

Книга издана Российским фондом «ИМЕНА»
и издательским центром «Рубикон»
при финансовой поддержке Правительства Москвы
и Детского фонда ООН

Автор: Ирина Савельева

Автор книги выражает глубокую признательность за помощь
в подготовке книги:

- М. Н. Суловой (Правительство Москвы);
- К. Вартановой (ЮНИСЕФ);
- Н. Недзельскому (Российский фонд «ИМЕНА»);
- Е. Кулагиной (Российский фонд «ИМЕНА»);
- М. Кузьминой (Российский фонд «ИМЕНА»);
- М. Гессен («ИТОГИ»);
- М. Латышевой («Общая газета»);
- Т. Смольяковой («Российская газета»);
- С. Сухой («Труд»);
- а также всем журналистам, участвовавшим в обсуждении
проекта книги, за ценные замечания и рекомендации.

Компьютерная верстка и дизайн: Наталия Вдовина
Корректурa: Дина Баранова

Тираж 3 000 экз.

129110, Москва, ул. Большая Переяславская, 52/55, стр. 1
Тел./факс (095) 974 1330
Электронная почта: names@aids.ru
Интернет: <http://www.aids.ru>

Распространяется бесплатно

- © Ирина Савельева
- © ООБФ «Российский фонд «ИМЕНА»
- © Издательский центр «Рубикон»

Москва 1999 год

Об этой книге	4
От автора	5
ОБЩЕСТВО, СПИД И СМИ	7
ПЕРЕД ГРОЗОЙ	8
Начало эпидемии: враг не пройдет?	8
Чтобы народ наш был уверен	8
«Чума XX века» и как с ней бороться	10
А что если СПИД для нас реальность?	13
«Группы риска», вирус и нравственность	16
Детское лицо СПИДа	18
Страх	20
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН О СПИДЕ —	
ПОПЫТКА ЗАЩИТИТЬСЯ	25
ПОВОРОТНЫЙ МОМЕНТ ЭПИДЕМИИ	32
ВИЧ и наркотики	33
Кто они такие, «потребители наркотиков»?	33
Можно ли что-то сделать?	35
ВИЧ в армии	38
ВИЧ в местах лишения свободы	40
ЖИЗНЬ С ВИЧ	42
Испытать на себе, чтобы понять	42
Дискриминация	46
Уголовная ответственность за личную жизнь	48
Право на лечение	50
«Спасти вас может только мой метод»	53
НЕКОТОРЫЕ ПОЛЕЗНЫЕ СВЕДЕНИЯ	59
СТАТИСТИКА	61
ВИРУС	63
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека	63
Что происходит при заражении ВИЧ-инфекцией?	64
Как узнать, заражен ли человек ВИЧ-инфекцией?	66
Риск заражения	67
Доля заражений ВИЧ по различным	
путям передачи	67
Риск для медработников	67
Риск при половом контакте	68
Факторы, повышающие риск заражения	
при половом контакте	68
Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку	69
Когда риск заражения отсутствует	71
Почему комары не могут переносить	
ВИЧ-инфекцию?	72
Почему ВИЧ не передается через поцелуй?	72

ПРОФИЛАКТИКА	73
Вакцина	74
Изменение рискованного поведения	74
Риск или уязвимость?	76
Стратегии профилактики	77
Снижение риска заражения ВИЧ при употреблении наркотиков	78
Пропаганда безопасного сексуального поведения	82
Программы профилактики – эффективные и не очень	86
БОЛЕЗНЬ	89
Чем измеряется СПИД?	89
Классификация, принятая в России	90
Оппортунистические заболевания	91
Кто такие «долгожители»?	93
ЛЕЧЕНИЕ	94
Противовирусные препараты	94
Комбинированная противовирусная терапия	95
Что такое резистентность и как она возникает?	97
Другие виды лекарственных препаратов, применяемых при ВИЧ-инфекции	98
Клинические испытания	98
ВИЧ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА	101
ОРГАНИЗАЦИИ, ДВИЖЕНИЯ И СЕТИ	107
Международные организации	107
Международное движение «ИМЕНА» и мемориал «КВИЛТ»	108
Красная ленточка	109
Российские организации, работающие в области СПИДа	110
ИСТОРИЯ СПИДА В МИРЕ	115
ОСНОВНЫЕ СОБЫТИЯ В СПИДЕ	119
1 декабря – Всемирный день борьбы со СПИДом	119
Ежегодные всемирные кампании по борьбе со СПИДом	120
Третье воскресенье мая – День Памяти умерших от СПИДа	121
Международные конференции по СПИДУ	121
ЗАМЕЧАНИЯ ОБ ЭТИКЕ И ПОЛИТИЧЕСКОЙ КОРРЕКТНОСТИ	123
ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ/СПИДЕ В ИНТЕРНЕТЕ	126
На английском языке	126
На русском языке	127

Об этой книге

С первых дней своего существования Российский фонд «ИМЕНА» тесно сотрудничает со средствами массовой информации, предоставляя им важные сведения о проблеме СПИДа в нашей стране и в мире, помогая разобраться в непростых социальных, политических, психологических вопросах, неразрывно связанных с этой проблемой. Мы проводили тренинги и дискуссии для журналистов, выпускали информационный бюллетень, участвовали в радио- и телепередачах, помогали в подготовке актуальных материалов о ВИЧ/СПИДе.

Мы всегда рассматривали наши отношения с журналистами как партнерские, поскольку нас объединяет общая цель: сообщить людям спасительную информацию, которая поможет им сохранить здоровье и жизнь. При этом мы как общественная организация, профессионально работающая в области СПИДа, хорошо осознаем, как огромна и разнообразна аудитория прессы и вещания и как велика роль журналистов в просвещении общества.

Важную часть книги, которую мы предлагаем вашему вниманию, составляет исследование, основанное на материалах о проблеме СПИДа, опубликованных в советской и российской прессе в 1987-1999 годах. Мы благодарим Правительство Москвы за финансовую поддержку, которая позволила нам провести это исследование. К сожалению, из-за августовского кризиса 1998 года средства, первоначально выделенные на написание и публикацию книги, оказались недостаточными, и нам потребовалась дополнительная поддержка, которую предоставил Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ).

Эта книга распространяется бесплатно. Ее можно получить в представительстве ЮНИСЕФ в Москве или в Российском фонде «ИМЕНА».



**Николай Недзельский,
Президент
Российского фонда «ИМЕНА»**

От автора

Эта книга — не попытка навязать средствам массовой информации какое-либо единообразное, «политически корректное» видение проблемы СПИДа. Напротив, автор надеется показать, насколько сложна, многогранна и изменчива эта проблема во всех ее многочисленных проявлениях, насколько в ней, как в кристалле, отражаются политические, экономические, научные, социальные, нравственные и иные проблемы, волнующие как общество в целом, так и отдельную личность.

В отношении эпидемии СПИДа в особенной степени верно высказывание Альберта Эйнштейна о том, что проблему невозможно решить на том уровне сознания, на котором она была создана. Исследование вируса иммунодефицита, разработки лекарств и вакцины раздвинули границы биомедицинской науки, а потребность в эффективной профилактике заставила открыто взглянуть на вопросы, обсуждения которых часто стараются избежать: сексуальность, половое просвещение подростков, потребление наркотиков, проституция.

На Западе эпидемия СПИДа чуть было не подорвала веру во всемогущество медицины. В начале 80-х звучали уверенные заявления медиков о том, что против ВИЧ-инфекции очень скоро будет найдена вакцина и СПИД будет побежден, как в свое время были побеждены оспа и полиомиелит. Но прошло почти 20 лет, потеряно более 14 миллионов жизней, а вакцина, на разработку которой в мире ежегодно тратится более 300 миллионов долларов, все еще не создана.

Некоторые страны — такие как, например, СССР и Куба — заслуженно гордились своей мощной, хорошо организованной системой санитарно-эпидемиологического надзора и верили, что она позволит им остаться на плаву, даже если вокруг будет бушевать эпидемия. Однако резкие изменения экономической и политической ситуации пробили брешь в этом «Титанике» и заставили пожалеть о том, что населению вовремя не объяснили, какая опасность угрожает всем, не снабдили индивидуальными спасательными средствами и не научили ими пользоваться.

В первой части книги приводится краткий обзор того, каким образом проблема СПИДа освещалась в прессе СССР и России с того момента, как у нас было объявлено о первых случаях заболевания, до настоящего времени. Даже беглого взгляда достаточно, чтобы увидеть перемены, произошедшие за 12 лет эпидемии в нашей стране в тематике материалов, в видении различных аспектов проблемы и путей ее решения. С другой стороны, из статьи в статью продолжают кочевать «чума XX века», «группы риска», стереотипы и предрассудки десятилетней давности.

В книге рассматриваются некоторые характерные подходы к освещению проблемы СПИДа в прессе и эволюция этих подходов за годы эпидемии. Автор не ставит своей задачей вступать в полемику с конкретными журналистами, поэтому при цитировании статей намеренно не приводится фамилия автора, а лишь название статьи, дата и издание. Единственная цель этих цитат — проиллюстрировать тенденции в освещении темы СПИДа в СССР и России с 1987 по 1999 годы.

Государственные и общественные специалисты по антиСПИДовской профилактике и просвещению часто жалуются на то, что пресса освещает проблему СПИДа недостаточно, не всегда правильно, предвзято, не способствует повышению знаний среди населения и изменению рискованного поведения. Работникам СПИД-сервисных организаций хотелось бы, чтобы журналисты снова и снова сообщали людям о том, каким образом может произойти заражение, куда обращаться после опасного контакта и как поддержать свое здоровье при ВИЧ-инфекции. Однако для такой информации существуют просветительские брошюры и социальная реклама, которые пресса не будет и не должна подменять собой, поскольку средства массовой информации подчиняются собственным законам — в первую очередь законам новизны, актуальности, информативности.

Проблема СПИДа дает в этом плане широчайшее поле деятельности для журналистов. Вы убедитесь в этом, взглянув на многообразие и актуальность связанных со СПИДом вопросов, освещавшихся в прессе в последние 2-3 года. Кроме того, информация в области СПИДа устаревает и обновляется так быстро, что буквально каждый день приносит новости — как хорошие, так и плохие.

Во второй части книги собраны разнообразные факты, результаты исследований, международные программные документы и другие сведения о различных аспектах проблемы СПИДа, которые могут быть полезны журналистам при написании материалов. В справочный раздел также включен перечень российских и международных организаций и адреса наиболее интересных страниц о СПИДе в Интернете.

Хочется верить, что эта книга послужит для журналистов источником информации и идей, что она будет способствовать созданию материалов, формирующих в обществе разумное, гуманное и ответственное отношение к проблеме СПИДа. От этого во многом зависит выживание нашей страны и всего человечества.



Ирина Савельева

Общество, СПИД и СМИ

Если вы пишете о СПИДе...



Перед грозой



Начало эпидемии: враг не пройдет?

С того момента, как о проблеме СПИДа стало известно в нашей стране, пресса взялась за ее осмысление, реагируя на важные события в этой области и отражая весь спектр различных взглядов на проблему, от официальной позиции до мифов обыденного сознания. За дословным цитированием оптимистических заявлений советских медиков о том, что «враг не пройдет», вскоре последовали сомнения в надежности отечественной медицины, подтвердившиеся трагедией в Элисте, Волгограде и Ростове-на-Дону. Вслед за добросовестным пересказом медицинских теорий родилось и окрепло понимание того, что СПИД — не только медицинская проблема, но также социальная, нравственная, политическая и правовая. Резко разделились мнения журналистов, обретая все более личную окраску, в публикациях зазвучал голос людей, затронутых эпидемией.

Чтобы народ наш был уверен...

До 1987 года, как отмечают сами журналисты, получить какую-либо достоверную информацию о СПИДе в СССР было почти невозможно. Затем официальные лица начали высказываться в прессе по этой проблеме, поначалу весьма оптимистично. В первых интервью проблема СПИДа была представлена как чисто медицинская и научная. Официальные представители медицины уверяли, что СПИДу в СССР поставлен надежный заслон. У большинства советских журналистов тогда еще не сформировалось собственное мнение о проблеме; их вопросы в основном касались лишь «технической» информации — статистики, путей передачи, эффективности диагностики. Публикуемые материалы отражают — как правило, без комментариев — официальную политику борьбы с эпидемией: массовые обследования, выявление вирусоносителей, активное наступление на «группы риска».



Одной из ранних публикаций на тему СПИДа в нашей стране была статья в газете «Труд» от 15 апреля 1987 года под заголовком **«СПИД: знать и бороться»**. Она была основана на материалах пресс-конференции, организованной Министерством здравоохранения СССР. В статье цитируются высказывания директора Института вирусологии, академика АМН СССР В. Жданова, директора Института иммунологии академика Р. Петрова, директора ЦНИИ эпидемиологии академика В. Покровского, Главного санитарного врача СССР Г. Хлябича и Министра здравоохранения СССР академика Е. Чазова. Официальная точка зрения на эпидемию, отраженная в этой статье, прочно и на долгие годы вошла в сознание общества, породив устойчивые представления о том, откуда взялся СПИД, кто им болеет и как с этим бороться. В этой статье не упоминается термин «ВИЧ-инфекция».

В стране на тот момент были обследованы на ВИЧ-инфекцию 200 тысяч человек и сделаны следующие выводы:

«...к счастью, по предварительным данным... заболеваемость невелика и в основном импортирована. Наша задача... очень быстро создать отечественные тест-системы для диагностики СПИДа. ...В ближайшем будущем ... надобности [в вакцине] не предвидится. Но вакцина... необходима..., чтобы народ наш был уверен: если потребуется медицинская защита такого рода — она будет».

(Академик В. Жданов, директор Института вирусологии).

Двое выявленных больных СПИДом в СССР — это:

«...мужчина, имевший контакты с гомосексуалистами за рубежом. Этот случай выявлен лишь около месяца назад. Второй случай — когда десятилетний ребенок был заражен препаратами крови (скорее всего, зарубежными) при лечении гемофилии».

(Академик В. Покровский, директор ЦНИИ эпидемиологии).

Причины стремительного распространения эпидемии в США представлялись совершенно ясными. Все они казались чуждыми советскому обществу:

«В стране оказались чрезвычайно благоприятными условия для циркуляции вируса благодаря концентрации определенных групп людей — наркоманов, гомосексуалистов, проституток. Ведь именно они составляют... группу риска».

(Академик Р. Петров, директор Института иммунологии).



Ясной казалась и программа борьбы с эпидемией — этой программе, по мнению специалистов, был гарантирован быстрый и полный успех:

«Уже существует государственная программа борьбы с болезнью, выполнение которой, с нашей точки зрения, обеспечит защиту населения страны. То есть мы полагаем, что сумеем сделать то, чего, к сожалению, не смогли сделать в США, в ряде стран Африки и Европы.»

Что предусматривается программой? В первую очередь создание сети специальных лабораторий, которые позволят вести контроль крови интересующих нас групп людей... Этого должно хватить, чтобы «перекрыть» группы риска и проверить доноров».

(Г. Хлябич, Главный государственный санитарный врач СССР).

Итак, согласно официальной точке зрения на 1987 год, эпидемия в СССР незначительна, импортирована, касается лишь «групп риска — наркоманов, гомосексуалистов и проституток» — и будет «перекрыта» благодаря бдительной системе санитарно-эпидемиологического надзора. В течение последующего десятилетия жизнь опровергла все эти представления одно за другим.

«Чума XX века» и как с ней бороться

«Что питает вирус СПИДа? — Дефицит нравственности» — гласит заголовок опубликованного в «Советской России» 20 июля 1988 года интервью с академиком В.И. Покровским, президентом Академии медицинских наук СССР. Судя по названию статьи, можно предположить, что она содержит грозные обвинения в адрес «групп риска», аморальность которых «питает вирус». На деле — ничего подобного. Напротив, в этой статье отражен трезвый, терпимый и рациональный подход к проблеме СПИДа — подход, основные положения которого не утратили своей актуальности и сейчас. Вот они:

Все пути передачи ВИЧ научно доказаны; никак иначе вирус не передается:

«[ВИЧ] изучен, пожалуй, лучше, чем вирусы многих других заболеваний... Хорошо мы знаем и пути распространения. Те панические сообщения, которые проникали в прессу, — о разносчиках вируса комарах, кошках и т.п., не подтвердились».



Профилактика эффективна в основном на индивидуальном уровне:

«...борьба с развитием этой эпидемии будет сводиться... к тому, чтобы научить каждого человека вести такой образ жизни, который позволил бы ему избежать заражения».

Призывы к изоляции людей с ВИЧ жестоки с человеческой точки зрения и бессмысленны с эпидемиологической:

«Порой приходится слышать, что, дескать, простой способ предупреждения инфекции... — изолировать носителей вируса... Именно из-за таких средневековых призывов в разных странах, в том числе и в нашей, появились изгои, которым окружающие буквально не дают проходу... Те, кто требует суровых мер, считают себя высокоморальными. На самом же деле они требуют безопасности для того, чтобы потихоньку вести распущенный образ жизни».

Серьезность ситуации в стране или в регионе определяется не количеством зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (которое **все-гда** бывает заниженным по сравнению с реальным их числом), а динамикой новых заражений:

«Малочисленность инфицированных вирусом ... не должна нас успокаивать... Судите сами: в прошлом году выявлены 26 человек, а только за первое полугодие 1988-го — уже 36. А ведь мы говорим о тех, у кого медики доказали наличие вируса. В реальности же таких людей значительно больше».

Одной лишь информации о путях передачи ВИЧ недостаточно: человек должен осознавать, что риск заражения существует и **лично** для него/нее:

«Могу привести случай, когда за обследованием обратился врач-эпидемиолог, который прекрасно знал, как передается ВИЧ, но тем не менее вступил в половую связь, отчего и заразился. Ему не приходило в голову, что такое может случиться не с кем-то другим, а с ним самим. К сожалению, так рассуждает немало людей».



Медики **обязаны** всеми доступными путями помочь защититься от заражения всем, включая и тех людей, чей образ жизни общество не принимает и/или осуждает. Эта помощь не должна быть обусловлена «перевоспитанием» таких людей:

«Не могу обязать этих людей придерживаться норм нашей морали. Но сказать, как им все-таки защититься от заражения, мы все обязаны».

Анонимные добровольные обследования на ВИЧ неизмеримо более эффективны и в профилактическом, и в затратном отношении, чем массовый принудительный скрининг:

«Анонимные обследования... повышают безопасность... Во 2-й инфекционной больнице в Москве... [анонимное обследование] было организовано полтора года назад. И оказалось очень эффективным. Пожалуй, ни одно медицинское учреждение не выявляет такой процент носителей, как этот кабинет... Нельзя идти по пути, принятому у венерологов [которые считают, что] ... проверяемый должен предъявить паспорт».

Средства массовой информации оказывают огромное влияние не только на восприятие проблемы обществом, но и непосредственно на поведение людей:

«К сожалению, наши публикации о СПИД носили этакий характер кампаний, сенсаций, появится тема ненадолго, а потом надолго затихает. Максимум публикаций был в августе прошлого [1987] года. И именно тогда мы отметили интенсивность притока людей на анонимное обследование».

Неотъемлемая и важная часть борьбы со СПИДом — преодоление социальной изоляции людей, затронутых эпидемией:

«Считаю, что настало время создать что-то вроде клуба социальной реабилитации больных СПИД. Эти люди должны встречаться, общаться, чтобы они не были социально изолированы».

Академик Покровский исчерпывающе объясняет, почему аналогия с чумой, подхваченная и растиражированная прессой, абсурдна:



«Сравнение ВИЧ-инфекции с чумой не очень удачное. Совершенно иные принципы заражения... ведь чума передается или с блохами, или по воздуху, поэтому интенсивность ее распространения гораздо выше. «Чума XX века» — это просто газетный штамп. У нас и наркомания — «чума XX века», и проституция — «чума XX века», чего только не называют чумой».

Эти слова В.И.Покровского, к сожалению, не были услышаны. До сих пор заезженный штамп «чума XX века» фигурирует в большинстве публикаций, вызывая в сознании неосведомленных читателей «средневековый» страх и смутное подозрение, что СПИД, как и чума, передается по воздуху.

Угроза медицинского заражения ВИЧ-инфекцией еще не представлялась реальной:

«У населения вызывает беспокойство и то, что заражение может произойти в условиях больницы. Должен сказать, что в СССР такой реальной угрозы не существует».

Однако осенью того же 1988 года произойдет первый случай заражения детей в медицинских стационарах на юге России.

А что если СПИД для нас реальность?

«СПИД в СССР. Возможно, кому-то такое словосочетание покажется слишком прямолинейным, даже кощунственным».

Такими словами начинается статья **«СПИД без грима»** в «Правде» от 11 ноября 1988 года. Автор статьи озабочен всеобщим нежеланием реально оценивать эпидемиологическую ситуацию в стране: еще два года назад, в 1986 году, когда уже был выявлен первый положительный результат анализа на ВИЧ у советской пациентки, получить «хоть какую-то информацию о положении со СПИДом не то что в стране, даже за рубежом было чрезвычайно сложно».

«Ощущение успокоенности, охватившее не только население, но и некоторых медицинских работников, безусловно сыграло немалую роль в том, что по инфек-



ционным заболеваниям мы держим печальное лидерство среди индустриально развитых стран. Поэтому сегодня вполне обоснованно звучит тревога, не повторится ли та же история с коварнейшим недугом иммунодефицита человека».

Его собеседник, Главный государственный санитарный врач А. Кондрусев сообщает, что в СССР при небольшом количестве официально зарегистрированных носителей ВИЧ – 80 человек,

«... проявились все варианты возможной передачи вируса ВИЧ: половым путем (через гомосексуальные и гетеросексуальные контакты), через кровь (один из вирусоносителей оказался активным донором) и по наследству (от зараженной матери к ребенку)... Динамика распространения вируса не утешает: еще в начале текущего года вирусоносителей было почти в три раза меньше».

Далее руководитель санитарной службы признает, что хотя в стране разворачивается широкая сеть «лабораторий для исследования крови на СПИД», получаемые результаты анализов ненадежны, потому что:

«... применяемый серологический метод исследования не дает стопроцентной точности... Из-за низкого качества [отечественного диагностического] препарата ... производство было приостановлено... недополучено 10 миллионов доз диагностикума».

Не лучшее положение в СССР и с производством одноразовых шприцев и презервативов:

«В этом году здравоохранение страны должно было получить 100 миллионов шприцев, но... задание это выполнено не будет: не введены необходимые мощности... За девять месяцев текущего года поставлено всего 4,5 миллиона шприцев».

«В этом году Армавирский завод резиновых изделий... вместо 600 миллионов презервативов поставит в лучшем случае треть. А в следующем году при потребности 800 миллионов штук планирует изготовить лишь 220 миллионов».



а также с подготовкой медицинских работников:

«...большой отряд рядовых врачей остался практически не подключенным к общему делу по предупреждению распространения вируса».

Динамика распространения ВИЧ-инфекции в стране, ненадежность тест-систем для обследования на ВИЧ (при том, что массовый скрининг считали основной и эффективной защитой от распространения инфекции), острый дефицит средств предохранения — одноразовых шприцев и презервативов, неподготовленность рядовых медиков к работе в условиях эпидемии — все это дает Главному санитарному врачу основание с уверенностью заявить:

«СПИД для нас такая же реальность, как и для всего окружающего мира... Надо готовиться к долгой и упорной борьбе».

Два приведенных выше интервью с авторитетными представителями отечественной науки и медицины — Главным санитарным врачом А. Кондрусевым и Президентом Академии медицинских наук В.И.Покровским — содержат достаточно полную информацию о реальности грядущей эпидемии в нашей стране, о различии между вирусносительством и болезнью, о путях передачи инфекции и о невозможности бытового заражения, о действенности целенаправленной профилактики и анонимного обследования, о необходимости решительно пресечь дискриминацию, СПИДофобию и призывы к изоляции людей, затронутых эпидемией. Однако долгие годы после этого — фактически, до сих пор — встречаются публикации, авторы которых либо никогда не слышали достоверную информацию о СПИДе, либо решили, что их читателю ближе и интереснее будут бессмысленные, но цепкие мифы, непроверенные сенсации, «страшилки» и просто речевые штампы, избавляющие, как известно, от необходимости находить точные слова для формулирования собственных мыслей.

Впрочем, не только журналистам свойственно свои теоретические знания о СПИДе никак не соотносить с реальной жизнью и повседневной практикой. Идет ли речь о медработниках, о политиках или о любой другой части населения — пока представление об эпидемии складывается с чьих-то слов, пусть даже самых авторитетных, пока «ВИЧ-инфицированные» и «группы риска» определяются как безличные «они», изменений в сознании и поведении людей не происходит даже при наличии полной и качественной информации.



«Группы риска», вирус и нравственность

Сложилось так, что в СССР начало обсуждения проблемы СПИДа в 80-х годах совпало с «открытием» ранее закрытых тем — таких как, например, проституция и гомосексуальность. Если в некоторых статьях звучит отношение к «группам риска» как к некоему безличному злу, которое необходимо «проверить» и «перекрыть» для блага всех остальных, в других публикациях разговор о СПИДе перерастает в дискуссию о конкретных людях, которых относят к «группе риска». В 1988 году стала известной история ленинградки Ольги Г., которая умерла от СПИДа, так и не узнав своего диагноза. Ее фамилия и фото немедленно были опубликованы в «Ленинградской правде», а следом, сославшись на то, что конфиденциальность уже нарушена, настоящую фамилию Ольги напечатала и «Советская Россия» 25 октября 1988 года в статье **«Группа риска»** под рубрикой «Разговор на трудную тему».

В связи с историей Ольги в статье задан ряд тревожных вопросов, в том числе:

«Почему человек, по образу жизни относящийся к группе повышенного риска, не был обследован на СПИД? Почему в органах внутренних дел Ленинграда Ольга ... не состояла на учете, хотя, по свидетельству ее соседки, около девяти лет имела контакты с иностранцами?.. Насколько эффективны сегодня защита нашего общества от распространения этой зловещей болезни и меры борьбы с проституцией? Какими они должны быть, чтобы надежно преградить дорогу СПИДу?».

В ответ на вопрос автора статьи Ю. Федоров, заместитель начальника Главного управления карантинных инфекций МЗ СССР, подробно объясняет процедуру отнесения человека к группе риска: при первом задержании проститутку опрашивают о цели пребывания (в гостинице, на вокзале), при втором предупреждают, после чего участковый наводит справки о ее образе жизни, доходах и обеспеченности. Затем все материалы передаются в комиссию исполкома, которая принимает соответствующее решение.

«С этого момента человек относится к группе повышенного риска и обязан пройти обследование... на СПИД».



Наивно было бы думать, что вирус иммунодефицита, подобно комиссии исполкома, принимает решение заражать только тех, кто официально включен в группу риска. Считать Ольгу Г. проституткой «юридических оснований не было». По словам самого же представителя МВД,

«...подозревать любую молодую одинокую женщину в занятиях проституцией только потому, что у нее в гостях бывают мужчины, согласитесь, нелепо».

Вторая собеседница журналиста — «интердевочка» актриса Елена Яковлева — говорит, что проститутки

«...обыкновенные девчонки. И приводят их на сомнительную дорогу разные цели и обстоятельства... Проституция часто была для девочек формой протеста против демагогии, лжи и несправедливости, с которыми они сталкивались в жизни».

Высказывания, приведенные в статье **«Группа риска. Тринадцать мнений»** (интервью с Леонидом Загальским — автором сценария фильма «Группа риска» — и мнения зрителей об этом фильме), опубликованной в журнале «Огонек» № 49 за 1988 год, еще раз подтверждают, что «группы риска» — искусственная, придуманная людьми категория:

«...много молодых людей, которые приходят в лабораторию анонимной диагностики на СПИД, рассказывая о своих контактах с мужчинами, не считают себя гомосексуалистами».

Мнения о «группах риска», высказанные зрителями фильма, варьируются от призыва к физическому уничтожению до осознания, что

«...этими людьми управляет не столько страх болезни, сколько страх расправы: вот меня поймают, посадят... Если бы не было страха наказания, то и ходили бы, и проверялись, и были бы избирательнее, осторожнее».

Это «дилетантское» мнение молодой зрительницы фильма подтверждается опытом двух десятилетий эпидемии и лежит в основе всех эффективных стратегий профилактики ВИЧ-инфекции. Борьбу с **проблемой** нельзя подменять борьбой с **людьми**, которых она затронула или может затронуть. Часто такую борьбу с людьми прикрывают лозунгами



«борьбы с проституцией», «борьбы с наркоманией» или «борьбы за нравственность общества». Когда закон карает за проституцию, употребление наркотиков или добровольные сексуальные отношения между взрослыми мужчинами, эти явления в обществе не исчезают, зато возрастает риск заражения людей, для которых забота о своем здоровье отступает на задний план перед угрозой наказания и необходимостью скрываться. Одновременно с этим сокращается возможность профилактической работы среди тех, кто рискует заразиться, и оказания им квалифицированной помощи. Запретительная политика обрекает тысячи людей на заражение ВИЧ-инфекцией, позволяя власти и обществу делать вид, что «нежелательные элементы» взяты под контроль и перекрыты, а «порядочным людям» и их близким вирус не угрожает.

Детское лицо СПИДа

Заражение детей в больницах на юге России придало проблеме личностный характер и породило эмоциональное отношение журналистов и общества к СПИДу. Впервые многие наши сограждане испытали не смутное чувство страха перед неизвестностью, а вполне осознанную тревогу по поводу проблемы, которая представлялась такой далекой, а оказалась реальной. В публикации на тему СПИДа на смену официальной точке зрения все чаще приходит собственная позиция журналиста. В первую очередь пресса забила тревогу по поводу ужасающего состояния медицинских учреждений и неосведомленности медработников о ВИЧ-инфекции. Газета «Правда» пишет 21 февраля 1989 года в статье **«Без иммунитета»**:

«Меня могут упрекнуть, мол, хватит пугать СПИДОМ. И так все напуганы до предела трагедией в Элисте. Против всего, что на врачебном жаргоне называется манипуляциями, родители встают стеной, не допуская любимых чад ни к прививкам, ни к уколам — настоящая СПИДОмания...».

Журнал «Огонек» (№ 26, 1989 год, **«Лучше не думать?»**) выступил с инициативой создания благотворительного фонда «АнтиСПИД», все средства которого должны были

«...незамедлительно направляться на закупку оборудования по производству одноразовых шприцев, одноразовых капельниц и диализаторов, различных одноразовых катетеров, контейнеров для хранения крови, презервативов».



Смиримся ли мы, спрашивает автор,

«...с перспективой, что десятки, а может, сотни тысяч наших сограждан, наши дети, родственники, друзья будут заражены вирусом СПИДа — и не из-за трагической случайности и не из-за собственного «аморального поведения». А потому лишь, что у нас до сих пор почти нет одноразовых шприцев...».

Также в «Огоньке» (№ 26, 1990 год) в статье **«Что-то случилось»**, посвященной детям с ВИЧ и их матерям, находившимся в СПИД-центре, в нескольких фразах отражено изменение отношения к проблеме СПИДа в обществе:

«Сочетание букв «СПИД» в нашей стране прозвучало впервые лет пять-шесть назад. Потом появились первые больные. Их были единицы. Они воспринимались как марсиане. Наркоманы, гомосексуалисты... В общем, группа риска и все такое прочее. Первый настоящий ужас трагедии — город Элиста. Десятки детей, зараженных из-за небрежности медперсонала».

На примере трагической истории девочки, зараженной в больнице и ставшей изгоем, показана бесчеловечность СПИДофобии и дискриминации:

«Понимаю, глупо, бессмысленно, невозможно призывать всех в одну минуту побороть страх и относиться к больным СПИДом как к обычным больным людям... При нашем нынешнем жестоком и паническом отношении к больным СПИДом ничего хорошего этому ребенку встретить не придется... Пусть все люди знают, что существует Ира. Славный, симпатичный ребенок, пострадавший не по своей вине...».

Публикация истории восьмилетней Иры радикально изменила судьбу девочки. Ее взяли в хорошую семью. Но этот случай уникален — гораздо чаще известность опасна и ее стараются избегать:

«...корреспондентов приезжает много, спрашивают и снимают они тоже много, а толку от этого, как считают родители, никакого... Только лишний раз, увидев по телевизору лицо больного ребенка, кто-то затем бросит ему вслед недоброе слово».



«Недоброе слово» — слишком мягко сказано. Суховатый термин «дискриминация» не в силах передать весь спектр варварского отношения к ВИЧ-положительным детям и их близким. Известен случай, когда соседи сожгли дом, в котором жила семья зараженного в больнице мальчика.

Призывы к милосердию, прозвучавшие в публикациях о зараженных детях, сыграли важную роль в развитии более открытого отношения к эпидемии СПИДа. Эта проблема была у всех на слуху, на страницах газет и журналов, на телеэкранах. Общество начало осознать, что СПИД — это действительно трагедия. Публикации того времени содержат в основном выражение сочувствия больным — особенно «жертвам», заразившимся «не по своей вине». Правда, оставалось неясным, как следует относиться к тем, кто заразился половым путем и не болен.

Тогда, в начале 90-х, в России еще мало кто осознал, что тяжелобольные составляют лишь малую часть всех людей с ВИЧ и что большинству ВИЧ-положительных отравляют жизнь не симптомы болезни, а страх, что диагноз станет известен сослуживцам или соседям. «Жертвы» СПИДа, в том числе «невинные жертвы», воспринимались обществом и прессой как обреченные — по своей или по чужой вине. «Пожалейте их — они ведь скоро умрут,» — так и прочитывалось в подтексте статей и высказываний. Еще не пришло осознание того, что человек, стоящий перед лицом опасной болезни, нуждается не столько в жалости, сколько в уважении и поддержке своего стремления жить — или своей борьбы за жизнь ребенка.

Страх

В 1990 году в США было опубликовано социологическое исследование¹ об «эпидемической психологии», которая проявляется во время крупных вспышек эпидемий. Автор этого исследования отмечает, что подобно войнам и революциям эпидемии создают атмосферу потери контроля, ввергая общество в «эмоциональный водоворот, который порождает сильные чувства страха, подозрительность, морализаторство, иррациональность, панику и потребность «немедленно принять решительные меры». Средства массовой информации играют большую роль в распространении таких настроений.

Самым мощным и стойким страхом, проявившимся практически во всех странах в начале эпидемии ВИЧ-инфекции, был страх бытового — воздушно-капельного или контактного (через общие вещи, посуду) — заражения ВИЧ-инфекцией. Невозможность такого заражения дока-

¹ Strong, P., 1990, *Epidemic psychology: a model*, *Sociology of Health and Illness*, 12, 3, 249-59.



зана с полной достоверностью. В СССР и России, например, с 1987 года регулярно обследовали на ВИЧ всех, кто имел бытовые контакты с ВИЧ-положительными — таким образом были обследованы десятки тысяч человек и не обнаружено ни одного случая заражения бытовым путем. Тем не менее иррациональная боязнь бытового заражения периодически подпитывалась «сенсационными» публикациями.

Например, «Комсомольская правда» 5 июля 1990 года опубликовала под рубрикой «Гипотезы» интервью с несколькими учеными, озаглавленное **«Откуда исходит угроза СПИДа?»**. Один из ученых утверждает, будто бы в начале эпидемии была надежда на быстрый ее спад, поскольку предсказывали, что

«...основные «группы риска» — наркоманы, гомосексуалисты, проститутки и вообще неразборчивые в половых связях люди перезаразятся очень быстро, и по мере «выгорания» [читай — «вымирания» — И.С.] этих групп эпидемия начнет затухать сама собой».

Шокирует то, что эту сильно отдающую нацизмом «гипотезу» ученый приписывает Всемирной организации здравоохранения (!). Далее он приходит к неожиданному выводу:

«Однако вирус наотрез отказывается подчиняться... пророчествам: число зараженных им вот уже на протяжении десяти лет ежегодно увеличивается как минимум вдвое. Уже это заставляет предположить, что вирус проникает в организм человека не только теми путями, которые официально «открыты» для него Всемирной организацией здравоохранения».

А не проще ли было бы предположить, что вирус отказывается ограничиваться «группами риска», поскольку даже не знает об их существовании?

Собеседник журналиста также уверяет, со ссылкой на «Голос Америки», что американские врачи

«...работают с носителями вируса только в масках, защитных очках и полном противочумном облачении²».

² Защитная маска и очки во время медицинских манипуляций, связанных с кровью, — норма для медработников всех цивилизованных стран, независимо от ВИЧ-статуса пациента. «Противочумное облачение», которое включает, помимо прочего, респиратор или противогаз, предназначено для предупреждения воздушно-капельной инфекции.



Далее в той же статье приводится другое интервью, содержащее полемику с первым. Подводя общий итог, автор статьи предостерегает от СПИДофобии — «синдрома СПИДа»:

«Стоит только поддаться слухам, панике, начать третирировать «разносчиков заразы», дать им почувствовать себя изгоями... и можно не сомневаться, больной начнет скрывать свою болезнь, а угроза заражения для еще здоровых возрастет многократно. Будем же гуманны — ну пусть даже исходя из холодного, трезвого расчета. Из чувства самосохранения».

Этот призыв прекратить дискриминацию хотя бы «из чувства самосохранения» удивительным образом сочетается со средствами выражения, озвучивающими именно такую дискриминацию: мы — здоровые, они — больные; больные будут скрывать свою болезнь и «разносить заразу» — мы, здоровые, окажемся под угрозой. Иррациональный страх перед «больными разносчиками заразы» мешает вспомнить, что ВИЧ-инфекция — не грипп, ее нельзя «подхватить» в переполненном метро: требуется куда более тесный (и, как правило, добровольный) контакт.

Автор статьи в «Известиях» от 10 марта 1994 года **«СПИД: бездна, в которую нужно заглянуть»**, в ходе собственного исследования проблемы СПИДа сделал открытие, которое так его испугало, что он решил поделиться этим страхом с читателями:

«За многие годы журналистской работы я впервые поставил перед собой цель сильно испугать читателя».

Автор справедливо озабочен тем, что в российском обществе отсутствует осознание серьезности проблемы СПИДа, что большинство наших сограждан убеждены: лично их эта проблема не коснется, потому что они не относятся к «группам риска».

«Но выясняется нечто ужасное: начиная с 1991 года, 80 процентов новых случаев заражения идет за счет людей, не имеющих к «группам риска» никакого отношения!... Как это могло случиться? Как они заражаются?».

Автор продолжает недоумевать, как же заражаются те, кто не в «группе риска»? Перебирая возможные варианты («Комары, клопы, блохи? Посуда со следами слюны инфицированного человека? Поцелуи?»), он вынужден признать, что «эти причины не могут вызвать



глобальную инфекцию»... Устойчивые стереотипы мышления непроницаемой стеной отделили «группы риска» от тех, кто «не имеет к ним никакого отношения».

Среди проявлений СПИДофобии особое место занимает боязнь СПИД-терроризма. У большинства зарубежных специалистов этот термин вызывает искреннее недоумение: в своей обширной практике они такого явления не наблюдали. Однако автор «Бездны...» относится к этому феномену вполне серьезно:

«Описаны случаи «СПИД-терроризма», когда больной «мстит всему миру» за свой смертельный недуг и умышленно заражает других людей».

Но еще большей паникой охвачен уважаемый собеседник автора статьи, доктор медицинских наук, президент НПЦ «Иммунология», заведующий лабораторией биотехнологии и СПИД Игорь Сидорович — официальный представитель медицинской науки, человек, который по роду своих занятий должен знать о ВИЧ-инфекции неизмеримо больше, чем простой обыватель или даже проникательный журналист. На восьмом году эпидемии СПИДа в России в интервью центральной газете он сказал буквально следующее:

«Сегодня я не вижу другого способа остановить эту глобальную эпидемию, кроме интенсивного выявления и изоляции ВИЧ-инфицированных людей. Я знаю, что меня могут назвать фашистом, но здоровые обязаны отгородиться от смертельно больных, обязаны [выделено автором статьи] ради будущих поколений... Часто думаю: вот японцы просят отдать им Курилы. Зачем им Курилы?... Отдать Курилы надо не России, не Японии, а русским и японским ВИЧ-больным».

Трудно что-то к этому добавить — разве что вспомнить слова академика Покровского, который еще в 1988 году назвал призывы к изоляции людей с ВИЧ «средневековыми».

И еще: в 1994 году, когда была опубликована эта статья, более одной трети всех случаев ВИЧ-инфекции приходились на детей, зараженных в больницах. Мог ли не знать об этом доктор Сидорович? Следовало ли, по его замыслу, создать специальную колонию для детей — или предполагалось отправлять их на Курилы вместе с родителями, бабушками, дедушками?.. Как вообще быть со всеми теми, у кого ВИЧ-инфицированы родные, любимые, друзья?



Призывы к физической изоляции ВИЧ-положительных не только негуманны в общечеловеческом смысле: такая стратегия борьбы с эпидемией обречена на провал, поскольку требует непомерных затрат, тотальной слежки и полной «непроницаемости» страны для всего окружающего мира. Суров и поучителен в этом плане пример Кубы — страны, где принцип изоляции был воплощен в самом прямом смысле³.

С помощью системы обязательного обследования на ВИЧ и изоляции всех ВИЧ-инфицированных в специальных «санаториях» Кубе несколько лет удавалось держать эпидемию СПИДа под контролем. Для этого применялись очень жесткие меры. Например, известен случай, когда кубинский студент, изучавший химию в московском вузе, получил телеграмму, в которой его просили вернуться домой якобы по причине болезни отца. Вернувшись в Гавану, он был немедленно извещен о том, что у него ВИЧ-инфекция, и принудительно отведен в «санаторий» — как тогда считалось, навсегда.

После распада СССР бюджет кубинского здравоохранения упал с 227 млн. долларов в 1989 году до 66,9 млн. долларов в 1993. Чуть ли не в один день Куба потеряла советскую медицинскую помощь в размере 80 млн. долларов. Сейчас держать «санатории» для ВИЧ-положительных стало для Кубы непозволительной роскошью. Меры профилактики, включая изощренную систему выявления ВИЧ-инфицированных, почти полностью свернуты.

В настоящее время, чтобы получить средства для обедневшей экономики, с благословения Фиделя Кастро развивается политика привлечения на Кубу туристов из Латинской Америки, Европы и Канады. В стране растет потребление наркотиков; масштабы проституции на острове сравнимы лишь с периодом до 1959 года. При острой нехватке презервативов, одноразовых шприцев и какой бы то ни было профилактики такая ситуация — гарантия катастрофы.

Несмотря на невысокую пока статистику заражений — из одиннадцатимиллионного населения Кубы сейчас около тысячи человек живут с ВИЧ-инфекцией — за последние два года прирост новых случаев был катастрофическим. Многие эксперты считают, что Куба потеряла контроль над развитием эпидемии.

³ Приводимая ниже информация взята из статьи «Результаты американского эмбарго против Кубы», размещенной на Интернет-странице *International Association of Physicians in AIDS Care* (www.iap.org).

Федеральный закон о СПИДе – попытка защититься



Значительное число публикаций было вызвано обсуждением проекта федерального закона о СПИДе. В своих первоначальных версиях законопроект содержал, в частности, положения о том, что обследование на ВИЧ будет обязательным условием оказания медицинской помощи и что в некоторых случаях власти смогут ввести режим массового принудительного обследования. Против этих положений решительно выступили российские и международные общественные организации.

«Согласно законопроекту, обязательному обследованию на ВИЧ будут подлежать все «граждане РФ по эпидемиологическим показаниям при угрозе массового распространения ВИЧ-инфекции»... Допускается содействие милиции «по доставке лиц для обязательного обследования».

На состоявшейся пресс-конференции, организованной Центром «ЭЗОП», организацией «СПИД-инфосвязь-Россия» и Международным пресс-центром, представители Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) заявили, что принудительное обследование на ВИЧ нецелесообразно, ибо оно приводит к неоправданным материальным затратам, а также, будучи репрессивной мерой, загоняет в подполье контингент людей, подвергающихся риску за-

ражения ВИЧ, и препятствует просветительно-профилактической работе». («На СПИД будут проверять в принудительном порядке», «Сегодня», 10 июня 1994 года).

В «Труде» от 22 ноября 1994 года в статье **«За эпидемией СПИДа идет эпидемия страха»** председатель Комитета по охране здоровья Государственной Думы Бэла Денисенко ответила на вопросы журналиста о принятом Думой Федеральном законе «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)». Этот закон, как отмечает журналист,

«...критикуют с обеих сторон — и те, кто требует еще более жестких мер, и те, кто считает закон «драконовским».

Поясняя некоторые положения закона, вызвавшие наибольшее число дебатов, председатель Комитета по охране здоровья дает понять, что за разными точками зрения стоят определенные группы интересов. Едва ли не главный камень преткновения — переход «от принудительного обследования определенных категорий населения к добровольному обследованию»:

«Медики, связанные с производством тест-систем, заинтересованы в постоянном притоке обследуемых — за этим стоят бюджетные деньги. Они хотели, чтобы в законе было четко обозначено: такие-то категории граждан подлежат обязательному медицинскому обследованию. Были предложения обследовать всех проституток — но если у нас даже нет правового статуса проституток, то как мы будем их выявлять? Предлагалось обследовать всех водителей...».

Забегая вперед, следует отметить, что хотя в федеральный закон не вошли положения о принудительном обследовании «определенных категорий граждан», их в обход закона стали по своему усмотрению вводить некоторые ведомственные структуры (Министерство путей сообщения) и региональные власти (Нижний Новгород, Владивосток).

Навязчивое стремление обследовать «определенные категории» вряд ли можно объяснить одним лишь давлением со стороны производителей тест-систем. Многие продолжают искренне верить в возможность «обследовать всех».

Председатель Комитета по охране здоровья Бэла Денисенко отвергает такую возможность по нескольким причинам:

«Во-первых, сегодня все равно нереально обследовать всех — нет у нас таких возможностей. Во-вторых, на следующий день после обследования человек может заразиться... Эффективного лечения пока нет. А значит, обследования сами по себе эпидемию не остановят.

Реальность такова, что ВИЧ-инфицированные и здоровые должны научиться сосуществовать. И самая надежная гарантия против дальнейшего распространения заболевания — знание гражданином правил защиты от инфекции [выделено мною — И.С.]».

Фактически тем самым государство готово признать, что гражданам можно доверить их собственное здоровье: если дать каждому необходимые знания и средства предохранения, отпадет необходимость принудительно обследовать мифические «группы», держа остальных в блаженном неведении и успокоенности. Однако это не распространяется на иностранных граждан:

«Дорога в Россию заведомо инфицированным будет жестко закрыта... Меня спрашивали: а если инфицирован журналист или дипломат? По закону этим людям в нашей стране больше не работать».

Вошедшее в окончательный вариант закона требование о том, чтобы иностранцы, прибывающие в Россию на срок более 3 месяцев, предъявляли сертификат об отрицательном результате анализа на ВИЧ-инфекцию, было продиктовано стремлением защититься от «импорта» ВИЧ-инфекции из менее благополучных в эпидемиологическом отношении стран. Однако стоит отметить, что беспрецедентная вспышка эпидемии в стране, последовавшая через год после вступления закона в силу, была целиком «отечественного производства».

В завершение интервью Бэла Денисенко дает свое объяснение жесткой позиции некоторых депутатов:

«Видимо, следом за эпидемией СПИДа зловецей тенью идет эпидемия страха... А страх всегда мешает принять адекватное решение».



В статье **«Закон, который мы потеряли»** («Сегодня», 1 декабря 1994 года), основанной на материалах Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, высказывает-ся резкая критика закона, пока еще не прошедшего Совет Федерации и не подписанного Президентом:

«На пресс-конференции, посвященной Всемирному дню борьбы со СПИДом, Российский научно-методи-ческий центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Российская академия медицинских наук, Минздрав-медпром и Госкомсанэпиднадзор публично отказались от причастности к принятому одиозному решению... публике предоставляется полная свобода гадать, кто же из семи производителей десяти типов отечественных тест-систем оказывал наибольшее влияние на парла-ментариев».

Хотя новый закон призван переместить акцент с массового прину-дительного обследования на добровольное обследование, консуль-тирование и профилактическую работу,

«...в принятой редакции вводится новое положение об обязательном тестировании всех иностранцев, въезжа-ющих на территорию РФ, а решение об обязательном обследовании россиян отдается на усмотрение Прави-тельства, что при определенной ситуации не исключает возврата к системе массовых принудительных тести-рований».

В статье приводятся красноречивые цифры (действительные на конец 1994 года):

«При существующем ныне порядке выявление одного инфицированного стоит свыше 200 тысяч долларов, а лечение его в России — только 7 тысяч долларов».

«Ежегодное принудительное обследование 24 милли-онов россиян обходится в сумму, эквивалентную 25 мил-лионам долларов, при том что выявляется один инфи-цированный ВИЧ из 250 тысяч обследованных».

«Сейчас объем госзаказа достигает 35 миллионов тес-тов в год, но и он не выполняется, а качество части про-дукции не соответствует нормам».

1 декабря 1994 года в Париже состоялась встреча на высшем уровне по СПИДу, на которой от России помимо официальных лиц присутствовали также представители двух неправительственных анти-СПИДовских организаций — Центра «ЭЗОП» и Российского фонда «ИМЕНА»: последние приехали на саммит по приглашению и на средства международной антиСПИДовской общественности, поскольку в государственную делегацию их включить отказались. До и во время Парижского саммита антиСПИДовские общественные организации направляли письма в Министерство здравоохранения, Государственную Думу и ВОЗ, стремясь не допустить принятия закона в его первоначальных вариантах. Коалиция нескольких неправительственных организаций направила в Государственную Думу свое обращение с предложениями об изменениях в проекте закона. Официальной реакции на эти действия не последовало, но есть основания полагать, что давление общественности на российский и международном уровне в итоге оказало влияние: окончательный текст закона значительно более соответствует международным нормам, чем предыдущие варианты.

Уже после того, как Федеральный закон был принят, дебаты продолжались. В статье в «Московской правде» за 3 июня 1995 года **«СПИД: смерть по цепочке»**, где говорится о произошедшем в Москве в 1994 году случае заражения реципиента донорской крови, автор обрушивается на тех, кто выступает против принудительного обследования:

«Еще в начале 90-х годов, когда было введено обязательное исследование на ВИЧ, подали голос защитники прав человека. Как это так, ЛИЧНОСТЬ [выделено автором статьи] не желает сдавать свою кровь на исследования, а ей приказывают и обязывают проходить унизительные анализы... Тогда посттоталитарное общество не услышало эти голоса. И слава Богу».

Однако дело в том, что доноров всегда обследовали и продолжают обследовать на ВИЧ, в том числе по новому закону. То, что донорская кровь заражена, было известно в лаборатории — об этом говорится чуть раньше в той же статье, в цитате из приказа московского департамента здравоохранения:

«...несмотря на то, что... лабораторией городской станции переливания крови было установлено носительство ВИЧ-инфекции, ВЫБРАКОВКА и УТИЛИЗАЦИЯ заготовленной крови НЕ БЫЛИ ПРОИЗВЕДЕНЫ, в после-



дующем КОМПОНЕНТЫ КРОВИ были ВЫДАНЫ в ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ города [выделено автором статьи]».

Медработники знали, что кровь инфицирована, но не выбраковали ее! Чем же виноват донор, который

«...был постоянным донором. Но тогда., видимо, сдавал кровь, только впервые будучи инфицированным».

Кроме того, автор статьи считает слишком либеральными положения закона, защищающие от дискриминации — например, о добровольном обследовании:

«В России абсолютное большинство носителей ВИЧ-инфекции были обнаружены в результате обязательных серологических исследований в больницах. Процент же тех, кто добровольно обследовался на ВИЧ и дал положительные результаты, ничтожен».

Верно как раз обратное — как в России, так и во всем мире. При том что процент добровольных анализов у нас в стране был ничтожно мал по сравнению с огромной массой принудительных (около 24 миллионов в год), эффективность добровольного обследования значительно выше.

Также у автора вызывает протест то, что по закону ВИЧ-положительные пользуются «всеми правами, предусмотренными законодательством РФ об охране здоровья граждан»:

«...при современном уровне здравоохранения в РФ крайне опасно в одном помещении, предположим, лечить зубы ВИЧ-инфицированному, а следом — здоровому пациенту».

«Не думаю, чтобы мать согласилась на то, чтобы ее дитя находилось в одной больничной палате в близком контакте с инфицированным ребенком».

Непонятно, в чем автор видит опасность нахождения в одном помещении или в одной палате. Верит в воздушно-капельную передачу? И что имеется в виду под «близким контактом» с инфицированным ребенком? А вот еще аргумент:

«Не думаю, чтобы самый лояльный человек решился бы лечить зубы тем же бором, который только что был во рту у инфицированного человека».

Иными словами, если пациент не инфицирован (или не прошел обследование), — можно остаться «на современном уровне здравоохранения в РФ» и следующему пациенту лечить зубы тем же бором, который только что был во рту у предыдущего. А как быть с другими инфекциями, передающимися через нестерильные инструменты? А как быть с теми людьми, которые не знают или не хотят знать своего ВИЧ-статуса? Цитируя специалистов, занимающихся проблемой СПИДа в России, автор сообщает, что о своем ВИЧ-статусе знает лишь одна десятая всех людей с ВИЧ в нашей стране. Наконец, автор делает вывод, что

«...нынешнее общество не готово жить рядом с носителями инфекции. Последние боятся почувствовать себя изгоями. Их преследует не только страх смерти, но и боязнь быть отвергнутыми обществом, остаться один на один с болезнью».

Можно ли смириться с таким положением вещей? Удастся ли россиянам отгородиться от носителей вируса? Этот вопрос вынесен в подзаголовок статьи в «Труде» от 24 октября 1995 года, озаглавленной **«Жизнь со СПИДом»**. Автор статьи задает вопрос:

«Так неужели мы непременно должны пройти путь от тысячной до миллионной жертвы СПИДа, чтобы понять: эта проблема касается в равной мере общества в целом и каждого из нас в отдельности?».

И в итоге беседы с представителями государственных и общественных антиСПИДовских организаций делает вывод:

«... главный интерес — жить по возможности долго и счастливо — у всех общий. И это не только ИМ, кому уже не повезло, надо учиться жить с вирусом в крови. Это всем НАМ предстоит научиться жить бок о бок с беспощадной инфекцией. СПИД вошел в наше бытие на многие годы, и отгородиться от этой реальности не удастся никому».

Уже в следующем, 1996 году в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в России произошли перемены, которые подтвердили правоту этих слов.

ПОВОРОТНЫЙ МОМЕНТ ЭПИДЕМИИ



В 1996 году произошли два поворотных момента в истории СПИДа: один из них коснулся всего мира, другой затронул конкретно Россию. В мире было официально объявлено о новых противовирусных лекарствах, позволяющих буквально возвращать людей к жизни даже на поздней стадии ВИЧ-инфекции. Это дало надежду, что СПИД станет если не излечимым радикально, то по крайней мере поддающимся лечению хроническим заболеванием.

В России новость была совсем иного характера: началась неслыханная эпидемия среди молодежи, употребляющей инъекционные наркотики. В течение одного года число зарегистрированных с 1987 года случаев ВИЧ-инфекции увеличилось вдвое, а количество новых заражений, выявленных в 1996 году, было в 10 раз больше, чем в 1995. Этого взрыва в России мало кто ожидал: в течение предыдущих девяти лет эпидемии практически не было зарегистрировано доказанных заражений ВИЧ при употреблении наркотиков. Среди потребителей наркотиков ходили даже слухи, что кустарные отечественные наркотики «убивают ВИЧ».

С трагической быстротой ВИЧ переставал быть экзотикой, от которой большинство наших сограждан надеялись отгородиться. Отошли в прошлое дебаты о том, готово или не готово российское общество к «жизни со СПИДом» и не стоит ли построить «санаторий на Курилах» для сотни-другой представителей «групп риска», заразившихся половым путем. В некоторых регионах России уровень зараженности ВИЧ приблизился к уровню самых неблагополучных в эпидемиологическом отношении стран мира.



ВИЧ и наркотики

Давайте вернемся на несколько лет назад, когда, казалось, ничто не предвещало катастрофы. По данным российских специалистов⁴, на 1 ноября 1992 года из обследованных 316 281 проб крови зарегистрированных больных наркоманией не было обнаружено ни одного случая ВИЧ-инфекции. Объясняли это тем, что вирус не проник в данную группу, поскольку наркотик в основном готовили в домашних условиях и употребляли в замкнутом коллективе с одними и теми же людьми. Однако при этом, как показало исследование 86 потребителей инъекционных наркотиков (56 мужчин и 30 женщин)⁵, все «предварительные» условия для стремительного распространения вируса среди наркопотребителей и их половых партнеров были налицо:

- наркотик вводится общим шприцем без стерилизации;
- у наркопотребителей большое количество половых партнеров – как употребляющих наркотики (в среднем 41 партнер за последние пять лет), так и не употребляющих (119 за последние пять лет);
- широко практикуется расплата сексом за наркотик;
- большинство наркопотребителей никогда не пользуются презервативом;
- у большинства обследованных наркопотребителей в анамнезе обнаружены гонорея, сифилис, трихомониаз, гепатит В.⁶

Уже тогда ситуация сложилась явно взрывоопасная. Вирусу осталось лишь попасть в среду наркопотребителей. Это произошло, и в 1996 году Россия ощутила первый раскат взрыва.

Кто они такие, «потребители наркотиков»?

Во-первых, почему не просто «наркоманы», а «потребители наркотиков»? Дело в том, что заражение ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков может произойти независимо от того, страдает ли человек наркоманией, считает ли сам себя наркоманом, считают ли его таковым окружающие. Вот пример «нетипичных» потребителей,

⁴ И.Г.Савченко, В.В.Покровский. Факторы риска ВИЧ-инфекции в России среди употребляющих наркотики внутривенно. 1993 год.

⁵ И.Г.Савченко, В.В.Покровский. Факторы риска ВИЧ-инфекции в России среди употребляющих наркотики внутривенно. 1993 год.

⁶ Заболевания, передающиеся половым путем, повышают риск сексуальной передачи ВИЧ.



описанный в статье **«Судьбоносное просвещение»** в журнале «Итоги» 7 апреля 1998 года:

«... у нас завязался разговор с группой подростков в супермодной униформе — детей состоятельных родителей... Один из наших собеседников, четырнадцатилетний бугай, три года употребляет героин. Другой, шестнадцати лет, сидит на игле два года. У обоих были друзья, умершие от передозировки...»

Наркоманам не положено быть такими. Все отечественные кампании против наркотиков утверждают, что за первым уколом следует немедленное разложение личности и скорая смерть. Эти ребята, которые хорошо учатся, рисуют, музицируют... уже знают, что их обманывали, так пугая наркотиками».

Такое однозначное представление общества о «наркоманах» так же обманчиво, как и стереотип «групп риска». В развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в очередной раз наступил момент, когда общество ради своего же спасения должно поближе узнать тех самых людей, от которых оно пыталось отгородиться, и понять их, чтобы им помочь. Попыткой понять молодого человека, для которого наркотик — это его мир, была статья **«Отречение от жизни»**, опубликованная в «Труде» 11 февраля 1998 года, а точнее —

«нескладный, мучительный, «рванный» от пауз, со срывами в крик и досаду разговор людей, которые уже живут в двух разных мирах. Но еще не потеряли шанс построить между собой хрупкий мостик».

Собеседник автора убежден, что «есть тысячи причин, чтобы начать употреблять наркотики», и что процесс приобщения к ним происходит постепенно:

«Оттого, что нечего делать. Оттого, что есть деньги. Оттого, что ты лечишь этим какую-то боль. Оттого, что это просто приятно. Оттого, что приятели уже колются, а ты еще нет. В 14 я что-то попробовал. В 16 уже осознанно курил «травку»... Колоться начал в 18 лет «винтом»⁷».

Он против того, чтобы приравнивать употребление наркотиков к преступлению:

⁷ Описание некоторых употребляемых у нас наркотиков см. «Некоторые полезные сведения».



«...если человек хочет «вмазываться», он все равно будет это делать. И бороться надо не с наркоманами, а с наркотиками. Ведь наркоман — это не преступник? Я перешел эту грань, для меня употребление наркотиков — это нормально. Ничего преступного тут нет».

Но ему кажется, что окружающие думают иначе:

«Да ведь все равно я не объясню тебе, что «торчки» — тоже люди. Для тебя наркоман — недочеловек, преступник».

Когда наркопотребители пытаются решать свои проблемы, им трудно получить помощь и поддержку, в которой они нуждаются. Об этом они говорят в статье **«Косая жизнь»**, опубликованной в январском журнале «Смена» за 1998 год:

«[В наркологической больнице] все медсестры и врачи относились к нам пренебрежительно. У меня была непреодолимая психологическая тяга к наркотику, мне нужно было с кем-то поговорить об этом, получить грамотный совет, а вместо этого мне давали таблетки — барбитураты, кололи галоперидол, аминазин, и я просто лежал как бревно — и все...».

По свидетельству тех, кто пробовал отказаться от наркотической зависимости, это длительный и неровный процесс, который может занять годы:

«... Бросить? Да, хочу. Я уже месяц держусь, не употребляю, и мне хорошо. Но я не знаю, что будет со мной завтра. Наркомания — это такая мания, которая будет преследовать тебя всю жизнь. Говорят — кто пять лет колетса, тот потом десять лет отходить будет...».

Можно ли что-то сделать?

«Независимая газета» от 25 октября 1996 года в статье **«Эпидемия СПИДа среди российских наркоманов?»** сообщила о семинаре по проблемам наркотиков и СПИДа, организованном Российским фондом «ИМЕНА» для представителей широкого круга государственных и неправительственных организаций. На этом семинаре



«...доктор Анн Копель [из Франции], автор одобренной ВОЗ европейской стратегии профилактики заболевания [СПИДом] среди наркоманов, сообщила ... об основах [европейской] концепции предупреждения эпидемии... Наряду с доступностью различных видов [лечения наркозависимости] (прежде всего методом заменяющей терапии⁸ ...) концепция предполагает доступность безопасных одноразовых шприцев и игл для тех, кто не нашел в себе сил отказаться от дурмана, а также активное участие [в программах] самих людей, употребляющих наркотики...

«Во Франции, как и во многих других странах, бытовало мнение, что наркоманы совершенно безответственны и асоциальны, употребление наркотиков каралось законом, — сообщила доктор Анн Копель. — Однако исследования, проводимые нами, и сама жизнь доказали, что это не так. Не подтвердились также предположения относительно того, что доступность одноразовых шприцев повлечет за собой рост наркомании. Наркоманов больше не стало, зато замедлился рост заболевания СПИДом. Вместе с тем увеличилось число людей, добровольно проходящих «антинаркотическую» терапию — сейчас их во Франции 26 тысяч».

Европейская стратегия борьбы с распространением ВИЧ среди наркопотребителей основана на том, что профилактику заражения нужно обеспечить независимо от того, готов ли человек отказаться от наркотика. В странах, где актуальна проблема заражения ВИЧ через наркотики, действуют пункты обмена шприцев и другие программы, направленные на **снижение вреда**, наносимого наркотиками личности и обществу, и **снижение риска** заражения ВИЧ.⁹ По мере того, как эпидемия ВИЧ среди наркопотребителей нарастает, в некоторых городах России также открываются программы снижения вреда:

«Программы по работе с наркоманами называют кампаниями «по снижению вреда», так как обычно исходят из того, что вылечить от наркозависимости трудно, а то и невозможно. Главное — помочь от зависимости не умереть.

⁸ Имеется в виду метадоновая заместительная терапия, позволяющая частично контролировать наркоманию путем выдачи наркозависимым пациентам наркотика (метадона) по предписанию и под наблюдением врача. При этом наркозависимые постоянно находятся в контакте с медико-социальными службами, избавлены от необходимости «добывать» наркотик незаконным путем и не рискуют заразиться ВИЧ, поскольку метадон не вводят в инъекциях, а принимают перорально. В России метадоновая заместительная терапия пока запрещена.

⁹ См. «Некоторые полезные сведения».



Программы, следующие этой философии, в последние год-полтора появились в Москве, Петербурге и Ярославле.

В Москве около десяти молодых людей работают под эгидой... голландских «Врачей без границ». Многие из них сами раньше употребляли наркотики. Теперь они прогуливаются по подземному переходу у метро «Лубянка» и заговаривают с молодыми людьми, которые приходят сюда покупать наркотики...». («Судьбоносное просвещение», «Итоги», 7 апреля 1998 года).

Принятый в 1998 году закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» делает невозможной профилактику заражения ВИЧ через наркотики, поскольку такая работа обязательно должна строиться на непосредственном контакте с наркопотребителями, а закон фактически приравнивает их к преступникам, заставляя скрываться; кроме того, закон запрещает учить наркозависимых безопасным методам введения наркотика.¹⁰

Ввести программы снижения вреда везде, где они нужны, мешает как упомянутый закон о наркотиках, так и официальная позиция силовых ведомств, считающих, что наркоманов нужно «ловить и сажать», и наркологов, ставящих обязательным условием оказания помощи наркозависимому полный отказ от наркотика. Однако по мнению начальника отдела СПИДа Минздрава России Михаила Ивановича Наркевича, альтернативы программам снижения вреда нет:

«Закон запрещает вообще проводить какую-либо работу среди больных наркоманией, полагая, что любая пропаганда преимуществ введения наркотического средства является противозаконной...»

Официальная политика в отношении программ снижения вреда следующая: силовые министерства — МВД, Прокуратура, Министерство юстиции — против. Министерство здравоохранения — за. Пока победа на стороне первых... Но мы в ряде регионов получаем согласие умных и прогрессивных руководителей администраций,

¹⁰ Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ. «...Статья 46. Запрещение пропаганды и ограничение рекламы в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

1. ... деятельность физических или юридических лиц, направленная на распространение сведений о способах, методах разработки, изготовления и использования, местах приобретения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров... запрещается.
2. Запрещается пропаганда каких-либо преимуществ использования отдельных наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров...».



которые идут на эту работу. Мы делаем это в регионах и будем делать. Это единственное, что может снизить инфицирование больных наркоманией».¹¹

ВИЧ в армии

«Армия несет ВИЧ-потери», сообщили «Известия» 13 августа 1998 года, рассказав историю 19-летнего военнослужащего из Североморска, который был обследован на ВИЧ в Мурманске, а затем направлен в инфекционное отделение Подольского окружного военного госпиталя. Это отделение — «единственное на все российские силовые структуры. Сюда привозят не только военных, но и ребят из МВД, ФАПСИ, МЧС с ВИЧ-инфекцией. По мнению начальника медицинской службы госпиталя,

«в армии СПИД сейчас распространяется стремительными темпами... Еще несколько лет — и вся армия переразится».

Относительно состава и географического распределения случаев заражения начмед пояснил:

«85 процентов из них — наркоманы, большинство — из строительных частей. Были случаи, когда в одной роте мы выявляли сразу по 9 зараженных!... основные «поставщики» инфицированных военнослужащих — Калининградская, Тверская, Новгородская, Ростовская области и Краснодарский край. Средний возраст — призывной, 17–19 лет».

19-летний военнослужащий говорит, что попал в армию «практически без комиссии... меня просто быстренько осмотрели, и все», что наркотики в принципе не употреблял — хотя там, где он служил, ему «предлагали, конечно, наркотики, попробовать — «вмазаться». О различии между ВИЧ-инфекцией и СПИДом молодой человек, очевидно, не знает, как и о своем праве сохранить диагноз в тайне:

«Я уже домой написал, что, наверное, болен СПИДом. Мне [врач] посоветовал так сделать, сказал, что честность в данном случае — лучше, чем вранье».

¹¹ Из выступления на конференции «СПИД, рак и родственные проблемы», Санкт-Петербург, май 1999 года.



По словам военного прокурора Московского округа,

«призывные комиссии из рук вон плохо обследуют призывников. Из 100 процентов выявленных ВИЧ-инфицированных 88 [процентов] попали в армию уже зараженными».

Достаточно большое число заражений происходит и во время службы. В заметке в «Московском комсомольце» от 4 февраля 1999 года **«В элитной дивизии Дзержинского солдаты заражали друг друга ... СПИДом!»** говорится о том, что в Отдельной дивизии особого назначения внутренних войск МВД РФ «процветает наркомания и едва ли не свирепствует эпидемия СПИДа»:

«Инфекцию СПИДа подхватили пока четыре человека: трое рядовых и один сержант».

«СПИД рвется в казармы» — предупреждают «Новые известия» от 14 февраля 1999 года. В статье некоторый избыток пугающих и высокопарных фраз:

«...до последней, фатальной стадии заболевания в воинских частях дело не доходит»;

«...для них страшный финал наступает на «гражданке»;

«...рядовой состав комиссуют сразу, как только подтверждается смертельный диагноз»;

«...[профессиональным военным] дано право продолжить службу под неусыпным наблюдением врачей»;

«...около двадцати офицеров и прапорщиков со страшным диагнозом»;

«...изматывающая работа [военных-контрактников] сокращает отпущенный недугом срок»;

«...очищение армии от ВИЧ-скверны».

Вместе с тем в материале отражен достаточно прагматичный и трезвый подход к проблеме ВИЧ-инфекции среди офицерского состава — оказывается, «страшный диагноз» ничуть не является препятствием к выполнению профессиональных обязанностей:

«Зараженные ВИЧ-инфекцией, к примеру, несут вахту на подводных лодках, обслуживают на аэродромах авиатехнику. ...Есть среди носителей вируса даже высшие офицеры».



Наблюдается любопытная закономерность: когда ВИЧ-инфекция лично затрагивает представителей командного звена, легче избежать дискриминации и обеспечить тайну диагноза:

«Сохранить инкогнито помогает припасенная врачами на этот случай легенда о заболевании гепатитом. Медики крайне серьезно относятся к сохранению врачебной тайны... Больше половины ВИЧ-инфицированных из числа военных-контрактников не бросают службу. Стараясь дотянуть до пенсионного возраста... Это их выбор».

Эпидемию ВИЧ-инфекции в войсках связывают в основном с эпидемией наркомании, не исключая и сексуальный путь передачи:

«В армию плотным строем пошли призывники-наркоманы, и число ВИЧ-инфицированных возросло на порядок... Помимо наркоманов, в [эпидемиологических картах] фигурируют «герои» и одновременно жертвы сексуальной революции».

В этой статье упоминается только о гетеросексуальном пути заражения ВИЧ; однако перестали быть секретом и сексуальные отношения между мужчинами в армии, и проституция военнослужащих, что также может быть фактором заражения. Тем не менее

«обеспечить солдат осязаемыми средствами защиты военное ведомство не в силах... [Из проведенного опроса] выяснилось, что 80% рядового состава российской армии не знают, как правильно распорядиться презервативом».

По сообщению газеты «Красная звезда» от 6 июля 1999 года, 120 российских военных получили диагноз «ВИЧ-инфекция», в том числе 20 офицеров. Из них 98 человек заразились при инъекционном употреблении наркотиков.

ВИЧ в местах лишения свободы

«Вся беда в том, что этот закон [о наркотических средствах и психотропных веществах] писали в основном силовые министерства — например, Министерство внутренних дел... Сегодня из 13 тысяч инфицированных 2 600



сидят в тюрьмах — не за потребление, а за хранение. Если у него есть 2-3 дозы на выходной день, — он попадает в тюрьму. У меня такое впечатление, что сидит их там столько, сколько есть мест. Без оказания медицинской помощи, с «сухой ломкой».¹²

«Со СПИДом на волю не выпускают», констатирует «Общая газета» от 4-10 июля 1996 года. Пытаясь узнать о возможности освобождения до суда больного СПИДом подсудимого, автор выяснил, что

«...с точки зрения органов правоохраны, СПИД, как и любая другая болезнь, не является основанием для изменения меры пресечения... Только когда его [заключенного с ВИЧ-инфекцией] состояние будет критическим и врачи установят, что его иммунная система полностью разрушена и человеку осталось жить считанные недели, подсудимого могут... освободить из-под стражи... Часто адвокаты предпринимают попытки освободить таких подсудимых. Но суды каждый раз приходят к заключению, что тяжесть предполагаемого деяния этого человека весомее, чем угроза его здоровью».

Осужденные с ВИЧ содержатся отдельно от других в СИЗО и в «локальных участках», практически не получая медицинской помощи. Тяжелые условия содержания, недостаток питания и лекарств, туберкулез и другие инфекции ставят под угрозу жизнь заключенных с ослабленной иммунной системой. Особенно опасно сочетание ВИЧ с туберкулезом: в этом случае даже небольшой срок заключения может оказаться равносильным смертному приговору. Вот типичная история молодого ВИЧ-положительного заключенного в Калининграде, рассказанная в статье **«Зона вичевых»**, «Итоги», 7 апреля 1998 года:

«Сейчас Сергей в следственном изоляторе, живет с пятью другими ВИЧ-инфицированными и больными туберкулезом мужчинами в непроветриваемом помещении метра два на четыре: он украл у соседки приемник... [Он] раньше был судим, сидел за грабеж, тогда и заразился туберкулезом... теперь у него уже почти нет левого легкого... «Лекарств нет. У нас в камере все с открытым туберкулезом и с ВИЧем. А лечения никакого. Вы бы лучше про условия здесь написали».

¹² Из выступления М.И.Наркевича, начальника отдела СПИДа МЗ РФ, на конференции «СПИД, рак и родственные проблемы», Санкт-Петербург, май 1999 года.

Жизнь с ВИЧ



Испытать на себе, чтобы понять

В попытке понять, что происходит с людьми, с их внутренним миром и социальным окружением при диагнозе ВИЧ-инфекция, журналисты «входили в образ» ВИЧ-положительного и наблюдали за собственными переживаниями и реакцией других людей, которым они сообщали о «диагнозе». Такой взгляд изнутри дает возможность узнать о проблеме СПИДа нечто качественно новое.

20 марта 1993 года в «Московском комсомольце» была опубликована статья **«Заражен и очень опасен»**, в которой журналист решил побыть «один день в шкуре прокаженного, страшная тайна которого раскрыта прилюдно».

Стоя в вестибюле метро с плакатом «По вине медиков заразился СПИДом. Помогите на лечение», корреспондент «МК» вызывал у публики сострадание:

«Люди достают потрепанные кошельки, извлекают мятые пятерки, трешки, четвертаки. Отторжения не произошло, палкой никто не огрел, даже не выругался матом».

Но оказалось, что одно дело — просить милостыню и совсем другое — добиваться нормального к себе отношения. Неудачей закончилась попытка журналиста сдать брюки в химчистку, «признавшись» в своем ВИЧ-статусе:

**«Приемщица с ужасом смотрит на меня, дрожащими руками срывая уже привязанные бирки...
— Это невозможно.»**



- Но почему?
- У нас нет на этот счет инструкций...».

Попытки постричься в парикмахерской или полечить зубы также не увенчались успехом:

«Мы не сможем вас постричь. Нам никто не говорил, как это делать. У нас нет даже резиновых перчаток... У нас нет одноразовых сверл... У нас нет никаких инструкций...».

Действительно: отсутствие инструкций, незнание необходимых (и достаточных) мер безопасности, неуверенность в том, что ВИЧ не передается при бытовом контакте, — одна из причин дискриминации. Но не единственная. Рассуждая о других причинах, журналист отмечает:

«Меня не бьют, но меня и не обслуживают. Меня — гонят. Хотя от общества меня никто не отлучал... Сострадание — понятно. Но почему — презрение? Никому нет дела, что меня заразили врачи. Обществу так думать неудобно. Гораздо приятнее поставить меня в один ряд с педиками, наркоманами, любителями проституток. Я почувствовал это. На своей шкуре».

Задавая вопрос «почему?», журналист фактически сам же на него и отвечает, когда презрительно отстраняется от заразившихся «недостойным», по его мнению, путем, не желая стоять с ними «в одном ряду». Существует такое понятие, как «дискриминация по путям заражения», то есть деление ВИЧ-положительных на «невинных» и «виноватых». Дебаты о том, кто и в какой степени виноват в заражении, неизбежно заводят в тупик; кроме того, они бесплодны: отношение общества может быть диким или цивилизованным, разумным или истеричным, нетерпимым или гуманным — но в любом случае оно распространяется разом на **всех** людей, затронутых проблемой СПИДа. Несколько утрируя, можно сказать: либо ВИЧ-инфекция рассматривается как болезнь — и тогда общество заботится о том, как помочь заболевшим; либо как преступление — и тогда общество стремится осудить, изгнать из своих рядов и изолировать «преступников». Попытки сочетать эти два несочетаемых подхода (одно отношение — к «невинным жертвам», принципиально другое — к заразившимся в результате «безнравственного» поведения) безуспешны. Достаточно вспомнить бездушную травлю зараженных в больницах детей и их семей.



Опыт перевоплощения в ВИЧ-положительного приводит журналиста к простому выводу: когда существует дискриминация, удобнее вообще не знать своего ВИЧ-статуса:

«И пока я скрываю свою тайну или хуже — не подозреваю о ней или только догадываюсь, — я свободный человек. Ну так я себе не враг — лучше не знать мне одному, чем будет знать обо мне вся округа».

Статья **«Заражен и очень опасен»** написана в 1993 году — неужели за прошедшие годы ничто не изменилось в сознании людей? К сожалению, если и изменилось, то очень незначительно. **«Со СПИДом на работу»** попытался устроиться корреспондент «Общей газеты» и рассказал об этом в номере от 18-24 декабря 1997 года. Вспомним, что к этому моменту прошло уже два года с тех пор, как вступил в действие Федеральный закон «О предупреждении распространения...», согласно которому тест на ВИЧ при устройстве на работу обязаны проходить только врачи СПИД-центров и пунктов обследования на ВИЧ, судмедэксперты и научные работники, исследующие кровь, органы и ткани¹³. Но когда корреспондент говорил потенциальным работодателям о том, что у него якобы ВИЧ-инфекция, его отказывались принять практически на любую работу. Вот лишь часть списка отказов:

¹³ Постановление Правительства РФ от 4 сентября 1995 г. N 877 «Об утверждении перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров». «1. Обязательному медицинскому освидетельствованию для выявления ВИЧ-инфекции при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах подлежат следующие работники:

а) врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИДом, учреждений здравоохранения, специализированных отделений и структурных подразделений учреждений здравоохранения, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт;

б) врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий (группы персонала лабораторий), которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека;

в) научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека».



«складской служащий в фирме «Партия», распространитель билетов моментальной лотереи «Юность планеты», швея-мотористка в частном швейном предприятии «Интан»... продавец мороженого, сторож на стройке, швейцар, расклейщик объявлений, уборщица...».

Как ни парадоксально, но в агентстве интимных услуг СПИДа не испугались и охотно согласились взять претендента с ВИЧ-инфекцией на работу.

Получая отказ за отказом и сочувственные рекомендации «искать работу без чистосердечного признания», журналист делает вывод:

«Полицейские меры, которыми пользовались в нашей стране на первом этапе распространения СПИДа, давно отменены, но ВИЧ-инфицированные по-прежнему в подполье... Общество по-прежнему делится на тех, кто скрывает свой диагноз, и тех, кто предпочитает о нем не знать».

Как мы видим из этих двух публикаций, между которыми лежит расстояние в четыре года, знание своего диагноза «ВИЧ-инфекция» по-прежнему влечет за собой необходимость его тщательно скрывать — хотя бы для того, чтобы получить работу или воспользоваться элементарными общедоступными услугами. Стоит ли удивляться, что возможность разглашения диагноза для многих опаснее, чем сам вирус: болезнь начнет проявляться не раньше, чем через несколько лет, а результаты огласки ВИЧ-статуса будут немедленными и необратимыми.

Говоря о проблемах, связанных с отношением общества к ВИЧ-положительным, часто забывают о том, что диагноз «ВИЧ-инфекция» сам по себе — сильнейший психологический стресс. Чтобы хотя бы отчасти понять связанные с ним переживания, журналист «примеряет на себя» ситуацию получения такого диагноза. В статье в «Российской газете» за 27 марта 1998 года, заглавие которой — **«Клуб самоубийц»** — перекликается с названием известного рассказа Р. Л. Стивенсона, автор якобы попадает на вечеринку, где «заражается» ВИЧ-инфекцией. В ожидании результатов анализа

«я находилась в жуткой депрессии. Думала только о том, что скоро умру. Я похоронила себя заживо. Работа не клеилась. Любимого оттолкнула от себя. Ради него... Боялась подходить к дочке... ни разу не обняла ее, не поцеловала. Знаю, что через поцелуй вирус не передается.., а подойти не могу».



В действительности ситуация заражения, обследования и получения диагноза была создана во время ролевой игры на семинаре. Но даже такое искусственное погружение в проблему позволяет

«разрушить ложные стереотипы, которыми мы напичканы.., чтобы не только головой понять, что такое СПИД, но и почувствовать это кожей».

Дискриминация

Во многих материалах о ВИЧ-положительных звучит тема дискриминации, которая бесцеремонно врывается в жизнь человека вместе с известием о ВИЧ-инфекции. Как правило, это происходит по стандартной схеме, описанной, например, в статье **«Куда летит кирпич судьбы»** в «Общей газете» за 29 апреля 1994 года. Рассказанные события произошли с героем статьи при его выявлении пятью годами раньше, то есть в 1989 году, в «большом северном городе»:

«Московская больница оперативно сообщила в санэпидстанцию по месту жительства Евгения эту новость. И еще до его приезда весь город знал, с кем был Евгений и когда. Из города пришлось уехать, учебу в вечернем институте бросить, работу тоже. На него не просто пялились: «Во! СПИДоносец идет!», но грозились убить, «чтобы не перезаразил весь город». Угрожали не только ему, но и родителям, сестре, восьмидесятилетней бабушке».

Аналогичная ситуация, но с другим человеком, описана в «Комсомольской правде» за 31 марта 1995 года в материале под романтическим названием **«У меня СПИД» — сказал жених Игорь — «Я все равно тебя люблю» — ответила невеста Алена»:**

«... однажды каким-то образом о том, что у Игоря та самая «гадость», узнали в селе. Первыми ему в лицо плюнули, причем в буквальном смысле, родители... Следующими были соседи. Они просто выбили все стекла в доме. Подытожили общественную оценку случившемуся школьники-старшеклассники из местной школы. Остановив Игоря на улице, они на глазах у всех избили его. Из села пришлось в срочном порядке уезжать».



Таких примеров опубликовано множество: описанные случаи происходили в самом начале эпидемии, когда о ВИЧ-инфекции «ничего не знали» (или не хотели знать?), и продолжаются сейчас; они происходят с мужчинами, женщинами, детьми, независимо от возраста, сексуальной ориентации и пути заражения. Напечатанные в разных изданиях, написанные разными журналистами, в разное время, о разных городах и людях, они следуют одному и тому же сценарию: разглашение диагноза — ожесточенная травля — вынужденный отъезд из родного города либо жизнь в полной изоляции среди враждебного окружения, а иногда и насильственная смерть.

«В небольшом шахтерском городе жила семья, в которой муж заразился ВИЧ и заразил жену... Они тщательно скрывали диагноз несколько лет, но в 1996 году об их заболевании стало известно. Его немедленно уволили с работы, а работал он инженером на шахте. Чтобы где-то зарабатывать, устроился дворником, но вскоре заболел и умер. Она осталась одна». («Самая демократичная болезнь — СПИД», «Независимая газета», 29 апреля 1997 года).

«В Ростове жил мальчик, инфицированный СПИДом... Однажды ночью [их] дом подожгли — чтобы выжечь очаг дьявольской болезни. Родители мальчика сгорели, а он сам в ту ночь гостил у тетки. Тетка потом отказалась взять сироту со страшным диагнозом... В другом городе комнату в коммуналке, которую занимал молодой человек с тем же диагнозом, выжгли дотла... парень погиб». («СПИД — не болезнь. Это все болезни разом», «Смена», 9 октября 1998 года).

«А еще очень больно за мальчика по имени Денис — воспитанника одного из московских интернатов. Он жил здесь уже восемь лет. А несколько месяцев назад у него обнаружили ВИЧ-инфекцию. Согласно инструкции, медики сообщили об этом администрации интерната. А заведующая рассказала о диагнозе другим воспитанникам. Больше Денис находится тут не может — его бьют, на заборе появилась надпись о его «позоре». («Не загоняйте их в резервацию», «Труд», 1 декабря 1998 года).

Можно сколько угодно сетовать на дикость, побуждающую людей совершать такие поступки. Можно говорить о жестокости нравов и беспределе, царящем во многих сферах нашей жизни. Можно ука-



заты на то, что принятый в России Федеральный закон «О предупреждении распространения...» содержит специальную статью, запрещающую дискриминацию на основании ВИЧ-статуса.¹⁴ Но для того, чтобы воспользоваться защитой закона, человек должен быть готов публично раскрыть свой диагноз, а чем это грозит, мы убедились из приведенных выше примеров. Об этом в статье **«Для многих огласка страшнее болезни»** в «Московской правде» от 28 апреля 1998 года говорит собеседница автора — юрист:

«Судебная практика по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией, в России до сих пор отсутствует... Оказавшись ущемленными в тех или иных правах, люди в то же время не хотят афишировать состояние своего здоровья».

Уголовная ответственность за личную жизнь

В цитируемой выше статье в «Комсомольской правде» за 31 марта 1995 года **«У меня СПИД» — сказал жених Игорь — «Я все равно тебя люблю» — ответила невеста Алена** идет речь о мужчине и женщине, которые полюбили друг друга, создали семью и решили завести ребенка. Особенность этой семьи в том, что у Игоря ВИЧ-инфекция, а его жена Алена ВИЧ-отрицательная. В медицине такие пары называют «дискордантными». В статье говорится и о другой подобной ситуации:

«Не так давно в Челябинске был выявлен очередной больной СПИДом... [который], будучи в Голландии, переспал с местной проституткой без презерватива... Жена, узнав о болезни... решила остаться и продолжать жить с супругом. Свое решение она объяснила врачам просто, сказав всего три слова: я его люблю».

Число людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, увеличивается во всем мире, а значит, все больше становится дискордантных пар. Им по-

¹⁴ Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ. «Статья 17. Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных. Не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции».



священы несколько крупномасштабных международных исследований¹⁵, доказавших, что риск заражения половым путем для ВИЧ-отрицательного партнера можно значительно снизить при постоянном и правильном использовании качественных презервативов.

В международной практике считается, что эффективное решение проблемы таких пар – в обеспечении их надежными средствами предохранения от заражения. Кроме того, и ВИЧ-положительный, и ВИЧ-отрицательный партнеры в дискордантной паре нуждаются в дополнительной поддержке и защите.

...А знаете ли вы, что согласно действующему российскому законодательству, рассказанные «Комсомолкой» трогательные истории любви могут служить основанием для возбуждения уголовного дела по статье 122 (1) – «заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией»? Уголовный кодекс целиком и полностью возлагает бремя ответственности за распространение ВИЧ-инфекции на человека, **знающего** о своем ВИЧ-положительном статусе, лишает обоих партнеров права принимать решения о своей личной жизни и ставит вне закона само существование дискордантной семьи. Обоюдное согласие, использование средств предохранения, любовь и прочие обстоятельства в расчет не принимаются.¹⁶ О том, как этот закон ворвался в жизнь супружеской пары, пожелавшей завести ребенка, рассказал 1 декабря 1998 года «Московский комсомолец» в статье **«Казнь потерпевшего»**:

«За Павлом приехали поздно вечером. Несколько человек в милицейской форме. Вошли в квартиру, выволокли из кровати. На беременную Галю в ночной сорочке, растрепанную, смотрели с усмешкой. «Куда его? Зачем? Он же болен!» — «Вот потому и везем, что болен».

¹⁵ Подробнее об этих исследованиях см. «Некоторые полезные сведения».

¹⁶ Уголовный кодекс Российской Федерации. Статья 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией». «1. Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией наказывается лишением свободы на срок от трех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года». Комментарий Прокуратуры РФ: «...указанное преступление следует считать оконченным с момента поставления другого лица в опасность заражения, независимо от самого заражения. Например, сам факт полового сношения со здоровым человеком считается окончанным преступлением, описанным в п.1 ст. 122 УК РФ. При этом для решения вопроса об уголовной ответственности не имеет значения, был или не был осведомлен потерпевший о заболевании виновного. В этих случаях согласие потерпевшего на половое сношение не может освобождать от уголовной ответственности лиц, знавших о том, что они ставят в опасность заражения ВИЧ-инфекцией других».



Двое суток она бегала по всем отделениям милиции — искала мужа. Пыталась объяснить, что знала о его болезни, что потерпевшей себя не считает и требует, чтобы Павла немедленно отпустили... [Но] с точки зрения закона все верно — преступление-то совершено... Дознание велось по всем правилам: были допрошены родственники, коллеги, соседи».

«Питерское дело», о котором идет речь в этой статье, на момент написания этой книги приостановлено — очевидно, под давлением общественных организаций и средств массовой информации. У «Павла» и «Гали» (имена, разумеется, изменены) родилась дочка. Галя не заразилась, а значит, и у ребенка нет ВИЧ-инфекции. Но дело не закрыто: дамоклов меч 122 статьи УК продолжает висеть над Павлом и его семьей, а также над всеми ВИЧ-положительными и их близкими.

Сейчас 122 статья применяется не во всех случаях, а избирательно, — иначе за решеткой оказались бы тысячи ВИЧ-положительных. Призванный якобы служить профилактике ВИЧ-инфекции, на деле этот закон препятствует профилактической работе с населением, поскольку знать свой ВИЧ-статус не просто невыгодно — опасно. Кроме того, уголовная ответственность за «поставление в опасность заражения» создает идеальные условия для сведения счетов с «неудобными» людьми, запугивания и шантажа. Российскому фонду «ИМЕНА» известны по крайней мере два случая (один произошел в Подмосковье, другой — в Сибири), когда на женщин с ВИЧ подали в суд... насильники. Примечательно, что если факт изнасилования требуется доказать, то «состав преступления» ВИЧ-положительных женщин даже не нуждался в доказательствах: они стали потенциальными «преступницами» с момента выявления ВИЧ-инфекции. Обвиняемая из Подмосковья не дожидая суда — ее и без того слабое здоровье было окончательно подорвано этой новой бедой. «Сибирское дело» начато недавно, и его результаты нам пока неизвестны.

Право на лечение

Пугающая своей безнадежностью формула «ВИЧ=СПИД=смерть» в принципе сохраняла актуальность до середины 1996 года. Но, начиная с момента, когда в мире появились эффективные лекарства, тормозящие развитие болезни, ставить знак равенства между ВИЧ-инфекцией, СПИДом и летальным исходом — это фактически то же самое, что сказать: «Ну и пусть они все умрут».



Употребляя безграмотные выражения — такие как, например, «заразиться СПИДом» или «анализ показал, что у него СПИД», журналисты иногда ссылаются на то, что наше общество знает только слово «СПИД», а «ВИЧ-инфекция», мол, — это медицинские тонкости. Тем самым подразумевается, что для большинства их читателей знания о ВИЧ-инфекции могут оставаться на уровне песенки «У тебя СПИД, а значит, мы умрем». Однако характерно, что различие между вирусносительством и болезнью очень хорошо осознают — даже не имея специального образования — те, кого проблема коснулась лично:

«...Сережина мама, Клавдия Владимировна, время от времени повторяющая как заклинание: «Не должны люди отчаиваться, если они завичеваны. У кого еще нет сопутствующих болезней, тот может прожить долго. При правильном образе жизни, хорошем питании, нормальном сне. Надо себя беречь». («Зона вичевых», «Итоги», 7 апреля 1998 года).

Несколько лет назад один из видных представителей российской медицины сказал буквально следующее: «Главная проблема в том, что с ВИЧ-инфекцией человек может прожить десять и более лет». Я не буду называть фамилию этого ученого, поскольку надеюсь, что он оговорился, желая сказать совсем другое. То, что люди с ВИЧ живут, — не проблема. Проблема в том, что они умирают. И именно эту проблему решает — все более и более успешно — мировая и отечественная наука.

«И на СПИД нашлась управа?» — радуются «Известия» от 20 марта 1996 года. Этот короткий материал посвящен одобрению в США комбинированной противовирусной терапии¹⁷:

«На сегодняшний день это самое эффективное средство против смертельного СПИДа... Официальные медицинские инстанции США приняли решение сделать [комбинированную терапию] стандартным методом лечения СПИДа. Учитывая относительную дороговизну такого курса лечения, президент Клинтон... попросил конгресс ассигновать дополнительные 52 миллиона долларов на субсидирование тех больных, которые сами не в состоянии оплачивать расходы на лечение».

¹⁷ Подробнее о комбинированной терапии см. «Некоторые полезные сведения».



Противовирусные комбинации прописывают не всем больным, а лишь тем, у кого развитие заболевания зашло достаточно далеко. Эти препараты не обеспечивают радикального излечения: они не уничтожают вирус, а лишь подавляют его активность, в результате чего у больных проходят симптомы, связанные с диагнозом «СПИД». Концентрация лекарства в крови должна оставаться постоянной, поэтому препараты принимают ежедневно, по несколько раз через определенные промежутки времени, пожизненно. В странах, где применяется комбинированная терапия, резко снизились заболеваемость и смертность от СПИДа и вместо служб помощи умирающим стали открываться службы реинтеграции бывших больных в общество и возвращения их на работу.

В 1996 году звучали высказывания, что противовирусные комбинации в России применяться не будут, поскольку слишком дороги. Однако постепенно они начали использоваться в Москве и Санкт-Петербурге. Но после кризиса 1998 года сложилась ситуация, когда и те немногие российские пациенты, которые принимали комбинированную терапию, могли остаться без лекарств, поскольку

«...препараты для больных СПИДом не входят в перечень бесплатных или льготных лекарственных средств... [Некоторые] компоненты [противовирусной] комбинации... у нас не выпускаются. Федеральных закупок этих препаратов пока не было, потому как данный метод применяется только в Москве и Санкт-Петербурге». («Больные СПИДом остались без лекарств. Отпущенные на лечение деньги бесследно исчезли», «Сегодня», 23 октября 1998 года).

Опасность состояла не только в том, что прекращение приема препаратов могло повлечь за собой ухудшение здоровья пациентов, а в некоторых случаях и смерть от СПИДа. Помимо этого, перерыв в приеме противовирусных лекарств приводит к возникновению резистентности¹⁸, когда вирус перестает реагировать на терапию и больному уже нельзя помочь.

Согласно Федеральному закону «О предупреждении распространения...», статья 4 (1), государством гарантируются

«бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным — гражданам Российской Федерации, бесплатное получение ими медикаментов при лечении в амбулаторных или стационарных условиях, а также их бесплатный проезд к месту лечения и обратно в пределах Российской Федерации».

¹⁸ См. «Некоторые полезные сведения».



Несмотря на гарантии федерального закона, современные противовирусные препараты по-прежнему недоступны на большей части территории нашей страны. Это означает, что у больных в Москве и Санкт-Петербурге появилась возможность жить и строить планы на будущее, а над пациентами в Калининграде и Твери, в Нижнем Новгороде и Саратове, в Краснодаре и Ростове по-прежнему тяготеет формула «ВИЧ=СПИД=смерть».

«Спасти вас может только мой метод»

Сообщения о магических лекарствах, чудесных методах «полного исцеления СПИДа» и надежных вакцинах, предупреждающих заражение, составляют значительную и запоминающуюся часть публикаций о СПИДе. Как уже говорилось, в течение долгого времени диагноз «ВИЧ-инфекция» неизменно ассоциировался в сознании людей с неизлечимой болезнью и смертью. Окруженная мифами и домыслами, «дьявольская» болезнь внушала мистический страх. Мысль о возможности чудесного исцеления напрашивалась сама собой. Спрос рождает предложение: время от времени появляются сообщения о том, что найдено чудодейственное лекарство, которое моментально и радикально излечит любого больного СПИДом. «От болезни или от вируса?» — настойчиво уточняют люди, которых эта проблема так или иначе коснулась: они знают, что снятие симптомов — не гарантия решения проблемы, если в организме, подобно mine замедленного действия, останется ВИЧ-инфекция. «А какая вам разница?» — отвечают пропагандисты чудодейственных средств, — «у вас ведь нет выбора». Нередко целители сами не знают, какая разница существует между этими двумя понятиями.

Одно из первых сенсационных сообщений о возможности «полного излечения СПИДа» было опубликовано в «Правде» 19 декабря 1992 года в статье **«Доктор Бутейко вызывает на бой дьявола и обещает вылечить Мэджика Джонсона»**. Как известно, американский баскетболист Мэджик Джонсон в 1991 году объявил о том, что у него ВИЧ-инфекция. Иллюстрируют статью в «Правде» две фотографии: на левой — огромный улыбающийся Мэджик Джонсон с баскетбольным мячом; на правой — строгий, сухощавый доктор Бутейко с листком «Вестника Бутейко» в руках. Под фотографиями — открытое письмо доктора Бутейко Мэджику с такими словами:

«При современном состоянии мировой медицины спасти Вас может только мой метод, и подтверждением тому служит опыт полного излечения нескольких больных



СПИДом под руководством моих специалистов, причем без всяких лекарств и без каких-либо осложнений... Я уверен в том, что если Вы согласитесь с моим предложением и освоите метод, то преодолете свой недуг».

Нисколько не умаляя достоинств метода Бутейко, хочется остановиться на нескольких моментах. Во-первых, глядя на фотографию Мэджика, трудно предположить, что он болен и нуждается в немедленном спасении от недуга. Это подтверждается и в статье:

«Джонсон... захотел показать всем, что болезнь не сломила его. И вернулся на баскетбольную площадку. В феврале 1992 года он был признан самым ценным игроком традиционного матча «Запад — Восток» с участием всех «звезд» НБА. В августе в Барселоне Джонсон вместе со своими партнерами поднялся на высшую ступеньку олимпийского пьедестала».

Как видно, с состоянием здоровья, со спортивной формой у ВИЧ-положительного баскетболиста все в порядке. Что же случилось?

«Во время одного из тренировочных матчей он слегка поранил руку и... понял, что многие баскетболисты боются заразиться от него СПИДом. И ради их душевного спокойствия навсегда расстался с делом своей жизни».

Иными словами, не болезнь, а иррациональный страх окружающих послужил причиной ухода Мэджика из спорта. Случай с Мэджиком Джонсоном — очередной пример того, как ВИЧ-инфекция, еще не начав проявляться в симптомах болезни, создает вокруг человека атмосферу социального давления, часто вынуждающую отказываться от любимого дела, жизненных планов, отношений с людьми.

Опубликовать сообщение о «радикальном излечении» — значит взять на себя огромную ответственность, пообещав избавить тысячи людей в нашей стране и миллионы людей в мире от проблемы, перевернувшей их жизнь. Если такое сообщение не проверено, публиковать его в виде открытой или завуалированной рекламы, без соответствующих оговорок и объективных комментариев, — верх цинизма по отношению к этим людям.

Среди последних сенсационных сообщений в российской прессе об открытиях в области СПИДа можно назвать, к примеру, «витурид», «арменикум» и вакцину физика Маркова.



У всех этих сенсаций есть несколько общих черт, а именно:

1. Разработчики метода утверждают, что данный метод с успехом применялся, но не дают достоверных подтверждений. Одним из простых доказательств эффективности лечения было бы сравнение анализов пациентов до и после лечения. Однако таких данных не имеется или они не подтверждены никем, кроме самих авторов изобретения.

В случае с «витуридом» были неизвестны анализы пациентов до лечения. В апреле 1995 года в «Комсомольской правде» вышла статья под сенсационным заголовком **«Биохимик Воробьева вошла в клетку и укротила СПИД»**, где утверждалось, что Тамара Воробьева изобрела «уникальный препарат», который

«является эффективным иммуномодулятором, способным восстановить ДНК изуродованной вирусом клетки. Что в переводе на общедоступный язык обозначает 100-процентную гарантию излечиваемости СПИДа».

«Представители ООО «Витурид-плюс»... заявили, что [супруги из Сибири 45 и 50 лет] болели СПИДом, что их лечили в ООО препаратом витурид и вот теперь они совершенно здоровы, что и подтверждено справкой... А то, что нет никаких документальных подтверждений того, что супруги когда-либо действительно страдали СПИДом, так это для фирмы «Витурид» такая мелочь, на которую не надо обращать внимание. Недаром заместитель директора фирмы ... заявил .., что «не может быть и речи о предоставлении истории болезни излеченных, так как это врачебная тайна». («Обман», «Российская газета», март 1998 года).

В случае с «арменикумом» на момент написания этих строк (июнь 1999 года)¹⁹ анализами не подтверждено состояние пациентов после лечения:

«В Армении изобрели лекарство от СПИДа... и полностью уже излечили... всех находящихся на учете в Ереване ВИЧ-больных. Все 13 человек, томившихся в больнице в ожидании неминуемой мучительной смерти, теперь абсолютно здоровы... Вчера... выздоровевших больных вывезли в неизвестном направлении». («Секретная операция армянских спецслужб: изобретено лекарство от СПИДа», «Комсомольская правда», 23 февраля 1999 года).

¹⁹ *Какие-либо результаты независимых клинических испытаний «арменикума» на момент написания данной книги отсутствуют.*



«Николай Колесников, наш доброволец, которого «КП» три месяца назад отправила в Армению испытывать новый препарат от СПИДа... считает, что полностью излечился от страшного недуга... Мы полностью понимаем московских медиков: чтобы вынести даже предварительный вердикт по «арменикуму», им нужны данные лабораторных исследований. Но Коля... не хочет сдавать кровь на анализы в родном... отечестве!». («Коля боится, что в клинике его могут снова заразить СПИдом», «Комсомольская правда». 26 июня 1999 года).

2. Как правило, препарат, вопреки общепринятым нормам²⁰, не прошел предварительное испытание на животных — либо результаты этого испытания неудовлетворительны. Так произошло с «витуридом»:

«В 1994 году институт изучал противовирусное действие витурида... При испытании препарата, проведенном на животных, эффект ни при одной инфекции выявлен не был. В некоторых опытах даже наблюдалась более ускоренная по сравнению с контрольной группой гибель леченных препаратом животных».

Из ответа директора НИИ вирусологии, академика РАМН Д. Львова на запрос о «витуриде».

... с «вакциной Маркова»:

«[Вопрос журналиста:] Для того, чтобы усилить иммунную систему крови, вы... [использовали метод] сразу на людях... [Ответ Виктора Маркова:] Крысу или собаку нельзя заразить СПИдом. Поэтому эксперимент мы провели в ноябре 1996 года на 300 добровольцах «групп риска» — проститутках, наркоманах и гомосексуалистах... Они легко согласились на опыт, потому что им нечего было терять». («Доктор Марков спасает мир от грядущей эпидемии СПИДа с помощью радиации», «Комсомольская правда», 29 января 1998 года).

«Интересовало журналистов, почему для начала не были поставлены опыты на животных. Приматы дороги, отве-

²⁰ Подробнее о нормах и этапах проведения клинических испытаний см. «Некоторые полезные сведения».



чал ученый, поэтому решили сразу приступить к опытам на людях». («Опыт ставили на людях, потому что на обезьян денег не хватило», «Известия», 22 января 1998 года).

... с «арменикумом»:

«Некоторое время назад к академику Эмилю Габриэляну... с просьбой оказать содействие в разработке... лекарства обратился ученый-медик армянского происхождения из другого государства. На мой вопрос, а почему он не обратился в исследовательский центр, скажем, США... мне ответили, что там на разработку ушли бы годы: сначала испытывали бы на белых мышах, потом на обезьянах, а время не терпит». («Секретная операция армянских спецслужб: изобретено лекарство от СПИДа», «Комсомольская правда», 23 февраля 1999 года).

Испытания на животных проводятся в первую очередь для того, чтобы установить, что препарат или метод лечения не опасен для людей. Отсутствие предварительных испытаний на животных — вопиющее нарушение медицинского принципа «не навреди». Такое нарушение пытаются оправдать тем, что пациенты якобы заведомо «обречены», независимо от стадии заболевания и даже (в случае с вакциной) независимо от наличия у них ВИЧ-инфекции:

«13 человек, томившиеся в больнице в ожидании неминуемой мучительной смерти...» («арменикум»);

«[Добровольцы из групп риска] легко согласились на опыт, потому что им нечего было терять» («вакцина Маркова»)

... и безотлагательностью поставленной задачи:

«На разработку ушли бы годы: сначала испытывали бы на белых мышах, потом на обезьянах, а время не терпит» («арменикум»).

В отечественной и международной практике ускорен процесс одобрения новых препаратов для лечения ВИЧ-инфекции. Однако это не отменяет строгих норм проведения клинических испытаний²¹, цель которых — достоверно установить, что препарат или метод, во-первых, не опасен для человека, а во-вторых, эффективен, то есть помогает именно от того заболевания, для лечения которого предназначен.

²¹ Подробнее об этих нормах см. «Некоторые полезные сведения».



Законодательство Российской Федерации содержит запрет рекламы не получивших одобрения лекарств²². Несмотря на это, сенсационные сообщения продолжают делать свое дело: в отсутствие официальной информации, при недоступности эффективного лечения, консультирования и поддержки любая подобная сенсация воспринимается ВИЧ-положительными и их родственниками как последняя надежда. В качестве самого свежего примера можно привести уже упомянутый выше «арменикум».

На официальной пресс-конференции 1 июля 1999 года руководитель Российского научно-методического центра по СПИДу В. В. Покровский и начальник отдела СПИДа Минздрава России М. И. Наркевич заявили, что Армения не предпринимает необходимых шагов для регистрации препарата в России, и о составе, принципе действия и безопасности «арменикума» им ничего не известно.

Таким образом, на момент написания этой книги нет возможности судить о лечебном эффекте этого препарата. Зато социальный и психологический эффект развернутой вокруг него шумихи сразу дал о себе знать.

После первых же сообщений об «арменикуме» в общественные СПИД-сервисные организации стало поступать большое количество звонков от ВИЧ-положительных и их родственников, готовых поехать в Армению, даже если для этого придется продать имущество и отказаться от назначенного российскими врачами лечения. Аналогичные звонки поступали и в Министерство здравоохранения России. На настоящий момент ажиотаж продолжается, а достоверные сведения по-прежнему отсутствуют. В Калининграде и других городах, где живет большое число ВИЧ-положительных, появились неофициальные агенты, предлагающие лечение «арменикумом» по дифференцированной цене, которая колеблется, в зависимости от предполагаемой платежеспособности пациента, в диапазоне от 1 000 до 10 000 долларов США. По некоторым сообщениям, эти агенты устанавливают контакты с лечащими врачами, убеждая их рекомендовать «арменикум» пациентам.

Независимо от того, является ли бескорыстной рекламная кампания непроверенного препарата в прессе и по телевидению, независимо даже от того, насколько этот препарат на самом деле эффективен при лечении СПИДа, сотни людей с ВИЧ и их родных уже стали жертвами спекуляции на их тяжелом положении и недоступности признанных во всем мире современных лекарств. Это лишь один из примеров того, какой властью над общественным сознанием обладают СМИ и как важно пользоваться этой властью гуманно и добросовестно.

²² «Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается». Статья 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Некоторые полезные сведения

Если вы пишете о СПИДе...



«Не будучи ученым или медиком, мне очень трудно разобраться: кто-то говорит, что важнее всего тратить деньги на лечение; кто-то утверждает, что важнее всего вакцина и так далее. О чем написать, чтобы не повторить избитых истин? Журналистам нужна дополнительная информация, а не только то, что говорят их собеседники, которые зачастую видят ситуацию лишь со своей точки зрения».

(Светлана Сухая, журналист).

В этой части книги мы предлагаем вашему вниманию различные сведения о ВИЧ-инфекции и СПИДе, которые могут быть вам полезны при написании материалов, а также позволят увидеть проблему в перспективе, чтобы лучше понимать и объективнее воспринимать то, что говорят вам ваши собеседники – ученые, медики, представители общественных организаций.

Следует помнить о том, что информация о ВИЧ-инфекции и СПИДе быстро устаревает. Речь идет не только о статистике. Во всем мире постоянно ведутся интенсивные научные разработки, в результате которых происходят большие и малые открытия, появляются новые лекарства и методы лечения, уточняются и дополняются профилактические рекомендации. Кроме того, по мере развития эпидемии меняется отношение мирового сообщества к проблеме, перераспределяются ресурсы, создаются новые международные и национальные структуры. Информация, представленная в данном справочнике, отражает состояние знаний о ВИЧ-инфекции и СПИДе на начало 1999 года.



Статистика

Статистика — неперенная часть большинства материалов о СПИДе. Вот некоторые статистические данные о ВИЧ-инфекции и СПИДе, которые помогут создать у читателей реальное представление о ситуации и послужат яркой иллюстрацией вашей статьи.

- Ежедневно в мире около 16 тысяч человек заражаются ВИЧ-инфекцией.
- С конца 1970-х годов ВИЧ-инфекцией во всем мире заразились 47 миллионов человек. Около 14 миллионов из них умерли от СПИДа.
- Только в 1998 году от СПИДа в мире умерли 2,5 миллиона человек. От малярии, еще одного из пяти заболеваний, вызывающих наибольшее количество смертей на планете, в год умирает один миллион человек. Однако малярия относится к «зрелым» эпидемиям со стабильным количеством смертей, а эпидемия СПИДа продолжает развиваться, и количество смертей растет год от года.
- К концу 1998 года число людей, живущих с ВИЧ, выросло примерно до 33,4 миллионов, что на 10% выше, чем в предыдущем году. В целом около 1,1% жителей планеты заражены ВИЧ.
- Более 95% всех людей с ВИЧ живут в развивающихся странах. Аналогично из всех смертей от СПИДа в мире 95% приходится на развивающиеся страны.
- В 1998 году каждую минуту 11 человек — мужчин, женщин, детей — заражались ВИЧ-инфекцией. Общее число заражений за год составило около 6 миллионов.
- Около половины новых заражений в мире приходится на молодых людей от 15 до 24 лет. В 1998 году около трех миллионов молодых людей заразились ВИЧ-инфекцией. Это означает, что пять или больше молодых людей каждую минуту заражаются ВИЧ.
- Одна десятая всех новых заражений в мире приходится на детей и подростков до 15 лет. Это означает, что сейчас в мире 1,2 миллиона детей живут с ВИЧ. Большинство из них заразились ВИЧ от матери при беременности, родах или грудном вскармливании.
- Глобальным эпицентром эпидемии является Африка. Сегодня на африканском континенте 21,5 миллионов взрослых и 1 миллион детей живут с ВИЧ-инфекцией. Только за 1998 год СПИД в Африке унес жизни двух миллионов людей. Каждый день в 1998 году на

африканском континенте хоронили 5,5 тысяч человек, умерших от СПИДа. Около 95% детей, осиротевших из-за СПИДа, также живут в Африке.

- Сильнее всего поражена СПИДом часть африканского континента к югу от Сахары. В этом регионе, население которого не превышает 10% всего населения планеты, живет 70% всех людей с ВИЧ и происходит 80% всех смертей от СПИДа.
- В Северной Америке и Западной Европе новые комбинации противовирусных препаратов продолжают значительно снижать смертность от СПИДа. Например, в 1997 году смертность от СПИДа в США была самой низкой за предыдущее десятилетие, снизившись на две трети за два истекших года. Противовирусная терапия в индустриально развитых странах сохраняет жизнь людей с ВИЧ. При этом количество новых заражений по-прежнему остается высоким. Таким образом, процент людей, живущих с ВИЧ, постоянно растет.
- В странах Северной Америки и Западной Европы в целом не отмечается прогресса в профилактике новых заражений ВИЧ-инфекцией: за 1998 год около 75 тысяч человек в этих странах заразились ВИЧ; таким образом, число людей, живущих с ВИЧ, в этих странах возросло почти до 1,4 миллиона.²³

В России, согласно данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом,²⁴

- С 1 января 1987 года по 30 июня 1999 года зарегистрированы 15 819 инфицированных ВИЧ граждан России, из них 526 детей.
- За этот период умерло 406 ВИЧ-инфицированных.
- За первую половину 1999 года зарегистрировано 4 867 новых случаев ВИЧ-инфекции, что более, чем в 2,5 раза больше, чем за тот же период предыдущего года.
- С 1996 года по 30 июня 1999 года было выявлено 14 787 случаев ВИЧ, что в 14 раз больше чем за весь предыдущий девятилетний период.
- 52,6% всех случаев заражения приходится на людей 20-30 лет.
- В 1999 году 55% новых случаев ВИЧ приходится на Москву и Московскую область: за 6 месяцев 1999 года их зарегистрировано в 12 раз больше, чем за аналогичный период предыдущего года.
- Главным фактором риска заражения ВИЧ-инфекцией в России в 1996-99 годах было инъекционное введение наркотиков (78,6%).

²³ Источник: Программа ООН по СПИДу (UNAIDS).

²⁴ Основано на информации, представленной Российским научно-методическим центром по СПИДу 1 июля 1999 года на пресс-конференции в Академии медицинских наук.



Вирус

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

По мнению подавляющего большинства ученых, причиной заболевания СПИДом является ВИЧ-инфекция²⁵. Хотя некоторые аспекты ВИЧ-инфекции еще не до конца понятны: например, каким именно образом вирус разрушает иммунную систему и почему некоторые люди с ВИЧ остаются абсолютно здоровыми в течение длительного времени, тем не менее ВИЧ является одним из самых глубоко изученных вирусов в истории человечества. Вирус иммунодефицита относится к лентивирусам («медленным вирусам»), к подгруппе ретровирусов.

Попадая в организм, ВИЧ атакует определенные клетки крови: Т-лимфоциты-«помощники». На поверхности этих лимфоцитов находятся молекулы СД-4, поэтому их называют также Т-4-лимфоциты и СД-4-лимфоциты (или клетки СД-4).

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

Вирус изображают похожим на противолодочную мину. «Грибы» на его поверхности состоят из **гликопротеиновых молекул**. «Шляпка» — три-четыре молекулы ГП120, а «ножка» — три-четыре молекулы ГП41.

²⁵ Высказывались также мнения, что ВИЧ якобы не является причиной СПИДа или, во всяком случае, не является **единственной и главной** причиной этого заболевания. Преобладающее число ученых, однако, убеждены, что ВИЧ-инфекция является главным фактором, вызывающим синдром приобретенного иммунодефицита.



Что происходит при заражении ВИЧ-инфекцией?

Вирус встречает клетку, на поверхности которой есть молекула CD-4. Гликопротеиновые «грибы» плотно прикрепляются к этим молекулам, «открывая» клетку-хозяина, как отмычкой. Точнее, оболочка вируса и клетки сливаются, и генетический материал вируса попадает в клетку. **ИССЛЕДОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РАЗРАБОТКУ ВАКЦИНЫ, СОСРЕДОТОЧЕНЫ НА ЭТАПЕ ВТОРЖЕНИЯ ВИЧ В КЛЕТКУ.**

ВИЧ принадлежит к особой группе вирусов, называемых **ретровирусами**. Генетическая информация большинства существующих в природе клеток и вирусов закодирована в виде ДНК. У ВИЧ она закодирована в РНК. Вирусу необходимо перевести свою генетическую информацию на понятный клетке-хозяину язык, то есть перевести свою РНК в ДНК. Для этого вирус использует фермент под названием **обратная транскриптаза**, с помощью которого РНК превращается в ДНК. После такого превращения клетка-хозяин принимает ДНК вируса «как родную». Этот процесс обычно происходит в течение 12 часов после инфицирования.

На этом этапе вирусу можно помешать. Такое действие оказывают противоретровирусные препараты — AZT, ddI, ddC, d4T, 3TC, невирапин и другие — которые называются ИНГИБИТОРАМИ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ.

Новоиспеченная ДНК вируса входит в святая святых — ядро клетки-хозяина, где с помощью фермента **интегразы** встраивается в ДНК клетки. Завладев таким образом «штаб-квартирой» клетки-хозяина, ВИЧ начинает отдавать приказы, и клетка вынуждена подчиняться. При ВИЧ-инфекции миллиарды клеток крови содержат генетический материал вируса.

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



Вирус поражает не только Т-лимфоциты, но и другие клетки, содержащие рецептор CD-4, в том числе клетки с долгим сроком жизни, такие как моноциты и макрофаги, которые могут хранить в себе большие количества вируса и при этом не погибать. Они служат резервуаром вируса. **ВИРУС В ТАКИХ РЕЗЕРВУАРАХ НЕАКТИВЕН И НЕУЯЗВИМ ДЛЯ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ЛЕКАРСТВ. ЭТО – ОДНО ИЗ ГЛАВНЫХ ПРЕПЯТСТВИЙ К ПОЛНОМУ ВЫВЕДЕНИЮ ВИЧ ИЗ ОРГАНИЗМА.**

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

Заражение может произойти при попадании инфицированной крови в кровотоки незараженного человека (при инъекциях нестерильным шприцем, переливании зараженных кровепродуктов) либо половым путем. При заражении половым путем вирус проникает внутрь организма через слизистые оболочки влагалища, полового члена, прямой кишки или, значительно реже, полости рта. Ранки на слизистой оболочке, язвочки, воспаления повышают вероятность заражения. Исследования показали, что собственные клетки иммунной системы человека, так называемые дендритные клетки, действуя привычным для них образом, захватывают вирус с поверхности слизистой оболочки и несут внутрь, к лимфоузлам, где должны уничтожаться все чужеродные элементы. Однако, вопреки замыслу, ВИЧ там не погибает, а напротив, заражает множество клеток.

У большинства людей вскоре после заражения наступает период острой инфекции: резко увеличивается количество вируса в крови (**виремия**), а количество Т-4 лимфоцитов снижается на 20-40%. Часто, но не во всех случаях, при этом развиваются симптомы, похожие на грипп. Острый период вскоре проходит; через 1-3 месяца после заражения в организме вырабатываются антитела к ВИЧ, количество вируса значительно снижается, а Т-4 лимфоциты восстанавливаются до 80-90% прежнего уровня. ВИЧ продолжает размножаться, производя каждый день миллиарды новых вирусов, а иммунная система активно борется с инфекцией, удерживая ее под контролем. Однако человек, в организме которого идет борьба с болезнью, чаще всего даже не подозревает об этом, поскольку не ощущает никаких симптомов.



Как узнать, заражен ли человек ВИЧ-инфекцией?

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

Поскольку антитела к ВИЧ появляются лишь через некоторое время (от трех недель до трех месяцев) после заражения, проходить это обследование сразу же или через несколько дней после опасного контакта бесполезно.

ИФА может дать ложноположительные или ложноотрицательные результаты. Ложноположительные результаты могут быть получены при обследовании больных хроническими инфекционными, аутоиммунными, онкологическими заболеваниями и в некоторых других случаях.

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

Существует также метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). ПЦР используют для определения ДНК и РНК вируса. Это очень эффективная и чувствительная реакция, позволяющая получить результат, исследуя ДНК всего одной клетки путем умножения (амплификации) специфических последовательностей ДНК. ПЦР позволяет определить наличие вируса независимо от появления антител, однако у этого метода есть серьезный недостаток, вызванный как раз его сверхчувствительностью. ПЦР с достаточно большой вероятностью может дать ложноположительный результат. По принятым в России правилам, результат анализа ПЦР не является основанием для постановки или снятия диагноза «ВИЧ-инфекция»²⁶.

²⁶ Снятие диагноза ВИЧ-инфекция касается детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей. Независимо от ВИЧ-статуса ребенка, материнские антитела к ВИЧ сохраняются в его крови до 1-3 лет, и только после этого, если антитела полностью исчезли, ребенок признается ВИЧ-отрицательным. ПЦР может показать наличие или отсутствие вируса в крови ребенка раньше этого срока, но данный результат не может служить официальным основанием для снятия диагноза.



Риск заражения

Заражение ВИЧ-инфекцией может произойти при попадании крови, спермы, влагалищных секретов зараженного человека в кровь незараженного: либо непосредственно, либо через слизистые оболочки. Возможно заражение младенца от матери во время беременности (внутриутробное), при родах или при грудном вскармливании. Других путей заражения ВИЧ-инфекцией не зарегистрировано.

Доля заражений ВИЧ по различным путям передачи

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

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

В разных странах и регионах преобладают различные пути заражения (гомосексуальный, гетеросексуальный, инъекционные наркотики). В России, по данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в 1996-99 годах преобладал путь заражения через инъекционное введение наркотиков (78,6% от всех известных случаев).

Риск для медработников

На конец 1996 года Центрами по контролю заболеваемости США было зарегистрировано 52 случая профессионального заражения американских медработников за все время эпидемии. Из них 45 заражений произошли при уколах иглой, а остальные при попадании зараженной крови или лабораторной жидкости с концентрированным вирусом в ранки на коже, в глаза, в рот или на слизистые оболочки. Был подсчитан среднестатистический риск заражения: при случайном уколе иглой он составляет 0,3% (3 на 1 000), при попадании вируса на поврежденную кожу, в глаза или на слизистые оболочки – 0,1% (1 на 1 000).



Риск при половом контакте

Подсчитано, что среднестатистический риск передачи ВИЧ в результате однократного незащищенного анального контакта для «принимающего»²⁷ партнера составляет от 0,8% до 3,2% (от 8 до 32 случаев на 1 000). При однократном вагинальном контакте статистический риск для женщины составляет от 0,05% до 0,15% (от 5 до 15 случаев на 10 000).

Результаты недавно опубликованного исследования²⁸ дают более подробную картину риска при незащищенном **анальном** сексе:

- Для «принимающего» партнера, когда второй партнер ВИЧ+, — 0,82%
- Для «принимающего» партнера, когда ВИЧ-статус второго партнера неизвестен, — 0,27%
- Для «вводящего» партнера — 0,06%

При незащищенном **оральном** сексе с мужчиной риск для «принимающего» партнера составляет 0,04%. Для «вводящего» партнера риск практически отсутствует, поскольку он соприкасается только со слюной (если, конечно, во рту «принимающего» партнера нет кровотечения или открытых ран).

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

Факторы, повышающие риск заражения при половом контакте.

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

Заболевания, передающиеся половым путем, справедливо называют «воротами для вируса», поскольку они вызывают язвы или воспаление слизистой оболочки половых органов. При этом к поверхности слизистой оболочки поступает большое количество лимфоцитов, в особенности тех, которые служат мишенью для ВИЧ (Т-4 лимфоцитов).

²⁷ В англоязычном оригинале, соответственно, «receptive» — «принимающий» и «insertive» — «вводящий». Большинство специалистов по профилактике сексуальной передачи ВИЧ отказались от терминов «активный партнер» и «пассивный партнер» из-за их неточности.

²⁸ «Per-Contact Risk of Human Immunodeficiency Virus Transmission between Male Sexual Partners,» American Journal of Epidemiology, 1999;150:306-11.



Воспаление также вызывает изменения в мембране клеток, что увеличивает риск проникновения вируса.

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

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

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

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

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

Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

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

Факторы, влияющие на риск вертикальной передачи ВИЧ:

Состояние здоровья матери. Чем выше уровень вируса в крови или влагалищных секретах матери и чем ниже ее иммунный статус²⁹, тем выше риск передачи вируса ребенку. Если у матери есть болезненные симптомы — риск выше.

²⁹ См. главу Болезнь: Чем измеряется СПИД?



Условия жизни матери: питание, отдых, витамины и другие – очень важный фактор. Характерно, что среднестатистический риск рождения ребенка с ВИЧ в индустриально развитых странах Европы и США примерно вдвое ниже, чем в странах третьего мира.

Наличие предшествующих беременностей: чем их больше – тем выше риск.

Доношенность ребенка: как недоношенные, так и переносные дети чаще бывают инфицированными.

Длительность второй стадии родов: риск тем меньше, чем короче промежуток времени до появления ребенка на свет.

Воспаление или преждевременный разрыв околоплодных оболочек: повышенный риск передачи ВИЧ новорожденному.

Кесарево сечение: Многие исследования показали, что при кесаревом сечении, особенно если оно производится до разрыва околоплодных оболочек, риск рождения ребенка с ВИЧ снижается.

Язвочки и трещины слизистой оболочки влагалища (обычно они возникают в результате инфекций) повышают риск рождения ребенка с ВИЧ.

Грудное вскармливание: Матерям с ВИЧ не рекомендуется вскармливать детей грудью, поскольку при этом повышается риск передачи ВИЧ.³⁰ Единственное исключение составляют те случаи, когда у матери нет условий для приготовления детских смесей (нет чистой питьевой воды, невозможно кипятить бутылочки и соски), поскольку считается, что в этом случае риск желудочно-кишечных инфекций представляет большую угрозу для жизни ребенка, чем ВИЧ.

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

Одним из главных достижений профилактики ВИЧ-инфекции за последние несколько лет была разработка методов снижения риска передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку во время родов.

³⁰ Длительное исследование, проведенное в Малави специалистами США, показало, что риск заражения ребенка через материнское молоко составляет 10% при грудном вскармливании в течение двух лет (по данным агентства Associated Press www.ap.org).



Если без специального лечения среднестатистический риск рождения ребенка с ВИЧ-инфекцией составляет 15-25% в Европе и США и 30-40% в Африке, то с помощью профилактического курса лечения³¹ противовирусным препаратом AZT (ретровир) риск можно снизить на 2/3.

Наука не стоит на месте, и постоянно идет поиск новых, более эффективных и недорогих способов спасти новорожденных от заражения ВИЧ. Так, исследование, проведенное в Уганде при поддержке Национального института США по аллергиям и инфекционным заболеваниям (U.S. National Institute of Allergy and Infectious Diseases), показало, что принятие однократной дозы противовирусного препарата невирапин (фирменное название «вирамун») женщиной во время родов плюс однократная доза ребенку в течение первых трех дней жизни снижает передачу ВИЧ до 13,1%, в то время как краткий профилактический курс AZT снижает риск лишь до 25,1%. При этом профилактика невирапином стоит в 200 раз дешевле, чем курс AZT, и может использоваться непосредственно во время родов, даже если женщина ранее не наблюдалась у врача. В некоторых африканских странах до 30% женщин имеют ВИЧ-инфекцию, и каждый день рождается до 1 800 инфицированных детей. Подсчитано, что применение невирапина поможет спасти до 1 000 детей в день.

Когда риск заражения отсутствует

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

³¹ В этом случае лечение проводится не с целью добиться стабильного улучшения здоровья матери, а чтобы снизить риск рождения ребенка с ВИЧ. После родов лечение прекращается.



Почему комары не могут переносить ВИЧ-инфекцию?

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

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

Почему ВИЧ не передается через поцелуй?

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

В слюне вирус присутствует в чрезвычайно низкой концентрации, недостаточной для заражения. Зарегистрированы сотни тысяч случаев передачи ВИЧ-инфекции, при которых был с точностью установлен источник заражения. Если бы слюна представляла реальный риск, среди этих сотен тысяч была бы значительная доля людей, получивших ВИЧ при кашле, чихании, поцелуях. Однако опыт показывает, что такой риск заражения ВИЧ отсутствует. Слюна может представлять опасность только в том случае, если в ней видна кровь. Это же относится ко всем другим выделениям человека, кроме спермы, влагалищных секретов и грудного молока. Если нет видимой крови — заражение ВИЧ-инфекцией через слюну, пот, мочу и другие выделения невозможно.



Профилактика

Поскольку ВИЧ-инфекция не излечивается радикально, главным орудием в борьбе с распространением инфекции является профилактика – предотвращение новых заражений. Профилактика ВИЧ-инфекции имеет несколько направлений. Об одном из них – профилактике **вертикальной передачи** ВИЧ от матери ребенку – говорится в предыдущей главе.³²

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

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

Попытки изменить поведение людей, особенно когда речь идет о таких сферах, как секс и употребление наркотиков, сталкиваются с множеством препятствий на уровне государственной политики, традиционной культуры и религии, общества и конкретного сообщества, а также, разумеется, на уровне отдельной личности. Нередко действия³³, потребность в которых диктует эпидемия СПИДа, входят в противоречие с существующими представлениями об охране общественного здоровья и нравственности. В таких случаях обществу рано или поздно приходится ради спасения жизни своих граждан отказываться от устаревших стереотипов мышления и менять запретительное законодательство и дискриминационную политику, мешающие борьбе с эпидемией. К сожалению, во многих случаях такие изменения принимаются лишь в критической ситуации, когда эпидемия уже нанесла огромный урон.

³² См. Вирус: Риск передачи ВИЧ от матери ребенку.

³³ Такие, например, как обмен игл и заместительная терапия для наркопотребителей, сексуальное просвещение молодежи и другие.



Вакцина

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

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

Ежегодно во всем мире на исследования и разработку вакцины против ВИЧ расходуется около 300 миллионов долларов. Для сравнения: на разработку новых противовирусных лекарств фармацевтические компании тратили в десять раз больше — почти 3 миллиарда долларов в год.

Развитие эпидемии и экономическая ситуация в большинстве стран мира предъявляют высокие требования к разрабатываемой вакцине. Она должна создавать в организме иммунитет против заражения ВИЧ, а при наличии ВИЧ-инфекции снижать производство вируса и предотвращать переход заболевания в стадию СПИДа. Кроме того, она должна быть недорогой и общедоступной.

Изменение рискованного поведения

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



Существует ряд психологических **закономерностей изменения поведения**.³⁴ Добровольный отказ от устойчивых привычек, как правило, не происходит сразу, а представляет собой более или менее длительный процесс, на протяжении которого человек проходит несколько этапов. На каждом из этапов человеку, меняющему свое поведение, требуется соответствующая информация и поддержка.

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

Социальная реклама, плакаты, видеоклипы действуют в основном на первой стадии, помогая человеку задуматься о проблеме. Затем для изменения поведения требуется более конкретная информация – печатные материалы, телефон доверия, консультации специалистов. Для достижения стабильных результатов нужны группы поддержки, социально-психологические службы, целенаправленная работа с окружением, родными и близкими.

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

³⁴ Данную модель изменения поведения разработали американские ученые Джеймс Прочаска и Карло Ди Клементе, которые изучили накопленные психологией данные об отвыкании от различных зависимостей (курение, алкоголь, переедание и другие) и выявили общие закономерности, характерные для всех случаев успешного изменения поведения.



Риск или уязвимость?

Риск заражения ВИЧ-инфекцией, как упоминалось выше,³⁵ зависит от вида контакта (сексуальный – анальный, вагинальный, «принимающий», «вводящий»; «кровь в кровь»); количества вируса, попавшего в организм; сопутствующих заболеваний и других медико-биологических факторов. В принципе, вирусу «безразлично», к какой социальной группе относится человек и насколько его/ее поведение одобряется обществом. Понятие «группы риска» давно отвергнуто антиСПИДовским сообществом, поскольку способствует социальной дискриминации и создает чувство ложной защищенности у тех, кто не относит себя к «группе риска». Риск – понятие универсальное: заразиться может любой.

Уязвимость – понятие иного плана. Оно касается не всего общества, а лишь тех, кто в силу различных обстоятельств лишен возможности защититься от ВИЧ/СПИДа и их последствий. В самом общем плане степень уязвимости определяет то, насколько человек в силах контролировать обстоятельства своей жизни.

Уязвимость³⁶ к ВИЧ/СПИДу означает:

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

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

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

Во всех странах есть люди, семьи и сообщества, уязвимые к ВИЧ/СПИДу (потребители наркотиков, мигранты и беженцы, секс-работники, геи и другие). Реальная профилактика невозможна без уст-

³⁵ См. Вирус: Риск заражения.

³⁶ Здесь и далее в главе об уязвимости использованы материалы Стратегической встречи по уязвимости к ВИЧ/СПИДу (Strategic Meeting on Vulnerability to HIV/AIDS), которая состоялась в Женеве 5-7 октября 1994 года.



ранения на уровне государственной политики тех факторов, которые делают людей уязвимыми.

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

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

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

Стратегии профилактики

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

На основе мирового опыта, накопленного за годы эпидемии, выделены несколько эффективных стратегий профилактики распространения ВИЧ-инфекции половым путем и при инъекционном употреблении наркотиков. Вот краткое описание этих стратегий по материалам Международной стратегической встречи, состоявшейся в Женеве 5-7 октября 1994 года.



Снижение риска заражения ВИЧ при употреблении наркотиков

«СПИД распространяют не наркоманы, а грязные шприцы».

Лозунг французской организации потребителей наркотиков ASUD³⁷

Это направление профилактики особенно важно для России, поскольку большинство новых случаев заражения ВИЧ происходят именно при употреблении инъекционных наркотиков (78,6% всех новых случаев в 1996-99 годах³⁸). Значительная доля заражений приходится на половых партнеров наркопотребителей, а также на детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, употреблявших наркотики или заразившихся от наркозависимого партнера.

В первую очередь нужно помнить, что нереально требовать от всех больных наркоманией немедленного отказа от наркотиков. По данным российских и западных специалистов, в конкретный момент времени не более 10% всех наркопотребителей в стране морально и физически готовы отказаться от наркотиков полностью. Чтобы снизить распространение ВИЧ-инфекции, потребителям инъекционных наркотиков необходимо предоставить выбор: либо прекратить потребление, либо перейти на безопасные формы (курить, нюхать, глотать), либо делать инъекции стерильными инструментами. Это называется стратегией **«снижения риска при употреблении наркотиков»** или **«снижения вреда, наносимого наркотиками»**.³⁹

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

Информация для наркозависимых о безопасных методах введения наркотиков должна сопровождаться доступностью (доброволь-

³⁷ *Association du support des usagers de drogue.*

³⁸ *Данные Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом. 1 июля 1999 года.*

³⁹ *Risk/Harm Reduction.*



ных) наркологических услуг, общественных служб «аутрич»⁴⁰ и пунктов обмена шприцев.

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

Исследование, проведенное параллельно в нескольких городах мира, показывает, что эпидемию ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков можно предотвратить путем

а) раннего начала профилактической работы, до того, как заражено 5% потребителей наркотиков;

По данным специалистов, в России на момент написания этой книги около 2 миллионов потребителей инъекционных наркотиков.⁴¹ 5% от двух миллионов — это 100 тысяч. ВИЧ-инфекция официально зарегистрирована примерно у 7,5 тысяч российских потребителей наркотиков. Выявленные случаи, по мнению многих экспертов, составляют лишь шестую-десятую часть от общего числа фактических. Значит, можно предположить, что в стране сейчас заражено ВИЧ-инфекцией около 45-75 тысяч потребителей наркотиков. Это огромная цифра, однако эпидемию еще можно удержать под контролем, если начать эффективную профилактику **немедленно!**

б) создания общественных служб «аутрич» для пропаганды безопасного поведения и построения доверительных отношений между сообществом наркопотребителей и государственными службами;

Репрессивные меры, такие как тюремное заключение или принудительная изоляция потребителей наркотиков, не дают возможности проводить программы снижения вреда и тормозят работу по профилактике ВИЧ среди наркозависимых и их половых партнеров.

Национальное законодательство по борьбе с наркотиками не должно препятствовать эффективным, признанным на международном уровне мерам профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков.

⁴⁰ «Outreach» (англ.) — форма профилактической работы, когда сотрудники и/или добровольцы программы идут туда, где живут, работают, учатся, собираются или развлекаются те люди, на которых нацелена профилактика, чтобы предоставить им информацию, поддержку и средства предохранения. «Аутрич» можно приблизительно перевести как «выход в народ».

⁴¹ Эту цифру назвал начальник отдела СПИДа МЗ РФ М. Н. Наркевич на пресс-конференции 1 июля 1999 года.



Российский Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», по состоянию на середину 1999 года, фактически запрещает — без каких-либо оговорок или исключений — любое обучение наркозависимых мерам безопасности при употреблении наркотиков:

«... деятельность физических или юридических лиц, направленная на распространение сведений о способах... использования... наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров... запрещается...»

«Запрещается пропаганда каких-либо преимуществ использования отдельных наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров...»⁴²

в) обеспечения законного и свободного доступа к стерильному инструментарию.

В различных городах России уже действуют программы обмена шприцев для потребителей наркотиков. Несмотря на трудности, с которыми сталкиваются эти службы, их существование дает надежду на то, что стремительный рост эпидемии ВИЧ-инфекции в России удастся затормозить.

Характеристика некоторых наркотиков

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

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

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

⁴² Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», статья 46, п. 2.



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

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

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

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

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

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

Амфетамины вызывают временный прилив энергии и активности.



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

Галлюциногены. ЛСД, или «кислота» — это диэтиламид лизергиновой кислоты. Этот мощный наркотик-галлюциноген был открыт в 1938 году доктором Альбертом Хофманном, а особое распространение получил в 60-70 годы. ЛСД вызывает чувство эйфории, зрительные и слуховые галлюцинации, резко изменяет восприятие окружающего мира и себя — этот процесс потребители ЛСД называют «трипами», то есть путешествиями. Иногда происходит «плохой трип» — эпизод острой паники, когда человек боится потерять рассудок и хочет немедленно выйти из состояния, вызванного ЛСД. Во время «плохих трипов» человеку может казаться, например, что по всему его телу ползают пауки или что он падает в бездонную черную пропасть. ЛСД употребляют в таблетках, порошке, растворе — в основном орально, но иногда в инъекциях.

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

Пропаганда безопасного сексуального поведения

Главным принципом профилактики остается тот же — предоставить людям достаточно широкий выбор безопасного поведения: от полной абстиненции до использования презерватива, включая безопасный секс «без проникновения». Аналогию с наркотиками можно продолжить: если там борьба с наркоманией не должна препятствовать борьбе с распространением ВИЧ среди наркопотребителей, то здесь борьба за общественную нравственность не должна вступать в конфликт с эффективной профилактикой сексуальной передачи ВИЧ-инфекции.

«Имей одного партнера»

Очень распространены «профилактические» рекомендации, которые пропагандируют желательное для общества поведение, но не за-



щищают от заражения: «жить половой жизнью только с постоянным партнером» либо, по крайней мере, «хорошо знать своего партнера» и «избегать случайных связей».

Большое число людей, гомо- и гетеросексуалов, заразились ВИЧ от своего постоянного партнера (мужа, жены). Партнер мог получить ВИЧ-инфекцию задолго до начала совместной жизни и не знать об этом — либо заразиться при контакте «на стороне». «Случайная связь» и «любовь на всю жизнь» не имеют для вируса никакого различия.

Вряд ли выполнима в реальной жизни рекомендация «исключить из числа партнеров лиц, имевших ранее много половых партнеров, в особенности: мужчин-гомосексуалистов; лиц, употребляющих наркотики; лиц, занимавшихся проституцией; а также тех, о сексуальном прошлом которых вы ничего не знаете».

«Меньше знают — целее будут»

Дебаты о половом воспитании подростков идут на фоне массового «расцвета» ранней (с 14-15 лет) половой жизни и тайного приобщения к наркотикам в средних классах школ. Те, кто выступает против разговора со школьниками о сексе, часто представляют половое воспитание как «обучение сексуальным техникам» и считают, что оно побудит подростков немедленно опробовать полученные знания на практике.

На самом деле половое воспитание направлено на то, чтобы сформировать у подрастающего человека способность принимать здравые решения, выработать психологический «иммунитет» перед лицом огромного множества таких факторов риска, как подростковая потребность экспериментировать, самоутверждение, давление со стороны сверстников, активность наркодельцов. Поскольку современная молодежь сталкивается с широким кругом разнообразных и взаимосвязанных проблем, половое просвещение и пропаганда безопасного поведения должны стать частью общего комплекса обучения навыкам жизни в современном мире.

Профилактика, диагностика и своевременное лечение заболеваний, передающихся половым путем

По данным Всемирной организации здравоохранения, нелеченные ЗППП повышают риск заражения ВИЧ-инфекцией в 5-10 раз. Широкая



доступность анонимного обследования и квалифицированного лечения любых вензаболеваний — реальный вклад в профилактику распространения ВИЧ-инфекции. Традиционный «советский» подход врачей-венерологов, при котором у пациента требуют паспорт и ставят на учет, приводит к расцвету шарлатанства, которое, не гарантируя качественного лечения, тем не менее гарантирует хотя бы анонимность. Загляните в газету бесплатных объявлений, и вы найдете обещания вылечить «любое вензаболевание одним уколом» — с неясными последствиями. В идеале для эффективной профилактики ВИЧ необходима качественная, анонимная, недорогая (или бесплатная), а главное — «дружелюбная» медицинская служба, где можно было бы по желанию также получить консультацию и обследоваться на ВИЧ.

Доступность, популяризация и широкое распространение презервативов

Защищают ли презервативы?

Да. Хотя презервативы не дают 100-процентной гарантии защиты от заражения, но при правильном и постоянном использовании качественных презервативов риск заражения ВИЧ значительно снижается. Кроме того, презервативы предохраняют от заражения ЗППП, в том числе от герпеса, цитомегаловирусной инфекции, гепатита В, хламидиоза и гонореи. То, что презервативы защищают от ВИЧ-инфекции, доказано несколькими исследованиями дискордантных пар, в которых один из партнеров был заражен ВИЧ-инфекцией, а другой нет.

В первом исследовании участвовали 245 дискордантных гетеросексуальных пар (один партнер ВИЧ+, другой ВИЧ-). В 123 парах, постоянно пользовавшихся презервативом, никто из ВИЧ-отрицательных партнеров не заразился. В 122 парах, пользовавшихся презервативом нерегулярно, 12 ВИЧ-отрицательных партнеров (10%) заразились.⁴³

В другом исследовании из 171 дискордантной пары, которые постоянно пользовались презервативом, заразились 3 женщины (2%). Из 55 пар, пользовавшихся непостоянно, заразились 8 (15%). Когда был дополнительно учтен фактор длительности совместной жизни, то на каждые 100 человеко-лет наблюдения частота заражения пар, пользовавшихся презервативом постоянно, составила 1,1%, непостоянно — 9,7%.⁴⁴

⁴³ Де Винченци И., Европейская группа по исследованиям гетеросексуальной передачи ВИЧ. Гетеросексуальная передача ВИЧ в европейском контингенте гетеросексуальных пар. Представлен на 9-й Всемирной конференции по СПИДу в Берлине в 1993 году.

⁴⁴ Саракко А., и др. «Половая передача ВИЧ от мужчины к женщине: долговременное исследование 343 постоянных партнеров инфицированных мужчин». Журнал СПИДа, №6, стр. 497-502, 1993 г., США.



Проницаем ли презерватив?

Практика показывает, что презервативы «подводят», когда ими пользуются а) не каждый раз, б) неправильно, либо они в) низкого качества, либо их г) неправильно хранят.

Было проведено специальное исследование Университета Лос-Анджелеса, когда 13 наиболее известных марок презервативов проверяли на проницаемость для ВИЧ. В исследовании проверялись 8 марок, имеющих самый высокий рейтинг, и 5 – имеющих самый низкий рейтинг (в США). 10 презервативов каждой марки проверяли на машине, имитирующей фрикции при половом акте. Все 8 марок с высшим рейтингом не пропустили ВИЧ:

Mentor by Mentor Corp
Ramses non-lubed by Schmid Labs
Ramses Sensitol by Schmid Labs
Gold Circle Coin by Circle Rubber
Gold Circle by Circle Rubber
Sheik Elite by Schmid Labs
Durex Nuform by Schmid Labs
Pleaser by Circle Rubber

Четыре из пяти марок с низким рейтингом пропустили ВИЧ:

Lifestyles Conture by Ansell Americas
Trojan Naturalube by Carter-Wallace
Trojan Ribbed by Carter-Wallace
Contracept Plus

Пятая марка, Lifestyles Nudes by Ansell Americas, не пропустила ВИЧ.

Сколько презервативов нужно человечеству?

Специалисты Университета Джонса Хопкинса (США)⁴⁵ утверждают, что для снижения распространения ЗППП и ВИЧ-инфекции использование презервативов в мире должно возрасти в 3 раза и достичь 24 миллиардов презервативов в год.

Почему люди пользуются – или не пользуются – презервативами?

По данным того же исследования Университета Джонса Хопкинса, люди не пользуются презервативами по нескольким причинам: одни

⁴⁵ Цитируется по «Improved Condom Use Urged to Reduce Disease» Nation's Health (07/99) Vol. 29, No. 6, P. 14.



считают, что презервативы слишком дороги, другие убеждены, что им не угрожают ЗППП или нежелательная беременность. В своем докладе исследователи приводят данные опроса, проведенного в Уганде в 1995 году. Респонденты – неженатые мужчины – знали об угрозе СПИДа, но лишь 40% считали, что презервативы могут защитить от заражения.

В США наблюдается опасная тенденция: в связи с широкой доступностью противовирусных препаратов некоторые люди ошибочно считают, что угроза СПИДа прошла, и не заботятся о безопасности своего сексуального поведения. В результате при снижении заболеваемости и смертности от СПИДа число новых заражений в США не снижается и составляет около 40 тысяч в год.

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

Программы профилактики эффективные и не очень

Прежде всего стоит отметить, что просветительской и профилактической работой следует заниматься со всеми группами населения, которые могут подвергаться риску заражения, а не только с теми, которые в данный момент находятся в самом уязвимом положении или среди которых наиболее высока выявляемость новых случаев ВИЧ-инфекции.

Не так просто донести спасительную информацию до тех, кому она предназначена. Еще сложнее побудить этих людей изменить привычное поведение.⁴⁶ Для этого проводятся акции, выпускаются профилактические материалы, разрабатываются комплексные программы.

Одноразовые акции – такие как благотворительный концерт или телемарафон – ценны тем, что привлекают внимание общества к проблеме и дают возможность известным, популярным и обладающим властью людям выразить свое отношение к ней. Успешно проведенные акции помогают

⁴⁶ См. Профилактика: Изменение рискованного поведения.



привлечь средства для борьбы с эпидемией. Но реально изменить повседневное поведение людей такая акция не в состоянии. Для этого нужна долгосрочная и целенаправленная профилактическая программа.

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

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

- определена конкретная целевая группа⁴⁷ по таким параметрам, как пол, возраст, сексуальная ориентация, этнические/культурные характеристики, характер рискованного поведения, социальное окружение, условия жизни;
- выбрана целевая группа, поведение которой наиболее рискованно;
- выбрана целевая группа, которой уделяется недостаточно внимания;
- используются методы «аутрич», «обучение равных»⁴⁸;
- целевой группе дают возможность менять свое поведение постепенно, шаг за шагом;
- целевой группе предоставляются материальные ресурсы для изменения поведения (презервативы, чистые шприцы) и другие услуги по желанию (консультации, лечение ЗППП, лечение наркомании, обследование на ВИЧ);
- в планировании и проведении всех мероприятий активно участвуют сами представители целевой группы, раздаточные материалы сформулированы на языке, которым они говорят друг с другом;
- организована взаимная поддержка членов целевой группы;
- позитивные изменения поведения и участие в программе поощряются (в том числе материально);

⁴⁷ «Target group». В профилактике понятие «целевая группа» означает конкретную категорию людей, на которых нацелена профилактическая программа. Как правило, особенности поведения и/или обстоятельства жизни делают представителей этой группы уязвимыми для заражения ВИЧ. Целевой группой могут быть, к примеру, бездомные подростки, водители-«дальнобойщики» или солдаты срочной службы.

⁴⁸ «Обучение равных» (англ. «peer education») – метод профилактической работы, при котором специально подготовленные добровольцы из числа целевой группы распространяют среди «своих» информацию и средства предохранения, обучают безопасному поведению, оказывают поддержку.



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

Малозффективные программы также имеют общие черты. Эти программы:

- рассчитаны на «население в целом» или на обширные и неоднородные группы населения (например, «молодежь»);
- содержат неконкретные, неоднозначные или неприменимые в реальной жизни призывы;
- составлены и проводятся людьми «со стороны», мало знакомыми с конкретными условиями жизни данной целевой группы;
- используют преимущественно односторонний дидактический подход (лекции, раздача информации);
- основаны на чувстве страха или стыда, используют репрессивные меры;
- рассматривают целевую группу как «объект воздействия», а не как сознательную силу, от которой зависит успех программы.⁴⁹

Каких результатов можно ждать от эффективных программ профилактики?

- В Танзании программа, организованная по принципу «обучение равных», позволила повысить использование презервативов водителями грузовиков с 54 до 74%.
- В Мексике программа «проститутки обучают проституток» привела к повышению использования презервативов проститутками и их клиентами с 50 до 80%.
- В Таиланде в 1993 году правительство стало поставлять секс-индустрии бесплатные презервативы и ввело штрафные санкции для публичных домов, где не используются презервативы. С 1989 по 1993 годы использование презервативов проститутками выросло с 14 до 94%, а ежемесячная заболеваемость ЗППП среди этой группы снизилась с 15-25% до 0,3-0,5%. За тот же период заболеваемость ЗППП среди всего мужского населения страны снизилась на 4/5.

⁴⁹ По материалам исследований, проведенных отделом СПИДа Департамента здравоохранения штата Калифорния и Университетом Южной Калифорнии, США, 1991-1992 годы (<http://www.users.dircon.co.uk/~eking>).



Болезнь

Чем измеряется СПИД?

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

Иммунный статус определяет количество клеток Т-4 (СД-4) на кубический миллиметр (миллилитр) крови. У человека с неповрежденной иммунной системой иммунный статус, как правило, составляет 800-1 200 клеток⁵⁰. Снижение иммунного статуса до 200 клеток и ниже создает опасность развития угрожающих жизни заболеваний – *оппортунистических инфекций*.

Вирусная нагрузка отражает количество свободных частиц (копий) вируса, циркулирующих в крови. Тест на вирусную нагрузку чаще всего основан на методе полимеразной цепной реакции (ПЦР) и измеряет количество копий РНК вируса. Меньше 10 000 копий вируса на 1 мл крови считается невысокой вирусной нагрузкой, больше 10 000 копий – сигнал опасности. Даже самый чувствительный из современных тестов не может определить вирусную нагрузку ниже 200-400 копий на 1 мл, поэтому когда говорят, что в результате противовирусного лечения в крови пациента не обнаруживается вирус, это не означает, что вирус исчез, но что количество копий на 1 мл ниже предела чувствительности используемой тест-системы.

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

⁵⁰ У маленьких детей количество клеток СД-4 в норме в 2-3 раза выше, чем у взрослых, то есть при здоровом иммунном статусе оно составляет 2 000-3 000 клеток.



Классификация, принятая в России

В Российской Федерации принята классификация ВИЧ-инфекции, предложенная В. И. Покровским (1989). Согласно этой классификации, ВИЧ-инфекция в организме проходит 4 стадии:

Стадия инкубации (стадия 1)

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

Стадия первичных проявлений (стадия 2)

2«А» – острая инфекция – продолжается 2-3 недели, после чего переходит в 2«Б» или 2«В». При острой инфекции может снизиться уровень CD-4 (Т-лимфоцитов), могут развиваться клинические проявления (кандидозы, герпес), которые хорошо поддаются лечению.

2«Б» – бессимптомная инфекция.

2«В» – персистирующая генерализованная лимфаденопатия (увеличение не менее двух лимфоузлов в двух разных группах, исключая пахо-



вые лимфоузлы, у взрослых до размера более 1 см, у детей – более 0,5 см в диаметре, сохраняющиеся в течение не менее 3-х месяцев).

Стадия вторичных заболеваний (стадия 3)

З«А» – (3-5 лет от момента заражения) – бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей.

З«Б» (через 5-7 лет от момента заражения) – кожные поражения носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению.

З«В» (через 7-10 лет от момента заражения) – характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний, поражением центральной нервной системы.

Терминальная стадия (стадия 4)

Поражение органов и систем носят необратимое течение, одно заболевание сменяет другое.

В настоящий момент (середина 1999 года) эпидемия ВИЧ-инфекции в России считается молодой и больные СПИДом составляют лишь около 2-3% всех людей, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Опportunистические заболевания

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

Вот некоторые примеры опportunистических заболеваний и их возбудителей.

ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Возбудитель – микроорганизм *Pneumocystis carinii*. Избежать попадания пневмоциста в организм невозможно, но при нормальном иммунном статусе он неопасен. При количестве СД-4 ниже 200 паци-



ентам назначают профилактический прием препарата, препятствующего развитию этого заболевания (бактрим, бисептол).

ТОКСОПЛАЗМОЗ

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

ТУБЕРКУЛЕЗ

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

ЦИТОМЕГАЛОВИРУС

Цитомегаловирус (ЦМВ) может вызывать у людей с низким иммунным статусом опасное заболевание глаз — ретинит, — приводящее к потере зрения, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, нервной системы и других органов. Наиболее велик риск при СД-4 ниже 50. ЦМВ присутствует в организме большинства людей: он чаще всего передается половым путем.

ГРИБКОВЫЕ ИНФЕКЦИИ

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

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Заражение бактериями при ВИЧ-инфекции может развиваться в бактериальную пневмонию. Повышенный риск бактериальной пневмо-



нии наблюдается у ВИЧ-положительных потребителей наркотиков. Профилактика пневмоцистной пневмонии помогает предотвратить и бактериальную пневмонию. Бактерии также могут быть причиной тяжелых желудочно-кишечных расстройств.

ГЕРПЕС-ВИРУСЫ

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

САРКОМА КАПОШИ

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

ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН

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

Кто такие «долгожители»?

Существует небольшая группа людей — около пяти процентов всех зараженных ВИЧ, — у которых даже при долгом сроке заражения (восемь и более лет) не наблюдается симптомов болезни, а активность вируса сохраняется на очень низком уровне. Таких людей называют «долгожителями» или людьми, у которых не прогрессирует ВИЧ-заболевание. Их тщательно исследуют, но пока ученым не удалось найти объяснение этому феномену, кроме того, что их Т-лимфоциты обладают исключительной способностью бороться с вирусом. Высказаны три гипотезы: либо у этих людей особая разновидность ВИЧ, либо их иммунная система реагирует на ВИЧ-инфекцию иначе, чем иммунная система большинства людей, либо у них сопротивляемость ВИЧ-инфекции обусловлена генетически.

Лечение



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

Противовирусные препараты

При лечении ВИЧ/СПИДа применяются **противовирусные** препараты – точнее, противоретровирусные, поскольку ВИЧ – ретровирус. Эти препараты воздействуют конкретно на вирус, блокируя действие его ферментов и тем самым не давая вирусу размножаться. К противовирусным лекарствам относятся ингибиторы обратной транскриптазы и ингибиторы протеазы⁵¹.

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

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

⁵¹ См. Вирус.



Новый препарат этого класса абакавир (abacavir) только что прошел стадию клинических испытаний.

В России зарегистрирован отечественный препарат фосфазид. По словам академика А.А.Краевского,⁵²

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

Не-нуклеозидные аналоги ингибиторов обратной транскриптазы – группа препаратов, которые связывают фермент обратную транскриптазу иным способом, чем нуклеозидные. К таким препаратам относятся делавирдин и невирапин (вирамуn).

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

- индинавир (криксиван)
- нельфинавир (вирасепт)
- ритонавир (норвир)
- саквинавир (инвираза)

Комбинированная противовирусная терапия

В течение долгого времени противовирусная терапия означала лечение препаратом AZT (азидотимидин, ретровир), который помогал замедлить репликацию ВИЧ в организме. Рано или поздно у вируса вырабатывалась устойчивость к AZT и лечение переставало действовать. Лечение, при котором применяется только один препарат, называется **монотерапией**. Дни монотерапии в борьбе с ВИЧ-инфекцией

⁵² Из выступления на пресс-конференции 1 июля 1999 года в Академии медицинских наук.



ушли в прошлое.⁵³ Современное лечение требует **комбинированной терапии** – одновременного применения двух, трех или более противовирусных препаратов⁵⁴. Монотерапия применяется сейчас только в одном случае – у беременных женщин, чтобы предотвратить передачу ВИЧ новорожденному.⁵⁵

Благодаря комбинированной терапии стало возможным, хотя и с множеством оговорок, считать ВИЧ-инфекцию если не излечимым полностью заболеванием, то, во всяком случае, поддающимся лечению. Комбинированная терапия позволяет снизить вирусную нагрузку до не определяемого приборами уровня⁵⁶. Не все пациенты одинаково хорошо реагируют на лечение, не у всех удается полностью подавить активность вируса. Однако у многих людей с ВИЧ, получающих современную терапию, вирус можно затормозить на достаточно долгое время, давая им возможность жить полноценно.

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

Главная проблема современной противовирусной терапии – ее недоступность в большинстве регионов мира.

Пациенты, для которых терапия доступна, испытывают трудности в связи с тем, что ежедневно в течение всей жизни должны принимать большое количество таблеток и капсул, точно соблюдая время приема и учитывая, что одни препараты принимаются до еды, а другие – после. Большинство пациентов испытывают побочные эффекты лечения. Нередко у пациента развивается *резистентность* к тому или иному препарату, и тогда этот препарат или всю комбинацию препаратов нужно менять, потому что они перестали воздействовать на вирус.⁵⁷

⁵³ На практике прогрессом медицины могут воспользоваться только развитые страны, в которых доступны противовирусные препараты. В большинстве развивающихся стран даже монотерапия AZT (включая профилактику заражения новорожденных) доступна не всем.

⁵⁴ Стандартная комбинация на момент написания этой книги – тритерапия из двух ингибиторов обратной транскриптазы и одного ингибитора протеазы.

⁵⁵ См. Вирус: Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

⁵⁶ Это не означает, что вирус исчез из организма. При исследовании особым точным методом проб крови ВИЧ-положительных с неопределяемой вирусной нагрузкой вирус в крови обнаруживается.

⁵⁷ По этой причине необходим как можно более широкий выбор противовирусных препаратов.



Что такое резистентность и как она возникает?

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

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

В отсутствие противовирусного лечения вирусы-мутанты не имеют преимуществ и их процентное содержание среди других вирусов остается низким. При агрессивном противовирусном лечении, когда размножение вируса полностью остановлено, мутаций вообще не происходит и резистентность не развивается.

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

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



Другие виды лекарственных препаратов, применяемых при ВИЧ-инфекции

Иммуномодуляторы – препараты, оказывающие воздействие на иммунную систему.

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

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

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

Клинические испытания

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



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

Вот наиболее общая схема клинических испытаний нового лекарства:

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

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

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

Третья, заключительная фаза клинических испытаний проходит на большом числе пациентов – до нескольких тысяч. Целью этой фазы является окончательное подтверждение и уточнение результатов, полученных на первых двух фазах. На этой фазе новый препарат, как правило, сравнивается с уже имевшимся ранее лекарством или с неактивным веществом (плацебо). Эта фаза позволяет выявить возможные случаи несовместимости или, напротив, **синергии**⁵⁸ с другими препаратами.

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

Подобная процедура одобрения лекарств действует в России:

«Экспертиза должна начинаться с доклинических исследований на животных («ин vivo») или в пробирке («ин vitro»). И только после тщательного анализа безопас-

⁵⁸ Взаимодействие двух препаратов, при котором происходит взаимное усиление эффекта.



ности препарата на животных и выявления специфической активности против ВИЧ-инфекции Фармакологический комитет разрешает передать препарат на клинические исследования. Клинические исследования проходят несколько стадий. Первая — изучение безопасности на людях, добровольцах. Всего стадий четыре. Даже после регистрации во многих странах мира и в России отслеживаются побочные эффекты, поскольку на стадии до-клиники и клиники все побочные эффекты выявить не удается. Существуют центры по их отслеживанию, и каждый новый препарат первые два года требует особо тщательного наблюдения с целью выявления побочных эффектов».⁵⁹

⁵⁹ Из выступления академика А.А.Краевского на пресс-конференции 1 июля 1999 года в Академии медицинских наук.

ВИЧ и права человека



Эпидемия СПИДа с особой остротой подняла проблему взаимосвязи между принципами защиты прав человека и требованиями охраны здоровья населения.⁶⁰ До недавнего времени цели общественного здравоохранения и цели правозащитников считались противоречащими друг другу. Правозащитники испытывали глубокое недоверие к мерам, принимаемым санитарно-эпидемиологическими службами: ведь сообщения охраны здоровья общества являются одним из аргументов, которым может воспользоваться государство в оправдание ограничения прав своих граждан.⁶¹ Со своей стороны работники здравоохранения считали, что правозащитники мешают их работе.

При этом и у работников здравоохранения, и у правозащитников есть по крайней мере одна общая цель – обеспечить необходимые условия для жизни и благополучия граждан. Дело работников здравоохранения – выявлять, оценивать и устранять факторы, представляю-

⁶⁰ Приводимые далее рассуждения заимствованы из выступления на XII Всемирной конференции по СПИДУ Софии Граскин, директора программ Центра по правам человека и здравоохранению Гарвардского университета, США.

⁶¹ Например, в статье 8 Европейской конвенции по защите прав человека и основных свобод говорится: «1. Каждый человек имеет право на уважение его личной и семейной жизни, неприкосновенности его жилища и тайны корреспонденции. 2. Не допускается вмешательство государственных органов в осуществление этого права, за исключением случаев, когда это предусмотрено законом и необходимо в демократическом обществе в интересах государственной безопасности, общественного порядка или экономического благосостояния страны, для поддержания порядка и предотвращения преступлений, в целях предотвращения беспорядков или преступлений, охраны здоровья (выделено мною – И.С.), или защиты нравственности, или защиты прав и свобод других лиц». В международном законодательстве предусмотрены подобные оговорки, позволяющие государству вмешиваться в осуществление гражданами своих прав. Одним из оснований для этого могут быть сообщения «охраны здоровья». Такие оговорки, однако, не касаются абсолютных прав, как, например, права на свободу от рабства и запрета на применение пыток.

щие угрозу здоровью населения, путем разработки соответствующей политики и создания служб. Задачи правозащитников связаны с системой взаимоотношений между личностью и государством. Международное право предписывает, что государство может – и чего не может – делать в отношении своих граждан, а также что оно обязано делать для них. Например, государство не может подвергать граждан пыткам или вторгаться в их личную жизнь и должно обеспечить каждому медицинскую помощь и начальное образование.

Современная концепция прав человека существует около 50 лет: защита прав человека была провозглашена одной из целей и одним из принципов Организации Объединенных Наций при ее создании. Основой современного правозащитного движения является Всеобщая декларация прав человека, в которой определяются права, изначально присущие всем людям на земном шаре. Права, провозглашенные во Всемирной декларации, далее развивает ряд международных документов⁶², которые являются обязательными к исполнению и имеют силу закона для государств, подписавших их. Как в этих документах рассматривается охрана здоровья и каковы обязанности государства в этой сфере?

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

Ни в одном из правозащитных договоров не говорится конкретно о ВИЧ-инфекции и СПИДе. Тем не менее государства взяли на себя политические обязательства, в частности, на Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире и на Четвертой конференции ООН по проблемам женщин в Пекине, обеспечить основные права личности в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Однако между политическими заявлениями и реальной жизнью существует огромный разрыв.

Во всем мире продолжают нарушаться права человека в контексте профилактики, лечения и научных исследований в области СПИДа. Эти нарушения касаются в особенности людей, затронутых эпидемией, –

⁶² К таким документам относятся: *Международный пакт о гражданских и политических правах*; *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*; *Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации*; *Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации женщин*; *Конвенция о правах ребенка*.

ВИЧ-положительных и их близких, а также уязвимых⁶³ групп. Во многих странах мира, в том числе в России, люди с ВИЧ сталкиваются с дискриминацией и ограничением своих прав на медицинскую помощь, социальное обеспечение, на труд, на неприкосновенность личной жизни и других.

В России⁶⁴ на момент написания этой книги нарушения прав человека в контексте эпидемии СПИДа носят повсеместный характер. Фактически само по себе наличие ВИЧ-инфекции делает гражданина мишенью для различных нарушений прав. Незаконное обследование на ВИЧ без согласия и консультирования, разглашение диагноза, незаконное увольнение с работы, вынужденный переезд на новое место жительства, недоступность медицинских и социальных служб на новом месте из-за отсутствия регистрации – вот далеко не полный перечень проблем, с которыми сталкивается человек с ВИЧ-инфекцией сразу после постановки диагноза. Попытка создать семью фактически приравнивается к уголовному преступлению⁶⁵, в результате чего человек рискует попасть в непереносимые для его здоровья условия исправительно-трудового учреждения⁶⁶. Недоступность новых противовирусных лекарств на большей части территории страны лишает людей с ВИЧ права не только на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, но и права на жизнь.

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

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

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

⁶³ Подробнее об уязвимых группах см. Профилактика: Риск или уязвимость?

⁶⁵ Приводимые далее факты взяты из докладов Российского фонда «ИМЕНА» «Нарушения прав граждан Российской Федерации в контексте эпидемии СПИДа», весна 1998 г., осень 1998 г.

⁶⁵ См. Уголовная ответственность за личную жизнь.

⁶⁶ См. ВИЧ в местах лишения свободы.

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

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

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

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

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

Уголовное наказание за «поставление в опасность заражения» является одним из примеров того, как нарушение права человека на личную и семейную жизнь,⁶⁷ а также права вступать в брак и основывать семью и права на защиту семьи⁶⁸ создает условия, которые, с одной стороны, повышают уязвимость людей с ВИЧ, а с другой – препятствуют эффективной профилактике, поскольку знание своего ВИЧ-статуса является одним из элементов состава преступления. В ряде стран предусмотрено уголовное наказание лишь за доказанное умышленное заражение ВИЧ; в России закон фактически карает за вступление в половую связь человека, знающего о своей ВИЧ-инфекции, с человеком, не зараженным ВИЧ (или не знающим своего ВИЧ-статуса), независимо от взаимного согласия, наличия семьи, использования средств предохранения и других обстоятельств.⁶⁹

Права человека непосредственно влияют на то, в каком социальном контексте осуществляются профилактика, поддержка и медицин-

⁶⁷ Статья 12 Всеобщей декларации прав человека: «Никто не может подвергаться произвольному вмешательству в его личную и семейную жизнь, произвольным посягательствам на неприкосновенность его жилища, тайну его корреспонденции или на его честь и репутацию. Каждый человек имеет право на защиту закона от такого вмешательства или таких посягательств».

⁶⁸ Статья 16 Всеобщей декларации прав человека.

⁶⁹ См. пример, приведенный в первой части книги, — Жизнь с ВИЧ: Уголовная ответственность за личную жизнь. В отношении уголовной ответственности за заражение ВИЧ международные правила гласят: «В уголовном законодательстве... следует не предусматривать специальные составы преступления для случаев умышленной и намеренной передачи ВИЧ, а использовать в этих исключительных случаях состав общеуголовных преступлений. При вынесении обвинительного приговора и назначении меры наказания должны быть четко доказаны, в установленном законом порядке, такие элементы, как предвидимость, преднамеренность, причинность и согласие». «ВИЧ, СПИД и права человека. Международные руководящие принципы». ООН. Нью-Йорк и Женева, 1998 год.

ская помощь. В руководящих принципах ООН «ВИЧ/СПИД и права человека», в частности, говорится:

«Интересы общественного здравоохранения не вступают в противоречие с правами человека. Напротив, общепризнанным фактом является то, что когда защищены права человека, заражается меньшее число людей, а люди с ВИЧ и СПИДом и их семьи успешнее справляются с трудностями...»

... наличие благоприятных условий для соблюдения прав человека позволяет понизить степень уязвимости к ВИЧ/СПИДу, дает возможность людям с ВИЧ или СПИДом вести достойную жизнь без какой бы то ни было дискриминации и смягчает негативное воздействие ВИЧ-инфекции на человека и общество».

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

Организации, движения и сети



Международные организации

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

ICASO (ИКАСО) – Международный совет СПИД-сервисных организаций. Международная сеть неправительственных организаций, работающих в области СПИДа. Имеет региональные секретариаты (AfriCASO, APCASO, EuroCASO, LACCASO, NACASO) и национальных координаторов. Страница <http://www.icaso.org>

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

GNP+ — Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ и СПИДом. Организация была создана с целью улучшить качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, объединить их друг с другом и с различными организациями. Действует в 6 регионах мира: Африке, Азии, Европе, Ла-



тинской Америке, странах Карибского бассейна и в Северной Америке. В каждом регионе организация намечает приоритеты и программы. Страница организации <http://www.xs4all.nl/~gnp/index.html>

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

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

Международное движение «ИМЕНА» и мемориал «КВИЛТ»

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

Первая экспозиция КВИЛТа прошла в 1987 году в Вашингтоне перед Капитолием, где памятные полотна из разных стран заняли площадь, равную двум футбольным полям. Она коренным образом изменила отношение американского общества и правительства к проблеме СПИДа. Многие впервые поняли, что СПИД не имеет границ, не различает людей по возрасту, национальности или по сексуальным предпочтениям, а значит, может коснуться каждого.



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

В России первые памятные полотна были созданы в 1993 году. Со временем все большее число россиян, родные и близкие которых умерли от СПИДа, стали шить полотна в память о них. Эти полотна демонстрировались в школах, в дворцах культуры, на конференциях, на улицах и площадях в 18 городах России, Украины, Беларуси, Латвии, Литвы и Польши. Российский КВИЛТ участвовал и во многих международных экспозициях.

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

Людам, у которых СПИД унес друзей или родных, экспозиция дает веру в то, что имена их близких не будут забыты. Многие после экспозиции решают сшить памятное полотно человеку, которого знали.

На странице в Интернете Проекта «ИМЕНА» Сан-Франциско приводится подробный список адресов американских и международных проектов «КВИЛТ» и размещена самая большая виртуальная экспозиция памятных полотен <http://www.aidsquilt.org>

Красная ленточка

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Российские организации, работающие в области СПИДа

МОСКВА

Министерство здравоохранения РФ

Отдел СПИДа

тел.: (+095) 973 1780

факс: (+095) 973 1548



**Министерство здравоохранения РФ
НИИ наркологии**

Отделение профилактики СПИДа
тел.: (+095) 241 7444
факс: (+095) 241 0981

**Министерство здравоохранения РФ
НИИ вирусологии им. Ивановского**

тел.: (+095) 190 2867
факс: (+095) 938 2457

Российский фонд «ИМЕНА»

тел/факс: (+095) 974 1330
эл. почта: names@aids.ru
интернет: <http://www.aids.ru>

СПИД-инфосвязь-Россия

тел.: (+095) 119 3316
факс: (+095) 383 7553
эл. почта: infoshare@glasnet.ru
интернет: <http://www.openweb.ru/infoshare>

«Врачи без границ – Голландия»

тел.: (+095) 250 6377
факс: (+095) 250 8377
эл. почта: msfhrrf@glasnet.ru
интернет: <http://www.msfolru.org>

Фонд «Огонек-ВИД-АнтиСПИД»

тел/факс: (+095) 203 0396

Информационный центр «Гера»

тел/факс: (+095) 916 3966
эл. почта: hera@pol.ru

Фонд «Нет алкоголизму и наркомании»

тел.: (+095) 126 0451
факс: (+095) 310 7076
эл. почта: rbfnan@got.mmtel.ru

Театр-студия «Подвал»

тел/факс: (+095) 931 4933
эл. почта: podval@citylina.ru



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Канадский проект по СПИДу

тел.: (+812) 444 6739

факс: (+812) 444 2763

эл. почта: office@aidsrussia.org

интернет: <http://aidsrussia.org>

Фонд помощи наркозависимым «Возвращение»

тел/факс: (+812) 321 8354

эл. почта: ostrov@mailwplus.net

КАЛИНИНГРАД

Центр «Дельта-К»

тел.: (+0112) 55 5312

факс: (+0112) 55 1400

эл. почта: center@kaliningrad.ru

Фонд «Нет СПИДу и наркотикам»

тел/факс: (+0112) 43 3067

Организация «Освобождение»

тел/факс: (+0112) 43 0382

эл. почта: bers@baltnet.ru

Группа «Берег»

тел/факс: (+0112) 55 5312

эл. почта: center@kaliningrad.ru

ЯРОСЛАВЛЬ

Проект «Друзья помогают друзьям»

тел/факс: (+0852) 32 7884

ТВЕРЬ

Организация «Мы и СПИД»

тел/факс: (+0822) 44 8151



НИЖНИЙ НОВГОРОД

Фонд «Анти-СПИД»

тел.: (+8312) 36 9213
факс: (+8312)36 4135
эл. почта: sluzh@pop.sci-nnov.ru

ПЕНЗА

Фонд «Анти-СПИД»

тел.: (+8412) 44 6334
факс: (+8412) 63 8759

ЕКАТЕРИНБУРГ

Гражданская коалиция против СПИДа

тел.: (+3432) 74 1244
факс: (+3432) 77 5648
эл. почта: struin@ocsen.mplik.ru

ЧЕЛЯБИНСК

Фонд «Береги себя»

тел/факс: (+3512) 65 3942
эл. почта: takecare@chel.surnet.ru

КРАСНОЯРСК

Организация «Мы против СПИДа»

тел.: (+3913) 65 1721
факс: (+3913) 22 1638

БАРНАУЛ

Организация «Сибирская инициатива»

тел/факс: (+3852) 22 5206
эл. почта: sibir@alt.ru
интернет: <http://www.alien.ru/~sibir>



ТОМСК

Фонд «Сибирь-СПИД-Помощь»

тел.: (+3822) 24 4459

факс: (+3822) 42 3347

эл. почта: root@aidsaid.tomsk.ru

интернет: <http://public.tsu.ru/aids>

ВЛАДИВОСТОК

Организация «ЛЮБЛЮ!»

тел.: (+4232) 23 6311

факс: (+4232) 23 6224

эл. почта: avtovlad@hotmail.com

История СПИДа в мире



1978

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

1981

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

1982

Специалисты Центра по контролю заболеваемости США (CDC) предполагают, что новое заболевание связано с кровью. Впервые используется название СПИД – «синдром приобретенного иммунодефицита» (AIDS - «acquired immune deficiency syndrome»). Причина болезни и пути ее передачи пока неизвестны.

1983

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

1984

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

**1985**

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

1986

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

1987

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

1988

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

1989

На Гаити запрещено распространение зараженных ВИЧ кровепродуктов. Под давлением активистов организации Экт Ап фирма Велл-



лком снижает цену AZT на 20%. В США за год зарегистрировано 27 666 смертей от СПИДа, среди умерших — телезвезда Аманда Блейк. В России в больницах Элисты, Волгограда и Ростова-на-Дону заражено ВИЧ более 200 детей. Официальная причина заражения — небрежность медперсонала.

1990

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

1991

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

1992

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

1993

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

1994

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

1995

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

**1996**

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

1997

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

1998

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

1999

История продолжается...

Основные события в СПИДе



1 декабря – Всемирный день борьбы со СПИДом

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

Каждый год Всемирный день борьбы со СПИДом посвящен определенной теме, отражающей один из аспектов эпидемии⁷⁰.

- 1988** – Объединенный мир против СПИДа (A World United Against AIDS)
- 1989** – Молодежь и СПИД (Youth and AIDS)
- 1990** – Женщины и СПИД (Women and AIDS)
- 1991** – Вместе принять вызов (Sharing the Challenge)
- 1992** – СПИД: обязательства, принятые обществом (AIDS: A Community Commitment)
- 1993** – Время действовать (Time to Act)
- 1994** – СПИД и семья (AIDS and the Family)
- 1995** – Общие права, общая ответственность (Shared Rights, Shared Responsibilities)
- 1996** – Один мир, одна надежда (One World, One Hope).

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



Ежегодные всемирные кампании по борьбе со СПИДом

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

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

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

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

Слушать детей и молодежь, прислушиваться к мнению молодых людей, понимать, что их беспокоит и что для них важно в жизни.

Учиться друг у друга уважению, участию в общем деле, поддержке и способам предупредить распространение ВИЧ-инфекции.

Жить в мире, где права детей и молодежи защищены, где люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, получают необходимую помощь и не страдают от дискриминации.

Третье воскресенье мая – День Памяти умерших от СПИДа

Ежегодно каждое третье воскресенье мая проводится Всемирный День Памяти умерших от СПИДа. Впервые он был организован в 1983 году в Сан-Франциско (США) группой людей, лично затронутых или



глубоко озабоченных проблемой СПИДа. В то время число умерших составляло несколько тысяч человек. С тех пор в этот день миллионы людей во всех странах мира организуют различные мероприятия для того, чтобы почтить память умерших и дать возможность живым задуматься о том, что эпидемия СПИДа может коснуться каждого из нас.

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

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

Международные конференции по СПИДу

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

На XI Всемирной конференции по СПИДу, которая проходила в Ванкувере, Канада, в 1996 году, было официально объявлено о революционном открытии в области лечения ВИЧ/СПИДа — комбинированной противовирусной терапии⁷¹, которая к тому времени уже успешно применялась в Северной Америке и Западной Европе.

XII Всемирная конференция по СПИДу прошла 28 июня — 3 июля 1998 года в Женеве, Швейцария, под лозунгом «Преодоление разрыва». Центральное место на конференции занимала проблема разрыва между богатыми и бедными странами в доступности противовирусного лечения, спасающего жизнь больных СПИДом. Официальная страница конференции <http://www.aids98.ch/>. Дискуссионная страница конференции <http://www.hivnet.ch/aids98/home.html/>

Следующая, XIII Всемирная конференция состоится 9-14 июля 2000 года в городе Дурбан, Южная Африка. Лозунг конференции: «Прервать молчание» (Break the Silence). Официальная страница конференции <http://www.aids2000.com>

XIV Международная конференция по СПИДу пройдет в городе Барселона, Испания, в июле 2002 года <http://www.aids2002.com>

⁷¹ См. Лечение: Комбинированная противовирусная терапия.

Замечания об этике и политической корректности



Выражения, которые мы употребляем, говоря о проблеме СПИДа, отражают наши знания и представления об эпидемии, а также наше отношение к людям, затронутым этой проблемой. Тот язык, которым средства массовой информации говорят о СПИДе, неотделим от содержания материалов и в огромной степени влияет на восприятие. Чтобы отошли в прошлое дискриминация, невежество и истерия, чтобы в нашем обществе постепенно сформировалось трезвое и гуманное отношение к различным аспектам проблемы СПИДа, язык СМИ, которые сообщают информацию, просвещают или развлекают, должен быть точен, свободен от дискриминации и предрассудков. Пренебрежение «политической корректностью» в освещении эпидемии СПИДа порождает ошибочные представления и мифы, мешающие людям принимать правильные решения, а в некоторых случаях оборачивается дискриминацией и человеческими трагедиями. Ниже приводятся выражения, которых лучше избегать, заменяя их более грамотными и современными. Пусть вас не смущает, что некоторые из предлагаемых замен звучат непривычно: новые идеи и явления требуют новых слов для своего выражения — а кто, как не журналисты, поможет обществу найти такие слова?

«Чума XX века». Появившись в самом начале эпидемии, когда люди еще не знали о причинах и путях распространения опасной болезни и испытывали слепой страх перед ней, этот устаревший журналистский штамп до сих пор кочует из публикации в публикацию. Еще десять лет назад президент АМН СССР академик В. И. Покровский объяснил: «Сравнение ВИЧ-инфекции с чумой неудачно. Совершенно иные принципы заражения.., ведь чума передается или с блохами, или по воздуху, по-



этому интенсивность ее распространения гораздо выше». («Советская Россия», 20 июля 1988 года). Сравнение с чумой нагнетает СПИДофобию, истерию и средневековый страх перед инфекцией, а также способствует дискриминации и изоляции людей, живущих с ВИЧ.

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

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

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

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

«ВИЧ-инфицированные», «пациенты», «больные СПИДом». Постарайтесь избегать выражений, которые рассматривают людей через призму инфекции или заболевания. Слово «пациент» уместно лишь в клиническом контексте — приходя домой или на работу, человек перестает быть пациентом. Выражение «больной СПИДом» можно употреблять в отношении человека, который действительно в данный момент болен и находится в стадии СПИДа, если речь идет главным обра-

зом о его/ее болезни. В мире приняты выражения «ВИЧ-положительные»⁷², «люди, живущие с ВИЧ/СПИДом» или «люди с ВИЧ/СПИДом». Фраза «люди, затронутые эпидемией СПИДа», употребляется в отношении как ВИЧ-положительных, так и их близких, независимо от ВИЧ-статуса.

«Наркоман». Дискриминирующее выражение, на грани с жаргонным. «Большой наркоманией» уместно в отношении человека, которому поставлен диагноз «наркотическая зависимость». «Потребители наркотиков» или «наркопотребители» – выражение наиболее нейтральное и точное.

«Группы риска». Устаревшее, безграмотное и часто дискриминационное выражение, которое полностью вышло из обихода антиСПИДовского сообщества. Риск определяет не принадлежность к какой-либо группе, а индивидуальное поведение. Некоторые части общества могут быть более уязвимы для ВИЧ, поскольку в силу ряда факторов (бедности, дискриминации, бесправия) не могут себя обезопасить и избежать рискованных ситуаций.⁷³ В таком случае уместно выражение «уязвимая группа». Профилактические программы создаются в расчете на целевые группы⁷⁴.

«Страшная болезнь». Трудно понять, что заставляет журналистов из года в год употреблять это затасканное выражение – собственное ли чувство страха перед СПИДом, потребность вызвать страх у читателей или просто нежелание придумать что-нибудь более актуальное. В комплексе со «страшной болезнью» нередко идут соответствующие **иллюстрации**: леденящие душу фотографии из медицинских справочников или неизменный скелет с косой. За десять с лишним лет эпидемии в России традиционные «страшилки» никого не спасли и не просветили, а напротив, заставили одних брезгливо отвернуться от проблемы, а других – погрузиться в депрессию и отчаяние. Задумывались ли авторы таких публикаций о том, какие чувства они вызывают у людей, которые живут с ВИЧ-инфекцией или беспокоятся о своих близких? Страшна не болезнь, а невежество, дискриминация, недоступность реальной профилактики и эффективного лечения. Страх – плохой советчик. Он затуманивает сознание и парализует волю именно в тот момент, когда нужно ясно мыслить и решительно действовать.

⁷² То есть получившие положительный результат анализа на ВИЧ-инфекцию. Выражения «ВИЧ-положительный» и «ВИЧ-отрицательный» подчеркивают не столько наличие или отсутствие ВИЧ-инфекции, сколько то, что человек прошел тест и знает свой ВИЧ-статус.

⁷³ См. Профилактика: Риск или уязвимость?

⁷⁴ См. Профилактика: Программы профилактики – эффективные и не очень, а также сноски 47.

Источники информации о ВИЧ/СПИДе в Интернете



На английском языке

<http://www.aegis.com/>

Сайт создан и поддерживается в США.

Крупнейшая база данных по ВИЧ/СПИДу в мире. Содержит сведения о профилактике ВИЧ/СПИДа, в том числе и среди уязвимых групп, о лечении, жизни с ВИЧ/СПИДом; сообщения о СПИДе средств массовой информации Америки и крупнейших информационных агентств.

Новости, обновляемые каждые несколько часов.

Большое количество аннотированных ссылок на сайты по СПИДу.

Словарь, насчитывающий более 3 000 терминов.

Есть информация о проходящих в мире конференциях по вопросам ВИЧ/СПИДа.

<http://www.thebody.com/>

Сайт создан и поддерживается в США.

Информация на сайте обновляется ежедневно из 15 000 документальных источников. Содержит основные сведения о ВИЧ/СПИДе, различных аспектах профилактики, вопросах лечения, материалы и информацию о конференциях по СПИДу, а также библиотеку документов.

Есть «чат», можно задать вопросы экспертам по лечению, профилактике и различным аспектам жизни с ВИЧ/СПИДом.

Онлайновые выпуски журнала «POZ».



<http://www.hivatis.org/>

Двуязычная – англо-испанская – версия информационной службы. Содержит ответы и консультации специалистов по вопросам лечения. Большая база федеральных, национальных и общественных источников информации. Сведения по клиническим испытаниям, схемы лечения, ежедневные новости CDC (Центров по контролю заболеваемости США).

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

Сайт создан и поддерживается в США.

Научная и медицинская информация из журнала Американской медицинской ассоциации по ВИЧ/СПИДу. Богатейшая база данных по медицинским и научным аспектам проблемы. Новости, советы, профессиональные дискуссии, новое в области лечения. Содержит ссылки на Журнал информационного центра по ВИЧ/СПИДу (JAMA).

<http://www.healthtouch.com/>

Сайт создан и поддерживается в США.

На сайте собрана информация из различных источников по всем аспектам охраны здоровья, включая сексуальное здоровье и вопросы ВИЧ/СПИДа, и представлена в простой и доступной форме. Особое внимание уделяется проблемам женского здоровья.

<http://www.msfholru.org/>

Сайт гуманитарной организации «Врачи без границ – Голландия». Содержит информацию об основных проектах и кампаниях. (Информация на английском языке).

На русском языке

<http://www.aids.ru>

Сайт о СПИДе, созданный Российским фондом «ИМЕНА». История, профилактика, мониторинг прав человека, информация о различных аспектах жизни с ВИЧ, ссылки, онлайн-версия журнала «ИНФО+».

<http://www.openweb.ru/windows/infoshare/>

Сайт организации «СПИД-инфосвязь-Россия» полностью посвящен вопросам ВИЧ/СПИДа и правам человека в области здравоохранения. Содержит информацию о последней статистике, каталог библиотеки, по которому можно выбрать и заказать наиболее интересные материалы, база данных российских и международных организаций, работающих в области ВИЧ/СПИДа, а также подборка законодательных актов по правам человека в области здравоохранения и результаты исследований.



<http://www.ocsen.mplik.ru/>

Сайт Центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора Свердловской области (ЦГСЭН). Материалы об эпидемиологической обстановке, в том числе в области ВИЧ/СПИДа, в Свердловской области, материалы Госдокладов по СПИДу, статистика, профилактические мероприятия, ссылки. Помесячный анализ инфекционной заболеваемости в области.

<http://www.medlux.ru/>

Сайт корпорации «Медицина для Вас». Содержит информацию о законодательных актах в области СПИДа, материалы публикаций СМИ, список медицинской литературы.

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

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

<http://www.rinet.ru/~850/>

СПИД и секс. Научные данные и их практическое применение. Новости науки, советы по безопасному сексу для мужчин и женщин, бесплатное руководство по проблеме СПИД.

<http://www.rvh.khv.ru/doctor.ru/>

Содержит информацию как для врачей, так и для неспециалистов. Обзор медицинских сайтов и материалов периодических медицинских изданий России. Советы по сексуальному здоровью, безопасному сексу. Медицинские работники и СПИД. Меры профилактики передачи ВИЧ-инфекции в учреждениях здравоохранения. По рекомендациям ВОЗ и Международного общества внутренней медицины (ISIM).

<http://www.glasnet.ru/~weandyou/>

Сайт Добровольного благотворительного общества в поддержку национальной программы по СПИДу «Мы и Вы». Содержит контактные сведения о медицинских центрах, неправительственных организациях, телефонах доверия; информацию о том, где можно провериться на ВИЧ, информацию для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом; советы для консультантов; статистику по СПИДу; ссылки.



<http://public.tsu.ru/aids/>

Сайт организации «Сибирь-СПИД-Помощь», где размещена информация о проектах организации, эпидемиологической ситуации в Томской области и другое.

<http://aidsrussia.org/>

Сайт Канадско-Российского проекта по СПИДу. Кроме информации о проекте содержит регулярно обновляемые новости по СПИДу, данные об организациях Санкт-Петербурга и ссылки. Все тексты на русском и английском языках.

<http://www.realworld.unibel.by/>

Сайт некоммерческой неправительственной организации «Реальный мир». Организация расположена в Светлогорске, Гомельской области, Республика Беларусь. Основными целями объединения являются поддержка и развитие молодежных инициатив в различных сферах деятельности; содействие снижению роста алкоголизма, наркомании и ВИЧ-инфекции среди молодежи города; организация занятости и досуга молодежи; формирование у молодежи идей здорового образа жизни.

<http://www.postman.ru/'narkonet/>

Сайт Клинического отделения детской и подростковой наркологии НИИ Наркологии Минздрава России. Содержит ответы на наиболее часто задаваемые вопросы о наркотиках; советы родителям и специалистам, а также тексты законодательных актов.

<http://nodrugs.magelan.ru/>

На этом сайте вкратце рассказано о наркотиках и наркомании; собраны различные интересные заметки из печатных и online-изданий; мнения по этой проблеме как специалистов, так и других посетителей сайта. На сайте нет статей в защиту наркотиков и статей в защиту легализации легких наркотиков, а также советов по употреблению и приготовлению наркотиков, фотографий наркотиков.

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

Сайт создан и поддерживается частным лицом. Подборка газетных публикаций, информация о событиях в области ВИЧ/СПИДа в России, несколько слов о терапии и профилактике, рубрика «вопросы-ответы», адреса СПИД-сервисных организаций в России, СНГ и балтийских странах, ссылки на русскоязычные сайты о СПИДе.

