.П. Доступность лекарст-

венных средств в Украине // Бюллетень Международного Альянса по ВИЧ/СПИД.— № 2, 2001.

Руководство по использованию антиретровирусных препаратов при ВИЧ-инфекции у детей. Канадско-российский проект борьбы со СПИД / Пер. с англ., 2000. <http://www.aidsrussia.org>.

Huggins Mary и др. Паллиативная терапия и борьба с болью//Пер. с англ. Н.А. Чайка — СПб., 2000. <http://www.aidsrussia.org>.

Thomas J. Coates. Motivators and Barriers To Use Of Combination Therapies In Patients With HIV Disease. AIDS Research Institute and Center for AIDS Prevention Studies UCSF, 2000.

Jill Cadman and Donna Kaminski. Success in Preventing Mother-to-Child Transmission Not a Reality for All . A Publication of the Gay Men's Health Crisis. Vol. 14, № 9/10, September/October 2000.

HIV & AIDS treatments directory. May 2000. — London, NAM Publications, 2001.

Home care Programme for People with HIV/AIDS in Cambodia. —London, International HIV/AIDS Alliance, 2000.

Meeting the Challenge. Palliative Care for Injection Drug Users Living with HIV/AIDS. A Resource Tool for Caregivers. St. James Community Service Society Vancouver, British Columbia. March 1998.

HIV & AIDS Treatments Directory, 26 edition, 2003.

Девятый раздел Жизнь с ВИЧ/СПИД

Вместе – мы сможем: ЮНЭЙДС, июнь 2001.

Діти та епідемія ВІЛ. Государственный институт проблем семьи и молодежи при поддержке Детского Фонда Организации Объединенных Наций, Киев, 2003.

Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією (учебное пособие). Министерство здравоохранения Украины, Государственный Комитет по делам семьи и молодежи, Государственный институт проблем семьи и молодежи — Киев, 2003.

Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, ЮНЭЙДС, 2002.

Информационные материалы Просветительского центра «ИНФО-Плюс» (Российский фонд «Имена»). <http://www.aids.ru>

Конвенция о правах ребенка. ЮНИСЕФ, 2001.

Пурик Е.П. Информационный набор для сотрудников детских учреждений и родителей детей, живущих с ВИЧ. — К., 2000 (ЮНИСЕФ).

Самое необходимое для ВИЧ-позитивной женщины: Пособие для ВИЧ-позитивных женщин — Просветительский центр «Инфо-плюс», 2001.

СПИД и ВИЧ-инфекция. Социально-психологические аспекты: информация для профессионалов/ Пер. с англ. Н.А. Чайка. — СПб., 2000 (ЮНЭЙДС). <http://www.aidsrus-sia.org>.

СТРЕСС И ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЕ СРЕДИ ГЕЕВ, ЗАБОТЯЩИХСЯ О БОЛЬНЫХ СПИДОМ ПАРТНЕРАХ. Center for AIDS Prevention Studies (CAPS), AIDS Research Institute, University of California, San Francisco, Mental Health, №1, 2000.

Уход на дому за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДОМ — К.: СПИД Фонд Восток—Запад, 2003.

AIDS Reference Manual, NAM, London, 2003.

Positive Prevention: Prevention Strategies for People with HIV/AIDS, International HIV/AIDS Alliance, 2003.

Expanding Community-Based Support for Orphans and Vulnerable Children, International HIV/AIDS Alliance, 2002.

Revised Guideline 6; Access to prevention, treatment, care and support, UNAIDS, October 2002.

Children and young people in a world of AIDS, UNAIDS, September 2001.

Caring for Carers: managing stress in those who care for people with HIV and AIDS, UNAIDS, 2000.

Jessica Applestone, Mayer-Avedon Women's Support Group, BODY POSITIVE, 1998, Vol. XI, № 7.

Pat (Rolands) Sawyer, Going Public — WOMEN ALIVE, Spring 1999. www.thebody.com.

Anonymous, Diagnosis. 18 Months Later — WOMEN ALIVE, Summer 1998. www.thebody.com.

Laura Damson, C.S.W., Should You Tell Your Children You Are HIV—Positive, BODY POSITIVE, October 1997, Vol. XI, № 3.

Susan Forrest, Using sex as a weapon — Positive Living A monthly publication for people with HIV/AIDS From AIDS Project, Los Angeles, September 1998.

Revised Guideline 6; Access to prevention, treatment, care and support, UNAIDS, October 2002

Marcy Gullatte-Owens, HIV, Pregnancy, and Me — From AIDS Survival Project (A coalition of people affected by HIV) May 1999. www.aidssurvivalproject.org.

Dawn, Living With HIV. Living proof,

Positive Living (a monthly publication for people with HIV/AIDS, From AIDS Project Los Angeles), September 1999. www.thebody.com.

Десятый раздел

Всемирный ответ на эпидемию

Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, ЮНЭЙДС, 2002.

Кэтрин М. Уилферт. Что нужно знать каждой женщине с ВИЧ, если она хотела бы зачать ребенка. Радости и ответственность родительства, 1998. www.thebody.com

AIDS Reference Manual, NAM, London, 2003.

Coovadia M. Задачи, стоящие перед мировым сообществом в отношении ресурсов здравоохранения //JIAPAC, 2000.

Mobilising NGOs, CBOs and PLHA groups for improving access to HIV/AIDS-related treatment, UNAIDS, December 2002.

Одиннадцатый раздел

Рекомендуемые ресурсы

Expanding community action on HIV/AIDS. NGO/CBO strategies for scaling-up. International HIV/AIDS Alliance. — London, 2001.

«Нужды больных СПИД и их близких повсюду одинаковы: лекарственные препараты и научные достижения представляют собой общее благо всего человечества. Безразличию и косности не может быть прощения. Давайте сделаем это все вместе».

Арно Марти-Лавозель



Памяти тех, кто жил с ВИЧ.
Тем, кто живет с ВИЧ сегодня.
Тем, кто помогает им жить и
чувствовать себя достойными,
нужными и любимыми людьми.

Горячая линия по ВИЧ/СПИД 8 800 500 45 10
круглосуточно, бесплатно