

ХК: На этом основывается сарказм Пертской группы по поводу эмиграции?

ВТ: Да. Если вы позитивны в Нью-Йорке, то просто садитесь на самолет и прилетайте в Перт. Вы больше не будете позитивны.

ХК: Вы упоминали об одном исключении?

ВТ: Многоцентровое исследование СПИД-выборки, или MACS, проведенное в Соединенных Штатах. Это замечательное исследование началось в начале восьмидесятых и прослеживало судьбу 5000 гомосексуальных мужчин. По правилам исследования Вестерн-блот мог быть положителен при наличии лишь одной "СИЛЬНОЙ" полосы. 36 Хотя последнее и изменилось в дальнейшем. Но до 1990 года одна полоса считалась достаточной для диагностирования ВИЧ-инфекции. 31 Такое не принималось бы в расчет нигде более. Даже в Африке. То есть, где-то там есть гомосексуальные мужчины ВИЧ-инфицированные по такому показателю. И, вероятно, в результате им давали противовирусные лекарства.

ХК: Давайте разберемся. Мы всегда думаем о наших новых читателях, и мне кажется, что это чрезвычайно важный момент. Вы говорите, что даже специалисты допускают, что некоторые наборы или комбинации в Вестерн-блоте не индикативны к ВИЧ-инфекции из-за того, что они вызваны антителами не к ВИЧ?

ВТ: Да. Вы можете почитать, что Энтони Фаучи /Anthony Fauci/ написал про это в "Основах Медицины Внутренних Болезней Харрисона" /Harrison's Principles of Internal Medicine/. 22 Вы могли бы напечатать цитату в конце интервью.**

ХК: Таким образом, определенно антитела не к ВИЧ реагируют в тесте на ВИЧ?

ВТ: Да, Хью. Тому есть масса примеров. Например, у 30% людей, которым переливали ВИЧ-отрицательную кровь, продуцировались антитела к р24. 37 Это считается одним из наиболее специфичных ВИЧ-белков, и он присутствует в Вестерн-блоте. И это способ, которым любой из тех 5000 гомосексуальных мужчин мог быть позитивно тестирован в MACS. То есть, некоторые гомосексуальные мужчины инфицированы ВИЧ по результатам теста, дающего позитивный результат у трети людей, которым переливалась кровь, даже не содержащая ВИЧ.

ХК: У меня это вызывает более чем просто волнение.

ВТ: Равно как это должно вызывать и у любого участника того исследования. Или у любого тестированного Вестерн-блотом до 1987 года.

ХК: Почему до 1987года?

ВТ: До 1987 года любой с полосой р24 или р41 диагностировался как позитивный, а

значит инфицированный. Так было, если они тестировались Вестерн-блотом. А не у всех проводился Вестерн-блот. Некоторые были диагностированы просто по результатам ELISA. Способа, которым люди тестируются в большей части Великобритании, за исключением Шотландии, где Вестерн-блот является рутинным анализом. Например, в 1985 году, используя р24 или р41 либо оба белка в Вестерн-блоте, австралийские специалисты поставили диагноз ВИЧ-инфекция гомосексуальному мужчине, и определили передачу ВИЧ через его сперму четырем женщинам, подвергшимся искусственному оплодотворению. В то время это было большой новостью, потому что утверждалось, что это прямое доказательство гетеросексуальной передачи. Это часто цитируемая статья. В 1996 году мы подвергли это сомнению в нашем письме, опубликованном в журнале "Lancet". В свете сегодняшних австралийских критериев мы задавали вопрос, считались ли бы сейчас тот мужчина и те женщины инфицированными? В своем ответе, австралийские специалисты отстаивали первоначальное утверждение о ВИЧ-инфицировании тем, что у всех пяти человек развился СПИД, и они все умерли. Они заключали, что причина, по которой дополнительные полосы отсутствовали в 1985 году, была в том, что в то время Вестерн-блот находился в "детском состоянии".

ХК: Что же такого детского в тесте?

ВТ: Мы не знаем, но если тест недостаточно развит, почему он тогда используется? Существует два интересных момента. Во-первых, это подтверждает то, что я сказал ранее. Исследователи ВИЧ используют диагноз СПИД как доказательство того, что антитела были вызваны ВИЧ. Во-вторых, если р41 и р24 были достаточны для диагностирования ВИЧ в Австралии в 1985 году, и по мнению австралийских специалистов, они были правы в отношении этих пяти пациентов, почему их не достаточно теперь? И почему недостаточно в других частях света?

ХК: А что в отношении пропущенных полос?

ВТ: Хотя критерии Вестерн-блота и изменились в 1987 году, похоже только после того, как наше письмо было опубликовано в журнале "Lancet", сыворотка того гомосексуального мужчины и одной из тех женщин были повторно тестированы. По анализу тех сывороток, у гомосексуального мужчины и женщины теперь было четыре полосы.

ХК: Откуда бы им взяться?

ВТ: Полоса, с которой были сложности, была полосой белка р120. Существовала уверенность, что белок такой молекулярной массы ДОЛЖЕН быть представлен в Вестерн-блоте. Однако, разработка способа его получения требует много времени и экспериментальной работы. В частности, невозможно иметь "вирусный" р120 в Вестерн-блоте, поскольку мы знаем, из работы Ганса Гельдерблома /Hans Gelderblom/ и его коллег, что частицы ВИЧ после выхода из клетки, быстро теряют все свои шарообразные выросты на поверхности, которые, по утверждениям специалистов, являются местами, где должен находиться белок р120. На самом деле причина, по

которой полоса p120 присутствует в Вестерн-блот, не имеет ничего общего с вирусом. Она там находится благодаря тому, что исследователи ВИЧ, в конце концов, нашли правильные химические условия для его продуцирования при приготовлении лент для Вестерн-блота. Это было доказано в 1989 году, когда показали, что полоса p120 - это не более чем полимер белка p41. Мы обсуждали это в нашей статье в журнале "Bio/Technology". 1

ХК: Пища для размышлений. Какие еще есть примеры для перекрестных реакций?

ВТ: Есть гораздо больше примеров. Теперь, должно быть, любой слышал о собаках? У пятидесяти процентов собак из 144 обследованных в США в 1990 году были найдены антитела к одному или более белкам ВИЧ. 38 Но собаки не заражаются ВИЧ, у них не бывает СПИДа, так что эти полосы не могут означать ВИЧ-инфекцию. Если бы барабашка смешал кровь этих собак и кровь обследованных в MACS, никто бы не смог сказать, в чем разница. Есть также мыши, не инфицированные ВИЧ, у которых вызываются антитела к ВИЧ, если им вводят лимфоциты подобных свободных от ВИЧ мышей 39, и есть исследование в соавторстве с австралийским специалистом доктором Элизабет Дакс /Dr. Elizabeth Dax/. 40 В 1991 году ее группой вторично проанализировались ленты, а не сыворотка, Вестерн-блота, проведенного в 1985 году на сыворотке десяти людей, бывших инъекционными наркоманами в 1971-72 годах.

ХК: И что показало исследование?

ВТ: Могу я зачитать подробности из одной из наших не опубликованных статей?

ХК: Продолжайте

ВТ: Были прослежены десять человек "с потенциально позитивными комбинациями полос Вестерн-блота, при использовании более специфических критериев 1985 года". Один пациент погиб в результате дорожно-транспортного происшествия, "и при аутопсии у него не было обнаружено никаких лимфоретикулярных отклонений, а тщательный ретроспективный анализ не показал наличия ни свидетельств употребления наркотических веществ, ни ВИЧ-инфекции". Из девяти живых наркоманов, двое не могли быть клинически обследованы, семеро не были подвержены хроническим заболеваниям (один находился в заключении, но в удовлетворительном состоянии здоровья, один успешно завершил курс лечения метадоном, один проходил курс лечения метадоном, другой спорадически употреблял наркотики). "У двух последних, чьи результаты Вестерн-блота 1971-1972 годов были наиболее реактивными, текущие анализы ELISA и Вестерн-блота были отрицательными. Параметры иммунной функции были несовместимы с диагнозом иммунной супрессии". Данные этих авторов позволили им сделать выводы, что "возможно, антитела к непатогенному вирусу могут исчезать на протяжении 17-18 лет ... прослеживания. Хоть такая возможность не может быть исключена, вероятнее, что более ранние результаты были ошибочно позитивны ... , до сих пор отсутствуют четкие данные о ВИЧ-инфекции в популяции наркоманов в

Соединенных Штатах еще в 1972 году”.

ХК: Антитела к ВИЧ могут понемногу и даже полностью исчезать с течением времени?

ВТ: Да. Не смотря на то, что нам говорят, что ВИЧ - это навсегда, тут мы видим наркоманов, которые бросили наркотики, начали вести более здоровый образ жизни, и их тесты по антителам возвратились от позитивных к отрицательным. И их показатели Т4 вернулись к норме. Но наиболее показательным является то, что они оставались живы спустя 20 лет, чтобы рассказать историю.

ХК: А теперь их представили бы как спасенными благодаря современнейшим анти-ВИЧ коктейлям?

ВТ: Вполне вероятно. Стоит подчеркнуть, как велика дилемма, создаваемая этими данными для специалистов по ВИЧ. Если бы эти наркоманы привлекли внимания тем, что остаются живы, они должны бы были умереть с патогенным ВИЧ, и, скорее всего их смерти были бы отнесены к ВИЧ. Вне сомнения, это было официальной причиной смерти для многих из их менее счастливых братьев и сестер. Но, поскольку они были живы, и в относительно добром здравии, это оспорило ВИЧ-теорию СПИДа. Итак, специалисты стали играть с мыслью о непатогенном ВИЧ. Это как минимум спасло бы тесты. Но и отодвинуло бы начало эры СПИДа вглубь к 1971 году. И поместило бы начало не в Африку, а в Соединенные Штаты. И заставило бы нас задуматься, насколько летален или релевантен вирус, который болтается себе, в течение двадцати лет, не убивая больного. И который исчезает при улучшении здоровья больного. То есть, что касается этих конкретных наркоманов, начавших новую жизнь, они, видимо, были ошибочно позитивными. Почему бы всем наркоманам не начать новые жизни и не закончить так же?

ХК: Возможно и всем больным СПИДом? Держитесь подальше от лекарств, в том числе и анти-ретровирусных, и живите жизнью здоровой и достаточно долгой для того, чтобы антитела и факторы риска превратились во что-нибудь более любезное?

ВТ: Может для некоторых, но не забывайте, что у больных СПИДом есть заболевания. Они должны быть оценены и подвергнуты лечению.

ХК: Почему эта статья не опубликована?

ВТ: Мы написали статью в начале 1997 года и назвали ее “Критическая оценка данных по выделению ВИЧ”. Я научный сотрудник Хирургического Колледжа в Австралии, и мы послали ее туда, надеясь, что хирурги заинтересуются. Рецензирование длились долго, и переписка была обширной. Они отказались публиковать, не по причине серьезного расхождения с наукой, а из-за того, что редколлегия посчитала, что дискуссия по поводу существования или несуществования ВИЧ будет представлять незначительный интерес или пользу для большинства читателей Австралийского и Новозеландского Хирургического Журнала /Australian and New Zealand Journal of Surgery/.

ХК: Невероятно.

ВТ: Невероятно, но правда.

ХК: Где статья сейчас?

ВТ: В сети Интернета. На сайте Интернета по Переоценке /Reappraising Website/ 13 и, кроме того, благодаря любезным усилиям Роберта Ларховена /Robert Laarhoven/, на нашем собственном сайте Интернета *** . За последний месяц, как нам сказал Невил Ходжкинсон /Neville Hodgkinson/, с точки зрения получения информации по поводу существования ВИЧ, это была наиболее легкая для понимания статья, которую мы когда-либо написали.

ХК: Возвращаясь к Вестерн-блоту, предлагают ли специалисты хоть какое-нибудь объяснение чрезвычайной вариабельности по всему миру критериев позитивного Вестерн-блота?

ВТ: Ну, есть ряд вещей, исходящих от нашей Национальной Референс-Лаборатории по ВИЧ /National HIV Reference Laboratory/.

ХК: Что же они говорят?

ВТ: Во-первых, утверждается, что различные критерии Вестерн-блота с течением времени выровнялись.

ХК: Это правда?

ВТ: Как это может быть правдой? В 1985 году это были р24 и р41. На какой бы стороне вы ни находились, по меньшей мере, следовало бы сказать, что критерии выравниваются. Но даже поверхностный взгляд на диаграмму показывает, насколько просто выровнены в настоящее время критерии. Если это является выровненным, тогда то, что было когда-то в прошлом должно быть очень близко к анархии.

ХК: Что насчет разных критериев позитивного теста?

ВТ: Согласно нашим специалистам, совершенно законно устанавливать критерий позитивности теста по распространенности ВИЧ-инфекции в обществе, которое тестируется.

ХК: Что это значит?

ВТ: Там, где распространенность низка, что утверждается для Австралии, вы устанавливаете много полос для того, чтоб тест был позитивным. В частности у нас четыре. Но, в Африке, где по их утверждениям распространенность составляет до 10%,

вы можете обойтись меньшим количеством, хватит даже двух. В США ситуация где-то посередине. Две или три полосы.

ХК: В чем же проблема?

ВТ: Во-первых, что если бы я рассказал вам, что на медицинском факультете Университета Западной Австралии студентов учат по разному интерпретировать рентгеновские снимки грудной клетки курильщиков и некурящих? Или католиков и иудеев? Или для жителей разных стран? Что в Ирландии рентгеновские снимки грудной клетки показывают рак легких, но не тогда, когда вы отправляете снимки в Перт. Во-вторых, специалисты регулярно производят оценки по распространенности инфекции ВИЧ, но как они узнают, какова она? Когда вы узнаете, как она оценивается, окажется, что это тот же тест на антитела. Так нельзя делать. Вы не можете использовать тест на антитела для определения распространенности заболевания до тех пор, пока вы не знаете его специфичность. Никто не знает специфичности тестов по антителам на ВИЧ. То, что делают специалисты - это использование теста неизвестной специфичности и его установка в качестве средства оценки и средства проверки себя самого. Вот в чем проблема с так называемой наукой о СПИДе. Вот в чем софистика, используемая для определения специфичности Вестерн-блот анализа на ВИЧ на уровне невероятных 99.999%. 41

ХК: Вы можете пояснить, что вы под этим подразумеваете?

ВТ: Исследователи ВИЧ проводят тест на ВИЧ по антителам на некотором количестве людей, а потом повторяют его полдюжины раз, используя слегка отличную методику или другой под-метод все той же методики. Если тесты позитивны и все совпадают, то говорят, что тест стопроцентно специфичен.

ХК: Повторяемость результата берется как доказательство того, что вызвало этот результат. Невероятно. Как они делают независимую проверку наличия или отсутствия ВИЧ?

ВТ: Этого не делают. То, что делается - это наподобие того, как делать рентгеновские снимки грудной клетки или ЭКГ на разном оборудовании или в разных больницах и утверждать, что одни и те же результаты доказывают, что рак легких или сердечные приступы в действительности существуют.

ХК: То есть, хотя все и допускают наложения, вызванные антителами не к ВИЧ, никто в действительности не оценил размах проблемы. Как говорят представители Пертской Группы, все это могут быть антитела не к ВИЧ?

ВТ: Да. Например, наша Референс-лаборатория ВИЧ допускает, что четвертая часть не несущих ВИЧ доноров крови имеет одну или более реактивных полос в Вестерн-блоте на ВИЧ. Они допускают, что это может быть вызвано перекрестной реакцией, антителами не к ВИЧ. А теперь, то, как получить перекрестное реагирование, антитела не вызванные ВИЧ - это дать вашей иммунной системе несколько встрясок. И чем больше

ударов, и чем ближе они друг к другу, тем выше вероятность того, что у тестируемого будут перекрестно реагирующие антитела. Но мы знаем, что в местах подобных Африке, такого рода вещи постоянно происходят. И они происходят во всех группах СПИД-риска. То есть, в сущности, вы тестируете на ВИЧ людей, которые имеют наибольшие шансы на перекрестно реагирующие или не-специфически индуцированные антитела. Так мы получаем этот гротескный парадокс. Четвертая часть чистых, сытых австралийских доноров крови имеют одну или две полосы в Вестерн-блоте, и могут даже нести четыре полосы, но они не инфицированы ВИЧ. А в Африке, в кричащей нищете, голодающие, с угандийскими средствами к существованию фермеры с малярией или туберкулезом или с постоянными приступами дизентерии, могли бы иметь целые букеты перекрестно реагирующих антител, но если у них есть даже две, а не четыре полосы в Вестерн-блоте - они инфицированы ВИЧ. Вы знаете кого-нибудь, кто бы мог объяснить такое?

ХК: Это определенно идет в разрез со здравым смыслом. Я знаю много людей, которые постарались бы уклониться от попытки объяснить.

ВТ: Это становится все загадочнее. Если наши специалисты правы по поводу того, что критерии Вестерн-блота выравниваются со временем, то поскольку Австралийские критерии не менялись в последнее время, и поскольку ученые, похоже, должны выставлять критерии Вестерн-блота согласно распространенности ВИЧ-инфекции, можно сделать обратный вывод о том, что распространенность ВИЧ-инфекции в остальном мире приближается к австралийской.

ХК: Которая считается одной из самых низких в мире?

ВТ: Да.

ХК: Очевидно, случилось так, что диагностировать ВИЧ-инфекцию в Африке гораздо проще по сравнению с Австралией.

ВТ: Критерии Всемирной Организации Здравоохранения дают возможность с большей легкостью сообщать о позитивном тесте в Африке. Но это не значит, что позитивность теста вызвана ВИЧ-инфекцией.

ХК: Должны ли критерии для стран так называемого развивающегося мира быть самыми строгими?

ВТ: Никто и нигде во всем мире не знает корректных критериев, но каждый знает о перекрестно реагирующих антителах. Именно они создают неразбериху. Это, как потерять вашего пятилетнего ребенка в кино. Если вы его взяли на что-то "только для взрослых", из-за того, что ваша няня сбежала, тогда это довольно просто. Скорее всего, кинотеатр полон взрослых и любой ребенок, которого вы видите, скорее всего ваш ребенок. Но, что если вы взяли его посмотреть "Белоснежку"? Там дети повсюду. Вам нужны гораздо более строгие критерии, перед тем, как вы сможете отыскать вашего

ребенка. Если он выглядит или же одет как все, вам необходимо поднимать планку все выше. Если у него есть брат-близнец, вам может понадобиться снять с него носки и поискать родинку на ступне.

ХК: То есть, использование только двух полос в Африке, означает, что тест худшего качества, чем такой же, к примеру, на Западе?

ВТ: Когда вы говорите о тестах, вам надо быть осторожным в словах. “Качество” может касаться любого параметра теста. Мы не знаем ни одного из параметров теста, поскольку они никогда не были оценены в сравнении с золотым стандартом. Я должен это еще и еще раз подчеркнуть. Без знания чувствительности и специфичности тестов на ВИЧ по антителам, невозможно использовать такие тесты для доказательства ВИЧ-инфекции. Но ваш вопрос поднимает затрагивает другой интересный момент. Если вы посмотрите на математику тестирования, легко доказать, что там, где распространенность чего-либо, за чем вы гоняетесь, достаточно высока, даже самый паршивый тест будет давать правильный результат в более чем половине случаев. Это происходит потому, что шансы накапливаются еще даже до того, как у человека проводится тест. И десяти процентная распространенность является довольно высокой. Диабет составляет примерно пять процентов, а мигрень - около десяти. Так, если бы один из десяти африканцев был инфицирован, а здесь я говорю о распространенности, определенной *bona fide* (добросовестным) образом, а не по круговой абстракции на основе антител, и средний африканец был бы в состоянии заплатить за тестирование, вы просто можете использовать для теста все что угодно. Даже тест на антитела к Vegemite **** мог бы давать довольно неплохой прогноз в отношении инфекции.

ХК: Тестирование на антитела не является обычным явлением в Африке?

ВТ: Определение СПИДа в Африке согласно Всемирной Организации Здравоохранения, данное в Банги (столица Центрально-Африканской Республики), не требует ни тестов на антитела, ни подсчета Т-клеток. Я думаю, существует еще нечто очень важное, что надо подчеркнуть. Люди могут не отдавать себе отчет в том, что означают данные по Африке. Во-первых, никто бы и не подумал диагностировать ВИЧ-инфекцию или СПИД на Западе без анализа крови. Но по определению для Африки это нормально. Вам могут поставить диагноз СПИД просто по симптомам: например, лихорадка, кашель, диарея на протяжении тридцати дней подходят под определение. Во-вторых, единственное основание, по которому на Западе считается, что гетеросексуалы рискуют получить инфекционный иммунодефицит, состоит в интерпретации ситуации в Африке. Из-за того, что равные количества мужчин и женщин репродуктивного возраста имеют африканский диагноз СПИДа, и когда проводят тесты, у равного количества есть антитела. Основываясь на иллюзиях, вытекающих из таких параллельных, но потенциально ошибочных результатов, африканец, диагностированный без анализа на антитела по определению, данному в Банги, приговаривается к ВИЧ или СПИДу, в отличие от кого-либо на Западе. А при такой строгости диагноза пример тысяч африканских мужчин и женщин, серьезно страдающих симптомами и болезнями, имевшими до 1981 года другие названия, принимается нами за доказательство того, что Западу угрожает опасность гетеросексуально передаваемого

СПИДа.

ХК: Вызванного тем же вирусом?

ВТ: Да, даже не смотря на то, что тест по антителам, использующийся для диагностирования того же самого вируса, читается в Африке по-другому. И может не быть позитивным в других местах. В частности, согласно ЦКЗ /CDC - Centres for Disease Control/, в Соединенных Штатах, африканец со СПИД-определяющим диагнозом считается гетеросексуальным случаем СПИДа только благодаря факту, что он или она прибыл(а) из страны, где гетеросексуальный СПИД, по утверждениям, является "доминирующим" путем передачи вируса. Знание реальных сексуальных контактов не обязательно.

ХК: Считается, что африканец будет неизменно гетеросексуалом?

ВТ: Ясное дело.

ХК: Может ли одинаковое распределение СПИДа по полам у сексуально активных взрослых людей доказывать сексуальную передачу?

ВТ: Это согласуется с сексуальной передачей, но не является достаточным доказательством. У равного количества сексуально активных взрослых воспаляется аппендикс или развивается менингит. Или шизофрения. Разве эти болезни передаются сексуальным путем?

ХК: Не опубликовывала ли Пертская группа недавно статьи с обзором перекрестно реагирующих антител?

ВТ: Да. В нашей последней статье 12 сообщалось достаточное количество данных, показывающих, что антитела к организмам тех типов, что инфицируют 90% больных СПИДом, могут также реагировать со всеми возможными белками ВИЧ. Включая те, что вносятся в Вестерн-блот. То есть, если 90% больных СПИДом инфицированы микобактерией или грибом, например таким, как *Pneumocystis carinii*, как можно диагностировать ВИЧ-инфекцию у таких лиц, или заявлять, что ВИЧ является причиной их заболеваний? В статье мы так же проверяем перекрестно реагирующие антитела в отношении доказательства существования ВИЧ. В частности, в качестве предостережения, мы подробно останавливаемся на том, как почти за одну ночь первый в мире человеческий ретровирус, HL23V от Галло, угас, когда доказали, что антитела к нему неспецифичны.

ХК: А Пертская группа предполагает подобную судьбу для ВИЧ?

ВТ: Если кто-нибудь в конце концов разрешит проблему выделения или специфичности, что на самом деле одно и то же, мы считаем, что это весьма вероятно.

ХК: Итак, в сравнении с 1993 годом, когда была опубликована статья в журнале "Bio/Technology", больше ли сейчас данных о том, что позитивные тесты по антителам вызываются факторами, которые даже эксперты считают не связанными с ВИЧ?

ВТ: Абсолютно верно. Еще важно помнить, что пациентов преимущественно подбирают на антитела до того, как они даже подвергаются Вестерн-блоту. Вестерн-блот проводят на людях, которые, в первую очередь, чувствуют необходимость обратиться к врачу и, во вторую - имеют достаточно антител, чтобы ELISA давал позитивный результат дважды к ряду.

ХК: Они предварительно группируются посредством селекции на антитела?

ВТ: Правильно. Видите ли, Хью, когда вы говорите, что кто-то ВИЧ-отрицателен, правда в том, что он не ELISA-отрицателен и не Вестерн-блот-отрицателен. Он на самом деле ELISA-отрицательный либо один раз, либо в одном случае из двух, а Вестерн-блот не проводится. Отрицательность не подтверждается Вестерн-блотом, только позитивность. Однако, посредством выбора этой конкретной стратегии тестирования, ВИЧ/СПИД специалисты повышают вероятность появления перекрестно реагирующих антител.

ХК: Максимизируют перекрестные реакции? Этому есть свидетельства?

ВТ: Да. В 1988 году армия США 41 протестировала более миллиона солдат и нашла, что даже среди здоровых призывников, половина из 12000 с первично позитивным ELISA была отрицательна при вторичном тестировании. И после вторичного позитивного ELISA две трети дали отрицательный результат при первом Вестерн-блоте. А некоторые, из первично позитивно прореагировавших в Вестерн-блоте, дали отрицательный результат при вторичном Вестерн-блот тестировании. То есть, чего вы добиваетесь двумя позитивными ELISA перед Вестерн-блотом, так это обширные возможности привнести сумятицу, вызываемую перекрестно реагирующими антителами. "Белоснежка " в пробирке.

ХК: В таком случае, могут ли существовать такие люди, которые дадут дважды отрицательный результат по ELISA, а потом - позитивный по Вестерн-блоту?

ВТ: Такое бывает, но имеется очень мало данных относительно того, как часто, поскольку отрицательные люди обычно не проверяются таким образом.

ХК: Существуют ли другие причины, выдвинутые в оправдание вариабельности настоящих критериев ВБ?

ВТ: Я не знаю ни одного, за исключением того, конечно, что ВИЧ обладал бы какого-то рода глобальной навигационной системой. Он вычисляет, где он находится, а затем выбирает, на какую В-клетку нападать. Такое мастерство было бы чрезвычайно сложно

закодировать в восьми или девяти, или десяти генах.

ХК: Почему восемь или девять, или десять генов?

ВТ: Это, наверное, самый изученный объект во вселенной, но специалисты до сих пор не пришли к соглашению относительно того, сколько у него генов.

ХК: Какой бы совет вы дали в 1998 году человеку, который желает узнать свой статус по антителам к ВИЧ?

ВТ: Во первых, с точки зрения установления наличия ВИЧ-инфекции, я бы сказал - не подвергайтесь тестированию. Не распространяйте тестирование. Не распространяйте тестирование на ВИЧ. Вы же не думаете, что женщина, пропустившая месячные, будет тестироваться на беременность до тех пор, пока вы не знаете, насколько хорошо проводится тест. Тогда - зачем это?

ХК: Что, если некто, скажем из группы высокого риска, хочет узнать свои шансы на развитие заболевания, называемого СПИД? Безотносительно к тому, вызывается ли оно ВИЧ?

ВТ: Я считаю, есть две точки зрения. Каковы шансы заболеть (так склонны рассуждать врачи), либо же каковы шансы оставаться здоровым? Это расставляет разные акценты с точки зрения пациента. Нет сомнения в существовании связи между вхождением в группу риска, наличием позитивного теста и развитием определенных заболеваний, называемых СПИД. Но это не применимо для ответа на все вопросы. Это лишь статистика. То есть, для человека на этих двух переменных не может все заканчиваться. Не все такие люди заболевают, а риск варьирует до пятидесяти раз между разными группами риска. Значит, если вы отбросите ретровирусную зависимость и все, что с ней связано, вы могли бы оглядеться в поисках иных факторов. Теперь, как и конечные причины большинства заболеваний, некоторые из этих факторов могут быть абсолютно неизвестны, и находиться полностью вне вашего контроля. Но могут быть и некоторые известные и контролируемые факторы. Может такие простые, как нахождение в группе риска. Вы можете, к примеру, выйти из вашей группы риска или прекратить делать то, что сопряжено с риском. Вспомните, что произошло с наркоманами. Учитывая то, что связано с тестами на антитела, возможно исследователи ВИЧ случайно натолкнулись на тест из разряда "что-то не в порядке", вроде СОЭ.

ХК: Что такое СОЭ?

ВТ: Скорость осаждения эритроцитов. Это тест, широко используемый в клинической медицине. В нем измеряется, с какой скоростью капля крови падает на дно пробирки с раствором антикоагулянта. Скорость, с которой эритроциты осаждаются, подвержена влиянию изменений в плазме, в которой они находились, в особенности изменений, вызванных переменами в белковом составе. Например, при воспалительных состояниях, таких как ревматоидные артриты и при туберкулезе, хотя не-заболевания, такие как беременность, также вызывают высокий уровень СОЭ. Кстати, раньше, СОЭ

использовался как тест на беременность. Суть вот в чем. Наша группа долгое время спорила по поводу недоказанности того, что ретровирус является причиной, вызывающей такие антитела. Но, не взирая на это, что-то должно стимулировать их продукцию, и понимание наличие такой вероятности, может приводить людей к поступкам, которые могли бы сводить на нет их возможно вредоносные предупреждения. Если позитивный тест не вызывается ни одним из реально существующих заболеваний, тогда, может быть, это элементы жизни человека, которые можно было бы изменить так, чтобы стимул для такой системы предупреждения уменьшился. Или, даже полностью выключился. Опять мы возвращаемся к тем наркоманам. У них не было ВИЧ, так говорят специалисты, но у них были антитела, реагирующие в тесте на ВИЧ. Какова бы ни была причина, когда они изменили свою жизнь в направлении улучшения здоровья, где-то на том пути, на котором они избавились от своих вредных привычек, они избавились от антител. Я знаю, что объяснение специалистов заключалось в том, что они никогда не имели «настоящих» антител, но другая, гораздо более безобидная интерпретация представляет нашу позицию в споре. Эти данные предсказываются нашей теорией. Эти данные являются проверкой нашей теории, и наша теория прошла эту проверку. Единственная разница, как мы утверждаем, состоит в том, что нет доказанных, «настоящих» антител к ВИЧ. Так что, возможно, сама мысль, что эти антитела вызваны чем-то иным, может дать достаточную надежду на отмену приговора, подписанного ВИЧ. Я думаю, что те из нас, кто не являются ВИЧ-позитивными, не могут даже представить себе, как глубоко страдают психика и здоровье человека из-за веры в существование летального ретровируса, неумолимо пожирающего иммунную систему. Требуется чрезвычайная доблесть, чтобы даже поставить под сомнение то, во что все остальные верят.

ХК: Мы должны изучать тех, кто длительное время живет с антителами к ВИЧ, дабы выяснить, какие факторы подталкивают ВИЧ-позитивных к заболеваниям?

ВТ: Или от заболеваний. Это будет составлять огромный интерес и пользу.

ХК: А как же люди с реальными заболеваниями, подпадающими под определение СПИД?

ВТ: Как я говорил ранее, заболевания следует решительно и разумно лечить так, как они того требуют.

ХК: Что если кто-либо не состоит в группе риска, здоров, но положителен?

ВТ: Единственный честный ответ состоит в том, что, с точки зрения антител, нет данных по которым можно было бы составить прогноз.

ХК: Почему Вы так говорите?

BT: Потому что, с чисто научной точки зрения, чтобы определить, отражают ли эти антитела некий независимый риск, следует взять примерно сотню не находящихся в группе риска ВИЧ-позитивных лиц и наблюдать за ними без какого-то ни было лечения несколько лет и посмотреть, что произойдет. Но нельзя будет говорить им, что они ВИЧ-позитивны.

ХК: Почему нельзя?

BT: Потому что, как мы только что обсудили, больные и врачи горячо уверены в том, что быть ВИЧ-позитивным означает смерть. Такая вера и возможное употребление анти-ВИЧ лекарств сами могут вызвать заболевание. Эти две переменные сильно запутают эксперимент.

ХК: Как вы, как врач, полагаете, о чем конкретно пациенты должны просить своих врачей?

BT: Требовать научного доказательства, что антитела, найденные в вашем организме происходят единственно по причине инфекции вирусом под названием ВИЧ.

ХК: А что если ответ будет - не волнуйтесь, верьте нам, тесты истинно верны?

BT: Тогда спросите, как, где и кем это было установлено. Требуйте цитаты, научные статьи, имена, даты, адреса исследователей, журналов. Достаньте нашу статью от 1993 года в журнале "Bio/Technology" или нашу последнюю статью, или это интервью, или интервью с Элени, или что-то из других материалов, которые Кристин Джонсон /Christine Johnson/ писала о наших исследованиях, и попросите, чтобы на каждый из вопросов был дан точный ответ. Что вам надо искать, так это то, как определялась специфичность вашего теста. Поскольку все специалисты по ВИЧ заявляют, что перекрестно реагирующие антитела влияют и на ELISA, и на Вестерн-блот, спросите, откуда они знают, что антитела не являются перекрестно реагирующими. Задайте именно этот вопрос. И отказывайтесь удовлетворяться туманными заявлениями, и не позволяйте отделяться громкими именами и известными организациями.

ХК: Что если ответ будет содержать рекомендацию пройти тест на вирусную нагрузку?

BT: Тогда требуйте, у вашего врача доказательства, что ДНК или РНК, использованные в тесте, являются уникальными составляющими частицы, для которой доказано, что она представляет собой ретровирус. Я знаю, что специалисты сейчас рассматривают вирусные частицы как старую шляпу, но с другой стороны, они до сих пор говорят, что частица под названием ВИЧ вызывает СПИД. То есть, должна быть прямая связь между РНК и ДНК и частицей. В чем же она? Свяжитесь с

производителем праймеров и зондов и попросите научное подтверждение тому, что написано на этикетке флакона. И, поскольку при ЦПР /PCR/ вполне возможна амплификация последовательностей, не являющихся мишенями, как и где чувствительность и специфичность теста на ВИЧ-инфекцию были установлены?

ХК: А что если кому-то говорят, что все это слишком сложно для понимания?

ВТ: Это не сложно понять. Я допускаю, что это займет время, но в основном большую часть этих материалов легко понять. Знаете, Хью, Пападопулос-Элеопулос с соавторами прекрасно работали более десятка лет и вели себя как ученые безупречно, и все, что мы в действительности доказали, так это то, что даже если вам кажется, что вы правы, это составляет около трех процентов ответа. Вопросы, поднятые нами ждут научных ответов. Беда в том, что многие из нас, в том числе врачи, принимают правдивость ВИЧ теории из-за громких имен и высоких учреждений. Доверяя, я должен принимать, но не проверять и не задавать вопросы. Но это не относится к тем, кому говорят, что они инфицированы летальным ретровирусом. Это значит, что больные должны быть собственными защитниками и, в связи с этим, воздействовать на общественное мнение по этому вопросу. Позвольте напомнить, что сказал Галилей: «В Науке авторитет, олицетворяемый взглядами тысяч, не ценнее вспышки сознания у одного единственного человека»;

ХК: Вас когда-нибудь посещали мысли, что ваши соображения по всем этим вопросам могут быть абсолютно неправильными?

ВТ: Да. И если бы проводился научный спор, и было бы доказано, что мы не правы, мы бы признали это.

ХК: В конце концов, я надеюсь, вы написали книгу о некоторой части вашего опыта?

ВТ: Хорошо, что вы спросили. Правда в том, что я подготовил рукопись. Это еще не книга, так как я все еще бегаю по издательствам.

ХК: О чем эта рукопись?

ВТ: Это новелла. Триллер, действие которого разворачивается в США и Австралии. О биотехнологической фирме, которая пытается силой устранить диссидента в вопросах СПИДа, потому что Глава Правления понимает огромную угрозу доходам фирмы. Сюжет развивается вокруг Профессора химии, конечно же, женщины, и ВИЧ позитивного парня больного гемофилией, у которого есть дядя, скептически настроенный политик. Там есть ряд диалогов и сцена в суде, в которых декларируется наш взгляд на ВИЧ и СПИД.

ХК: Я надеюсь, доступным языком?

ВТ: Это судить читателям.

ХК: Д-р Тернер. Огромное вам спасибо за то, что уделили нам время.

ВТ: Спасибо, Хью. Я надеюсь, мне удалось расшевелить несколько сердец и голов. И если кто-нибудь захочет опубликовать крайне спорную книгу, пожалуйста, дайте мне знать.

Источник <http://www.virtu-virus.ru>

{jcomments on}