

Глобальні проблеми

Електронний журнал Державного Департаменту США
Том 5, номер 2, липень 2000 р.



СНІД: ЗАГРОЗА СВІТОВІЙ БЕЗПЕЦІ

*Ми не повинні вдавати,
що впораємося з цим
за допомогою самих лише ін'єкцій.
Нам необхідно змінити
свою поведінку, ставлення
до цієї проблеми, причому
зробити це організовано,
дисципліновано та системно.*

Білл Кліnton.

*Президент Сполучених Штатів Америки
Зі Звернення до Національного з'їзду з проблем Африки
17 лютого 2000 р.*

ЗАУВАГА РЕДАКТОРА

Цей електронний журнал виходить у світ саме тоді, коли приблизно 10 000 вчених і медичних працівників, громадських діячів і урядовців готуються до зустрічі на XII міжнародній конференції зі СНІДу, що має відбутися у південноафриканському місті Дурбані. Очікується, що на цьому форумі будуть представлені передові технології та стратегічні підходи до додгляду хворих на СНІД, а також до лікування та профілаактику цієї недуги, що може відкрити нові напрями для тих, хто веде життєво важливу боротьбу з епідемією.

Кілька тижнів, що передували конференції, засвідчили, що епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу має тенденцію постійного розвитку: з'явилися нові статистичні дані, які засвідчили, що СНІД завдає цивілізації дедалі сильніших ударів; запроваджено нові освітні ініціативи та профілаактичні програми; докладаються нові зусилля задля пошуку вакцини. Проте чи не найбільшим здобутком є дедалі глибше усвідомлення того, що хвороба вперше в історії людства стала таким чинником зловісного зазіхання на здоров'я, добробут і розвиток, який заслуговує на таку саму серйозну увагу з боку державних діячів усього світу, яка приділяється більш традиційним видам загрози світовій безпеці. Ми не втрачаємо сподівань, що зростання уваги світової спільноти до проблем СНІДу допоможе протистояти цьому лихові.

Глобальні проблеми

Електронний журнал Державного Департаменту США
Том 5, номер 2, липень 2000 р.

Зміст

Спільна боротьба зі СНІДом
Адміністрація Клінтона нарощує зусилля у відповідь
на поширення пандемії.
Сандра Турмен, директор Національного комітету боротьби
зі СНІДом

Боротьба з пандемією СНІДу	9
СНІД стає дедалі нагальнішою міжнародною проблемою.	
<i>Річард Голбрук, представник США в Організації Об'єднаних Націй</i>	
Профілактика СНІДу: внесок до всесвітнього добробуту	11
СНІД загрожує добробуту та економічному розвитку, але наукові відкриття вселяють надію на поступ	
у подоланні цієї та інших смертельно небезпечних хвороб.	
<i>Лоренс Саммерс, Секретар Державної Скарбниці Сполучених Штатів Америки</i>	
Епідемія СНІДу: перспективи на ХХІ сторіччя.	15
Снід – одне з найнебезпечніших захворювань в історії людства, проте запобігти його виникненню цілком	
можливо.	
<i>Д-р Ентоні С. Фосі, директор Національного інституту алергії та інфекційних хвороб (NIAID)</i>	
На переломному етапі	20
На тлі гуманістичної та економічної кризи, яка охопила цілу низку африканських країн, завдяки	
усвідомленню керівниками держав світу масштабів катастрофи вдалося перетнути історичну межу і досягти	
певних успіхів у боротьбі з епідемією.	
<i>Пітер Пайот, виконавчий директор Об'єднаної програми ООН проти ВІЛ-інфекції та СНІДу (UNAIDS)</i>	

Доповіді та документи

Базова інформація про ВІЛ-інфекцію та СНІД	23
Цей фактичний матеріал містить базову інформацію про СНІД, зокрема про те, як він передається, як його виявляють та лікують, а також про те, як йому запобігти.	
<i>Підготовлено Національним інститутом алергії та інфекційних хвороб (NIAID), який є підрозділом Національного інституту здоров'я (NIH).</i>	
Докази того, що ВІЛ-інфекція пов'язана зі СНІДом	27
Ця підбірка матеріалів розвіює численні міфи, якими оточена епідемія СНІДу.	
<i>Підготовлено Національним інститутом алергії та інфекційних хвороб (NIAID), який є підрозділом Національного інституту з проблем здоров'я (NIH).</i>	

Додаткові джерела

Література 31
Книги, документи і статті про ВІЛ-інфекцію та СНІД

Джерела в Інтернеті 33
Перелік адрес у World Wide Web, за якими можна отримати інформацію про уряди та міжнародні організації, що ведуть боротьбу зі СНІДом.

Глобальні проблеми

Електронний журнал Державного Департаменту
Сполучених Штатів
Том 5, номер 2, липень 2000 р.

Видавець Джудіт С. Зігель
Редактор Вільям Петерс
Виконавчий редактор Джім Фуллер
Коректор Шарлен Портр
Редактор Інтернет-версії Тім Браун
Інтернет-підтримка Шарлотта Вест
Помічники редакторів Карлос Аранага
..... Мітчел Кон
..... Вейн Гол
..... Синтія ЛаКоувей
..... Елен Тумі
Наукові редактори Моніка Мірошевська
..... Джоан Тейлор
Художній редактор Клоу Елліс
Художник Сильвія Скотт
Редакційна колегія Говард Сінкотта
..... Джудіт С. Зігель
..... Леонардо Вільямс
Перекладач Ігор Прохорович
Редактор українського перекладу Оксана Левчун

Відділ міжнародних інформаційних програм Державного Департаменту США видає п'ять електронних журналів, присвячених головним проблемам, що постають перед Сполученими Штатами та світовим співтовариством. Ці журнали, а саме: «Економічні перспективи», «Глобальні проблеми», «Питання демократії», «Актуальні питання закордонної політики США» та «Американське суспільство і суспільні цінності», публікують аналітичні статті, коментарі та фактичний матеріал відповідно до їхньої тематики. Всі журнали виходять англійською, французькою та португальською мовами, окрім статті публікуються також арабською, російською та іспанською. Нові випуски англомовної версії журналу з'являються через кожні 3-6 тижнів, а переклади, як правило, через 2-4 тижні після них. Сурової черговості виходу кожного з тематичних видань немає, оскільки одні з них публікують більше матеріалів, ніж інші.

Думки, висловлені в журналах, не обов'язково відображають політичні переконання та погляди уряду США. Держдепартамент США не несе відповідальності за зміст матеріалів та якість доступу до сайтів Інтернету, пов'язаних з ним. Відповідальність покладається винятково на організації та осіб, що здійснюють підтримку згаданих сайтів. Статті можна перекладати та передруковувати за межами Сполучених Штатів, якщо це не порушує авторського права.

Цей та попередні номери журналу можна знайти на веб-сторінках Відділу міжнародних інформаційних програм за адресою: <http://usinfo.state.gov/journals/htm>. Вони доступні у кількох електронних форматах, що полегшує перегляд, пересилання, завантаження та роздрук. Просимо надсилати ваші відгуки до Відділу народної дипломатії Посольства США у вашій країні або до редакційної колегії за адресою:

Editor, Global Issues & Communications
Office of International Information Programs
IIP/T/GIC
U.S. Department of State
301 4th Street, S.W.
Washington, DC 20547
United States of America
E-mail: ejglobal@pd.state.gov

Спільна боротьба зі СНІДом

Сандра Турмен,
директор Національного комітету боротьби зі СНІДом

Сполучені Штати, співпрацюючи з іншими країнами, беруть участь у розробці проєктів програм суспільних заходів, спрямованих на запобігання захворюванню, щоб перепинити хвилю зростання захворюваності на СНІД в Африці та інших регіонах світу.

Я хочу з усією переконливістю змалювати масштаби пандемії СНІДу, особливо його вплив на стабільність сім'ї, суспільства і держави. Я хотіла б також поділитися з вами досвідом спілкування з людьми, долі яких стоять за кожним із фактів. А ще я хотіла б познайомити вас із основними заходами, що їх вживає Адміністрація Клінтона у відповідь на поширення глобальної пандемії.

За всіма ознаками СНІД є чумою біблійних масштабів. В Африці він забрав більше людських життів, аніж усі війни, разом узяті. На цьому континенті СНІД на сьогодні посідає перше місце за смертністю в усіх вікових групах, а темпи поширення цієї пандемії випереджають усі наші прогнози. У 1991 році Всесвітня організація охорони здоров'я передбачала, що 1999 року в Африці буде 9 мільйонів інфікованих і близько 5 мільйонів людей помре від СНІДу. Реальні показники у два-три рази вищі, тобто інфікованих налічується приблизно 24 мільйони, 14 мільйонів померло.

І ця війна все ще розгорається. Щодня в Африці ховають 5 500 чоловіків, жінок, дітей, які загинули від СНІДу, ця цифра більше ніж подвоїться за наступні п'ять років. Згідно з сьогоднішніми прогнозами, 2005 року в світі налічуватиметься понад 100 мільйонів ВІЛ-інфікованих. На відміну від інших воєн, під перехресний вогонь цієї нестримної пандемії дедалі частіше потрапляють жінки та діти.

В Африці під загрозою опинилося ціле покоління дітей. У кількох африканських країнах, що лежать на південні від Сахари, СНІД посиритив від однієї п'ятої до однієї третини всіх дітей. Але найгірше ще попереду. Впродовж кількох десятиліть понад 40 мільйонів дітей втратять одного з батьків або стануть круглими сиротами через СНІД. Сорок мільйонів. Це приблизно стільки ж дітей, скільки мешкає у Сполучених Штатах Америки на схід від річки Міссісіпі.

За якихось кілька років СНІД знищив десятиліття тяжкої праці та неухильного поступу до покращення стандартів життя та здоров'я в країнах, що розвиваються: смертність серед підлітків подвоїлася, дитяча смертність потроїлася, а середня тривалість життя скоротилася на 20 і більше років.

СНІД це не лише проблема охорони здоров'я. Це економічна проблема, це основоположна проблема розвитку, безпеки та стабільності.

СНІД справляє величезний вплив на продуктивність виробництва, торгівлю та рівень інвестицій, оскільки скорочується кількість працездатного населення, підвищуються витрати на ведення бізнесу та зменшується валовий національний продукт. Багато компаній вже нині змушені наймати на кожне робоче місце по два працівники на випадок, якщо один із них помре від СНІДу.

СНІД підribaє також стабільність у регіоні. Рада безпеки Сполучених Штатів нещодавно провела одноденну нараду з проблем ВІЛ-інфекції та СНІДу. Ця історична подія висвітила зросле усвідомлення того, що СНІД є загрозою безпеці й вимагає мобілізації сил усього міжнародного співовариства. Цьому самому питанню був присвячений нещодавно оприлюднений звіт Національної ради з розвідки, де зазначається, що вплив пандемії набагато серйозніший, аніж ми його собі уявляємо.

Проте я звертаюся до вас не лише з відчаєм та безнадією. Навпаки, я сподіваюся поділитися з вами своїм оптимізмом. Адже у цій трагедії є місце для надії. Незважаючи на всю жахливість кризи, існує можливість виходу з неї; можливість для всіх нас, працюючи разом, допомогти жінкам, захистити дітей, надати підтримку родинам і державам у всьому світі в спільній боротьбі зі СНІДом.

Необхідно пам'ятати, що сьогодні ми ведемо мову не про кількість, а про імена, не про факти і цифри, а про сім'ї та долі конкретних людей. Дозвольте мені розповісти про одну гідну захоплення літню жінку, яку я зустріла в Уганді у невеличкому селищі поблизу міста Масака.

Бернадетта втратила десятьох зі своїх одинадцяти дорослих дітей. Вони померли від СНІДу. Нині їй 70 років, вона доглядає 35 своїх онуків. Отримавши кредит у сільській кредитній спілці, вона почала вирощувати помідори, боби та кукурудзу, відгодовувати кіз та свиней і продавати цукор та олію.

На зароблені гроші вона має змогу навчати в школі 15 своїх онуків, забезпечувати мінімальне лікування тим 5 з них, які є ВІЛ-позитивними, і почати будівництво будинку, в якому всім їм вистачить місця для ночівлі. У вільний час вона бере участь у діяльності організації «Об'єднані зусилля матерів, що рятують дітей», заснованої першою леді Уганди Жанет Мусевені, яка згуртувала і підняла на боротьбу тисячі жінок.

І ці жінки не самі. Про кого б не йшла мова – про молодих людей, які організовують вуличні вистави у Лусаці, щоб розповісти одноліткам про ВІЛ-інфекцію, чи про групи підтримки у Соуето, які надають допомогу хворим на СНІД у дома та в лікарнях, – можна зробити висновок, що суспільство мобілізується та сіє зерна надії.

У світі багато дітей та родин, що страждають від СНІДу. Їхня надія, їхня рішучість, їхня воля до життя ведуть нас уперед.

Позитивним є те, що ми знаємо, як треба діяти. Спільно з нашими партнерами в Африці ми здобули корисні знання та розробили ефективні засоби боротьби. Ми разом розробили проекти програм і довели, що вони спрацьовують. Сьогодні ми знаємо, як завадити хвилі нових інфікувань, як забезпечити догляд за хворими і як мобілізувати громадськість на підтримку дітей, що стали сиротами через СНІД. Уганда продемонструвала, що чітка політична послідовність у втіленні національних програм може вдвічі зменшити захворюваність на СНІД. Сенегал засвідчив, що ВІЛ-інфекцію можна зупинити у найкоротші строки, а захворюваність утримувати на низькому рівні. Але необхідно зробити більше, набагато більше, якщо ми хочемо розвинути ці успіхи.

Сполучені Штати ведуть боротьбу зі СНІДом у себе в країні ще з початку 80-х років. Але ми поступово доходимо висновку, що все, пов'язане зі СНІДом, – і криза, і шляхи виходу з неї, – не має кордонів. Ми повинні багато засвоїти з досвіду інших країн, адже страждання громадян у нашому всесвітньому таборі стосуються всіх нас.

Ми зробили немало, але залишається ще багато дечого, що можуть і повинні зробити Сполучені Штати та інші розвинені держави.

За минулі півтора року я чотири рази відвідала країни Африки. Разом з членами обох партій та палат Конгресу я стала безпосереднім свідком трагедій та тріумфу СНІДу в Африці. Під впливом побаченого Адміністрація попросила, а Конгрес виділив додатково

100 мільйонів доларів у 2000 фінансовому році на активізацію міжнародної боротьби зі СНІДом.

Ця ініціатива передбачає низку заходів щодо зміцнення провідної ролі США шляхом підтримки деяких незвичайних громадських програм, які нині фінансуються через Агентство Сполучених Штатів з міжнародного розвитку, а також шляхом надання вкрай необхідної технічної допомоги країнам, що розвиваються, у їхньому прагненні задовольнити потреби населення, яке потерпає від СНІДу та його соціальних наслідків. Це стало причиною розширення нашого фінансування програм з профілактики та лікування СНІДу в Африці більше, ніж удвічі, а також нашого звернення до великої вісімки (семи економічно найрозвиненіших країн і Росії) та інших держав із закликом активізувати зусилля.

Ініціатива зосереджується на чотирьох основних аспектах:

- Профілактика. Особливо скорочення кількості ВІЛ-позитивних осіб, передусім серед жінок і молоді, пропаганда добровільного звертання по медичну допомогу та обстеження, втручання з метою запобігання інфікуванню дитини від матері.
- Здійснення догляду вдома та у громадських медичних закладах. Це допоможе створити та зміцнити систему медичного консультування і підтримки, а також забезпечити деякі види основної медичної допомоги, включно із лікуванням супутніх хвороб, зокрема тих, що передаються статевим шляхом, а також туберкульозу.
- Здійснення догляду за дітьми, що втратили батьків через СНІД. Координуватиметься з мікроекономічними програмами та здійснюватиметься шляхом постачання дитячого харчування, проведення загальноосвітнього та професійного навчання і надання консультивативної допомоги.
- Інфраструктура. Фонди, які сприятимуть ефективному отриманню допомоги від урядів, неурядових організацій та приватного сектора.

Деякі інші основні компоненти цієї ініціативи передбачають активізацію зусиль, спрямованих на те, аби зробити боротьбу зі СНІДом частиною нашої зовнішньої політики, сприяти скасуванню боргів з метою спрямування вивільнених коштів на запобігання ВІЛ-інфекції та широко залучати до цієї справи ділові кола, неурядові та профспілкові організації, фонди і релігійні общини.

У той час як ця нова ініціатива значною мірою покращила фінансування боротьби з пандемією, Комітет Організації Об'єднаних Націй зі СНІДу визначив, що впровадження ефективних програм профілактики ВІЛ-інфекції в країнах Африки потребуватиме одного мільярда доларів. Сьогодні сукупні внески всіх країн-донорів становлять менше ніж 350 мільйонів. Крім

того, Комітет Організації Об'єднаних Націй зі СНІДу передбачає, що знадобиться щонайменше один мільярд доларів, аби розпочати надання елементарної медичної допомоги та забезпечити лікування хворих на СНІД у цьому регіоні.

З огляду на такі колосальні потреби Адміністрація попросила передбачити в президентському проекті бюджету на 2001 рік додатково 100 мільйонів доларів для посилення та поширення боротьби зі СНІДом в Африці та в усьому світі.

Ці кошти дадуть нам можливість підтримати зусилля, що нині докладаються Комітетом Організації Об'єднаних Націй зі СНІДу, а також Центром боротьби з хворобами, і розширити діяльність, залучивши до неї Департамент з праці та оборони, який має опікуватися проблемами передачі ВІЛ-інфекції на виробництві та на військовій службі.

Проте дозвольте повторити, що Сполучені Штати не можуть і не повинні робити це самотужки. Така криза потребуватиме активної участі всіх прошарків суспільства усіх держав у спільній роботі. Кожен донор, який надає допомогу на двосторонніх засадах, кожне багатостороннє кредитне агентство, корпорація, фонд, релігійна община та уряди кожної африканської країни

мають зробити все, що від них залежить, аби спрямувати інтелектуальні та матеріальні ресурси на боротьбу з цим лихом. Це можна і необхідно здійснити.

Висновок такий: ми не маємо ні вакцини проти СНІДу, ні ефективних засобів лікування, перебуваючи на етапі початку глобальної пандемії, а не на стадії її завершення. Те, що ми сьогодні спостерігаємо в Африці, відверто кажучи, є лише вершечком айсберга. Шляхом Африки підуть Індія та новоутворені незалежні держави, що входили до складу колишнього Радянського Союзу. Це має стати причиною конче необхідної співпраці з нашими партнерами в Африці та повсюди у світі, аналізу наших успіхів та невдач, поширення нашого досвіду в країнах, що стоять нині на межі катастрофи. Під питанням перебувають мільйони, а можливо, й десятки мільйонів людських життів. СНІД – це спустошлива трагедія людства, яка кличе всіх нас на допомогу.

Ми – один світ, і в багатьох аспектах доля Африки є нашою долею. На обрії з'явилася надія, але вона може матеріалізуватися лише за умови конструктивної співпраці. Не втратимо ж сьогодні цю можливість. Як сказав архієпископ з Південної Африки Десмонд Туту: «Якщо ми вестимемо цю священну війну разом, ми переможемо».

Боротьба з пандемією СНІДу

Річард Голбрук,
представник США в Організації Об'єднаних Націй

Епідемію СНІДу, що й досі сприймається як, табу та оточується холодною стіною замовчування, необхідно розглядати прилюдно і на найвищому рівні.

Я вперше усвідомив зв'язок між питаннями міжнародної безпеки та ВІЛ-інфекцією і СНІДом, коли здійснив приватну подорож до Пномпеня і мав нагоду поспілкуватися з американськими службовцями та працівниками Організації Об'єднаних Націй, які забезпечували проведення спонсорованих ООН виборів у Камбоджі. Мене настільки стриважило все почуте про зараження військовослужбовців миротворчих сил вірусом імунодефіциту і про подальше поширення ними цієї інфекції, що я написав листа керівникові служби ООН у Камбоджі. У листі я зазначив, що понад 40 країн надіслали до Пномпеня своїх представників у складі миротворчих сил. Під час виконання благодородної місії встановлення миру в пошматованій війною країні миротворці також є вагомим чинником глобального поширення СНІДу, чи то ввозячи вірус до Камбоджі, чи вивозячи його звідти.

Відтоді попередження епідеміологів про глобальне поширення ВІЛ-інфекції обернулися на страшну дійсність. В той час як освітні програми та лікувальні засоби дали надію на подолання інфекції на Заході, в країнах, що розвиваються, відбулось її вибухове зростання. Ніде в світі це лихо не є настільки відчутним, як у країнах Центральної та Південної Африки. Хоча чисельність населення в країнах, що знаходяться між Кенією та Південно-Африканською Республікою, становить лише 10% мешканців земної кулі, на них припадає понад дві третини всього ВІЛ-позитивного населення світу і 85% смертей, спричинених СНІДом. У країнах, що лежать на південь від Сахари, хвороба щороку забирає у 10 разів більше людських життів, ніж усі збройні конфлікти на континенті, разом узяті. Лише минулого року ця цифра сягнула 2,6 мільйона.

У грудні минулого року, під час відвідання 10 країн Африки, я на власні очі побачив, як лютує СНІД: крім іншого, я згадую тисячі сиріт у Лусаці та Замбії, змушених жити на автобусних станціях (багато з них уже були ВІЛ-інфіковані), та шість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок з намібійського міста Віндхук, яким довелося таємно зустрічатися з нашою делегацією через переслідування, пов'язані з цією хворобою. Жін-

ки розповіли нам, що лише вони визнають, що заражені, – іх залишать чоловіки, вони позбудуться сімей, втратять роботу, суспільство піддасть їх цілковитому остракізму. ВІЛ-інфекція та СНІД, якщо їх вчасно не виявити і не лікувати, руйнують сім'ї та родинні стосунки, вбиваючи годувальників, вчителів, військовослужбовців та правоохоронців, які є надією прийдешнього покоління.

У січні цього року Рада безпеки ООН відзначила прихід нового тисячоліття історичним кроком: вперше за весь час існування вона присвятила проблемі охорони здоров'я своє засідання, зробивши його предметом ВІЛ-інфекцію та СНІД. Ця подія символізувала собою те, що багато хто з нас відчував уже давно: СНІД є таким самим дестабілізуючим фактором, як і будь-яка війна; у світі по закінченні холодної війни міжнародна безпека стала чимось більшим, аніж рушниці та бомби чи рівновага сил суворених держав. Віце-президент Гор, який головував на цій сесії Ради безпеки, красномовно засвідчив це, сказавши, що СНІД є «кризою безпеки, оскільки він загрожує не просто окремим громадянам, а самим інституціям, що визначають і захищають основи суспільства».

Протягом кількох місяців, що минули з часу тієї сесії Ради безпеки, дедалі більше зростає увага з боку засобів масової інформації до проблеми СНІДу в Африці. У зв'язку з цим варто згадати премію Пулітцера, присуджену авторові Village Voice Марку Скуфсу за серію нарисів «СНІД: агонія Африки». Започатковано багато нових ініціатив Організацією Об'єднаних Націй, урядом Сполучених Штатів, фармацевтичними компаніями та неурядовими організаціями. І доки я залишатимусь представником США в Організації Об'єднаних Націй, Сполучені Штати ніколи не проголосують за миротворчу резолюцію, яка не передбачатиме спеціальних заходів з боку Департаменту миротворчих операцій ООН щодо запобігання поширенню СНІДу особовим складом миротворчих підрозділів.

Але ми маємо зробити більше. Перш за все, ми негайно повинні взяти на себе ширші зобов'язання щодо забезпечення коштами. Адже добре відомо, що рівень міжнародного фінансування боротьби зі СНІДом вкрай низький. За даними президента Світового Банку Джеймса Вольфензона, нинішній рівень міжнародної підтримки програми запобігання СНІДу в Африці

становить всього 160 мільйонів доларів. На минулій січневій сесії Ради безпеки віце-президент Гор оголосив про намір Адміністрації подати клопотання до Конгресу про виділення для боротьби з епідемією ще 100 мільйонів доларів, що збільшить загальний внесок США у цю справу до 342 мільйонів доларів. Ми продовжимо дипломатичну роботу, аби стимулювати велику вісімку, Комітет боротьби зі СНІДом Організації Об'єднаних Націй, Всесвітню організацію охорони здоров'я, Світовий Банк та інші міжнародні установи, приватний сектор, а також керівництво всіх країн світу до поглиблення співпраці та розширення фінансових і політичних зобов'язань у цій глобальній боротьбі.

По-друге, країни, що перебувають у лещатах кризи, а також ті, для яких криза не за горами, мають усвідомити власну відповідальність. У багатьох культурах ВІЛ-інфекція та СНІД ще й досі сприймається як табу й оточується холодною стіною замовчування. Цю епідемію та її причини необхідно обговорювати прилюдно і на найвищих рівнях. Okрім фінансових ресурсів,

боротьба зі СНІДом потребує політичного капіталу та політичної волі. Саме тому я з ентузіазмом сприймаю 13-у Міжнародну конференцію зі СНІДу в Дурбані (Південно-Африканська Республіка), що відбулась у липні. Вона дала чудову нагоду урядам та представникам неурядових організацій, організаціям-донорам, медичним фахівцям провести відкритий обмін думками щодо ефективних стратегій профілактики та перспектив лікування, а також мобілізації зусиль на рівні світового співтовариства, окремих держав та громад, спрямованих на подолання пандемії СНІДу.

Адже очевидно, що жоден уряд, діючи самотужки, не здатен перемогти СНІД. Лише партнерство членів світового співтовариства, громадського і приватного секторів може забезпечити поступ у запобіганні появлі покоління зневірених сиріт, позбавлених майбутнього. Безперечно, ми в боргу перед дітьми всієї планети, і повернути цей борг ми можемо, лише об'єднавши зусилля і зупинивши, здавалося б, неминуче поширення цієї страшної хвороби.

Профілактика СНІДу: внесок до всесвітнього добробуту

Поренс Саммерс,
Секретар Державної Скарбниці Сполучених Штатів Америки

Сьогоднішній рівень розвитку науки дає історичну можливість поступу в боротьбі зі смертельними хворобами, такими, як СНІД, що завдають нищівного удара економічному розвиткові й ставлять під загрозу процвітання і стабільність світової економіки.

Поступово, з поглибленням інтеграції світ зустрічається з широким спектром проблем, які перетинають кордони і не визнають звичайних рішень будь-якого окремо взятого уряду чи ринку. Відмивання грошей і фінансова злочинність, глобальна зміна клімату і збіднення біологічного розмаїття вирішення цих проблем, що стало б великим благом для світової спільноти, вимагає скоординованого міжнародного співробітництва.

Пропозиції, висунуті у президентських ініціативах на нове тисячоліття, спрямовані на привернення міжнародної уваги до одного з найнагальніших питань, яке несе велике моральне навантаження, а саме: до катастрофічного поширення інфекційних хвороб, що найтяжче вражають саме ті країни, які найменше здатні чинити їм опір.

Я хотів би зупинитися на трьох моментах, що становлять основу президентських ініціатив. По-перше, створення і серійний випуск вакцин та засобів лікування інфекційних хвороб є на сьогодні найефективнішим видом інвестицій, які ми можемо зробити для успішного економічного зростання найбідніших країн. По-друге, уроки, засвоєні з досвіду недавніх подій, а також останні досягнення науки дають нам можливість реально впливати на глобальне поширення цих інфекцій. По-третє, для цього необхідна співпраця громадського та приватного секторів як всередині окремих держав, так і на міжнародному рівні.

Подолання інфекційних хвороб як моральний та економічний імператив

Може видатися дивним, що Секретар Державної Скарбниці США приділяє стільки уваги профілактиці та стримуванню поширення захворювань у країнах, що розвиваються. Ale як Секретар Державної Скарбниці я ні на мить не забиваю про те, що Сполучені Штати

надзвичайно зацікавлені (як в економічному та гуманітарному контексті, так і в плані безпеки) в успішному розвитку найбідніших країн.

Сьогодні не буде перебільшенням сказати, що найбільшою і єдиною перешкодою на шляху цивілізованого розвитку цих країн залишається примара страшного лиха, яким є ВІЛ-інфекція та СНІД. Поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу впродовж останніх років було особливо швидким і навіть жорстоким.

П'ятдесят мільйонів людей у світі інфіковані вірусом імунодефіциту, понад 16 мільйонів померло, а щорічний показник летальності, пов'язаної зі СНІДом, минулого року сягнув рекордної позначки: 2,6 мільйона. У країнах Африки, розташованих на південній від Сахари, на які припадає 85% усіх померлих від СНІДу, середня тривалість життя різко скоротилася, звівши нанівець так важко здобуті успіхи. Принаймні у п'яти африканських країнах 20% дорослого населення є ВІЛ-позитивним. Очікується, що у південній Африці за наступні 5-10 років середня тривалість життя зменшиться з 59 років, як було на початку 1990-х років, до 45-ти, тобто цей показник опиниться на рівні, до якого він не опускався з 1950-х років. Часто інфікованість є найвищою серед молодих жінок, які невдовзі мають стати матерями.

ВІЛ-інфекція та СНІД дедалі важчим тягарем лягають на плечі жінок, адже вони становлять більшість персоналу, що доглядає хворих, і є найбільш вразливою для інфекції категорією населення. Останнє стосується передусім молодих жінок. У багатьох місцевостях ВІЛ-інфікованість серед дівчат у три – п'ять разів вища, ніж серед хлопців. У деяких регіонах Південної Африки приблизно третина вагітних жінок є ВІЛ-позитивними, а в 1991 році таких налічувався лише 1%. На континенті, де жінки виконують значний обсяг фізичної роботи і відіграють основну роль у підтриманні родинного вогнища, наслідки епідемії СНІДу є особливо спустошливими.

Найбільшу тривогу викликають темпи поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу, і та реальна небезпека, в якій опинилася Африка, може виявитись будь-де у світі. Інфікованість швидко зростає в Азії, де кілька країн стоять на порозі широкомасштабної епідемії, і необхідно вжити невідкладних заходів, аби відвернути там лихо,

від якого потерпає Африка. У деяких регіонах Латинської Америки та в країнах Карибського басейну, тобто у наших сусідів, також спостерігається високий рівень інфікованості, і цей показник зростає. Країни колишнього Радянського Союзу та Східної Європи теж є вразливими, а Росія минулого року продемонструвала найшвидші у світі темпи зростання інфікованості.

Водночас слід наголосити, що мільйони людей у світі й далі стають жертвами хвороб, відомих людству впродовж сторіч. Зокрема туберкульоз забирає щороку по 2 мільйони життів, причому поширюються види захворювання, викликані формами збудника, стійкими до лікарських препаратів. Насправді тисячі ВІЛ-інфікованих людей гинуть саме від туберкульозу, оскільки їхня імунна система, ушкоджена вірусом, не чинить опору розвиткові туберкульозної інфекції, яка потім передається ВІЛ-нейнфікованим людям.

Зважаючи на все сказане, інфекційні хвороби посідають перше місце у світі серед причин смерті, з ними пов'язана майже половина всіх смертельних випадків серед людей віком до 45 років. У наслідку маємо не просто гуманістичну, а значно глибшу соціальну та економічну кризу.

Середня тривалість життя скорочується головним чином через підвищення смертності серед дорослого населення молодого віку, а результати досліджень свідчать, що економічне зростання залежить переважно від частки населення працездатного віку. За недавніми оцінками Світового Банку, СНІД щороку зменшує на 1% валовий національний продукт у 30 африканських країнах, що лежать на південні від Сахари. Тягар боротьби з епідемією ще більше поглиблює злідні, які, у свою чергу, дають епідемії змогу поширюватись. Бюджети та установи, пов'язані з охороною здоров'я, у цих країнах переобтяжені витратами на лікування інфікованих. Сім'ї, й без того незаможні, змушені продавати останнє майно і витрачати гроші, заощаджені на такі нагальні потреби, як освіта, аби оплатити дороге лікування, що опускає їх все нижче по економічних щаблях. Кількість дітей, яких посиrotив СНІД, просто вражає: у всьому світі їх понад 11 мільйонів, а в Африці – півмільйона.

Якщо розвиток цих країн загальмований, вони не можуть робити свого внеску до світового поступу, в чому ми зацікавлені, адже понад 40% нашого експорту спрямовується до країн, що розвиваються. Економічні негаради та політична нестабільність, що неодмінно супроводжують такі масові втрати населення, можуть завдати ще більшої шкоди світовій системі в цілому.

Зважаючи на це, винайдення та виробництво вакцини і дієвих засобів лікування інфекційних хвороб є однією з найефективніших інвестицій, яку ми можемо зробити як задля успішного розвитку економіки цих країн, так і задля процвітання та стабільності світової економіки в цілому.

Ми вважаємо, що це є основоположний гуманістичний імператив. Цього вимагають також національна економіка та безпека. Незаперечним є те, що світовий досвід і наукові досягнення повинні забезпечити нам сьогодні також набагато ширші можливості для вирішення цих проблем.

Ми здатні реально покращити ситуацію

Нині ми повинні нейтралізувати безпосередній вплив інфекційних та інших хвороб, пов'язаних зі зліднями. Аналіз попередніх зусиль світового співтовариства, спрямованих на боротьбу з інфекційними хворобами, свідчить, що легкого і простого шляху до вирішення цієї проблеми не існує. Ale сьогодні ми маємо значно сильнішу позицію у справі надання країнам допомоги задля досягнення конкретних успіхів, аніж хоча б кілька років тому.

По-перше, з'явилось багато нових наукових даних. Взагалі, єдиною причиною значної поширеності інфекційних хвороб є істотні прогалини в наших знаннях про ці хвороби. У справі розробки вакцин та лікарських препаратів ми просто не можемо піти далі за передові рубежі науки. Ale, як висловився один з представників фармацевтичної промисловості на недавній зустрічі з президентом Кліntonом, сьогодні настала золота доба для проведення досліджень та практичного втілення їхніх результатів. Останнім часом було досягнуто значних успіхів у боротьбі з малярією, пневмококовою інфекцією та СНІДом. Ми переконані, що політичні рішення сприятимуть бурхливому розвитку досліджень у цій галузі.

По-друге, ми маємо нові засоби для спрямування значних внутрішніх та зовнішніх ресурсів на підтримку цих зусиль. Кричаща нестача коштів, співвімірних з вартістю мінімально необхідних капіталовкладень в охорону здоров'я є чи не найбільшою перешкодою на шляху до покращення демографічних показників у цих країнах.

Найбідніші країни світу витрачають на медичну допомогу в середньому по 15 доларів на людину, тобто менше, ніж коштують щеплення проти дев'яти найпоширеніших інфекційних хвороб, до яких, зокрема, належать поліоміеліт, кір і правець. У Сполучених Штатах щороку витрачається тисячі доларів на охорону здоров'я однієї людини. У найбідніших країнах на кожні 100 000 населення припадає лише 14 лікарів і 26 медичних сестер, а в Сполучених Штатах відповідно 245 і 878. 800 мільйонів людей у світі живуть менше ніж на 1 долар у день. Жорстока реальність полягає в тому, що середні витрати на лікування одного хворого на СНІД у США набагато перевищують середньорічний дохід на одну людину в переважній більшості країн, що розвиваються.

Ми не сподіваємося, що зникне різниця в економічному розвитку держав. Ale завдяки ініціативі скасування боргів найбідніших країн ми зможемо збільшити їхній фінансовий потенціал і простежити, щоб він був вико-

ристаний на основні гуманістичні потреби, такі, як надання основних видів медичної допомоги.

Ініціатива скасування боргів найбідніших країн світу, що була започаткована 1996 року і отримала подальший розвиток минулого року, вже допомогла деяким із них вивільнити дорогоцінні кошти для гуманістичного розвитку, які в інакшому випадку були б використані на обслуговування зовнішніх боргів. Повною мірою профінансована і належним чином втілена, ця розширенна ініціатива може стати ще дієвішим механізмом допомоги країнам у їхніх намаганнях повніше фінансувати боротьбу з інфекційними хворобами.

Минулого року уряд Угандин завдяки Ініціативі заощадив 45 мільйонів доларів, які передбачалося витратити на обслуговування боргу. Витрати уряду на охорону здоров'я та освіту зросли до 55 мільйонів доларів, включаючи кошти на боротьбу з ВІЛ-інфекцією та СНІДом. Очікується, що рівень імунізації дітей в Угандин зросте з 55% у 1996 році до 60% у 2002 р. Одним із основних пріоритетів у фінансуванні потреб охорони здоров'я в майбутньому, чому сприятиме звільнення від боргів у рамках розширеної Ініціативи, є підвищення рівня обізнаності населення щодо ВІЛ-інфекції та СНІДу, особливо серед мешканців віддалених сільських громад.

Особливий наголос необхідно зробити на освітніх програмах для для дівчат і жінок, що в подальшому принесе успіхи у боротьбі з поширенням ВІЛ-інфекції та СНІДу. Дослідження, проведені у Заїрі, Зімбабве та інших країнах, свідчать, що темпи поширення вірусу імунодефіциту обернено пропорційні загальноосвітньому рівню жіночтва. У всіх країнах, що розвиваються, медична статистика засвідчує високий ступінь кореляції між рівнем освіти та частотою, з якою жінки практикують безпечні статеві зносини. Ось чому нові підходи до політики кредитування, що є частиною Ініціативи скасування боргів, у першу чергу вимагають, аби інвестиції спрямовувалися переважно на запровадження освітніх програм для жінок та на інші ключові соціальні потреби.

І нарешті, ми маємо глибше усвідомлення необхідності постачання ефективних вакцин та ліків, а також розуміння, що для цього потрібно. Адже очевидно, що ми не отримаємо позитивних результатів, якщо залишати мемо вантажі з медикаментами та вакцинами у портах найбідніших держав і не дбатимемо про те, аби вони потрапили до рук тих, хто їх справді потребує. Так само очевидно, що марно робити щеплення та призначати ліки людям, які позбавлені найнеобхідніших передумов підтримання здоров'я, зокрема збагаченого вітаміном А та залізом харчування, потималлярійних сіток чи інформації про те, як вберегтися від СНІДу. Саме ці фактори часто становили серйозну перешкоду на шляху подолання серцево-судинних захворювань у минулому. Проте сьогодні ми розуміємо, що між різними аспектами охорони здоров'я існує тісний зв'язок, і використовуємо це у практичній діяльності. Це відображені і в президентських ініціативах на май-

бутнє тисячоліття, і в проектах, які нині розробляються Світовим Банком і передбачають головним чином покращення постачання основних засобів для підтримання здоров'я, включно з вакцинами і ліками.

Ми також почали краще усвідомлювати, що проблема криється не в самих лише коштах, а й у компетентності та дотриманні взятих на себе зобов'язань. Зокрема, уряди країн, що розвиваються, повинні поставити перед собою чітку мету – підвищити рівень медичної допомоги та досягти кращих показників здоров'я населення. Усі країни-донори, міжнародні організації та неурядові установи в країнах, що розвиваються, повинні співпрацювати з метою пошуку оптимальних шляхів виходу з кризи для кожної конкретної країни. І впровадження цього принципу вже дає конкретні результати.

Наприклад, завдяки недавнім інноваційним програмам, які підтримує міжнародне співтовариство, в Угандин та Таїланді кількість ВІЛ-інфікованих у групах ризику почала зменшуватися. У Сенегалі своєчасні інвестиції у профілактичні програми дали змогу втримати поширення ВІЛ-інфекції на низькому рівні. У Бангладеш, де щороку на потреби охорони здоров'я віддається 4 долари на людину, Світовий Банк, USAID та інші інвестори профінансували створення мережі спеціально підготовленого персоналу (не лікарів), діяльність якого поширилася на найвіддаленіші села та міські нетрі, що допомогло зменшити рівень дитячої смертності зі 132 осіб до 75-ти за період з 1980 по 1997 рік.

Президентські ініціативи на нове тисячоліття стосовно вакцинації

Президентські ініціативи на нове тисячоліття стосовно вакцинації, викладені у промові State of the Union, ґрунтуються на двох реаліях: масштаби та нагальність проблеми і розширення можливостей для вжиття ефективних заходів на глобальному рівні.

У цій діяльності ми покладаємося на допомогу підприємницького сектора, включаючи фармацевтичні компанії, які можуть забезпечити проведення наукових досліджень та розробити засоби, необхідні для створення ефективних вакцин. Ми також розраховуємо на некомерційний сектор, на організації, подібні до заснованої головою корпорації Microsoft Біллом Гейтсом, яка зробила такий щедрий внесок у боротьбу із хворобами. Ми також використовуємо знання і досвід урядових фахівців, які мають посприяти тому, щоб наші зусилля розширились до міжнародних масштабів.

Президентські ініціативи містять чотири основні компоненти. Це, по-перше, мобілізація додаткових зусиль світового співтовариства щодо надання допомоги найбіднішим країнам у справі закупівлі вакцин для щеплення дітей. Багато з цих країн часто не можуть дозволити собі купувати вакцини. Задля вирішення цієї проблеми Президент до свого проекту бюджету на 2001 фінансовий рік включив пропозицію про виділен-

ня Всесвітнім альянсом за вакцинацію та імунізацію 50 мільйонів доларів на закупівлю існуючих вакцин для дітей. Цей крок має залучити значні надходження з інших країн і фондів. Він також має зміцнити довіру до намірів міжнародного співтовариства створити ринок нових вакцин, зокрема проти СНІДу, щойно їх буде розроблено. Крім того, Президент спонукав виробників фармацевтичної продукції взяти на себе зобов'язання безкоштовно передати вакцини на суму в кілька сотень мільйонів доларів.

По-друге, спрямування міжнародних ресурсів на створення у бідних країнах інфраструктури, яка б здійснювала випуск вакцин та медичних препаратів і надавала населенню основні види медичної допомоги. Президент Кліnton закликав банки, що займаються питаннями багатостороннього розвитку, додати ще 400 мільйонів доларів до тих 900 мільйонів, які виділяються щорічно у вигляді концесій на забезпечення базових видів медичної допомоги. Звичайно ж, основним елементом цієї допомоги є профілактика та лікування інфекційних хвороб, зі СНІДом включно.

По-третє, посилення пошуку засобів більш ефективного лікування та профілактики хвороб, які масово вражають населення країн, що розвиваються, передусім ВІЛ-інфекції/СНІДу, малярії та туберкульозу.

Президентський проект бюджету на 2001 фінансовий рік передбачає значну активізацію досліджень, конче необхідних для створення вакцин проти смертельних хвороб, які лютують переважно в країнах, що розвиваються. Фінансування пошуків вакцини проти СНІДу в 2001 році має істотно розширитися і більше ніж вдвічі переважатиме аналогічні витрати у 1997 році.

Президент також запропонував виділити додатково 100 мільйонів доларів на профілактику та лікування СНІДу в Африці, Азії та інших країнах, що розвиваються. Ми можемо перейти в рішучий наступ на ВІЛ-інфекцію та СНІД, надаючи дохідливу інформацію стосовно стратегії запобігання хворобам, які передаються статевим шляхом, та їх лікування. Ми закликаємо інші країни приєднатися до нас у пошуку коштів для фінансування цієї діяльності.

По-четверте, залучення наукового потенціалу і технологічних досягнень приватного сектора до розробки нових вакцин проти інфекційних хвороб.

Незважаючи на деякий поступ, усі визнають, що ринок не створює достатніх стимулів для розробки фармацевтичними компаніями вакцин і лікарських препаратів для профілактики і лікування хвороб, поширеніх переважно в країнах, що розвиваються. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, лише 10% від 50=60 мільярдів доларів, що витрачаються у світі на дослідження в галузі охорони здоров'я, спрямовуються на вивчення хвороб, що вражають 90% населення планети.

Щоб започаткувати розв'язання цієї проблеми, Президент запропонував надати нові кредитні ставки компані-

ям, які постачатимуть вакцину проти малярії, туберкульозу, СНІДу та інших інфекцій, що призводять до смерті більше ніж 1 мільйона людей щороку. Згідно з його пропозицією, визначений урядом продавець вакцини може претендувати на кредит в обсязі 100% від суми, сплаченої уповноваженою некомерційною організацією (такою, наприклад, як UNISEF), профінансованою Агентством Сполучених Штатів з міжнародного розвитку. На кожен долар, сплачений покупцем вакцини, припадатиме один долар податкового кредиту, підвищуючи, таким чином, купівельну спроможність першого удвічі.

З 2002 по 2020 рік Агентство з міжнародного розвитку могло б визнати таким, що підпадає під дію кредитів, 1 мільйон доз вакцини. Це створило б своєрідну і тверду гарантію того, що ці вакцини будуть придбані, щойно вони з'являться на ринку. Президент закликав інші уряди взяти на себе подібні купівельні зобов'язання, аби ми могли в майбутньому забезпечити ринок таких необхідних для нас препаратів.

Крім того, Адміністрація Клінтона висловила готовність підтримати введення кредитних ставок для тих організацій, що проводитимуть клінічні випробування деяких вакцин, на зразок того, як це практикується стосовно ліків для сиріт. Кредит становитиме 30% від витрат на випробування вакцини проти інфекцій на людях, про що йшлося у президентській ініціативі. Цей кредит додатково заохочуватиме виробників медичних препаратів до пошуків нових вакцин та прискорення їх розробки.

Висновок

Колосальні масштаби і складність боротьби з інфекційними захворюваннями, а також досвід минулих невдач дедалі частіше підміняють надію відчуттям, що всі докладені зусилля були і будуть марнimi. У всьому світі інфекційні хвороби, серед яких СНІД, вбивають мільйони дітей, виснажують і забирають життя десятків мільйонів людей у розквіті сил. Зрозуміло, що гуманістичні та економічні наслідки є жахливими.

Проте в Уганді, Сенегалі, Таїланді та інших країнах сьогодні можна бачити чудові приклади цілком реального поступу. Ми могли спостерігати в минулому, що добре скоординовані зусилля світового співтовариства можуть бути надзвичайно ефективними. Варто лише згадати викорінення віспи, майже закінчує кампанію проти поліоміеліту і визначну перемогу людства над річковою сліпотою (онхоцеркозом), коли було зупинено поширення хвороби в 11-ти країнах Африки і не втратило зір 185 тисяч заражених людей.

Як я вже казав, ми вважаємо, що сьогодні маємо історичну можливість перейти в наступ проти кількох хвороб-убивць, які завдають такого потужного удару економікам країн, що розвиваються. Нині конче необхідно сконцентрувати широкі міжнародні зусилля для того, щоб розв'язати цю проблему в самій основі.

Епідемія СНІДу: перспективи на ХХІ сторіччя

Д-р Ентоні С. Фосі,
директор Національного інституту алергії та інфекційних хвороб

Пандемія ВІЛ-інфекції, одного з найбільш руйнівних нашествь в історії людства, може бути зупинена як у розвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються, за допомогою таких заходів, як запровадження освітніх програм, корегування поведінки людини та використання противірусних лікарських препаратів.

Людство впродовж усієї еволюції було оточене мікроорганізмами, які постійно загрожували виживанню людини як біологічного виду(1). Хоча такі давно відомі вбивці, як малярія і туберкульоз, забирали щороку мільйони життів, поява або повернення кожного нового мікроба призводили до несподіваних катастрофічних пандемій з глобальними наслідками для системи охорони здоров'я. У час, коли ми стоїмо на порозі нового століття, не здивим буде ще раз згадати про те, що на тлі невимовно важкого і неослабного тягаря різноманітних інфекційних хвороб та численних мінімідемій у ХХ сторіччі відбулося два подібних катаклізми.

Перша пандемія грипу 1918 року була викликана давно відомим мікробом, який знову заявив про себе. Грип становив проблему впродовж сторіч, але в ті часи лише за одну зиму 1918–1919 років він став причиною смерті приблизно 25 мільйонів людей у всьому світі і 550 тисяч у Сполучених Штатах(2).

Інша пандемія – синдром набутого імунодефіциту (СНІД) – викликана нещодавно відкритим мікроорганізмом – вірусом імунодефіциту людини(3). Світ уперше дізнався про цю хворобу влітку 1981 року, і звідтоді вона спалахує в одному регіоні нашої планети за іншим. Можливо, ми й досі до кінця не усвідомлюємо, наскільки катастрофічним є потенціал цієї пандемії. На початку нового тисячоліття було б доречно поміркувати над витоками епідемії, що розгорається впродовж 18 років, над тим, що зроблено в галузі науки та охорони здоров'я і якими є перспективи на майбутнє.

Походження віруса імунодефіциту людини

Останні молекулярні та епідеміологічні дослідження свідчать, що ВІЛ типу 1 (ВІЛ-1) розвивався разом із Pan troglodytes troglodytes – одним із підвідів мавп шимпанзе – і перебував у їхньому організмі впродовж

сторіч (4). Мабуть, у мавп він не обов'язково викликає захворювання. І, як це трапляється з багатьма вірусами, ВІЛ у певний момент (або моменти) часу змінює хазяїна і починає інфіковувати людину; отже, СНІД майже напевно спочатку був зоонозом. ВІЛ типу 2, менш поширений і не такий вірulentний різновид збудника, генетично дуже нагадує вірус імунодефіциту мавп і є ендемічним для місцевостей, де поширені попелясти мангобеї (5).

Найімовірнішим механізмом передачі ВІЛ-1 від шимпанзе до людини було потрапляння інфікованої крові шимпанзе у відкриті пошкодження шкіри – можливо, під час полювання на мавп, м'ясо яких вживалося в їжу (6). М'ясо шимпанзе традиційно входило до раціону мешканців Центральної та Південної Африки. Мутації, які уможливили успішне перенесення віrusу з організму шимпанзе до організму людини, відбувалися у геномі цього мікроорганізму, ймовірно, протягом багатьох сторіч (4). Цілком можливо, що спорадичні випадки передачі віrusу людині, які траплялися протягом десятиріч, а може, й сторіч, залишилися непоміченими.

Епідемія почала виявляти себе, лише коли демографічні та соціальні умови стали сприятливими для передачі віrusу від людини до людини. Такими умовами були міграція великої кількості населення з сільських місцевостей до міст, розрив родинних зв'язків через необхідність подорожувати у пошуках роботи та пов'язані з цим нерозбірливість у статевих зносинах і активне відвідування будинків розпусти, а також зараження крові, призначеної для переливання (7).

У розвинених країнах, таких як Сполучені Штати, інфекція з'явилася невдовзі після «голубої революції» 1969 року, яка почалася із заворушень у Нью-Йоркському барі «Стонвол Ін», де збиралися чоловіки-гомосексуалісти (8). Демографічні особливості населення, що практикує гомосексуальні статеві контакти, а саме їхня сконцентрованість у великих містах, таких як Нью-Йорк, Сан-Франциско та Лос-Анджелес, зробили цю популяцію, до якої входять переважно дорослі молоді люди, ідеальною мішенню для масового ураження хворобою, яка передається статевим шляхом.

Масштаби епідемії

СНІД продовжує справляти величезний вплив на світ як у людському, так і в економічному вимірі. У Сполучених Штатах кількість осіб, інфікованих ВІЛ, становить 650–900 тисяч (9), із яких 200 тисяч не підозрюють про свою інфікованість (10). На 1998 рік, останній, за який ми маємо статистичні дані, що надійшли до Центру боротьби та попередження захворювань (CVC), кількість зареєстрованих з початку епідемії випадків СНІДу досягла 688 200, а кількість померлих від цієї хвороби 410 800 осіб (11).

З 1981 року, коли було повідомлено про перший випадок СНІДу, демографічні характеристики населення, враженого епідемією, зазнали розючих змін. На відміну від перших років епідемії ВІЛ-інфекції у Сполучених Штатах, коли серед інфікованих були переважно чоловіки-гомосексуалісти, і дехто навіть припускає, що епідемія утримається в межах гомосексуальної популяції, причинами сьогоднішніх випадків зараження ВІЛ-інфекцією є здебільшого ін'єкційне введення наркотиків та гетеросексуальні контакти. Рівень захворюваності неоднаковий серед національних меншин. Так, 1998 року кількість випадків СНІДу (на 100 000 населення) становила у США 66,4 серед чорношкірих нелатиноамериканців, 28,1 – серед латиноамериканців, 8,2 – серед білих нелатиноамериканців, 7,4 – серед індіанців та корінних мешканців Аляски і 3,8 – серед вихідців з Азії та Океанії. Дедалі частіше захворюють жінки: число випадків зараження, зареєстрованих серед жінок та неповнолітніх дівчат з 1985 по 1998 рік, більше ніж потроїлося, збільшивши із 7 до 23%.

Часто можна почути, що в Сполучених Штатах Америки та інших розвинених державах епідемія ВІЛ-інфекції та СНІДу досягла своєї вершини, бо кількість нових інфікувань протягом року більше не зростає, а йде на спад. Однак дані свідчать про те, що в США це плато встановилося на неприйнятно високому рівні – 40 000 інфікувань на рік, – що вважався відносно постійним упродовж 1990-х років (12). За даними СВС, половина вперше інфікованих заразилася статевим шляхом, а їхній вік не сягав і 25 років (13). Поряд зі зниженням щорічної кількості інфікувань серед гомосексуалістів, число нових випадків зараження серед гетеросексуалів, особливо жінок, дуже зросло, що й дає оманливу картину плато. Насправді ж ми є свідками нового сплеску епідемії серед різних демографічних груп у Сполучених Штатах.

Такий самий феномен повторних хвиль можна спостерігати і на прикладі глобального поширення інфекції: сьогодні найважчий тягар епідемії падає на країни Африки, розташовані на південні від Сахари (14). Крім того, за минулі кілька років кількість інфікованих різко зросла в країнах колишнього Радянського Союзу (14). Проте траекторія росту інфікованості в Індії та Південно-східній Азії вказує на те, що без проведення ефективних профілактических заходів у ХХІ сторіччі найбільше постраждає від епідемії саме цей регіон

(14). Кількість випадків зараження у Китаї залишається відносно низькою, але ймовірність вибухового поширення ВІЛ-інфекції у державі з населенням понад 1 мільярд осіб все одно існує.

Розмах епідемії величезний. За даними, отриманими в рамках Об'єднаної програми ООН проти ВІЛ-інфекції та СНІДу (UNAIDS), наприкінці 1998 року в світі налічувалося понад 33 мільйони ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (14). Протягом 1998 року вірусом імунодефіциту заразилося 5,8 мільйона людей, тобто щодня інфікувалось 16 тисяч осіб. Понад 95% нових випадків зараження зареєстровано в країнах, що розвиваються. У 1998 році ВІЛ-інфекція і СНІД вийшли на четверте місце серед причин смерті у світі, забравши життя 2,3 мільйона людей (15). Якщо ці тенденції збережуться, то на початку нового тисячоліття у світі буде понад 40 мільйонів ВІЛ-інфікованих.

Успіхи та недоліки противірусної терапії

У Сполучених Штатах Америки та інших розвинених країнах протягом останніх трьох років кількість нових випадків захворювань та смерті від СНІДу істотно знизилася. Відповідно віковим рамкам смертність від СНІДу в США з 1996 по 1997 рік зменшилася на 48% (16), подібна тенденція простежується також у Західній Європі та Австралії (17,18). Це зумовлено кількома чинниками, серед яких: удосконалення профілактики інфекцій, що чинять опір, та їх лікування, набуття медичними працівниками досвіду щодо догляду за ВІЛ-інфікованими пацієнтами, підвищення доступності медичної допомоги, зменшення кількості нових випадків інфікування завдяки зусиллям, спрямованим на запобігання йому, а також той факт, що значна частина населення, яке належить до групи ризику, вже інфікована.

Проте найпотужнішим фактором безсумнівно стало ширше застосування дієвих противірусних засобів, здебільшого в комбінації з трьох чи більше препаратів, один з яких інгібітор протеази (17, 19, 20, 21). Такі поєднання визнані високоефективними щодо ретровірусів. Пошуки методів лікування ВІЛ-інфекції, що провадилися спільно урядами, промисловістю та науковцями, виявилися напрочуд успішними. Адміністрацією Сполучених Штатів з нагляду за якістю харчових продуктів та ліків на сьогодні ліцензовано 16 препаратів для лікування ВІЛ-інфекції. Ці препарати справили вирішальний вплив на регресію хвороби у багатьох пацієнтів із задавненими її формами, а також на стримування розвитку недуги у тих, хто ще залишається відносно здоровим.

Було досягнуто згоди стосовно схеми терапії високоактивними протильтровірусними препаратами дорослих і підлітків, а також дітей і ВІЛ-інфікованих вагітних жінок (22, 23, 24). Ці схеми за умови належного застосування набагато покращують прогноз ВІЛ-інфікованих і помітно зменшують передачу ВІЛ від матері до дитини.

На жаль, незважаючи на величезний позитивний вплив високоактивних протильтровірусних препаратів, багато ВІЛ-інфікованих людей не піддається лікуванню, не витримує токсичних побічних ефектів або з труднощами звикає до режиму лікування. Цей режим передбачає прийом величезної кількості пігулок, приховує в собі небезпеку негативної взаємодії противірусних препаратів з іншими ліками, а також ускладнюється графіком їх прийому, під який хворому доводиться підлаштовувати навіть час вживання їжі та пиття води. У пацієнтів після успішного лікування високоактивними протильтровірусними препаратами, навіть якщо у них дуже низький рівень вірусної рибонуклеїнової кислоти (РНК) у плазмі крові, вірус продовжує персистувати у тих куточках організму, яких не досягає дія ліків, або перебуває в латентній формі, у якій він нечутливий до противірусної терапії (25, 26, 27, 28). Крім того, дедалі серйознішою проблемою стає повсюдна поява штамів вірусу імунодефіциту, стійких до існуючих препаратів (29).

Незважаючи на наявність ознак нормалізації функції імунної системи, для більшості пацієнтів, які отримували комбіновану антильтровірусну терапію, цілковита реабілітація імунної системи та повна елімінація вірусу з організму за допомогою відомих на сьогодні препаратів навряд чи можливі. Персистенція латентних вірусів, незважаючи на лікування, яке забезпечує зниження рівня вірусної РНК у плазмі крові, є особливо серйозною перешкодою, що, ймовірно, зумовлюватиме необхідність прийому вельми дорогих і відносно токсичних ліків упродовж усього життя (30, 31, 32, 33, 34). У хворих із рівнем вірусної РНК у плазмі крові, що внаслідок терапії високоактивними протильтровірусними препаратами не піддається визначеню сучасними методами досліджень у середньому протягом 390 днів, незмінно спостерігається його підвищення вже через три тижні після припинення лікування (35).

Таким чином, створення препаратів нового покоління залишається важливим пріоритетом. Усі сучасні патентовані протильтровірусні препарати спрямовані проти одного або двох вірусних ензимів: зворотної транскриптази чи протеази. Нині пропонується і випробовується велика кількість методик лікування, зокрема такі, що перешкоджають проникненню вірусу в клітину або унеможливлюють вживлення провірусу в ядро ДНК. Крім того, активно провадяться пошуки шляхів санації латентних резервуарів інфекції в деяких клітинах і тканинах, а також методів активізації імунної відповіді на вторгнення вірусу (36).

Профілактика ВІЛ-інфекції

У країнах, що розвиваються, де медичні витрати на душу населення становлять лише кілька доларів на рік, противірусна терапія є привілеєм небагатьох і недоступна для більшості. Такий стан речей обумовлює необхідність розробки ефективних і водночас дешевих засобів профілактики, які можна було б застосовувати як у Сполучених Штатах та інших розвинених країнах,

так і в країнах, що розвиваються. Навіть якби засоби лікування, що відповідають цим вимогам, існували у світі, все одно лікування не стало б ключем до вирішення глобальної проблеми ВІЛ-інфекції. На відміну від інфекцій, викликаних найпростішими та бактеріями, зокрема малярії та туберкульозу, запобігання захворюванню якими майже не залежить від поведінки самої людини, ВІЛ-інфекцію можна повністю попередити шляхом зміни способу життя. Вчені вказують на кілька методів профілактики, які у разі їх дотримання можуть дати позитивний ефект. До них належать: покращення рівня обізнаності та зміна стилю поведінки, пропагування використовування та наявність достатньої кількості презервативів, лікування інших хвороб, що передаються статевим шляхом, лікування наркоманії (наприклад, призначення метадону ін'єкційним наркоманам), забезпечення хворим на наркоманію доступу до стерильних шприців та голок, а також використання протильтровірусних препаратів для запобігання зараженню немовлят від матерів (37).

Застосування протильтровірусних препаратів для лікування ВІЛ-інфікованих вагітних жінок та іхніх дітей є надзвичайно успішним профілактичним засобом у боротьбі зі СНІДом (38). У Сполучених Штатах частота передачі вірусу від матері до дитини завдяки призначенню зідовудіну обом зведена до надзвичайно низького рівня. Недавні дослідження, проведені СВС, Національним інститутом з проблем здоров'я (NIH) та іншими організаціями свідчать, що навіть дуже короткі курси протильтровіусної терапії, які можуть стати доступними для мешканців найбідніших країн, здатні різко зменшити ймовірність перинатального ВІЛ-інфікування (39,40). Короткострокові недорогі курси лікування, проведені на пізніх строках вагітності та у перші дні після пологів, щороку можуть врятувати від зараження сотні тисяч немовлят. Аналіз результатів досліджень, проведених в Уганді, свідчить, що дві дози невірапіну, першу з яких призначають матері на початку пологів, а другу дають дитині у перші три доби життя, можуть істотно знизити кількість випадків перинатального ВІЛ-інфікування (41).

Інші методи запобігання зараженню також можуть уповільнити поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу. Так, наприклад, вчені розробляють та випробовують бактерицидні речовини місцевої дії, які жінка може вводити собі у піхву перед статевими зносинами і уникнути таким чином як зараження ВІЛ-інфекцією, так і іншими венеричними хворобами (42). UNAIDS та інші організації сприяють процесові поширення жіночих презервативів у Африці. Ці заходи допоможуть жінкам захистити себе в ситуаціях, коли вони не можуть уникнути статевих зносин з ВІЛ-інфікованим партнером або переконати його скористатися презервативом.

Розробка вакцини проти збудника СНІДу

Багаторічна практика свідчить, що вакцина є безпечним, недорогим та ефективним засобом профілактики захворювання, інвалідності та смерті внаслідок інфіку-

вання (43). Розв'язанням проблеми епідемії СНІДу стало б отримання та виробництво достатньої кількості безпечної та дієвої вакцини проти цієї хвороби. І справді, ця мета наукових досліджень СНІДу залишається найпріоритетнішою. Головною об'єктивною перешкодою на шляху досягнення мети є визначення конкретних механізмів імунного захисту, здатних убезпечити від ВІЛ-інфекції. Задля прискорення наукових пошуків багато державних та приватних агентств значно розширили фінансування досліджень, спрямованих на винайдення вакцини проти вірусу імунодефіциту людини. Зокрема у Національному інституті з проблем здоров'я витрати на розробку вакцини зросли зі 100,5 мільйона доларів у 1995 фінансовому році до 194,1 мільйона у 1999-му. На сьогодні більше ніж 3 000 неінфікованих добровольців задіяно у понад 50 спонсорованих NIH дослідженнях. Випробовується 27 зразків вакцини, причому два випробування проміжного рівня перебувають на другому етапі клінічних тестувань.

Серед великої кількості отриманих ученими результатів заслуговують на увагу так звані векторні вакцини: непатогенні для людини види вірусів (наприклад, деяких представників групи віспи) шляхом генної модифікації змушують стимулювати синтез протеїнів вірусу імунодефіциту. Ці вакцини вводили добровольцям разом з іншою вакциною, виготовленою з очищеного білка зовнішньої оболонки ВІЛ. Було отримано обнадійливі результати. У клінічних випробуваннях першого та другого етапу встановлено, що така комбінація є безпечною і викликає як клітинну, так і гуморальну імунну відповідь, яка може відіграти певну роль у захисті від ВІЛ-інфекції (44). Нині порівнюються три вектори, так само як інші протеїни, що входять до складу віріона ВІЛ, задля визначення комбінації, що викликає найбільш інтенсивну реакцію з боку імунної системи.

Тим часом здійснюються широкомасштабні дослідження вакцини, виготовленої із зовнішніх протеїнів двох штамів ВІЛ. Ці дослідження були недавно розпочаті у Сполучених Штатах однією приватною компанією і передбачають проведення додаткового третього етапу випробувань у Таїланді. І нарешті, перший етап клінічного вивчення векторної вакцини на основі модифікованого вірусу започатковано в Уганді з метою залучення до досліджень учених з країн, що розвиваються.

ВИСНОВОК

Пандемія ВІЛ-інфекції ставить перед науковцями біологічного та медичного профілів і працівниками сфери охорони здоров'я в усьому світі надзвичайно складні завдання. Те, що починалося у Сполучених Штатах з невеликої кількості добре задокументованих випадків захворювань серед гомосексуалістів, перетворилося на глобальну пандемію, розмах якої ставить її на один щабель із найдеструктивнішими подіями в історії людства. Ми перебуваємо на переломному рубежі в еволюції цього феномену. Біомедичні дослідження дають засоби для розробки лікувальних захо-

дів і поки що не отриманої вакцини. За останні кілька років стало зрозуміло, що зведення негативного впливу цієї епідемії до мінімуму вимагатиме співпраці суспільного і приватного секторів, а також твердішої політичної волі, яку мають продемонструвати всі держави світу. З вакциною чи без неї, але якщо пошуки методів лікування та профілактики не увінчаються успіхом, у ХХІ сторіччі ми станемо свідками найстрашніших виявів цієї пандемії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Krause RM. Introduction to infectious diseases: stemming the tide. In: Krause RM, ed. Emerging infections. New York: Academic Press, 1998: 1-22.
2. History of influenza. In: Kilbourne ED. Influenza. New York: Plenum Medical Book, 1987:3-22.
3. Fauci AS. The human immunodeficiency virus: infectivity and mechanisms of pathogenesis. Science 1988;239:617-22.
4. Gao F, Bailes E, Robertson DL, et al. Origin of HIV-1 in the chimpanzee Pan troglodytes troglodytes, Nature 1999; 436:41,897.
5. Hirsch VM, Olmsted RA, Murphy-Corb M, Purcell, RH, Johnson PR. An African primate lentivirus (SIVsm) closely related to HIV-2. Nature 1989;339:389-92.
6. Weiss RA, Wrangham RW. From Pan to pandemic. Nature 1999;397:385-6.
7. Quinn TC, Fauci AS. The AIDS epidemic: demographic aspects, population biology, and virus evolution. In: Krause RM, ed. Emerging infections. New York: Academic Press, 1998:327-63.
8. Kramer L. Reports from the holocaust: the story of an AIDS activist. London: Cassell, 1994.
9. Karon JM, Rosenberg PS, McQuillan G, Khare M, Gwinn M, Petersen LR. Prevalence of HIV infection in the United States, 1984 to 1992. JAMA 1996;276:126-31.
10. Sweeney PA, Fleming PL, Karon JM, Ward JW. Minimum estimate of the number of living HIV infected persons confidentially tested in the United States. In: Program and abstracts of the Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto, September 28-October 1, 1997. Washington, D.C.: American Society for Microbiology, 1997:245. abstract.
11. HIV/AIDS surveillance report. Vol. 10. No. 2. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1998:1-43.
12. Rosenberg PS. Scope of the AIDS epidemic in the United States. Science 1995;270:1372-5.
13. Rosenberg PS, Biggar RJ, Goedert JJ. Declining age at HIV infection in the United States. N Engl J Med 1994;330:789-90.
14. AIDS epidemic update: December, 1998. Geneva: Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization, 1998.
15. The world health report 1999: making a difference. Geneva: World Health Organization, 1999.
16. Hoyert DL, Kochanek KD, Murphy SL. Deaths: final data for 1997 Natl Vital Stat Rep 1999; 47(19): 1-104.
17. Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. Lancet 1998; 352: 1725-30.

18. Dore GJ, Brown T, Tarantula D, Kaldor JM. HIV and AIDS in the Asia-Pacific region: an epidemiological overview. *AIDS* 1998; 12: Suppl B: S1-S10.
19. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338: 853-60.
20. Vittinghoff E, Scheer S, O'Malley P, Colfax G, Holmberg SD, Buchbinder SP. Combination antiretroviral therapy and recent declines in AIDS incidence and mortality. *J Infect Dis* 1999;179:717-20.
21. Detels R, Munoz A, McFarlane G, et al. Effectiveness of potent antiretroviral therapy on time to AIDS and death in men with known HIV infection duration. *JAMA* 1998;280:1497-503.
22. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47(RR-5):43-82, (See updates at <http://www.hivatis.org>.)
23. Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47(RR-4):I-43. (See updates at <http://www.hivatis.org>.)
24. Public Health Service Task Force recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV-1 for maternal health and for reducing perinatal HIV-1 transmission in the United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47(RR-2):1-30. (See updates at <http://www.hivatis.org>.)
25. Chun TW, Engel D, Berrey MM, Shea T, Corey L, Fauci AS. Early establishment of a pool of latently infected, resting CD4(+) T cells during primary HIV-1 infection. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1998;95:8869-73.
26. Chun TW, Stuyver L, Mizell SB, et al. Presence of an inducible HIV-1 latent reservoir during highly active antiretroviral therapy. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1997;94:13193-7.
27. Finzi D, Hermankova M, Pierson T, et al. Identification of a reservoir of HIV-1 in patients on highly active antiretroviral therapy. *Science* 1997; 278:1295-300.
28. Wong JK, Hezareh M, Gunthard HF, et al. Recovery of replication-competent HIV despite prolonged suppression of plasma viremia. *Science* 1997;278:1291-5.
29. Durant J, Clevenbergh P, Halfon P, et al. Drug-resistance genotyping in HIV-1 therapy: the VIRADAPT randomized controlled trial. *Lancet* 1999;353:2195-9.
30. Furtado MR, Callaway DS, Phair JP, et al. Persistence of HIV-1 transcription in peripheral-blood mononuclear cells in patients receiving potent antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1999;340:1614-22.
31. Zhang L, Ramratnam B, Tenner-Racz K, et al. Quantifying residual HIV-1 replication in patients receiving combination antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1999;340:1605-13.
32. Pomerantz RJ. Residual HIV-1 disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1999;340:1672-4.
33. Finzi D, Blankson J, Siliciano JD, et al. Latent infection of CD4+ T cells provides a mechanism for lifelong persistence of HIV-1, even in patients on effective combination therapy. *Nat Med* 1999;5:512-7.
34. Chun TW, Engel D, Mizell SB, et al. Effect of interleukin-2 on the pool of latently infected, resting CD4+ T cells in HIV-1-infected patients receiving highly active anti-retroviral therapy. *Nat Med* 1999;5:651-5.
35. Harrigan PR, Whaley M, Montaner JS. Rate of HIV-1 RNA rebound upon stopping antiretroviral therapy. *AIDS* 1999;13:F59-F62.
36. Cooper DA, Emery S. Latent reservoirs of HIV infection: flushing with IL-2? *Nat Med* 1999;5:611-2.
37. Coates TJ, Collins C. Preventing HIV infection. *Sci Am* 1998;279:96-7.
38. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994;331:1173-80.
39. Mofenson LM. Short-course zidovudine for prevention of perinatal infection. *Lancet* 1999;353:766-7.
40. Saba J. The results of the PETRA intervention trial to prevent perinatal transmission in sub-Saharan Africa. Chicago: Foundation for Retrovirology and Human Health, 1999. (See http://www.retroconference.org/99/lect_symposia/sym_session8.htm.) (See NAPS document no. 05531 for 19 pages, c/o Microfiche Publications, 248 Hempstead Tpke., West Hempstead, NY 11552.)
41. Guay LA, Musoke P, Fleming T, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 1999;354:795-802.
42. Elias C, Coggins C. Female-controlled methods to prevent sexual transmission of HIV. *AIDS* 1996;10:Suppl 3:S43-S51.
43. Folkers GK, Fauci AS. The role of US government agencies in vaccine research and development. *Nat Med* 1998;4:Suppl:491-4.
44. Evans TG, Keefer MC, Weinhold KJ, et al. A canarypox vaccine expressing multiple human immunodeficiency virus type 1 genes given alone or with rgp 120 elicits broad and durable CD8+ cytotoxic T lymphocyte responses in seronegative volunteers. *J Infect Dis* 1999;180:290-8.
45. Francis DP, Gregory T, McElrath MJ, et al. Advancing AIDSVAX to phase 3: safety, immunogenicity, and plans for phase 3. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1998;14:Suppl 3:S325-S331.
- (Передруковано з дозволу The New England Journal of Medicine, 30 вересня 1999 р. Авторські права належать Massachusetts Medical Society).

На переломному етапі

Пітер Пайот,
виконавчий директор Об'єднаної програми ООН проти
ВІЛ-інфекції та СНІДу (UNAIDS)

Незважаючи на те, що СНІД в Африці став величезною катастрофою, політичні лідери, висловившись за мобілізацію додаткових міжнародних ресурсів, підвели історичну риску в боротьбі з цією смертельною хворобою.

СНІД став убивцею номер один в Африці, забравши у 1998 році в 10 разів більше життів, аніж війни на цьому континенті. За даними світового дослідження, проведеного UNAIDS і Всесвітньою організацією охорони здоров'я наприкінці 1999 року, від дня початку пандемії СНІДу в світі загинуло понад 16 мільйонів людей, із них 13,7 мільйона африканців.

Ця приголомшлива статистика свідчить, що СНІД може звести нанівець усі надбання африканців, здобуті впродовж двох останніх десятиріч на шляху розвитку сфери охорони здоров'я, освіти, економіки, збільшення середньої тривалості життя, безпеки людини. СНІД став для Африки величезною катастрофою.

Ці невтішні факти зафіковані в огляді, підготовленому працівниками Програми Організації Об'єднаних Націй з розвитку наприкінці 1999 року. Африканські країни цього року зазнали значного регресу за індексом людського розвитку, який виводиться, виходячи з рівня здоров'я, добробуту та освіченості нації. Майже всі негативні зміни обумовлені зменшенням середньої тривалості життя внаслідок епідемії СНІДу.

■ Очікується, що середня тривалість життя у південних регіонах Африки, яка зросла з 44 років у 1950-х до 59 років на початку 1990-х, у 2005–2010 роках знову знизиться до межі 45 років.

■ За оцінками, зробленими у рамках Програми Організації Об'єднаних Націй з розвитку, менше половини нижніх мешканців Південної Африки доживуть до 60 років. У країнах, що розвиваються, цей показник становить 70%, а у розвинених країнах 90%.

Але, незважаючи на цю похмуру статистику, я залишаюся оптимістом. Я переконаний, що сьогодні ми перебуваємо на переломному етапі 20-річної історії епідемії СНІДу в Африці. Де б я не був, повсюди чув від керівників вищої ланки африканських країн, що СНІД є найбільшою загрозою для розвитку континенту.

Наприклад, два місяці тому перша леді Гани Нана Конаду Агієман Роулінгс, яка взяла участь у започаткуванні програми поширення в країні презервативів для жінок, назвала запровадження цього профілактичного засобу «великою довгоочікуваною мрією мешканців Гани, що нарешті здійснилася».

Рішучість, яку продемонструвала вона та інші лідери, вселяє надію, що в найближчі місяці та роки ми станемо свідками енергійніших заходів, спрямованих на боротьбу зі СНІДом у багатьох африканських країнах.

Я впевнений, що історичну межу в боротьбі з цією хворобою вже перейдено, адже політичні лідери висловилися за спрямування додаткових внутрішніх ресурсів на програму профілактики і лікування СНІДу. Мобілізовано також нові міжнародні ресурси. Якщо уряди визнають боротьбу зі СНІДом національним пріоритетом, це дає змогу прийняти чіткі рішення про створення більш сприятливих умов для тих, хто постраждав від епідемії, а також надати кращий захист найбіднішим і найвразливішим.

Міжнародне партнерство проти СНІДу (ПРАА) задля досягнення цієї мети працює в Африці спільно з національними урядами, міжнародними організаціями та приватним сектором. Уряди африканських країн відіграють провідну роль у заходах, що вживаються на національному рівні. Організація Об'єднаних Націй координує міжнародну допомогу, а також забезпечує методичну та фінансову підтримку програм, що здійснюються на національному рівні. Уряди-донори теж всіляко сприяють зусиллям, яких докладають постраждалі країни, не лише надаючи фінансову допомогу, а й істотно розширюючи співпрацю в рамках партнерства. Приватний сектор надає кваліфіковану допомогу та необхідні ресурси, аби зупинити поширення епідемії на робочих місцях, у трудових колективах та у бізнесовому середовищі. І нарешті, неурядові організації, включно з групами людей, які інфіковані вірусом імунодефіциту, працюють над тим, щоб поширити заходи, передбачені програмою партнерства, на місцеві громади та зміцнити мережу осередків на регіональному та національному рівнях.

Місія партнерства наскільки честолюбна, настільки проста. Вона має на меті зменшити протягом наступного десятиріччя приріст кількості інфікованих в

Африці, забезпечити догляд за постраждалими від вірусу та мобілізувати суспільство, аби перешкодити наступові СНІДу. Серед конкретних цілей партнерства:

- надання молодим людям віком 15–24 роки інформації та формування у них навичок, необхідних для запобігання зараженню;
- забезпечення доступу ВІЛ-позитивних вагітних жінок до відповідних обстежень та консультативної допомоги, а також до медичних препаратів, які підвищують їхні шанси мати здорових дітей;
- залучення ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД до активної участі в усіх сферах соціального, економічного та політичного життя;
- турбота про дітей, батьки яких померли від СНІДу, створення для них можливості вирости і прожити повноцінне життя;
- забезпечення доступу ВІЛ-позитивних громадян до медичної допомоги, що відповідає місцевим стандартам;
- стеження за тим, аби кожна національна чи транснаціональна компанія, яка працює в Африці, була якнайефективніше задіяна до боротьби зі СНІДом;
- заохочення до децентралізації програм боротьби з ВІЛ-інфекцією та СНІДом, до участі місцевих громад у їх реалізації;
- скасування краю дискримінації ВІЛ-інфікованих на суспільному та законодавчому рівні.

Уряди дванадцяти африканських держав активізували свою діяльність, щоб стримати поширення інфекції. Так, наприклад, Буркіна Фасо і Кот д'Івуар заснували національні фонди солідарності.

Міжафриканське партнерство також може багато дати, зокрема в плані обміну набутим досвідом, який вже починає накопичуватися у цьому регіоні. В Уганді освітня інформація проекс і здоров'я, а також шкільні навчальні програми для підлітків та молоді про запобігання зараженню ВІЛ-інфекцією привели до помітного (на 40%) зменшення інфікованості в містах.

У Сенегалі широкі енергійні заходи у відповідь на поширення епідемії, підтримувані як мусульманськими, так і християнськими лідерами, утримують рівень інфікованості ВІЛ у межах 2%. Нещодавні опитування свідчать, що понад 60% чоловіків і 40% жінок користуються презервативами при випадкових статевих зносинах.

Міжнародне партнерство проти СНІДу та подібні ініціативи стануть основою для ще ефективнішого опору цій епідемії. Зусилля окремих осіб більше не даватимуть позитивних результатів; до боротьби зі СНІДом необхідно залучати всі прошарки суспільства:

уряд, бізнесові та освітні структури. Лише тоді вона буде успішною. Ми бачимо це не лише на прикладі Африки, а й повсюди у світі: співпраця між урядом, неурядовими організаціями та іншими структурами є ефективною.

Уряд Таїланду продемонстрував розуміння необхідності подібного партнерства, започаткувавши спеціальну програму після того, як обстеження, проведені 1998 року, виявили, що 44% повій у Чан Мей є ВІЛ-позитивними. Незважаючи на те, що проституція у цій країні є нелегальним бізнесом, уряд попрацював із власниками будинків розпусти і змусив їх до стовідсоткового використання презервативів у їхніх «закладах». Уряд також ініціював у засобах масової інформації кампанію з посилення поваги до жінки та розхолоджування чоловіків на предмет відвідування будинків розпусти, а також полегшив для хворих на СНІД доступ до медичної допомоги. Внаслідок цього різко знизився рівень інфікованості населення, особливо молоді.

Подібні розповіді про успіхи можуть допомогти іншим країнам та громадам прийняти рішення щодо власних майбутніх програм. Ми повинні добре попрацювати, аби успішний досвід боротьби зі СНІДом став колективним надбанням.

Ми переконалися, що успіхи в справі запобігання зараженню не є випадковими. Найефективніші програми боротьби зі СНІДом мають спільні риси. Ці програми лише виграють, коли політичними зобов'язаннями і одночасною діяльністю на багатьох рівнях – як у напрямку прищеплення населенню принципів безпечної поведінки, так і щодо забезпечення лікування та надання підтримки людям, ураженим вірусом. Програми включають широкий спектр профілактичних заходів, серед яких: доступність дешевих і якісних презервативів, конфіденційне консультування та обстеження на СНІД, профілактика зараження дитини від матері та лікування на ранніх стадіях інших венеричних захворювань, які значно збільшують ризик ВІЛ-інфікування. Іншими надзвичайно важливими елементами є тривалі освітні кампанії та акції засобів масової інформації, спрямовані на підвищення рівня обізнаності суспільства з проблемою СНІДу, особливо молоді, на яку припадає понад половина усіх інфікованих. І, нарешті, групи, вражені ВІЛ-інфекцією, та носії вірусу повинні активно залучатися до процесу планування та реалізації профілактичних програм.

Увага до молодого покоління, найбільш сексуально активного і схильного до експериментування, є головним моментом. Приблизно половина всіх недавніх випадків зараження вірусом імунодефіциту припадає на людей віком від 15 до 24 років. Як виявилось, молодь, хоч і має всі підстави бути найвразливішою категорією населення, водночас найбільше схильна засвоювати інформацію про небезпеку і передавати розважливіший стиль поведінки.

Недостатньо розповісти про те, що являє собою ця хвороба і як вона передається, важливо також зруйнувати хибні уявлення про чоловічу мужність, змінити кут зору, під яким дорослі чоловіки сприймають ризик та сексуальність, а також вплинути на суспільно-психологічні чинники, за яких хлопчики стають чоловіками. Водночас молодим жінкам слід пояснювати, що вони є дуже вразливими стосовно інфекції, що вони відповідальні за особистий захист і мають право на безпечні статеві зносини.

Профілактичні програми допоможуть нам у майбутньому тримати під контролем ВІЛ-інфекцію, але ми не повинні забувати про потреби 33 мільйонів інфікованих, яким наша турбота потрібна вже сьогодні. Секретаріат UNAIDS разом із Всесвітньою організацією охорони здоров'я намагаються надати висококваліфіковану консультивну і матеріальну допомогу країнам, ураженим епідемією, у справі створення національних систем охорони здоров'я, які відповідали б їхнім потребам, а також прагнуть сприяти тому, аби всіляко заохочувалися і підтримувалися на рівні громади ініціативи щодо догляду за хворими.

З цією метою ми разом із всесвітньою організацією охорони здоров'я, Дитячим фондом Об'єднаних Націй (UNICEF), Світовим Банком і Фондом політичних ініціатив Організації Об'єднаних Націй (UNFPA) розпочали черговий діалог з п'ятьма міжнародними фармацевтичними компаніями. Ми хочемо знайти шляхи підвищення якості лікування ВІЛ-інфекції та СНІДу і оперативності її надання у країнах, що розвиваються. Згадані фармацевтичні компанії Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Glaxo Wellcome, Merck & Co., F. Hoffmann-La Roche висловили бажання співпрацювати з іншими зацікавленими сторонами з метою розширення доступу хворих до засобів догляду та лікування і водночас дбати про те, щоб терапія СНІД-асоціованих хвороб провадилася ефективними і безпечними препаратами, раціонально і за прийнятними цінами. Кожна з цих компаній пропонує знизити ціни і збільшити постачання низки лікарських препаратів. Інші фармацевтичні компанії також виявили зацікавленість у приєднанні до цієї ініціативи.

Проте це лише один крок до покращення життя ВІЛ-інфікованих. Ми повинні гарантувати, що здешевлення деяких ліків стимулюватиме розробку всебічнішої стратегії догляду цієї категорії хворих. Ми усвідомлюємо, що навіть після досить істотних знижок вартість антиретровірусної терапії залишиться поза межами можливостей громадських організацій, а отже, вона все одно буде недоступною для більшості.

Сьогодні настав час великих можливостей у боротьбі зі СНІДом у країнах, що розвиваються. Час політичних можливостей, як показали зобов'язання щодо боротьби зі СНІДом, взяті керівниками багатьох держав, дебати щодо проблеми СНІДу в Африці, які відбулись на засіданні Ради Безпеки ООН у січні 2000 року і були ініційовані Річардом Голброком – представником США у цій організації, а також обговорення цього питання у Комітеті розвитку Світового Банку та Міжнародного Валютного Фонду минулого квітня, це також час можливостей у плані мобілізації ресурсів, адже уряд США разом з іншими країнами-донорами істотно розширив фінансування програм боротьби зі СНІДом у країнах, що розвиваються. Лише Африка потребуватиме від 1,6 до 2,6 мільярда доларів щороку для забезпечення ефективних заходів з профілактики та елементарного лікування.

Але за всіма цими сумами, програмами, стратегіями і багатостроннім співробітництвом залишається непоміченим ще один, можливо, найважливіший ресурс. Це надія, яка, безсумнівно, є вагомим фактором у подоланні цієї жахливої епідемії. Мус завдання, як і всіх тих, хто бере участь у цій боротьбі, зробити так, щоб ця надія не померла.

Доповіді та документи

Базова інформація про ВІЛ-інфекцію та СНІД

Ця підбірка фактичного матеріалу, підготовленого Національним інститутом алергії та інфекційних хвороб (NIAID), який входить до складу Національного інституту з проблем здоров'я, містить базову інформацію про СНІД, зокрема про шляхи зараження, діагностику, лікування та профілактику цього захворювання.

Загальний огляд

Перше повідомлення про СНІД з'явилося у Сполучених Штатах 1981 року, відтоді він став епідемією світового масштабу. СНІД викликається вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Знищуючи та пошкоджуючи клітини імунної системи, ВІЛ поступово позбавляє організм здатності опиратися інфекціям і деяким раковим пухлинам. У людей, хворих на СНІД, можуть розвинутися смертельно небезпечні хвороби, які називаються опортуністичними інфекціями. Їх збудниками є мікрої – віруси і бактерії, які за звичайних умов не викликають захворювань у здорових осіб.

З 1981 року в Сполучених Штатах зареєстровано понад 700 тисяч випадків захворювання на СНІД, приблизно 900 тисяч американців є ВІЛ-інфікованими. Епідемія, яка серед етнічних меншин поширюється швидше, на сьогодні є головною причиною смерті серед чорношкірих американців-чоловіків. Згідно з даними Центру Американського боротьби та попередження захворювань (CDC), СНІД вражає американців африканського походження в шість разів частіше, а вихідців із Латинської Америки у три рази частіше, ніж білих.

Шляхи зараження

ВІЛ передається від однієї людини до іншої здебільшого внаслідок статевого контакту з інфікованим партнером. Вірус проникає в організм крізь епітелій піхви, вульви, пеніса, прямої кишки або рота під час статевих зносин.

ВІЛ поширюється також з інфікованою кров'ю. Коли кров ще не перевіряли на наявність ВІЛ-інфекції, а для стерилізації препаратів крові не застосувалась термічна обробка, траплялись зараження при переливаннях крові та її компонентів. Нині, коли запровадже-

но тестування крові на присутність віrusу імунодефіциту, а препарати крові стерилізують високими температурами, ймовірність зараження перелитою кров'ю вкрай низька.

Часто ВІЛ поширюється у середовищі ін'єкційних наркоманів, які передають один одному голки або шприци, забруднені незначною кількістю крові ВІЛ-інфікованої особи. Досить рідкісними є випадки, коли вірус передається від хворого медичному працівнику або, навпаки, хворому при пошкодженні шкіри зараженою голкою чи іншим медичним інструментом.

Жінки можуть заражати вірусом плід під час вагітності або пологів. Від однієї четверті до однієї третини всіх вагітних ВІЛ-інфікованих жінок, які не отримують лікування, передають вірус своїй дитині. ВІЛ може також потрапляти в організм дитини під час годування грудьми. Якщо мати під час вагітності приймала препарат азидотімідин (AZT), ризик зараження дитини різко зменшується. Якщо майбутній матері призначають AZT і застосовують ціарський розчин, то ймовірність інфікування дитини становить 1%.

Під час досліджень, проведених в Уганді, було розроблено високоефективну та безпечну схему превентивного лікування, яке запобігає інфікуванню плоду матір'ю. Ця схема виявилася найдешевшою і найпрактичнішою з усіх, випробуваних раніше. Результати досліджень свідчать, що одноразова доза протильтровірусного препарату невірапіну (NVP), прийнята ВІЛ-інфікованою жінкою під час пологів, і одна доза цього самого препарату, призначена її дитині у перші три дні життя, вдвічі зменшує ризик зараження порівняно з таким самим коротким курсом AZT.

Хоча вірус і виявлено у слині інфікованих осіб, даних про можливість зараження при контакті зі слиною немає. Лабораторні дослідження показали, що у слині містяться природні речовини, які обмежують інвазивну здатність віrusу. Обстеження людей, інфікованих ВІЛ, не підтвердили, що вірус може передаватися від хворої людини до здорової зі слиною, наприклад, під час поцілунку. Проте невідомо, наскільки підвищують ризик зараження оральний статевий контакт або так звані глибокі поцілунки, під час яких кількість слини, що потрапляє від однієї людини до іншої, може бути значною. Вчені не виявили жодних ознак того, що вірус

може передаватися з потом, слізами, сечею чи калом.

Дослідження, проведені у родинах ВІЛ-інфікованих людей, переконливо довели, що ВІЛ не передається при випадкових контактах, зокрема через посуд, рушники, постільну білизну, плавальні басейни, телефонні трубки та сидіння для унітазів. ВІЛ не поширюється також кровососними комахами, такими як комарі та постільні блохиці.

ВІЛ може вразити кожного, хто практикує поведінку, пов'язану з підвищеним ризиком: використовує голки та шприци після інших осіб, вступає у статеві контакти з випадковими особами або з інфікованими особами без використання презерватива.

Наявність у людини інших захворювань, що передаються статевим шляхом, таких як сифіліс, герпес статевих органів, урогенітальний хламідіоз, гонорея та бактеріальний вагіноз, робить її більш чутливою до зараження під час статевого контакту з ВІЛ-інфікованим партнером.

Перші симптоми

У багатьох людей після першого інфікування симптоми не виявляються. Проте у декого впродовж одного-двох місяців після зараження розвивається захворювання, що нагадує грип. Спостерігається підвищення температури, головний біль, втомливість і збільшення периферичних лімфатичних вузлів, які легко промащуються на шиї та у паховій ділянці. Ці явища, що їх часто приймають за ознаки іншої вірусної інфекції, як правило, тривають від одного тижня до місяця, а потім зникають.

Більш стійка і тяжка симптоматика у дорослих може виникнути лише через десять років після зараження, а у дітей з вродженою ВІЛ-інфекцією через два роки. Тривалість такого безсимптомного періоду має значні індивідуальні коливання. У деяких осіб клінічна картина розгортається вже в перші місяці після зараження, у той час як інші не виявляють ознак захворювання впродовж 10 років і більше. Протягом безсимптомного періоду вірус активно розмножується, вражаючи та руйнуючи все нові клітини імунної системи. Вплив ВІЛ найяскравіше виявляється у зменшенні вмісту в крові Т-лімфоцитів, що несуть на собі рецептори CD4+ – так звані T4-клітини, які відіграють провідну роль в боротьбі імунної системи. З самого початку перебування віруса в організмі він викликає функціональну неспроможність та руйнє ці клітини без жодних видимих симптомів.

Поступово, за мірою виснаження імунної системи, розвиваються найрізноманітніші ускладнення. Для багатьох людей першим симптомом інфекції є збільшення лімфатичних вузлів, «напухання залоз», яке може утримуватися понад три місяці. Інші прояви захворювання, що виявляються у перші місяці або роки після

зароження, це загальна кволість, втрата маси тіла, часті підвищення температури, пітливість, постійні або повторні інфекції, викликані дріжджовими грибками, з ураженням слизових оболонок піхви або рота, висипання на шкірі та її лущення, запальні гінекологічні захворювання, що не піддаються лікуванню, а також епізоди короткочасної втрати пам'яті.

У деяких людей розвивається тяжка герпетична інфекція, внаслідок якої виникають ділянки запалення у роті, статевих органах та анусі, а також вазнюють ураження нервові ганглії, що супроводжується сильним болем і називається оперізуючим лишаєм. Інфіковані діти повільно ростуть і часто хворіють.

СНІД

Термін СНІД застосовують до найпізніших стадій ВІЛ-інфекції. Офіційні критерії СНІДу розроблені Центром боротьби та попередження захворювань в Атланті (штат Джорджія), де проводяться спостереження за поширенням інфекції у Сполучених Штатах.

За визначенням Центру, хворими на СНІД вважаються всі інфіковані, в одному кубічному міліметрі крові яких міститься менше 200 Т4-лімфоцитів (у крові здорових осіб таких клітин налічується щонайменше 1 000 на один кубічний міліметр). Крім того, це визначення передбачає наявність у інфікованого 26 патологічних процесів, характерних для пізньої стадії інфекції. Здебільшого це опортуністичні інфекції та інвазії, які рідко завдають шкоди здоровим людям. У хворих на СНІД ці інфекції часто мають тяжкий перебіг і призводять до смерті, оскільки імунна система настільки пригнічена ВІЛ, що організм виявляється неспособним впоратися з нашестям бактерій, вірусів, грибків, паразитів та інших мікроорганізмів.

Опортуністичні інфекції, які зазвичай трапляються у хворих на СНІД, викликають такі симптоми, як кашель і задуха, порушення мозкового кровообігу і втрата координації, утруднення та болючість ковтання, психічні порушення, зокрема відчуття дезорієнтації та забудькуватість, тяжкі постійні проноси, втрата зору, нудота, кольки у животі, блівота, схуднення і різко виражена втомлюваність, сильний головний біль і кома.

Хоча у дітей можуть розвиватися такі самі опортуністичні інфекції, як і в дорослих, у них також присутні притаманні дитячому вікові бактеріальні ураження в формі тяжких кон'юнктивітів, отитів і тонзилітів.

Хворі на СНІД надзвичайно схильні до різноманітних новоутворень, особливо до викликаних вірусами, таких як саркома Капоші та рак шийки матки, або до пухлин, що вражають імунну систему – злюкісних лімфом. У хворих на СНІД ці новоутворення відрізняються особливою агресивністю і стійкістю до лікування. У людей з білою шкірою саркома Капоші виявляється у вигляді округлих брунатних або червоних плям на

шкірі чи у ротовій порожнині. У темношкірих людей ці плями мають темніше забарвлення.

Деяких пацієнтів хвороба настільки виснажує, що вони втрачають працевдатність і не можуть виконувати навіть хатньої роботи. У інших же тяжкі захворювання, що нерідко загрожують життю, чергуються з періодами відносного благополуччя.

Лише у невеликої кількості людей (всього їх зареєстровано менше 50), які були інфіковані вірусом імуно-дефіциту десять і більше років тому, досі не виявлено ознак СНІДу. Вчені намагаються з'ясувати, завдяки яким факторам у них не відбувається прогресування захворювання, чи пов'язано це, зокрема, з характеристиками їхньої імунної системи, чи вони були вражені менш патогенним штамом збудника, чи від СНІДу їх захищають певні генетичні особливості. Вчені сподіваються, що, дослідивши природні механізми захисту організму, вони збагатяться ідеями щодо створення вакцини, яка б захищала від ВІЛ-інфекції або стимулювала її прогресування.

Діагностика

Оскільки ранній період ВІЛ-інфекції часто є безсимптомним, лікарі та інший медичний персонал можуть виявити його лише за допомогою дослідження крові пацієнта на наявність у ній антитіл (протеїнів, за допомогою яких організм бореться з хворобою) до компонентів ВІЛ. Кількість антитіл у крові піднімається до рівня, який вдається зареєструвати за допомогою наявних сьогодні методів дослідження, приблизно за 1 – 3 місяці після зараження, а до рівня, здатного давати позитивний результат в обстеженнях за допомогою стандартних тестових систем, лише за 6 місяців.

Людей, що мають контакт з вірусом, потрібно обстежувати на наявність ВІЛ-інфекції, як тільки пройде час, необхідний для нагромадження в крові противірусних антитіл. Завдяки ранній діагностиці вони можуть отримати адекватне лікування у період, коли їхня імунна система найбільше спроможна боротися з ВІЛ, і таким чином запобігти розвитку деяких опортуністичних інфекцій (див. розділ «Лікування»). Крім того, своєчасне виявлення інфекції спонукає пацієнтів утримуватися від вчинків, які могли б стати причиною зараження інших осіб.

Для діагностики ВІЛ-інфікування лікарі користуються тестовими наборами двох типів: ELISA та Western Blot. Якщо ймовірність наявності інфекції в організмі велика, а обидва тести дають негативний результат, лікарі можуть вдатися до пошуків у крові власне віrusa або порадити пацієнтові повторно пройти тести пізніше, коли існуватиме вища вірогідність накопичення необхідної кількості антитіл у крові.

Діти, що народжуються від ВІЛ-інфікованих матерів, теж можуть бути вражені вірусом, але можуть бути і

неінфікованими, проте у будь-якому випадку протягом перших кількох місяців життя мають у крові антитіла, отримані від матері. За відсутності симптоматики вірогідний діагноз ВІЛ-інфекції за допомогою стандартних тест-систем може бути поставлений лише у дітей віком понад 15 місяців. У цьому віці наявність антитіл матері у крові дитини є малоймовірною, проте у випадку інфікування організм починає виробляти власні антитіла. Нові технології виявлення самого віrusu використовуються для діагностики ВІЛ-інфекції у дітей віком від 3 до 15 місяців. Нині проводяться випробування кількох тест-систем діагностики ВІЛ-інфекції у дітей віком до 3 місяців.

Лікування

Коли СНІД уперше з'явився в Сполучених Штатах, препаратів для боротьби з імуно-дефіцитом не існувало, а засобів для лікування спровокованих ним опортуністичних інфекцій було дуже мало. Але за останні десять років вченими було розроблено методи лікування як самої ВІЛ-інфекції, так і асоційованих інфекційних захворювань та новоутворень.

Адміністрація з нагляду за якістю харчових продуктів та ліків схвалила застосування цілої низки препаратів для лікування ВІЛ-інфекції. Перша група препаратів, що застововуються з цією метою, – це інгибитори зворотньої транскриптази, які обривають реплікацію, або самовідтворення віrusу, на ранній стадії. До цієї групи ліків, які ще називаються аналогами нуклеотидів, належать AZT, відомий також як зідовудин, ddC (зальцитабін), ввI (діdezоксиінозин), d4T (ставудин) і 3TC (ламівудин). Ці препарати здатні сповільнювати поширення віrusу в організмі та розвиток опортуністичних інфекцій.

Дещо пізніше було допущено до використання другу групу препаратів, а саме інгибиторів протеази. Вони стримують реплікацію віrusу на більш пізніх стадіях його життєвого циклу. До цієї групи надежать рітонавір (Norvir), саквінівір (Invirase), індінавір (Crixivan), ампренавір (Agenerase) та нелфінавір (Viracept). Оскільки ВІЛ може набувати стійкості до препаратів обох типів, з метою ефективного пригнічення збудника використовують їх комбінації.

За допомогою відомих сьогодні препаратів неможливо повністю вилікувати ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Окрім того, не виключені побічні дії від їх застосування, причому досить тяжкі. Деякі з інгибиторів зворотньої транскриптази можуть ушкоджувати червоні та білі кров'яні тільця, особливо на пізніх стадіях захворювання, інші викликають запалення підшлункової залози та враження периферичних нервів, що супроводжується тяжким бальзовим синдромом. Такі ускладнення, як молочнокислий ацидоз і виражена гепатомегалія (збільшення печінки) внаслідок її жирового переродження, можуть призвести до печінкової недостатності. Є навіть повідомлення про летальні наслідки використання протиітерновірусних нуклеотид-

них аналогів, а саме AZT, ddI, ddC, 3TC і абакавіру як окремо, так і в поєднанні з іншими препаратами.

Найчастішою побічною дією інгібіторів протеаз є нудота, пронос та інші симптоми з боку шлунково-кишкового тракту. Крім того, інгібітори протеаз можуть взаємодіяти з іншими ліками, спричиняючи серйозні побічні ефекти.

Вчені вважають високоактивну протильтровірусну терапію (ВАПРТ) головним фактором, завдяки якому смертність від СНІДу в Сполучених Штатах зменшилася у 1997 році на 47%. ВАПРТ передбачає лікування хворих одночасно кількома препаратами, серед яких мають бути інгібітори зворотньої транскриптази та інгібітори протеази. Комбінована терапія призначається як щойно інфікованим, так і хворим на СНІД.

ВАПРТ не може зцілити. Стан здоров'я ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД при поєднанні інгібіторів протеаз з іншими препаратами для лікування цієї недуги істотно покращується, проте існують і недоліки. Хоча після успішного лікування вірус іноді буває неможливо виявити в крові, лікарі добре знають, що він все ще перебуває в організмі пацієнта, переховуючись у безпечних місцях, таких як лімфатичні вузли, мозок, статеві залози і сітківка ока.

Існує велика кількість препаратів для лікування опортуністичних інфекцій, до яких ВІЛ-інфіковані особливо чутливі. До них належать фоскарнет і ганцикловір, які застосовуються для лікування цитомегаловірусної інфекції з ураженням очей, флуконазол для лікування дріжджової та інших грибкових інфекцій і триметоприм/сульфометоксазол (TMP/SMX) чи пентамідин, який призначають при пневмонії, викликаній *Pneumocystis carinii*.

Окрім протильтровірусної терапії, дорослі ВІЛ-інфіковані, у яких кількість Т4-лімфоцитів у одному мікролітрі крові менша за 200, отримують профілактичне лікування з метою запобігання розвитку пневмоцистної пневмонії, що є однією з найпоширеніших і смертельно небезпечних СНІД-асоційованих опортуністичних інвазій.

Профілактика

Оскільки вакцини проти СНІДу не існує, єдиним способом запобігти інфекції є уникнення ситуацій, що несуть ризик зараження, таких як спільне використання голок та шприців або практикування неустановлених статевих зносин.

Багато людей, інфікованих вірусом імунодефіциту, не має симптомів захворювання. Отже, неможливо знати напевно, що статевий партнер ВІЛ-нейнфікований, якщо немає повторних негативних результатів його перевірки на інфікованість. Це, звичайно, за умови, що за час, який минув з моменту останнього обстеження, він не вступав у потенційно небезпечний статевий контакт.

Варто або зовсім не вступати у статеві зносини, або користуватися презервативами з латексу, які забезпечують лише частковий захист під час орального, анального чи вагінального статевого акту. Слід використовувати лише латексні презервативи, для змащування яких застосовуються змазки на основі води.

Хоча деякі лабораторні дослідження і свідчать про те, що сперматоцитні засоби можуть знищувати вірус імунодефіциту, не встановлено, що ці препарати здатні запобігати зараженню.

Ризик передачі інфекції від матері до майбутньої дитини значно зменшується, якщо вона під час вагітності та пологів приймає AZT, а її дитина отримує цей препарат протягом перших шести тижнів життя.

Дослідження

Вчені за сприяння Національного інституту алергії та інфекційних хвороб (NIAID) проводять величезну кількість досліджень з вивчення ВІЛ-інфекції, спрямованих зокрема на отримання вакцини проти ВІЛ та нових препаратів для лікування самої хвороби і пов'язаної з нею патології. Нині випробовується на людях 29 зразків противірусної вакцини, розробляється або проходить стадію клінічного тестування велика кількість препаратів проти СНІДу та СНІД-асоційованих інфекцій. Вчені з'ясовують також точні механізми ушкодження вірусом імунної системи. Ці дослідження дають змогу краще визначити мішені для дії противірусних ліків і вакцин. NIAID підтримує також роботи з вивчення особливостей перебігу захворювання у людей різної расової та етнічної належності.

Вчені провадять також аналіз та випробування хімічних бар'єрів, таких як місцеві мікробіциди, які людина може вводити у піхву або у пряму кишку, аби уникнути зараження під час статевих зносин. Вони шукають також інші шляхи профілактики поширення інфекції, виявляючи та лікуючи венеричні хвороби, агітуючи за безпечний стосовно зараження ВІЛ стиль життя, а також запобігаючи інфікуванню дітей від матерів.

Додаткову інформацію можна отримати за адресою: <http://www.niaid.nih.gov/>.

Докази того, що ВІЛ-інфекція пов'язана зі СНІДом

Ця підбірка матеріалів, підготовлених Національним інститутом алергії та інфекційних хвороб Сполучених Штатів (NIAID), який є підрозділом Національного інституту з проблем здоров'я, розвіює численні міфи, якими оточена епідемія СНІДу.

МІФ: Тестування на предмет виявлення антитіл проти СНІДу є малоінформативним.

ФАКТ: Діагностика інфекції шляхом виявлення антитіл до збудника є однією з методик, які щонайкраще зарекомендували себе у медицині. Аналізи на наявність антитіл проти ВІЛ перевершують аналогічні тести, що використовуються для діагностики інших хвороб, як за чутливістю (здатністю методу обстеження дати позитивний результат, якщо пацієнт справді страждає на дану хворобу), так і за специфічністю (здатністю методу обстеження дати негативний результат, якщо пацієнт насправді не страждає на цю хворобу). Сучасні тест-системи для виявлення антитіл до вірусу імунодефіциту людини відрізняються чутливістю та специфічністю на рівні 98%, а отже, єельми надійними (WHO, 1998; Sloand et al. JAMA 1991;266:2861).

Успіхи в розвитку методології тестування дали можливість виявляти у біологічних рідинах та клітинах організму вірусний генетичний матеріал, антигени і сам вірус. Ці дослідження не використовуються для масових обстежень, бо мають високу вартість і проводяться у спеціалізованих лабораторіях, проте вони підтвердили інформативність тестів на антитіла (Jackson et al. J Clin Microbiol 1990; 28: 16; Busch et al. NEJM 1991; 325: 1; Silvester et al. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1995; 8: 411; Urassa et al. J Clin Virol 1999; 14: 25; Nkengasong et al. AIDS 1999; 13: 109; Samdal et al. Clin Diagn Virol 1996; 7: 55).

МІФ: В Африці немає ніякого СНІДу. СНІД це не більше, ніж нова назва давно відомих хвороб.

ФАКТ: Хвороби, які пов'язують зі СНІДом в Африці, такі як вастинг-синдром, діарейні захворювання і туберкульоз, завжди були великим лихом для цього континенту. Проте високий рівень смертності від цих хвороб спостерігається лише серед виснажених і літніх людей, в той час як від СНІДу помирає багато молоді та осіб середнього віку (UNAIDS, 1999).

Наприклад, за даними, отриманими в Кот д'Івуар, за шість місяців досліджені виявилося, що ВІЛ-позитивні хворі з туберкульозом легень помирають у 17 разів частіше, ніж ВІЛ-негативні (Ackah et al. Lancet 1995; 345:607). У Малаві серед ВІЛ-позитивних дітей віком старше ніж 12 місяців, які отримали планову імунізацію, смертність за наступні три роки була у 9,5 раза вища, ніж серед ВІЛ-негативних. Головними причинами смерті були виснаження та захворювання органів дихання (Taha et al. Pediatr Infect Dis J 1999; 18: 689). Подібні результати отримані також в інших регіонах Африки.

МІФ: ВІЛ не може бути причиною СНІДу, оскільки вчені не можуть достеменно пояснити, яким чином вірус руйнує імунну систему.

ФАКТ: Про патогенез ВІЛ-інфекції відомо досить багато, хоча деякі важливі деталі залишаються нез'ясованими. Проте повне розуміння патогенезу хвороби не є передумовою знання її причин. Багато мікроорганізмів пов'язувалося з виникненням певних інфекційних хвороб задовго до того, як були розкриті патогенетичні механізми їхнього розвитку. Оскільки дослідження патогенезу часто ускладнюється відсутністю адекватної тваринної моделі, хвороботворні механізми багатьох інфекцій погано вивчені, зокрема туберкульозу та гепатиту В. Якщо прислухатися до критиків, то можна дійти висновку, що мікобактерія туберкульозу не викликає туберкульозу, а вірус гепатиту В не є причиною захворювання печінки (Evans. Yale J Biol Med 1982; 55: 193).

МІФ: СНІД викликає не ВІЛ, а AZT разом з іншими протиретровірусними препаратами.

ФАКТ: Переважна більшість людей, хворих на СНІД, ніколи не отримувала протиретровірусних препаратів. У розвинених країнах AZT увійшов у практику лише 1987 року, а в країнах, що розвиваються, ці препарати ще й сьогодні доступні лише для невеликої кількості людей (UNAIDS, 1999).

Як і будь-які ліки проти інших тяжких захворювань, протиретровірусні препарати спрямовані на токсичний побічний ефект. Однак немає повідомлень про те, що протиретровірусні препарати спричиняють жорстоку імунодепресію, притаманну СНІДу, і водночас велика

кількість даних свідчить про те, що антиретровірусна терапія, яка провадиться за рекомендованими схемами, здатна продовжити тривалість та поліпшити якість життя ВІЛ-інфікованих осіб (Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents, 2000).

У 1980-х роках клінічні дослідження показали, що призначення самого лише AZT справляє помірно виражений порівняно з плацебо і нестійкий позитивний ефект на тривалість життя хворих на СНІД. Було доведено, що монотерапія AZT ВІЛ-позитивних осіб віддаляла на рік або два порівняно з плацебо розвиток СНІД-асоційованих патологій. Вартим уваги є те, що катамнестичний аналіз впродовж тривалого періоду спостереження не підтверджив пролонгованого лікуваньного впливу AZT, однак він не дав жодних підстав вважати, що цей препарат прискорює прогресування захворювання чи підвищує смертність. У групах ВІЛ-інфікованих, яким призначали AZT, спостерігалося не більше випадків розвитку СНІДу та летальних наслідків, аніж у контрольних групах, які отримували плацебо, що переконливо спростовує твердження, неначе причиною СНІДу є AZT (NIAID, 1995).

Подальші клінічні дослідження показали, що у хворих, які приймають два препарати, майже у 50% випадків СНІД прогресує пізніше, ніж у пацієнтів, що приймають лише один препарат. Поєднання трьох препаратів забезпечує додатково 50–80-відсоткове сповільнення прогресування інфекції у напрямку СНІДу і подовжує життя хворих порівняно з лікуванням двома препаратами (Deeks, Volberding, 1999). Використання високоактивних комбінацій протиретровірусних препаратів привело до різкого скорочення кількості випадків СНІДу та СНІД-асоційованих захворювань там, де ці лікарські засоби є широко доступними для населення. Цього аж ніяк не могло б бути, якби СНІД спричиняла протиретровірусна терапія (Figure 1; CDC. HIV AIDS Surveillance Report 1999; 11[2]: 1; CDC MMWR 1999; 48: 1; Palella et al. NEJM 1998;338:853; Mocroft et al. Lancet 1998; 352: 1725; Vittinghoff et al. J Infect Dis 1999; 179: 717; Detels et al. JAMA 1998; 280: 1497).

МІФ: СНІД розвивається внаслідок особливостей поведінки людини, зокрема вживання легких наркотиків та статевих зносин з великою кількістю партнерів.

ФАКТ: Особливості поведінки, з якими намагаються пов'язати СНІД, такі як вживання наркотиків та статеві зносин з великою кількістю партнерів, існували впродовж багатьох років. Епідемія ж СНІДу, якій притаманні численні випадки раніше рідкісних опортуністичних інфекцій та інвазій, зокрема пневмоцистна пневмонія, не з'являлася у Сполучених Штатах, аж доки невідомий на той час мікроорганізм вірус імуно-дефіциту людини не поширився у певному сегменті американського суспільства (NIAID, 1995a; NIAID, 1995b).

Переконливі спростування гіпотези про те, що у розвитку СНІДу провідна роль належить аномаліям поведінки, містять результати тривалих спостережень над групою чоловіків-гомосексуалістів, з яких лише ВІЛ-позитивні захворіли на СНІД.

Наприклад, дослідження, що проводилося у Ванкувері в середньому протягом 8,6 року і охоплювало 715 чоловіків-гомосексуалістів, показало, що з 315 ВІЛ-позитивних осіб захворіло на СНІД 136, тоді як серед ВІЛ-негативних не зареєстровано жодного випадку хвороби, яка б нагадувала СНІД. І це незважаючи на той факт, що вони вживали інгаляційні нітрати та інші легкі наркотики і систематично вступали в анальні статеві зносини як пасивні партнери (Schechter et al. Lancet 1993; 341: 658).

Інші дослідження показують, що у гомосексуалістів та ін'єкційних наркоманів імунодефіцитний стан, який призводить до розвитку СНІДу, тобто істотного зменшення кількості CD4+ Т-лімфоцитів, за відсутності впливу інших імунодепресивних чинників трапляється надзвичайно рідко. Наприклад, під час виконання широкомасштабної програми з вивчення СНІДу, що охоплювала кілька великих міст, виявилося, що з 2 713 обстежених ВІЛ-негативних гомосексуалістів лише в одного чоловіка, який отримував імунодепресивну терапію, повторно реєструвалося менше 300 СВ4+ Т-лімфоцитів в одному кубічному міліметрі крові (Vermund et al. NEJM 1993; 328: 442).

При обстеженні 229 ВІЛ-негативних ін'єкційних наркоманів у Нью-Йорку було встановлено, що середня кількість CD4+ Т-лімфоцитів у їхній крові постійно перебуває на рівні 1 000 клітин на кубічний міліметр. Лише у двох обстежених, причиною смерті одного з яких було захворювання серця та неходжкінська лімфома, цей показник не перевищував 300 на кубічний міліметр (Des Jarlais et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1993; 6: 820).

МІФ: У пацієнтів, що отримують переливання крові, СНІД розвивається не внаслідок ВІЛ-інфекції, а в результаті основного захворювання, що вимагає повторних гемотрансфузій.

ФАКТ: Це твердження суперечить результатам досліджень, проведених у Сполучених Штатах. У перебігу було здійснено порівняльний аналіз ВІЛ-позитивних і ВІЛ-негативних хворих, що отримували переливання крові та її препаратів з приводу однакових захворювань. Приблизно через три роки після початку трансфузій у 64 ВІЛ-негативних обстежуваних середній рівень CD4+ Т-лімфоцитів у крові в середньому становив 850 клітин на один кубічний міліметр, тоді як у 111 ВІЛ-позитивних 375. У 1993 році загальна кількість випадків СНІДу серед обстежуваних досягла 37, причому всі вони були зареєстровані у групі ВІЛ-позитивних осіб. (Donegan et al. Ann Intern Med 1990; 113: 733; Cohen. Science 1994; 266: 1645).

МІФ: У гемофіліків пошкодження CD4+ Т-лімфоцитів спричиняється не СНІДом, а частими переливаннями криопреципітату.

ФАКТ: Ця точка зору суперечить результатам багатьох досліджень. Наприклад, Групою вивчення безпеки трансфузійної терапії доведено, що 79 ВІЛ-негативних хворих на гемофілію А, які отримували мінімальну кількість криопреципітату або не отримували його взагалі, за вмістом CD4+ Т-лімфоцитів у крові суттєво не відрізнялися від 52 гемофіліків, яким впродовж усього їхнього життя переливали великі дози преципітату. Причому в обох групах рівень CD4+ Т-лімфоцитів перебував у межах норми (Hasset et al. Blood 1993; 82: 1351). Ще один звіт Групи за результатами обстеження 402 ВІЛ-негативних хворих на гемофілію також не містить даних про розвиток СНІДу в осіб, які лікуються переливаннями факторів зсідання крові (Aledort et al. NEJM 1993; 328: 1128).

У Великій Британії проводилися спостереження за 17 ВІЛ-негативними та 17 ВІЛ-позитивними хворими на гемофілію, які отримували приблизно однакову кількість криопреципітату протягом 10 років. За цей час у 9 хворих, що належали до другої групи, розвинулася клінічна картина СНІДу. Серед ВІЛ-негативних гемофіліків випадків СНІДу зареєстровано не було. У кожній парі впродовж усього періоду спостереження середня кількість CD4+ Т-лімфоцитів на один кубічний міліметр крові у ВІЛ-позитивного пацієнта була на 500 клітин менша, ніж у ВІЛ-негативного (Sabin et al. BMJ 1996; 312: 207).

Вченими з Групи вивчення безпеки трансфузійної терапії встановлено, що ані ступінь очищення VIII фактора зсідання крові, ані масивність трансфузійної терапії гемофіліків не впливають на вміст CD4+ Т-лімфоцитів у їхній крові (Gjerset et al., Blood 1994; 84: 1666). Так само не було виявлено зв'язку між кумулятивною дозою концентрату плазми крові та частотою СНІДу серед ВІЛ-позитивних хворих на гемофілію (Goedert et al. NEJM 1989; 321:1141).

МІФ: Розподіл випадків СНІДу в популяції ставить під сумнів ВІЛ як причину цього захворювання. Віруси не розрізняють статі, а проте на жінок припадає лише невелика частка захворювань на СНІД.

ФАКТ: Розподіл випадків СНІДу за статтю, чи то у Сполучених Штатах, чи то в будь-якій іншій країні світу, незмінно відображає розподіл ВІЛ-інфікування в популяції. У США ВІЛ вперше з'явився у середовищі чоловіків-гомосексуалістів та ін'єкційних наркоманів, більшість з яких також є чоловіками. Оскільки ВІЛ поширюється переважно статевим шляхом або при використанні інфікованих голок для ін'єкцій, не дивно, що більшість хворих на СНІД у Сполучених Штатах становили саме чоловіки.

Однак кількість ВІЛ-інфікованих жінок у США стає дедалі більшою. Їхнє зараження відбувається через за-

бруднені інфікованою кров'ю голки для ін'єкцій або під час статевого акту з ВІЛ-інфікованим партнером. За даними Центру боротьби з хворобами, у 1998 році 30% нових випадків зараження вірусом імунодефіциту в Сполучених Штатах припадало на жінок. Разом зі зростанням кількості ВІЛ-інфікованих жінок у США спостерігається збільшення кількості жінок, хворих на СНІД. За даними Центру боротьби з хворобами приблизно 23% усіх хворих серед дітей та підлітків у Сполучених Штатах становлять дівчата. У 1998 році СНІД посідав у США п'яте місце серед основних причин смерті жіночого населення віком від 25 до 44 років і третє місце серед причин смерті американок африканського походження у цій самій віковій групі (NIAID Fact Sheet: HIV/AIDS Statistics).

В Африці, де СНІД вперше виявлено у активних гетеросексуальних осіб, СНІД вражає жінок так само часто, як і чоловіків. Загальне ж відношення кількості чоловіків до жінок серед хворих на СНІД у світі наближається до одиниці (U.S. Census Bureau, 1999; UNAIDS, 1999).

МІФ: ВІЛ не може викликати СНІД, оскільки організм відповідає на його вторгнення синтезом великої кількості антитіл.

ФАКТ: Подібна аргументація не враховує того факту, що велика кількість вірусів, відмінних від ВІЛ, зберігає патогенність після імунної відповіді. Вірус кору може персистувати у тканині мозку протягом багатьох років і викликати хронічне неврологічне захворювання, незважаючи на наявність антитіл. Такі збудники, як цитомегаловірус, вірус простого герпесу та оперізуючого лишаю, можуть активізуватися через багато років перебування у латентному стані, навіть коли антитіл у крові більше ніж достатньо. У тварин споріднені з ВІЛ види вірусів, наприклад вірус вішна, що вражає овець, після тривалого латентного періоду спричиняють тяжкі ушкодження центральної нервової системи вже після того, як організмом синтезовано відповідні антитіла (NIAID, 1995).

Окрім того, вірус імунодефіциту людини добре відомий своєю здатністю до мутацій, що допомагає йому уникати імунної протидії з боку організму-хазяїна (Levy. Microbiol Rev 1993;57:183).

МІФ: Вірусом вражається лише незначна кількість CD4+ Т-лімфоцитів, а цього недостатньо для серйозного ушкодження імунної системи.

ФАКТ: Нові методики дослідження, зокрема полімеразна ланцюгова реакція, дали вченим можливість продемонструвати, що, всупереч поширеній раніше думці, ВІЛ проникає до значно більшої кількості CD4+ Т-лімфоцитів, особливо у лімфоїдній тканині. Збудник вражає також макрофаги та інші клітини, які перетворюють на резервуари інфекції. Хоча її частка CD4+ Т-лімфоцитів, заражених вірусом, у будь-який момент часу не буває надто великою (лише незначна кількість

активованих клітин може бути ідеальною мішенню для ВІЛ), існує кілька свідчень, що під час захворювання відбуваються швидкі процеси загибелі інфікованих клітин і зараження нових клітин-мішень (Richman J Clin Invest 2000;105:565).

МІФ: ВІЛ не є причиною СНІДу, бо у багатьох ВІЛ-інфікованих СНІД не розвивається.

ФАКТ: ВІЛ-інфекція характеризується тривалим перебігом та різноманітними проявами. Середній період, що віддає момент зараження від клінічного прогресування захворювання, в розвинених країнах становить приблизно 10 років. Саме такими були результати спостереження за чоловіками-гомосексуалістами з відомою датою сероконверсії. Схожі оцінки тривалості безсимптомного періоду отримано при обстеженні ВІЛ-інфікованих осіб, що отримували переливання крові, ін'єкційних наркоманів і дорослих хворих на гемофілію (Alcubes et al. Epidemiol Rev 1993;15:303).

Як і при багатьох хворобах, на перебіг ВІЛ-інфекції впливає велика кількість факторів. Швидкість розвитку хвороби та її тяжкість визначаються віком та генетичними відмінностями між пацієнтами, рівнем вірулентності штаму віруса, який викликав зараження, а також екзогенними чинниками, такими як інтеркурентні інфекції, викликані іншими мікроорганізмами. Так само у деяких хворих гепатит В виявляється лише у вигляді жовтяніці, після чого ознаки захворювання назавжди зникають, у інших же розвивається різноманітна печінкова патологія – від хронічного запалення до цирозу і гепатоцелюлярної карциноми. Очевидно, супутні чинники відповідають також за те, що в одних курців рак легень розвивається, а в інших ні (Evans. Yale J Biol Med 1982; 55: 193; Levy. Microbiol Rev 1993; 57: 183; Fauci. Nature 1996; 384: 529).

МІФ: Деякі люди мають багато симптомів СНІДу, проте не є ВІЛ-інфікованими.

ФАКТ: Більшість симптомів СНІДу пов'язана з розвитком опортуністичних інфекцій та інвазій, а також пухлин внаслідок тяжкої імунодепресії, вторинної стосовно ВІЛ-інфекції.

Проте існує чимало інших причин імунодепресії. Хворі, що систематично приймають глюкокортикоїдні гормони чи імунодепресивні препарати з метою лікування автімунних захворювань або пригнічення реакції відторгнення трансплантувату, можуть набувати підвищеної чутливості до нетипових збудників. Це саме явище можуть викликати генетично обумовлений імунодефіцит, постійне недоядання та деякі види пухлин. Нині немає ознак збільшення кількості людей зі згаданою патологією, та водночас величезна кількість епідеміологічних даних свідчить про те, що випадки імунодепресії різко почалися серед категорії осіб, що мають єдину спільну характеристику: ВІЛ-інфікування (NIAID, 1995; UNAIDS, 1999).

МІФ: Багатий спектр симптомів СНІД-асоційованих захворювань, що спостерігаються в різноманітних популяціях хворих, є доказом на користь того, що насправді СНІД – це велика група хвороб, до яких ВІЛ не має стосунку.

ФАКТ: СНІД-асоційовані захворювання, такі як пневмоцистна пневмонія та мікобakterіоз внаслідок зараження *Mycobacterium avium*, не викликаються ВІЛ, а радше розвиваються на тлі імунодепресії, спричиненої ВІЛ-інфекцією. За мірою того, як імунна система ВІЛ-інфікованого дедалі слабшає, людина стає чутливішою до вірусів, грибків та бактерій, типових для місцевості, де вона живе. Так, наприклад, ВІЛ-інфіковані Середнього Заходу чи Середньоатлантичного регіону США набагато частіше страждають на грибкову інфекцію гістоплазмоз. Мешканці Африки оточені патогенними мікроорганізмами, відмінними від тих, які трапляються в американських містах. Діти можуть бути чутливішими до певних збудників, аніж дорослі (AIDS Knowledge Base, 1999a; 1999b).

З розширеним варіантом цієї підбірки можна ознайомитися на веб-сайті Національного інституту алергії та інфекційних хвороб за адресою: <http://www.niaid.nih.gov/factsheet/evidhiv.htm>

Національний інститут алергії та інфекційних хвороб, що є підрозділом Національного інституту з проблем здоров'я, провадить дослідження СНІДу, туберкульозу, малярії та інших хвороб, а також проблем алергії та імунології. NIH є агентством Департаменту США з питань охорони здоров'я та соціального забезпечення.

Додаткові джерела

Бібліографія

КНИГИ І ДОКУМЕНТИ

Bellenir, Karen, editor

AIDS SOURCEBOOK: BASIC CONSUMER HEALTH INFORMATION
Omnigraphics, 2nd edition, 1999, 751 p.

Campbell, Carole A.

WOMEN, FAMILIES AND HIV/AIDS: A SOCIOLOGICAL PERSPECTIVE ON THE EPIDEMIC IN AMERICA
Cambridge University Press, 1999, 257 p.

Chin, James, editor

CONTROL OF COMMUNICABLE DISEASES MANUAL
American Public Health Association Publications, 17th edition, 2000, 640 p.

Crandall, Keith A., editor

THE EVOLUTION OF HIV
Johns Hopkins University Press, 1999, 520 p.

Gibney, Laura, DiClemente, Ralph J., and Vermund, Sten H., editors

PREVENTING HIV IN DEVELOPING COUNTRIES: BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL APPROACHES
Kluwer Academic Publishers, 1999, 424 p.

Gifford, Allen L., and others

LIVING WELL WITH HIV AND AIDS
Bull Publishing, 2nd edition, 2000, 288 p.

Hope, Kempe R., editor

AIDS AND DEVELOPMENT IN AFRICA: A SOCIAL SCIENCE PERSPECTIVE
Haworth Press, 1999, 232 p.

Huber, Jeffrey T., editor

HIV/AIDS INTERNET INFORMATION SOURCES AND RESOURCES
Haworth Press, 1998, 165 p.

National Intelligence Council Staff

THE GLOBAL INFECTIOUS DISEASE THREAT AND ITS IMPLICATIONS FOR THE UNITED STATES
U.S. Central Intelligence Agency, 2000
<http://www.cia.gov/cia/publications/nie/report/nie99-17d.html>

Raczynski, James M., and Ralph J. DiClemente, editors

HANDBOOK OF HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION
Kluwer Academic Publishers, 1999, 669 p.

Salina, Doreen, editor

HIV/AIDS PREVENTION: CURRENT ISSUES IN COMMUNITY PRACTICE
Haworth Press, 1999, 94 p.

Schoub, Barry D.

AIDS AND HIV IN PERSPECTIVE: A GUIDE TO UNDERSTANDING THE VIRUS AND ITS CONSEQUENCES
Cambridge University Press, 2nd edition, 1999, 296 p.

Smith, Raymond A., editor

ENCYCLOPEDIA OF AIDS: A SOCIAL, POLITICAL, CULTURAL, AND SCIENTIFIC RECORD OF THE HIV EPIDEMIC
Fitzroy Dearborn, 1998, 601 p.

Watstein, Sara Barbara, and Karen Chandler

THE AIDS DICTIONARY
Facts on File, 1998, 340 p.

World Bank Staff

CONFRONTING AIDS: PUBLIC PRIORITIES IN A GLOBAL EPIDEMIC
Oxford University Press, revised edition, 2000, 300 p.

СТАТІ

AIDS IN AFRICA

(Harvard AIDS Review, Fall 1999/Winter 2000, 22p.)
http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/hai/publications/har/fallwin_1999/index.html

Caron, Mary

POLITICS OF LIFE AND DEATH: GLOBAL RESPONSES TO HIV AND AIDS
(World Watch, Vol. 12, No. 3, May/June 1999, pp. 30-38)

Fauci, Anthony S.

THE AIDS EPIDEMIC: CONSIDERATIONS FOR THE 21ST CENTURY
(The New England Journal of Medicine, Vol. 341, No. 14, September 30, 1999, pp. 1046-1050)

- Fauci, Anthony S.**
BEYOND ERADICATION (*Interview by Lark Lands*)
(POZ, March 2000, pp. 62-63)
http://www.thebody.com/poz/partner/03_00/sounds_of_science.html
- Fishbein, M., and others**
COMMUNITY-LEVEL HIV INTERVENTION IN 5 CITIES: FINAL OUTCOME DATA FROM CDC AIDS COMMUNITY DEMONSTRATION PROJECTS
(American Journal of Public Health, Vol. 89, No. 3, March 1999, pp. 336-345)
- Fox, Robin**
TANZANIAN AIDS PROJECT WORKS TOWARDS 'GOOD THINGS FOR YOUNG PEOPLE'
(Lancet, Vol. 355, No. 9216, May 13, 2000, p. 1703)
- Gallant, Joel E.**
STRATEGIES FOR LONG-TERM SUCCESS IN THE TREATMENT OF HIV INFECTIONS
(JAMA, Vol. 28, March 8, 2000, pp. 1329-1334)
- Gayle, Helene D.**
STILL OUR BROTHERS
(New York Amsterdam News, Vol. 91, No. 6, February 10, 2000, pp. 13, 53)
- Kinsman, J., and others**
IMPLEMENTATION OF A COMPREHENSIVE AIDS EDUCATION PROGRAMME IN SCHOOLS IN MASAKA DISTRICT, UGANDA
(AIDS Care, Vol. 11, No. 5, October 1999, pp. 591-601)
- Piot, Peter**
LEARNING FROM SUCCESS: GLOBAL PRIORITIES FOR HIV PREVENTION
(Sexually Transmitted Diseases, Vol. 26, No. 5, May 1999, pp. 244+)
- Piot, Peter**
SEIZING EVERY OPPORTUNITY (*Interview by Jasmina Sopova*)
(UNESCO Courier, Vol. 52, No. 10, October 1999, pp. 18-19)
http://www.unesco.org/courier/1999_10/uk/dossier/txt01.htm
- Roach, Ronald**
THE RACE TO SAVE LIVES
(Black Issues in Higher Education, Vol. 16, No. 21, December 9, 1999, pp. 22-26)
- Rwegera, Damien**
A SLOW MARCH FORWARD (*Sub-Saharan Africa*)
(UNESCO Courier, Vol. 52, No. 10, October 1999, pp. 22-24)
http://www.unesco.org/courier/1999_10/uk/dossier/txt11.htm
- Sitritai, Werasit**
THAILAND: LESSONS FROM A STRONG NATIONAL APPROACH
(The World and I, Vol. 14, No. 4, April 1999, pp. 74-75)
- Thurman, Sandra L.**
LESSONS FROM AFRICA
(Forum for Applied Research and Public Policy, Vol. 14, No. 4, Winter 1999, pp. 88-91)
- Wienrawee, Pawana, and Livingstone, Carol**
SLOWLY GETTING BOLDER (*Southeast Asia*)
(UNESCO Courier, Vol. 52, No. 10, October 1999, pp. 27-28)
http://www.unesco.org/courier/1999_10/uk/dossier/txt21.htm
- Wines, Michael**
HEROIN CARRIES AIDS TO A REGION IN SIBERIA
(The New York Times, April 24, 2000, Section A, p. 1)
- WOMEN AND AIDS**
(Harvard AIDS Review, Spring 1999, 22p.)
http://www.hspf.harvard.edu/Organizations/hai/publications/har/spring_1999/index.html

Джерела в Інтернеті

XIII International AIDS Conference

(XIII Міжнародна конференція з питань СНІДу)

Матеріали XIII Міжнародної конференції з питань СНІДу
(9-14 липня 2000 р., м. Дурбан, Південно-Африканська Республіка)
<http://www.aids2000.com/>

AIDS Education Global Information System

(Всесвітня освітня інформаційна система з питань СНІДу)
Всесвітня освітня інформаційна система з питань СНІДу пропонує новини і медичну інформацію, а також містить бібліотеку правових документів та багато іншого. Сайт підтримують сестри Ордену Святої Єлизавети в Угорщині.
<http://www.aegis.com/sitemap.asp>

AIDS Knowledge Base (Базові знання про СНІД)

Книга про перебіг ВІЛ-інфекції у дорослих, видана у 1999 році Каліфорнійським університетом і Центральною лікарнею м. Сан-Франциско.

<http://hivinsite.ucsf.edu/akb/1997/about.html>

Best of the Net (Найкраще з мережі)

Посилання на сайти програм, присвячених ВІЛ-інфекції та СНІДу, а також на сайти організацій багатьох країн, відібрані оглядачами рубрики “Best of the Net” видання інформаційного центру з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу “Journal of the American Medical Association”.
<http://www.ama-assn.org/special/hiv/bestonet/global.htm>

The Body: fn AIDS and HIV Information Resource

(Предмет: джерела інформації про СНІД та ВІЛ-інфекцію)

Сайт Корпорації засобів підтримання здоров'я. Частково спонсорується кількома фармацевтичними компаніями і містить інформацію за 250 тематичними розділами.
<http://www.thebody.com/>

CDC National Prevention Information Network (Мережа

Національного Центру боротьби та попередження захворювань)

Національна профілактична інформаційна мережа є центром, де проводиться систематизація та розподіл електронної інформації щодо ВІЛ-інфекції та СНІДу, венеричних хвороб і туберкульозу.
<http://www.cdcnpin.org/>

The Deadliest Epidemic: AIDS in Africa (Найсмертельніша епідемія: СНІД в Африці)

Підбірка останніх новин та посилань, укладена газетою «Вашингтон Пост».

<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/world/issues/aidsinafrica/index.html>

Guide to NIH HIV/AIDS Information Services (Довідник інформаційних служб Національного інституту з проблем здоров'я, що займаються проблемами ВІЛ-інфекції та СНІДу)

Укладений Національною медичною бібліотекою, цей довідник містить відомості про численні програми Національного інституту здоров'я з вивчення ВІЛ-інфекції та СНІДу та деякі аспекти діяльності інституту в галузі охорони здоров'я.
<http://www.sis.nlm.nih.gov/aids/index.html>

HIV/AIDS (ВІЛ-інфекція/СНІД)

Інформація про програми розвитку в галузі боротьби з ВІЛ-інфекцією та СНІДом Агентства Сполучених Штатів з міжнародного розвитку (USAID).

http://www.info.usaid.gov/pop_health/aids/index.html

HIV/AIDS (ВІЛ-інфекція/СНІД)

На цьому сайті Всесвітня організація охорони здоров'я подає інформацію про свою діяльність, спрямовану на боротьбу з ВІЛ-інфекцією та СНІДом, а також іншими хворобами, що передаються статевим шляхом.

<http://www.who.int/health-topics/hiv.htm>

HIV/AIDS – A Guide to Resources

(ВІЛ-інфекція/СНІД Довідник джерел)

Текстова інформація та анотовані посилання на джерела в Сполучених Штатах та інших країнах, що стосуються СНІДу й інших інфекційних хвороб. Сайт підтримується Відділом міжнародних інформаційних програм Державного Департаменту США.
<http://usinfo.state.gov/topical/global/hiv/>

HIV/AIDS Treatment Information Service (ATIS)

(Інформаційна служба з лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу)

Координована Департаментом охорони здоров'я та соціального забезпечення, ця служба надає інформацію англійською та іспанською мовами про затверджені на федеральному рівні схеми лікування ВІЛ-інфекції та СНІДу.

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

HIV/AIDS and the World of Work (ВІЛ-інфекція/СНІД і світ праці)

Інформація про вплив ВІЛ-інфекції та СНІДу на працездатність, продуктивність виробництва, зайнятість населення та економічний розвиток. Сайт підтримується Міжнародною організацією праці.
<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/index.htm>

National Institute of Allergy and Infectious Diseases (Національний інститут алергії та інфекційних хвороб)

Відділ синдрому набутого імунодефіциту надає інформацію про розробку вакцини проти ВІЛ, проведення клінічних випробувань, а також про підтримувані ним наукові програми.

<http://www.niaid.nih.gov/research/Daids.htm>

Report on the Global HIV/AIDS Epidemic (Звіт про глобальну епідемію ВІЛ-інфекції та СНІДу)

Цей документ опублікований Об'єднаною програмою ООН проти ВІЛ-інфекції та СНІДу (UNAIDS) в червні 2000 року англійською, французькою та іспанською мовами.

http://www.unaids.org/epidemic_update/report/

UNAIDS (Об'єднана програма ООН проти ВІЛ-інфекції та СНІДу)

Ця сторінка Об'єднаної програми ООН проти ВІЛ-інфекції та СНІДу містить документи, що стосуються міжнародної боротьби зі СНІДом, та інформацію про міжнародну конференцію з питань СНІДу.

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

White House Office of National AIDS Policy (Офіс Білого Дому з національної політики у галузі боротьби зі СНІДом)

Інформація про зусилля Адміністрації Клінтона/Гора щодо подолання пандемії СНІДу як у Сполучених Штатах, так і в інших країнах світу. Містить посилання на інші урядові та неурядові сайти.

<http://www.whitehouse.gov/ONAP/>