ПЛАН

1. Обоснование выбора темы.
2. Предисловие.
3. Этиология.
4. Эпидемиология.
5. Диагностика.
6. Клиника.
7. Профилактика.
8. Лечение.
9. Сочетание ВИЧ с другими инфекциями.
10. Вирус и человек.
11. Вывод.
12. Список литературы.

**ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ТЕМЫ**

Выбирая тему для реферата меня наиболее заинтересовала тема «ВИЧ- инфекция».Казалось, что я много знала о ВИЧ, но просмотрев материалы, поняла что почти ничего не знаю об этой проблеме. Полагаю, это касается меня лично как медсестру, работающую непосредственно с кровью, где велика вероятность заражения и распространения инфекции. Поэтому необходимо как можно больше знать о путях передачи, методах профилактики и безопасности.

**ПРЕДИСЛОВИЕ**

В 1982 году М.S.Gottlib ввел понятие Aquired Immune Deficienci Syndrom (AIDS) - синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), за год до того впервые с соавторами описавший новое заболевание. В этом же 1982 году определил группу СПИД-ассоциируемых оппортунистических инфекций, наличие которых позволяет диагностировать новую нозологическую форму патологии человека - СПИД. Тогда же СПИД окрестили болезнью четырех “Н” - по заглавным буквам английских слов - гомосексуалисты, больные гемофилией, гаитяне и героин, выделив этим самым группы риска для новой болезни. Пандемия ВИЧ-инфекции далеко вышла за рамки проблемы одной страны, одной специальности, одной медицины. В новый век мир войдет с проблемой ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся половым путем, нарастающего экологического стресса, обусловливающего иммуносупрессию и связанной с этим проблемами патологий, вызванных условнопатогенными возбудителями. Все большую роль будут играть заболевания, вызванные вирусами и прионами, мир будет вновь встречаться с возвращающимися инфекциями, а также инфекциями ранее неизвестными, но ВИЧ-инфекция будет довлеть как по объему поражения популяций, так и постепенно занимать лидирующее положение в причинах смерти, особенно людей молодого возраста. По самым оптимистическим прогнозам в период с 2002 по 2010 годы еще 45 млн. человек в 126 странах с низким и средним уровнем доходов будет инфицировано ВИЧ, если только мир не сможет осуществить кардинальные, широкомасштабные, глобальные профилактические мероприятия. Более 40% случаев инфицирования произойдет в Азии и странах Тихоокеанского региона (в котором уже сейчас отмечается около 20% всех новых случаев инфицирования в год).По оценкам ВОЗ в 2003 г. зарегистрировано самое большое число зараженных ВИЧ и смертей от СПИДа по всему миру: за год зарегистрировано пять миллионов зараженных и три миллиона смертей. Болезнь по-прежнему наиболее распространена в Африке южнее Сахары, на этот регион приходятся три миллиона вновь инфицированных и 2,3 миллиона смертей в 2003 году. Вызывает  у ООН опасение новый пояс распространения болезни – Китай, Индонезия, Россия и восточно-европейские государства. Около 40 миллионов человек сейчас живут с ВИЧ, из которых 26,6 миллионов живут в южной части африканского континента. В Китае, где эпидемия находится в самом начале, 1,5 миллиона инфицированных,  число инфицированных  последние три года увеличивается на 30% в год. В некоторых частях Африки ситуация стабилизируется, но специалисты отмечают, что видимость стабилизации вызвана тем, что число новозараженных уравновешивается большим количеством умирающих.

**ЭТИОЛОГИЯ**

Возбудители инфекционных болезней человека представлены вирусами, бактериями, простейшими и гельминтами, причем все больший удельный вес в патологии человека занимают вирусы. Последние могут вызвать клинику острой инфекции, но процесс может завершиться и персистенцией вируса. Персистенция – вид инфекционного процесса, когда возбудитель пребывает в организме больше времени, чем срок инкубации в сумме с длительностью неосложненной клиники. Этот вид инфекционного процесса имеет следующие варианты клинического проявления: а) бессимптомная (латентная инфекция), б) с симптомами (хроническая инфекция), в) своеобразный нестандартный процесс (медленная инфекция). Именно медленная инфекция со средины ХХ века все больше привлекает внимание, а к концу века один из вирусов, представителей медленных вирусов - вирус иммунодефицита человека - обусловил пандемию с самой высокой летальностью. В 1954 году Сигурсон сообщил о болезнях овец в Исландии, особенностью которых были: необычайная длительность инкубационного периода, медленно прогрессирующее течение, своеобразное поражение органов и систем, обязательный смертельный исход. Через 3 года он описывает подобное заболевание среди папуасов острова Новая Гвинея. Так появилось понятие о медленных вирусных инфекциях. В эту группу включены заболевания, вызванные вирионами: подострый склерозирующий панэнцефалит - вирус кори, подострый послекоревой лейкоэнцефалит - вирус кори, прогрессирующая врожденная краснуха, энцефалит прогрессирующий краснушный панэнцефалит, подострый герпетический панэнцефалит, подострый аденовирусный, хронический инфекционный мононуклеоз - вирус Эпштейна-Барр (вирус весьма загадочный по своим свойствам – в умеренном климате земли вызывает инфекционный мононуклеоз, а на африканском континенте тяжелое опухолевое заболевание – саркому Беркитта), цитомегаловирусное поражение мозга, ВИЧ-инфекция, лимфоцитарный хореоменингит новорожденных. В группу медленных инфекций входят также заболевания, вызванные прионами: Куру, болезнь Крейцфельда-Якоби, амиотрофический лейкоспонгиоз, Висна.Медленная инфекция – своеобразный инфекционный процесс с длительным инкубационным периодом (месяцы, годы), прогрессирующим течением  болезни со смертельным исходом.На сегодня нет общепринятой классификации инфекционных болезней, удовлетворяющей врача-инфекциониста. Отсутствует классификация медленных инфекций. Медленная вирусная инфекция чаще развивается, если заражение произошло внутриутробно (вирусы краснухи, кори, герпеса, аденовирусы, цитомегаловирусы) или ребенок заразился на первом году жизни (корь), когда остаточный материнский иммунитет снижает ответную реакцию иммунной системы и вирус гнездится в ЦНС, где в дальнейшем защищен от иммунного надзора, обусловливая хронический прогрессирующий инфекционный процесс.

Особую группу медленных вирусных инфекций составляют заболевания, обусловленные ретровирусами. Свое название ретровирусы получили по отличительной особенности процесса репликации. Если создание новых вирионов в обычном варианте вирусов идет в направлении переноса генетической информации ДНК-РНК-белок, то у ретровирусов вирусная РНК служит основой для формирования ДНК-провируса (retro - назад) с последующим синтезом вирусной РНК. Генетическим материалом ретровирусов является РНК, которая встраивается в геном инфицированной вирусом клетки с помощью особого фермента обратной транскриптазы (ревертазы), превращающей РНК ретровируса в ДНК.

В группу вирусов - этиологических факторов медленных инфекций входят:

* вирус инфекционной анемии лошадей
* вирус меди-висны овец
* вирус артрита-энцефалита коз овец
* вирус иммунодефицита крупного рогатого скота
* вирус иммунодефицита кошек
* вирус иммунодефицита обезьян (SIV)
* вирус иммунодефицита человека (HIV, в русской транскрипции - ВИЧ).

Вирус иммунодефицита человека был выделен в1983 году группой профессора Люка Монтанье (Montaner L.) из лимфатического узла больного СПИДом в Парижском институте Пастера. В том же году в США группа профессора Роберта Галло (Gallo R.) выделила вирус из лимфоцитов периферической крови больных СПИДом. Оба выделенные вируса оказались идентичными и ВОЗ в 1987 году приняла единое название - “вирус иммунодефицита человека” (ВИЧ, или в английской аббревиатуре - HIV).По мнению некоторых специалистов, ВИЧ произошел от SIV- инфицированного человека где-то в 30 - 90 годы в Центральной Африке. ВИЧ-2 более сходен с SIV, нежели с ВИЧ-1. ВИЧ-1 распространен во всем мире, первая группа эпидемий прошла в Африке, вторая и третья - в Америке и Западной Европе, четвертая сейчас имеет место в Азии. Глобальное и интенсивное распространение болезни обусловлено образованием новых штаммов ВИЧ. ВИЧ- представитель семейства ретровирусов, относится к подсемейству лентивирусов (медленных вирусов). В мире циркулирует два типа вирусов: ВИЧ-1 и ВИЧ-2, которые отличают структура, антигенный состав и эпидемиологическая характеристика. Колоссальное распространение болезни обусловлено образованием все новых штаммов ВИЧ. Инфекционный процесс при заражении ВИЧ носит последовательный, фазовый характер: проникновение вируса через слизистую оболочку половых путей или непосредственное поступление в кровоток. В настоящее время идет интенсивное изучение структуры ВИЧ, патогенеза и морфогенеза, терапии и разработка вакцин. Отрабатываются возможности этих исследований на экспериментальных животных. По трудностям создания вакцины против ВИЧ, если оценить характер инфекции, степень антигенной вариабельности, наличия естественного иммунитета, наличия модели на животных, возможности культивирования вируса в баллах от 1 до 5, то по сложности вакцина наиболее трудоемка из всех известных, оценивается в 14 баллов. К примеру, вакцина к герпесу оценивается в 10 баллов, уже созданные вакцины против кори – в 6 и против полиомиелита – в 7 баллов.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Этапы эпидемии ВИЧ-инфекции

1930-1959 годы – Появление болезни в Африке

1977 год – Появление болезни в США

1981 год – Выявление первых больных в США

1983 год выделен HIV

> В 2003  году:

* + в мире живут с ВИЧ – 34-46 млн. чел., в том числе
* --Африка к югу от Сахары – 25-28,2 млн. чел.
* --Восточная Азия – 4,6-8,2 млн.
* --Латинская Америка – 1,3-1,9 млн. чел.
* --Восточная Европа и Центральная Азия – 1,2-1,8 млн. чел.
* --Северная Америка – 0Ю79-1,2 млн. чел.
* --Восточная Азия и Тихоокеанский регион – 0,7-1,3 млн. чел.
* --Западная Европа – 0,52-0,68 млн. Чел.
	+ 95% инфицированных живут  в странах со средним и низким уровнем дохода
	+
	+ вновь инфицировано за год – 5 млн., в т.ч. 0Ю7 млн. – дети до 15 лет
	+
	+ в день вновь инфицируется около 14 тыс. чел, в т.ч. 50%-женщины, около 2 тыс. – дети в возрасте до 15 лет.
	+
	+ умерло за  год 3 млн, в т.ч – 0,5 млн. – дети до 15 лет

>В России:

* + 1987 год – первый больной;

на 6.08.03. зарегистрировано 248 тыс. больных ВИЧ-инфекцией:

* --дети – 7,5 тыс.
* --родилось от ВИЧ+ матерей – 6,2 тыс.
* --всего умерло 3454 чел. в том числе 216 детей,
* --заболевание перешло в стадию СПИД – 817 чел., в т.ч.  детей – 193.
* --Умерло от СПИДа – 609 чел., в т.ч. 125 детей.

Интенсивный рост больных идет в России: вновь выявлено в 1998 г. – 3,7 тыс., в 1999 г – 15,6 тыс., в 2000 г. – 58 тыс., за 8,5 мес. 2001 г. – 56,2 тыс.

Хотя темпы роста ВИЧ-инфекции в стране колоссальны, едва ли правомерны высказывания, в том числе и работников ВОЗ, что Россия является лидером по распространенности ВИЧ-инфекции.  Достаточно проанализировать показатели.  В мире в 2000 г. в день заражался ВИЧ 1 чел. из 407 тыс. жителей, в России – 1 на 1 млн., т.е в 2,4 раза показатель ниже  (хотя в Санкт-Петербурге – 1 на 131 тыс. жителей города, т.е  в 7,6 раза тем выше). Таким образом, в России на сегодня клиника ВИЧ-инфекции находится на начальных этапах, с момента эпидемии, начавшейся в 1996 году, прошло лишь 5 лет.  Зато в регионах, где эпидвспышка нозокоминального характера началась в 1989 году (Калмыкия, Волгоградская область), соотношение ВИЧ-инфицированных к больным в стадии СПИД намного ближе в показателям США, нежели в регионах более позднего начала эпидемии.

ВИЧ передается тремя способами: при гетеросексуальных и гомосексуальных сношениях, парентерально с кровью и ее препаратами и вертикально, от инфицированной матери к ребенку внутриутробно, во время родов или вскоре после, при кормлении грудью. Прослеживается несоответствие между риском заражения и реальным вкладом различных путей инфицирования ВИЧ. Доминирование того или иного пути передачи варьирует в зависимости от социальных, культурных, этнических условий, особенности уклада жизни.   Так, при введении человеку инфицированной крови почти все заражаются, но среди больных ВИЧ-инфекцией роль передачи с кровью не так уж велика, что и понятно, так как среди населения гемотрансфузии получает незначительная часть людей. Зато половой путь при сравнительно низком риске передачи, является сегодня в мире ведущим. В первые же годы распространения ВИЧ-инфекции были определены группы риска: гомосексуалисты, наркоманы в случаях введения наркотических средств парентерально, проститутки и лица с заболеваниями, требующими частого повторного введения крови и ее препаратов, в частности больные гемофилией.  Преимущественное распространение ВИЧ-инфекции в первые годы пандемии среди гомосексуалистов объяснялись частой травматизацией до крови гениталий при этом виде половой связи и проникновение с кровью возбудителя. Но по мере развития пандемии инфекция все больше захватывает основную часть популяции - гетеросексуалов, так как вирус набрал “критическую массу” и обеспечил достаточную эффективность передачи как от мужчины к женщине, так и наоборот, т.е. на основную популяцию населения. Четко выявляется и зависимость инфицирования от того, используются ли индивидуальные средства защиты от инфекции во время полового сношения. В целом же в течении одного года в семейных парах вероятность заражения от одного к другому партнеру составляет 90%.  Прослеживается взаимосвязь между распространением ВИЧ-инфекции и другими венерическими заболеваниями . Причем скорость распространения ВИЧ через лиц, одновременно страдающих венерическими болезнями, увеличивается до 20 раз. Это обусловлено тем, что при многих венерических заболеваниях имеется язвенное поражение гениталий, которые облегчают проникновение вируса. Кроме того, у больных венерическими заболеваниями формируется иммунодефицит, способствующий в случае инфицирования более высокому риску развития болезни, чем у исходно здорового человека. Следует отметить, что 80% гомосексуалистов болеют различными венерическими заболеваниями. Группу риска по ВИЧ-инфицированности составляют не только лица с беспорядочными половыми связями, но, особенно, лица, находящиеся в местах лишения свободы, что вполне объяснимо, ибо нет в мире тюрьмы, где бы не были распространены и наркомания и гомосексуализм.

### Диагностика ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

**Клиническая диагностика. Дифференциальный диагноз**

Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции обеспечивает своевременность терапии больного и развертывание профилактических мероприятий в очаге, предупреждающих неумышленную передачу вируса от инфицированного здоровому человеку. Наконец, ранняя диагностика позволяет своевременное проведение диспансеризации, психологической помощи, социальной реабилитации. Первые успехи в терапии больных позволяют при ранней диагностике значительно продлить жизнь больным и даже надеяться на излечение.

 Сложность ранней диагностики, базирующейся на клинической картине заключается в неспецифичности, полиморфности симптоматики в стадии II, уже не говоря об отсутствии клиники в стадии I. Тем не менее во всех случаях немотивированной утомляемости, наличия ночных потов, головной боли, особенно на фоне кратковременной лихорадки (3-10 дней) с температурой 38-38,50 С, сопровождающейся тонзиллитом, длительного диарейного синдрома, похудания за короткое время, необходимо в первую очередь исключить ВИЧ-инфекцию. Постановке диагноза в этот период помогает выявление при объективном обследовании разнообразной кожной сыпи (пятна, папулы, розеолы, гнойнички) или фурункулеза. Наличие лимфаденопатии, даже в случаях увеличения одной группы лимфатических узлов и тем более при генерализованной уже с большей долей вероятности позволяет заподозрить клинически ВИЧ-инфекцию. Для болезни особенно характерно увеличение заднешейных, подчелюстных, над- и подключичных, подмышечных и локтевых лимфатических узлов.б Нередко в ранней фазе болезни наличие психоневрологической симптоматики: чувство тревоги, депрессия, шаткость походки, снижение остроты зрения, судорожные припадки с признаками поражения психо-эмоциональной сферы (нарушение памяти, забывчивость, неадекватность поведения, притупление эмоций). К наиболее характерным признакам ранней стадии ВИЧ-инфекции относятся:

1.     Снижение массы тела менее, чем на 10%;

2.     Изменения на коже и слизистых оболочек (себорйный дерматит, фолликулит, пруриго, псориаз, грибковые поражения ногтей, рецидивирующие язвы в полости рта, некротический гингивит);

3.     Опоясывающий герпес у лиц моложе 50 лет;

4.     Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей;

 Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции базируется на трех направлениях: а) индикация ВИЧ и его компонентов, б) выявление анти-ВИЧ, в) определение изменений в иммунной системе.

 Среди существующих методов лабораторной диагностики наиболее распространены серологические - выявление антител к антигенам вируса.

### КЛИНИКА

**Классификация.** Уже через год после появления заболевания было сформулировано определение болезни, основанное на клинических проявлениях, выявленных у больных гомосексуалистов. Заболевание включало ряд состояний, вызванных условнопатогенными возбудителями, что указывало на дефект в иммунной системе, лежащий в основе болезни в целом. В 1985 году определение болезни было пересмотрено в связи с расшифровкой этиологии заболевания. Тогда же эксперты ВОЗ для экономически слаборазвитых стран, не имеющих возможности широко внедрить этиологическую расшифровку болезни, разработали клинические критерии для постановки диагноза. Они включали: а) большие признаки: потеря массы тела > 10% от исходной, хроническая диарея в течение > 1 месяца, длительная лихорадка в течение > 1 месяца (постоянная или интермиттирующая); б) малые признаки: упорный кашель > месяца, генерализованный зудящий дерматит, герпес зостер в анамнезе, ротоглоточный кандидоз, хроническая прогрессирующая или диссеминированная, герпетическая инфекция (herpes simplex), генерализованная лимфаденопатия.

В I стадии (инкубация) диагноз может носить только предположительный характер, так как основывается исключительно на эпидемиологических данных: половой контакт с инфицированным ВИЧ партнером, переливание крови серопозитивного к ВИЧ донора, использование нестерильных шприцев при групповом введении наркотиков и т.п.

Инкубационный период при инфицировании ВИЧ продолжается от 2-3 недель до нескольких месяцев или даже лет. Клинических проявлений болезни нет, сохраняется нормальная активность, антитела к ВИЧ не определяются. Но уже в этот период возможно выявление вируса методом полимеразной цепной реакции.

II стадия (первичных проявлений): IIA стадия - острая лихорадочная. Она же начальная (острая) ВИЧ-инфекция. У части зараженных спустя 2-5 мес. после проникновения вируса в организм может развиться острое заболевание, протекающее нередко с повышением температуры тела, выраженной интоксикации, тонзиллитом и мононуклеозоподобным синдромом. Помимо лихорадки в этой фазе болезни часто встречаются кореподобная или краснухоподобная сыпь на коже, миалгия, артралгия, язвы в горле, реже в ротовой полости. Иногда заболевание протекает по типу острой респираторной инфекции, в этих случаях больных беспокоит кашель. У части больных развивается полиаденопатия с увеличением 2-3 групп лимфатических узлов. Увеличение поверхностных лимфатических узлов чаще начинается с затылочных и заднешейных, затем уже увеличиваются подчелюстные, подмышечные и паховые. При пальпации лимфатические узлы эластичные, безболезненные, подвижные, не спаяны между собой и окружающей тканью, размерами от 1 до 5 см, чаще 2-3 см в диаметре. Иногда этим явлениям сопутствуют немотивированные утомляемость, слабость. Кроме того, регистрируются переходящие нарушения деятельности ЦНС - от головных болей до энцефалита.

Длительность IIБ фазы от 1-2 мес. до нескольких лет, но в среднем около 6 мес. Никаких клинических проявлений заболевания не отмечается, хотя вирус остается в организме и размножается. Иммунный статус при этом сохраняется в пределах нормы, количество лимфоцитов, в том числе CD4+, нормальное. Результаты исследований в ИФА и иммуноблоттинге положительны.

 IIВ фаза - персистирующая генерализованная лимфаденопатия. Единственным клиническим проявлением болезни в этой стадии может быть только увеличение лимфатических узлов, сохраняющееся месяцы и даже годы. Увеличиваются почти все периферические лимфатические узлы, но наиболее характерно увеличение заднешейных, надключичных, подмышечных и локтевых лимфатических узлов. Особенно характерным и настораживающим врача следует считать увеличение подчелюстных лимфатических узлов при отсутствии патологии полости рта. Нередко увеличиваются мезентериальные лимфатические узлы, которые при пальпации болезненны, иногда симулируя картину “острого” живота. Но лимфатические узлы, увеличенные размером до 5 см в диаметре, могут оставаться безболезненными, с тенденцией к слиянию. В 20% у больных выявляются увеличенными печень и селезенка.

III стадия (вторичных заболеваний) характеризуется развитием бактериальных, вирусных и протозойных заболеваний и/или опухолевого процесса, чаще лимфомы или саркомы Капоши. IIIA фаза является переходной от персистирующей генерализованной лимфаденопатии к СПИД-ассоциированному комплексу. В этот период иммуносупрессия выражена стойкой и глубоко: в сыворотке крови нарастает содержание гаммаглобулинов (до 20-27%), растет уровень иммуноглобулинов, преимущественно за счет класса IgG, снижена фагоцитарная активность лейкоцитов, снижается РБТЛ на митогены. Количество CD4+ лимфоцитов падает ниже 500 и на протяжении этой и следующей фаз до 200 клеток в 1 мкл. Клинически выявляются признаки вирусной интоксикации, лихорадка с повышением температуры тела до 38о С носит постоянный или перемежающий характер, сопровождается ночными потами, слабостью и быстрой утомляемостью, диареей. Потеря массы тела до 10%. В этой фазе еще нет присоединения выраженной оппортунистической инфекции или инвазии, не развиваются еще и саркома Капоши или друге злокачественные опухоли. Но тем не менее СПИД-маркерные инфекции уже налицо в виде инфекции, вызванной вирусом простого герпеса, токсоплазмоза, кандидозного эзофагита. На коже процесс в виде кандидоза, лейкоплакии, кондилом. Так как фаза IIIA по сути неосложненная генерализованной инфекцией или злокачественным опухолевым процессом форма, некоторые клиницисты полагают, что она может под влиянием адекватной терапии завершиться выздоровлением и считают целесообразным выделение ее в самостоятельную форму. Некоторые клиницисты обозначают эту фазу как продромальный период СПИД.

 IIIБ фаза по клиническим проявлениям близка к понятию СПИД-ассоциированный комплекс. Именно в этой фазе появляются симптомы выраженного нарушения клеточного иммунитета: отсутствие реакции ГЗТ на три из четырех кожных проб (внутрикожное введение туберкулина, кандидина, трихофитина и др.). Клиника характеризуется лихорадкой длительностью более 1 мес., упорной необъяснимой диареей, ночными потами, сопровождается интоксикацией, снижением массы тела свыше 10%. Персистирующая лимфаденопатия приобретает генерализованный характер. Лабораторно выявляется снижение коэффициента CD4/CD8, нарастает лейкопения, тромбоцитопения, анемия, в крови растут циркулирующие иммунные комплексы, идет дальнейшее снижение показателей РБТЛ, угнетение ГЗТ. В этой фазе наличие двух из характерных клинических проявлений и двух лабораторных показателей, особенно с учетом эпидемиологии позволяет с высокой степенью достоверности диагностировать ВИЧ-инфекцию.

 IIIВ фаза клинически представляет развернутую картину СПИДа. За счет глубокого поражения иммунной системы (количество СД4+ лимфоцитов менее 200 в 1 мм ) оппортунистическая инфекция приобретает генерализованный характер, развиваются или наслаиваются на инфекционный процесс новообразования в виде диссеминированной саркомы и злокачественной лимфомы. Из инфекционных возбудителей чаще всего встречаются пневмоцисты, кандида, вирусы герпетической группы (вирус простого герпеса, герпес зостер, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр). Инфекционный процесс также вызывают микобактерии, легионеллы, кандида, сальмонеллы, микоплазмы, а также в южном регионе токсоплазмы, криптоспоридии, стронгилоидии, гистоплазмы, криптококки и ряд других возбудителей. В зависимости от преимущественной локализации очага выделяют ряд клинических форм: а) с преимущественным поражением легких (до 60% случаев), б) с поражением желудочно-кишечного тракта, в) с церебральными поражениями и/или психоневрологическими проявлениями, г) с поражением кожи и слизистых оболочек, д) генерализованные и/или септические формы, е) недифференцированные формы, в основном с астеновегетативным синдромом, длительной лихорадкой и потерей массы тела. В целом заболевание характеризуется развитием гнойных осложнений, астенией, больной более половины времени вынужден находиться в постели. В процессе болезни этиологические факторы могут меняться.

 IV (терминальная) стадия протекает с максимальным развертыванием клиники, развивается кахексия, держится лихорадка, выражена интоксикация, больной все время проводит в кровати. Развивается деменция. Нарастает вирусемия, содержание лимфоцитов достигает критических величин. Болезнь прогрессирует и больной погибает.

**Профилактика.**

Свойства вируса иммунодефицита человека и пути его передачи определяют способы профилактики и предупреждения дальнейшего распространения инфекции. ВИЧ не стоек во внешней среде, быстро погибает при кипячении и под воздействием таких дезинфицирующих веществ, как например, раствор хлорной извести. Проведение стандартных мероприятий по обеззараживанию медицинского инструментария в больничных условиях, тестирование на наличие антител всех порций донорской крови и других биологических жидкостей эффективно предупреждают распространение вируса в лечебных учреждениях. Для предупреждения передачи половым путем крайне эффективным способом является использование презервативов. Разнообразные программы полового воспитания, нацеленные на отсрочку начала половой жизни, сохранение верности партнеру и использование презерватива также доказали свою результативность во многих странах мира. Комплекс мероприятий по информированию потребителей наркотиков по вопросам здоровья, включающий в себя распространение среди них профилактической литературы, обмен шприцев для ориентации наркопотребителей на использование только стерильных инструментов, предоставление возможности заместительной терапии, – убедительно доказал свою эффективность в предупреждении распространения ВИЧ-инфекции во многих странах мира и нередко определяется термином «снижение вреда от инъекционного употребления наркотиков». В настоящее время в Австралии, США, во многих странах Западной, Центральной и Восточной Европы проводятся программы по обмену игл и шприцев, аутрич-работы (информационно-разъяснительная деятельность социальных работников и волонтеров-добровольцев «на улице»). Применяемая с середины 60-х годов XX в. для снятия острых проявлений абстинентного синдрома (ломки) заместительная терапия, при которой наркозависимый принимает строго выверенные дозы метадона – синтетического аналога «уличных» наркотиков – также доказала свою эффективность в снижении роста ВИЧ-инфекции. Прием современных препаратов позволяет значительно снизить (2–10%) риск инфицирования ребенка от ВИЧ-положительной матери.

**Новое в профилактике ВИЧ/СПИДа**

В мае 2005 года в Санкт-Петербурге состоялась международная конференция «СПИД, рак и ретровирусы», с докладами на ней выступили специалисты из России, Литвы, Швеции, США и других стран. В докладе Б.И. Мазуса, руководителя Московского Центра СПИДа были приведены такие данные: в Москве зарегистрировано 22 тысячи ВИЧ-позитивных, но выявлено почти в два раза больше, так как иногородние обследованные не попадают в официальную регистрацию.
Как сообщил доктор Мазус, больных СПИДом у нас значительно меньше, чем в США и странах Европы. В Москве их около 600, ибо у нас эпидемия развилась гораздо позже, чем в других страх мира. 1000 пациентов в Москве получают антиретровирусную терапию. Большой проблемой является диспансеризация групп риска – наркопотребителей, которые далеко не всегда посещают Центр СПИДа. Эта проблема общая для многих городов и для Санкт-Петербурга, в частности.
В другом сообщении – от Городской Комиссии Санкт-Петербурга по диагностике и лечению детей, куда входят представители Центра СПИДа, родильных домов и больницы С.П. Боткина (доложила А.Г. Рахманова), было сказано о том, что в Санкт-Петербурге от ВИЧ-инфицированных женщин родилось уже 1500 детей. Однако не все женщины проходят наблюдение у акушер-гинекологов и поэтому, чтобы предупредить инфицирование новорожденных с помощью химиопрофилактики, приходится использовать быстрые тесты непосредственно перед родами. Были представлены данные по родильному отделению больницы С.П. Боткина, обсервационным родильным домам № 15 и 16.
Большой проблемой являются «отказные» дети. Женщины с ВИЧ-инфекцией – активные наркопотребители – не обследуются до родов, а после родов оставляют детей в роддоме с абстинентным синдромом. Профилактическая работа с такими женщинами является очень важной, так как она существенно снижает риск заражения новорожденных от матерей.

# Профилактика парентерального заражения

Методы профилактики парентерального заражения ВИЧ разработаны, в основном, для проведения профилактики медицинских работникам, получившим травмы инструментом, контаминированным ВИЧ. Наиболее реальная опасность заражения медицинских работников ВИЧ-инфекцией при контакте поврежденной кожи или слизистых оболочек с инфицированным материалом. Вероятность заражения ВИЧ при попадании контаминированной ВИЧ крови на слизистую оболочку составляет 0,09%, а при уколе инструментом — 0,33%.

Доказана эффективность следующей схемы химиопрофилактики (риск заражения снижается на 79%): азидотимидин (АЗТ) перорально по 0,2г. 3 раза в сутки в течении 4-х недель.

Химиопрофилактику нужно начинать как можно раньше (желательно в первые минуты после возможного заражения) и сочетаться с местной обработкой. Для этого рекомендуется выдавить кровь из раны, обработать рану раствором йода, промыть слизистые, на которые попал зараженный материал (не тереть!) и обработать их раствором антисептиков (этиловый спирт, борная кислота, азотнокислое серебро и т. д.).

Если с момента возможного заражения прошло более 72 часов, химиопрофилактика считается нецелесообразной.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Несмотря на то, что вакциныотВИЧ**-**инфекции до сих пор не было создано, и полностью ВИЧ-инфекция не излечивается, все же в настоящее время установка на то, что ВИЧ**-**инфекция смертельная болезнь, и спасения от нее нет, уже не верна. Цель леченияВИЧ**-**инфекции – максимальное продление жизни больного и сохранение её качества. И эта цель все чаще достигается с помощью современных лекарственных препаратов:и сегодня уже есть лекарства от СПИДа, которые неопределенно долго поддерживают жизнь ВИЧ-инфицированных людей и каждый день в мире появляются все более эффективные препараты.Одна из главных групп лекарствотВИЧ – противоретровирусные препараты, которые вмешиваются в жизненный цикл ВИЧ или препятствуют его размножению. Препараты такого действия применяются в медицине, начиная с 1987 года. С тех пор число таких лекарств расширилось, но действие осталось тем же: лекарственные препараты воздействуют на входящие в состав вируса белки, необходимые вирусу для его размножения. Лекарства против ВИЧ не дают белкам выполнять свою функцию и тем самым тормозят размножение вируса.

ЛечениеСПИДа, при котором применяется только один препарат, называется монотерапией. Дни монотерапии в борьбе с ВИЧ-инфекцией ушли в прошлое. Современное лечение требует комбинированной терапии – одновременного применения двух, трех или более противовирусных препаратов. Монотерапия применяется сейчас только в одном случае – у беременныхженщин, чтобы предотвратить передачу ВИЧ новорожденному. Очень активно использующиеся в настоящее время комбинированные препараты воздействуют на оба белка, входящие в состав вирусаиммунодефицитачеловека. Такое лекарствоотСПИДа позволяет буквально возвращать к жизни пациентов с тяжелыми формамиСПИДа и подавлять активность вируса до такой степени, что его не может обнаружить даже самый чувствительный анализ**.**Вместе с несомненными положительными свойствами, противовирусные препараты, к сожалению, имеют и существенные недостатки. Среди них и высокая стоимость лечения, которая делает эти лекарственные средства недоступными для многих тысяч больных, и возникновение тяжелых побочных эффектов, и, наконец, постепенное развитие так называемой резистентности, то есть привыкания вируса к препарату. Впрочем, медицина не останавливается на достигнутом, и разработка лекарств противСПИДа идет, не останавливаясь ни на день. Но даже сейчас качество жизни больных ВИЧ-инфекцией стало значительно выше, и все чаще говорится о том, что из однозначно смертельной болезни СПИДстановится болезнью хронической и неизлечимой, но, во всяком случае, поддающейся лечению и вполне допускающей многолетнюю полноценную жизнь больных. Разумеется, для достижения поставленных целей, лечение ВИЧ-инфекции должно быть начато на как можно более ранней стадии заболевания. Это еще раз говорит в пользу как можно более ранней диагностикиВИЧ. Впрочем, по отношению к ВИЧ-инфекции, более чем к любому другому заболеванию, верно правило: предупредитьболезнь гораздо легче, чем вылечить ее. Лечение ВИЧ/СПИДа преследует комплексную цель: сократить количество вируса в организме (вирусную нагрузку), сдержать размножение (репликацию) вируса, сохранить или восстановить иммунные функции и предотвратить либо вылечить оппортунистические инфекции, возникающие на фоне иммунодефицита.

Лечение ВИЧ/СПИДа в настоящее время проводится по трем направлениям:

* **Этиотропная терапия**, направленная на элиминацию (создание условий для гибели вирионов) или подавление ретровируса.
* **Патогенетическая терапия**, направленная на восстановление/стимулирование функций иммунной системы.
* **Симптоматическая терапия**, направленная на лечение основных клинических проявлений СПИДа (лечение оппортунистических инфекций).

После подтверждения диагноза ВИЧ устанавливают стадию болезни, определяют подходы к дальнейшему ведению больных. Показанием к назначению специфической терапии является стойкое снижение показателей иммунного статуса или наличие вторичных (или СПИД-ассоциированных) заболеваний.Рано или поздно большинству ВИЧ-инфицированных понадобится лечение, но когда это произойдет, зависит от многих факторов. ВИЧ переходит в стадию СПИД с различной скоростью – у одних людей быстрее, у других – медленнее. Назначить лечение может только врач, ориентируясь на клинические проявления болезни у пациента, вирусную нагрузку и количество СD4 лимфоцитов. Выбирая ту или иную комбинацию препаратов, врачу должно быть известно о болезнях, перенесенных пациентом в прошлом, о наличие хронических инфекций, аллергии, беременности и множестве других фактов.Для своевременного назначения терапии необходимо, чтобы пациент регулярно проходил клинико-лабораторное обследование. Примерно треть ВИЧ-инфицированных остаются здоровыми на протяжении 10 лет без какого-либо лечения. Большинство пациентов в странах, где доступна терапия, начинают получать лечение через 4–5 лет после инфицирования. У небольшого числа людей заболевание начинает прогрессировать гораздо быстрее и необходимость в лечении возникает намного раньше. Принято считать, что заболевание прогрессирует, если в процессе диспансерного наблюдения отмечается снижение количества CD4 клеток до 300/мл. и ниже, а также стабильное увеличение вирусной нагрузки более 60 тыс. копий/мл. В этом случае больному рекомендуется начать лечение.При лечении иногда бывают побочные эффекты, но лечение в большинстве случаев достаточно легко переносится и позволяет полноценно жить – большинство побочных эффектов слабо выражены и с ними легко справиться. Риск возникновения тяжелых побочных эффектов минимален. Многие отмечают, что прием препаратов стал для них обычной частью распорядка дня. Тошнота, диарея и усталость – наиболее часто возникающие побочные эффекты. Они часто проходят после первых дней или недель приема. Преодолеть трудный период помогают лекарства против диареи и тошноты.

Лечение ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом заключается в подавлении вируса, в борьбе с возникающими на фоне снижения иммунитета оппортунистическими инфекциями и онкозаболеваниями, а также в стимуляции иммунной системы. **Антиретровирусная терапия** (АРВТ) подразумевает использование трех (минимум двух) препаратов, останавливающих размножение ВИЧ. В настоящее время известны три группы препаратов: первая и вторая — это препараты, действующие на фермент обратную транкриптазу, препятствуют переносу информации РНК вируса на ДНК клетки-хозяина; третья группа — это препараты, действующие на другой фермент ВИЧ — протеазу, препятствуют образованию полноценных ВИЧ-частиц.Если принимать препараты в строгом соответствии с предписаниями врача, количество ВИЧ в организме снизится до минимального. Чтобы убедиться, что лекарства действуют, применяются специальные анализы крови: анализ на вируснуюнагрузку определяет количество вируса в одном миллилитре крови; анализ на иммунныйстатус определяет, насколько сильна иммунная система (количество клеток CD4). Употребление наркотиков считается одним из факторов, который приводит к прогрессированию ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа. Во-первых, действие самих наркотиков ослабляет иммунную систему, во-вторых, на фоне приема наркотиков антиретровирусная терапия малоэффективна, лекарства могут взаимодействовать с наркотиком, чем вызвать отравления и смерть.

К сожалению, применение АРВТ имеет свои трудности. Во-первых, отмечены побочные эффекты ряда препаратов, встречается непереносимость некоторых компонентов, входящих в лекарства. В таких случаях препараты меняют на более подходящие. Во-вторых, данная терапия очень дорога (от 600 до 1000 долларов США в месяц). И хотя согласно Закону РФ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» лица, инфицированные ВИЧ, имеют право на бесплатное пожизненное лечение, в действительности лечат своих больных 3–4 региона РФ. В-третьих, назначение АРВТ-терапии требует жесткого соблюдения режима приема лекарств. Не все способны или готовы выполнять строгие указания врача, что приводит к появлению штаммов ВИЧ, устойчивых к лекарствам, и тем самым к снижению эффективности терапии.Адекватная терапия заключается в создании благоприятной для больного психологической обстановки, своевременной диагностике и лечении фоновых заболеваний, тщательном диспансерном наблюдении и своевременном начале специфической терапии и лечении оппортунистических инфекций и онкозаболеваний.

**Сочетание ВИЧ с другими инфекциями и заболеваниями**

Наличие в организме двух или более инфекций называют коинфекцией. Коинфекции играют большую роль в распространении эпидемии СПИДа и в развитии ВИЧ-заболевания в организме конкретного человека. Сейчас многие медицинские и профилактические центры во всем мире рассматривают проблемы ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся половым путем, а также туберкулеза как единое направление работы.В программах профилактики часто уделяется основное или исключительное внимание ВИЧ-отрицательным людям, которых стремятся уберечь от заражения. Однако правила безопасного поведения и предотвращения инфекций крайне важны и для ВИЧ-положительных, поскольку заражение ИППП, туберкулезом, гепатитами или реинфицирование ВИЧ может пагубно сказаться на их здоровье и качестве жизни.

**ВИЧ и ИППП**

Долгое время вопросы ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), рассматривались независимо друг от друга. На самом деле между эпидемией СПИДа и распространением ИППП существует тесная взаимосвязь. Инфекции, передающиеся половым путем способствуют эпидемии СПИДа, кроме того многие ИППП особенно опасны для ВИЧ-положительных. Такие ИППП как герпес, гонорея, сифилис, цитомегаловирусная инфекция способны привести к тяжелым осложнениям при ВИЧ-инфекции. Необходимы специальные программы по безопасному сексу для людей, живущих с ВИЧ. Также при ВИЧ-инфекции большую роль играют своевременная диагностика и лечение ИППП.

**ВИЧ и гепатиты**

Вирусные гепатиты - одна из наиболее частых причин хронических болезней печени, особенно опасных для людей с ВИЧ. Большой процент ВИЧ-положительных одновременно являются носителями вируса гепатитов В и С, которые передаются тем же путем, что и ВИЧ.Всем ВИЧ-положительным рекомендуется обследоваться на гепатиты и в случае отрицательного анализа избегать заражения, а в случае положительного - постараться снизить риск хронических заболеваний печени. В отличие от гепатитов В, С и D, путь передачи которых сходен с ВИЧ, вирусные гепатиты А и Е передаются подобно кишечным инфекциям.

**Гепатит А** - вирусная инфекция, передаваемая фекально-оральным путем, чаще всего через загрязненную воду или пищу; переболев гепатитом А, человек получает пожизненный иммунитет к данному возбудителю. Профилактика - контроль за чистотой питьевой воды и соблюдение личной гигиены.

Вирус **гепатита Е** передается фекально-оральным путем; профилактика его такая же, как гепатита А.

**Гепатиты В и D**

Гепатит В передается так же, как и ВИЧ, при непосредственном контакте с жидкостями тела зараженного человека - половым путем, через шприцы или другие колющие и режущие инструменты, при переливании крови, от матери ребенку. Подобно ВИЧ, этот вирус не передается при бытовом контакте, через пищу, воду, воздушно-капельным путем. Главное отличие гепатита В от ВИЧ - его более высокая заразительность: вероятность передачи гепатита в 100-300 раз выше, чем вероятность передачи ВИЧ при таком же контакте с инфекцией. Из-за высокой устойчивости вируса гепатита В существует реальный риск заражения при пирсинге или нанесении татуировок нестерильными инструментами (при ВИЧ такой риск значительно ниже). Из всех вирусных гепатитов В с наибольшей вероятностью передается половым путем. Около 30% всех заражений гепатитом В проходят бессимптомно; в таком случае диагноз можно поставить только по анализу крови. К симптомам гепатита относится желтуха (необычная желтизна кожи или глазных белков), потеря аппетита, тошнота, боль в желудке или суставах, повышенная утомляемость и некоторые другие. У части зараженных гепатит В переходит в хроническую форму; хронический гепатит в некоторых случаях ведет к тяжелым поражениям печени, включая цирроз. Для лечения хронического гепатита В применяются альфа-интерферон и ламивудин, эффективные примерно у 40% пациентов, однако радикально излечивающего средства не существует. Поэтому очень важна профилактика заражения, аналогичная профилактике ВИЧ-инфекции. К счастью, в отличие от ВИЧ, от гепатита В существует вакцина, обеспечивающая полную защиту. Гепатит D (дельта) вызывается дефективным РНК-содержащим вирусом, репликация которого возможна только в присутствии гепатита В. Заражение может произойти только в сочетании с заражением гепатитом В (одновременно или впоследствии, при присоединении одной инфекции к другой). При сочетании острых инфекций В и D повышается риск осложнений. Когда гепатит D присоединяется к хроническому гепатиту В, вероятность развития тяжелых поражений печени возрастает примерно вдвое. Гепатит D передается главным образом при инъекциях; заражение половым путем и передача от матери младенцу менее вероятны, чем при гепатите В. Меры профилактики - защита от заражения гепатитом В; при наличии гепатита В - избегать рискованного поведения, чтобы не "присоединить" к нему гепатит D.

**Гепатит С**

Наиболее подвержены заражению гепатитом С потребители инъекционных наркотиков (50-90%), так как этот вирус передается главным образом через кровь. Риск передачи гепатита С половым путем гораздо ниже, чем гепатита В или ВИЧ-инфекции, но он тем не менее существует. Нет подтвержденных сведений о передаче гепатита С при татуировках и пирсинге. Главный способ профилактики гепатита С - прекращение инъекционного употребления наркотиков либо использование стерильных инструментов. Зубные щетки, бритвы и другие предметы, которые могут иметь контакт с кровью, должны быть индивидуальными. Примерно у 70% зараженных вирусом гепатита развивается хронический гепатит С. В свою очередь хронический гепатит С в 70% случаев приводит к поражению печени. Сочетание ВИЧ-инфекции и гепатита С ассоциируется с более быстрым развитием заболеваний печени и с высоким риском смертельно опасного цирроза печени. Пока не установлено, как гепатит С влияет на прогрессирование ВИЧ-заболевания, хотя по некоторым данным гепатит может ускорить переход в стадию СПИДа.Комбинированная противовирусная терапия ВИЧ-инфекции не помогает лечению гепатита С; в большинстве случаев его лечат интерфероном или альфа-интерфероном и рибавирином. При терапии интерфероном и комбинированной терапии ВИЧ необходимо полное воздержание от алкоголя и наркотиков.

**ВИЧ и туберкулез**

На данный момент туберкулез - одна из главных причин смертности ВИЧ-положительных, и чем выше уровень распространенности ВИЧ-инфекции в стране или сообществе, тем выше уровень смертности от туберкулеза.Между туберкулезом и ВИЧ существует тесная связь. Результаты исследований, проведенных в ряде развивающихся стран, показывают, что до 70% больных туберкулезом являются носителями ВИЧ. Кроме того, примерно у 50% ВИЧ-положительных с высокой вероятностью можно ожидать развития туберкулеза, поскольку ослабление иммунной системы делает организм особенно уязвимым. Туберкулез является основным проявлением СПИДа среди более чем половины всех случаев болезни в развивающихся странах, где живет примерно 95% всех ВИЧ-положительных. В промышленно развитых странах, где туберкулез был искоренен почти повсеместно, наблюдаются признаки возвращения этой болезни в связи с эпидемией СПИДа.Около 13 миллионов человек в мире являются одновременно носителями ВИЧ и возбудителя туберкулеза. Туберкулез, как и обычные простудные заболевания, передается воздушно-капельным путем. Он распространяется больным человеком при кашле, сплевывании или чихании. Туберкулез может поражать различные органы, но чаще всего развивается в легких. Борьба с туберкулезом в сочетании с ВИЧ - это вопрос не только здравоохранения, но и прав человека. Распространению туберкулеза способствуют нищета, отсутствие жилья или нездоровые жилищные условия, недостаточное питание, употребление наркотиков, психический стресс. В отличие от ВИЧ туберкулез излечим - даже у ВИЧ-положительных. Короткий курс лечения - DOTS - позволяет вылечить большинство больных туберкулезом, при этом стоимость лекарственных препаратов составляет всего 10-15 долларов США на одного больного. При отсутствии лечения один больной туберкулезом способен заразить 10-15 человек в год. К сожалению, несмотря на наличие недорогого и эффективного лечения, ресурсы, выделяемые на борьбу с туберкулезом, по-прежнему недостаточны. Еще одна серьезная опасность - появление новых, устойчивых форм туберкулеза, для лечения которых дешевые препараты неэффективны.Хотя эффективное лечение туберкулеза само по себе не способно решить проблему СПИДа, оно позволит значительно снизить ущерб, наносимый эпидемией СПИДа во всем мире.

**Вирус и человек.**

**Лечение и ВИЧ: как принять решение**

Людям с ВИЧ постоянно приходится принимать серьезные решения, от которых может зависеть их дальнейшая жизнь и здоровье. Порой сам период принятия решения становится неприятным и мучительным бременем. Начинать ли прием противовирусной терапии? Переходить ли на другую комбинацию препаратов? Воспользоваться ли "альтернативными методами" лечения? Создание собственного плана принятия решений поможет, как следует обдумать вопросы, связанные с сохранением здоровья.

**Врач: друг или враг?**

Отношения с врачом играют центральную роль в лечении людей с ВИЧ. Научные исследования показали, что так называемые "долгожители" встречаются обычно среди ВИЧ-положительных, чьи врачи обладают большими познаниями и опытом в лечении ВИЧ-инфекции. К сожалению, найти высококлассного специалиста не всегда возможно. Особенно эта проблема актуальна для ВИЧ-положительных, живущих в небольших городках и отдаленных регионах.Тем не менее, в любой области можно найти человека с опытом лечения ВИЧ-положительных. В таком деле любой опыт ценен, но в подобной ситуации пациенту придется самому прикладывать усилия, чтобы узнать как можно больше о перспективах своего лечения. Очень важно построение открытых и дружественных отношений с врачом, с которым можно было бы разделить путь познания. Некоторые ВИЧ-положительные берут на себя активную роль и часто сами приносят своему врачу последние данные исследований, информацию с медицинских конференций и Интернет-ресурсов, чтобы обсудить ее с доктором.Разумеется, многие врачи с пренебрежением относятся к поиску информации человеком без медицинского диплома, считая это равнозначным самолечению. Другие же напротив ценят сотрудничество с пациентами и благодарны им за новую информацию, которую они могут использовать для повышения качества лечения и медицинского ухода.Не следует забывать о том, что все врачи разные. Построение взаимоотношений с врачом - это тяжелый труд, не менее сложный, чем семейные отношения. Здесь имеет значение не только квалификация врача, но и его манера общения, характер, мировоззрение. То же самое относится и к пациенту. Иногда врачи и пациенты попросту не "сходятся характерами". Например, одни врачи питают слабость к революционным новинкам в области медицины, и склонны назначать лечение в соответствии с самыми последними разработками. Другие же, напротив, более консервативны, и с осторожностью относятся к новой информации, опасаясь, что она еще недостаточно проверена опытом, а, следовательно, потенциально опасна для пациента.То же самое относится и к так называемым "альтернативным методикам". Если вы заинтересованы в китайской медицине или гомеопатии, то, во-первых, этот метод должен практиковаться только специалистом с медицинским образованием. Во-вторых, в идеале у него должен быть опыт лечения ВИЧ-положительных пациентов, или, по крайней мере, он должен хорошо понимать особенности ВИЧ-инфекции. Если вы знаете о ВИЧ больше, чем ваш врач, то, возможно, это не лучший вариант.Развитие отношений с врачом, которые будут комфортны для обоих - это второй шаг. Доверяйте собственным чувствам, но также помните, что в ваших отношениях всегда возможен прогресс. Отношения между врачом и пациентом не могут сложиться после одного визита.

**Доверяй, но проверяй!**

Если вы ищете достоверную информацию, которая помогла бы вам принять решение относительно собственного здоровья, то вам следует помнить о том, что в области СПИДа фальшивая и недостоверная информация - явление обыденное. Если вы читаете что-то о лечении ВИЧ-инфекции, всегда считайтесь с источником.Фармацевтические компании могут быть ценным источником информации, но не забывайте о том, что они заинтересованы в том, чтобы продать собственную продукцию. Здоровый скептицизм в отношении рекламных заявлений фармокомпаний никогда не повредит.Также следует помнить о том, что многие люди используют хронические заболевания, плохо поддающиеся лечению, для рекламы альтернативных методов не доказавших свою эффективность. До начала эпидемии СПИДа лидерами таких реклам были онкологические заболевания и артрит. Сейчас уже более 20 лет "целители" ВИЧ-инфекции множатся как грибы, при этом за компанию они готовы исцелить и рак, и другие, не имеющие отношения к ВИЧ болезни.Очень часто они утверждают, что их метод засекречен, или подвергается гонениям со стороны фармацевтических компаний и правительства, которые не хотят, чтобы об эффективном средстве лечения ВИЧ-инфекции узнали. Часто "целители" сопровождают свой товар чудесными историями исцеления разных людей, которые, конечно же "могут предъявить любые справки о своем исцелении". Наиболее популярными методами исцеления являются: "духовные силы", "восстановление энергетического баланса", а также "мобилизация естественных сил организма", хотя, здесь возможны и варианты. В состав предлагаемых лекарств в этом случае традиционно входят "секретные ингредиенты" или "народные методы".Главное, о чем необходимо помнить - все это фальшивое лечение, которое вполне возможно является опасным для жизни и здоровья. Люди, торгующие подобными методами, играют на страхах и надеждах людей, и очень часто делают это крайне искусно, зарабатывая неплохие деньги. Существуют надежные методы проведения клинических испытаний, а также утвержденные методы регистрации лекарственных средств. Если какой-то метод лечения не прошел ни первого, ни второго, он потенциально опасен для людей. Помните, что клинические испытания строго контролируются, люди сознательно принимают решение об участии в них, иногда получая денежное вознаграждение за подобное участие. Никто не платит за участие в клинических испытаниях для непроверенных лекарств!

**Какие есть варианты?**

Главный принцип сознательного принятия решения относительно лечения - получайте максимум информации о ВИЧ, возможностях и стратегиях современного лечения, причем желательно как можно раньше. Если человек уже страдает от оппортунистических инфекций, то у него не будет большого количества времени, чтобы как следует рассмотреть все варианты.По возможности, следует узнавать о возможных вариантах лечения до того, как возникнет потребность в них. Если ваше здоровье в прекрасном состоянии, то все равно неплохо было бы узнать о возможном лечении и поговорить о нем с врачом. Принятие решения до начала проблемы может помочь преодолеть тот страх, который связан с началом любого лечения, в том числе с началом приема противовирусной терапии. Если готовится к этому вопросу заранее и говорить об этом с врачом, то это поможет избежать как слишком раннего, так и слишком позднего начала лечения.

**Знания, вера и предрассудок**

У большинства людей есть собственные представления и страхи, связанные с терапией. Люди могут быть ярыми противниками противовирусных препаратов, или сторонниками дополнительной терапии из лекарственных трав. Поиск информации помогает уменьшить страхи перед терапией и решить, что именно подходит вам больше всего. При этом необходимо учитывать, как отразится принятое решение на вашем образе жизни, станут ли для вас проблемой ограничения в продуктах питания и т. д. Необходимо заранее знать о возможных побочных эффектах лекарств и приготовится к их появлению. Также нужно учитывать проблему соблюдения режима лечения.Очень часто наши представления о терапии и лечении строятся на страхах и слухах. Знания - это способ преодоления страхов и необоснованных предубеждений против того или иного вида лечения. Необходимо подвергать критике каждое убеждение относительно лечения и искать его источник. Часто личный опыт других людей и научные данные - это лучший способ преодолеть свой страх.Если вы соблюдаете все эти условия, но продолжаете считать, что предложенный врачом подход принесет больше вреда, чем пользы, то вам лучше искать альтернативу. Вы всегда можете пересмотреть свое решение. В момент поиска верного пути, нельзя закрывать глаза на собственные предубеждения: их надо изучать, рассматривать и проверять на прочность.

**Что говорят другие?**

Опыт других людей, принимавших такое же лечение - это ценная информация для принятия решения. Тем не менее, и к опыту других людей следует отнестись с определенной осторожностью. Чем меньше людей вы спросите, тем ненадежнее будет полученная информация. Учтите, что все люди разные, если что-то сработало для другого человека - это может не сработать для вас. С другой стороны, люди могут неправильно трактовать собственный опыт, делая неверные выводы о причинах улучшения или ухудшения состояния здоровья.Здесь легко попасть в психологическую ловушку. Личное свидетельство одного человека звучит для нас убедительнее, чем результаты исследования, обобщившего опыт тысяч людей. Об этой ловушке необходимо всегда помнить. Личный опыт других людей - это лишь один из способов сбора информации.

**Сила разума**

Для клинических испытаний лекарств обязательно используется так называемая группа плацебо, то есть люди, принимающие "пустышку" вместо препарата. Почему это делается? Исследования показали, что каждый третий человек, принимающий плацебо, начинает чувствовать себя гораздо лучше. Люди верят, что принимают лекарство, и оно в какой-то степени действует на них, даже если это таблетка из сахарной пудры.Если человек верит, что "противовирусная терапия - это яд", то, скорее всего, у него будет много побочных эффектов. Если вы верите, что терапия поможет вам, то неприятных последствий будет меньше. Не следует недооценивать роль наших мыслей в лечении. От них действительно многое зависит!

**Вывод**

Итак, сейчас уже многим ясно, что СПИД - одна из важнейших и трагических проблем, возникших перед всем человечеством в конце ХХ века. И дело не только в том, что в мире уже зарегистрированы многие миллионы инфицированных ВИЧ и более 200 тысяч уже погибло, что каждые пять минут на земном шаре происходит заражение одного человека. СПИД - это сложнейшая научная проблема. До сих пор неизвестны даже теоретические подходы к решению такой задачи, как очистка генетического аппарата клеток от чужеродной (в частности, вирусной) информации. Без решения этой проблемы не будет полной победы над СПИДом. А таких научных вопросов это заболевание поставило много...

СПИД - это тяжелейшая экономическая проблема. Содержание и лечение больных и инфицированных, разработка и производство диагностических и лечебных препаратов, проведение фундаментальных научных исследований и т. Д. Уже сейчас стоят миллиарды долларов. Весьма непроста и проблема защиты прав больных СПИДом и инфицированных, их детей, родных и близких. Трудно решать и психосоциальные вопросы, возникшие в связи с этим заболеванием.

СПИД - это не только проблема врачей и работников здравоохранения, но и ученых многих специальностей, государственных деятелей и экономистов, юристов и социологов.

Все должны знать и понимать, что СПИД вошел с нами в XXI век. И для того, чтобы выжить, уменьшить риск заражения и распространения заболевания, как можно больше людей во всех странах должны многое знать о СПИДе - о развитии и клинических проявлениях заболевания, его профилактике и лечении, уходу за больными, психотерапии больных и инфицированных.

**Список использованной литературы**

Медицинским сестрам о СПИДе./Сост. Перфильева Г.Москва. - Пермь, - 2001.

СПИД в вопросах и ответах: В помощь лектору./Сост. Павлова Е.В. - Казань, 2001.

Энциклопедия «Кругосвет»

 Проф. Е.С.Белозеров, к.м.н. Ю.И.Буланьков

Санкт-Петербург, 2004

Малая медицинская энциклопедия

Популярная энциклопедия «Первая медицинская помощь»

[Белозеров Е.С., Змушко Е.И.](http://www.ozon.ru/?context=detail&id=1360816&partner=metas#persons)ВИЧ-инфекция Изд. 2-е, перераб., доп. 2003.

Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии. Малов В.А., Малова Е.Я. "Академия" 2005,