

# Р.С. ЦИРКИН ДЕВИЗ МДС-99: УДК 616-002.4 "СЛУШАЙ, УЧИСЬ, ЖИВИ!"

## ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ, ПОСВЯЩЕННЫХ МДС-99

Международный день борьбы со СПИДом (МДС) отмечается ежегодно 1 декабря, начиная с 1988 года. Тогда он проводился под девизом: "Присоединись к международной активности". С тех пор девизами были: "Женщины и СПИД" (1990 г.), "СПИД и семья" (1994 г.) и др. Два последних года МДС отмечается под общим девизом: "СПИД и молодежь". В 1999 году он проходит под девизом: "Слушай, учись, живи!". Однако, прежде, чем рассматривать материалы, посвященные МДС-99, следует напомнить о некоторых понятиях, связанных с ВИЧ/СПИД, так как в отечественной и зарубежной литературе имеются разночтения.

ВИЧ-инфекция (ВИЧИ) впервые была описана под термином СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) в конце 70-х годов. Возбудитель болезни был выявлен лишь в 1983 году. После этого стали разрабатываться лабораторные методы подтверждения диагноза ВИЧИ. Поэтому никакого противопоставления понятиям ВИЧИ и СПИД никогда не существовало, как это иногда, к сожалению, упоминается у отечественных авторов.

Общепринято, что под ВИЧИ понимается инфекционный процесс, вызванный ВИЧ (вирус иммунодефицита человека, принадлежащий к группе медленных ретровирусов, в которой имеются и другие представители, например, вирус иммунодефицита обезьян). Различают симптомные и бессимптомные формы ВИЧИ. Среди последних предполагают, как и при других инфекциях, возможность существования вирусносительства.

Симптомная ВИЧИ по международной классификации

проходит четыре последовательных стадии: бессимптомную, раннюю, промежуточную и позднюю, каждая из которых в зависимости от числа клеток CD-4 в кубическом мм периферической крови подразделяется на подстадии А (более 500), Б (от 500 до 200) и В (менее 200), которые по английской терминологии называются подстадиями А, В и С соответственно.

За термином «СПИД» в зарубежной литературе сохраняется главным образом учетно-статистическое значение для целей эпиднадзора. Поэтому ВОЗ еще в 1994 году предложил ставить диагноз СПИД у взрослых по наличию кардинальных (КП), главных (ГП), малых (МП) признаков иммунодефицита и факторов риска (ФР), если, разумеется, иммунодефицит нельзя объяснить другими причинами. При этом диагноз СПИД разрешается ставить, если имеется не менее двух ГП в сочетании хотя бы с одним МП, а при положительном результате лабораторных исследований на ВИЧ диагноз СПИД можно ставить даже при наличии одного из 8 названных СПИД-ассоциированных состояний.

Европейское определение случая СПИД у детей для целей эпиднадзора (1995) также предлагает определять диагноз либо по набору СПИД-ассоциированных (СПИД-индикаторных) состояний, либо с привлечением различных лабораторных исследований. В этом же документе объясняются и такие понятия, как "статус ВИЧ-инфицированности ребенка", "неопределенный инфекционный статус" и "сероконвертант". Подробнее ознакомиться с на-

Таблица 1

Характеристика ВИЧИ в мире, России и Сибири

		Начало регистрации	На 01.01.97	На 01.01.99	На 01.11.99
Число ВИЧИ, включая СПИД	В мире	Конец 70-х	Около 25 млн.	около 50 млн.	Вероятно более 55 млн.
	В России	1987(2)	2439	10 631	21935
	В Сибири	1989(2)	97	493	3742
Количество СПИД	В мире	1980(99)	Около 2 млн.	Более 20 млн.	Более 30 млн.
	В России	1987(2)	250	331	377
	В Сибири	1989(2)	7	8	8
Умерло от СПИД	В мире	Нет данных	Более 6 млн.	Около 14 млн.	Более 15 млн.
	В России	Нет данных	218	224	259
	В Сибири	Нет данных	7	8	8
Живых ЛВС	В мире	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Более 33 млн.
	В России	Нет данных	Нет данных	Нет данных	21510
	В Сибири	Нет данных	Нет данных	Нет данных	3699

Примечания:

1. ЛВС – лица с диагнозом ВИЧИ или СПИД.
2. В таблице приводятся кумулятивные данные и предположительные показатели в мире на 01.11.99

Таблица 2

Характеристика ситуации ВИЧИ в мире среди младших возрастов

Регионы планеты	Количество вновь заразившихся ВИЧ в 1998 году		Число детей – сирот, потерявших родителей от ВИЧИ
	Детей до 15 лет	Молодежь 15-25 лет	
Северная Америка	Менее 500	Более 25 тыс.	70 тыс.
Карибы и Латинская Америка	8 тыс.	Более 65 тыс.	137 тыс.
Северная Африка и Средний Восток	Менее 2 тыс.	Более 5 тыс.	14 тыс.
Африка Южнее Сахары	530 тыс.	1,7 млн.	7,8 млн.
Европа и Центральная Азия	Менее 1 тыс.	Более 25 тыс.	Менее 8,8 тыс.
Азия и Тихоокеания	Более 56,6 тыс.	700 тыс.	Более 200 тыс.
<b>Всего</b>	<b>590 тыс.</b>	<b>Более 2,5 млн.</b>	<b>8,2 млн.</b>

Примечание: В таблице приведены официальные данные ЮНЭЙДС (1999 г.)

званной терминологией можно в соответствующих литературных источниках. Следует отметить, что названные определения СПИД нацеливают на **раннюю** диагностику заболевания, чего, к сожалению, не предусматривается в существующей отечественной классификации, которая допускает диагноз СПИД лишь в терминальной стадии болезни.

Далее необходимо хотя бы кратко дать количественную характеристику современного состояния по ВИЧ/СПИД (поскольку СПИД является определенной стадией ВИЧИ, то далее употребляется термин ВИЧИ. – Р.Ц.). С этой целью позвольте привести некоторые количественные показатели в таблицах 1 и 2.

Приведенные в таблицах показатели свидетельствуют о том, что:

- во **первых**, эпидемия ВИЧИ продолжает интенсивно распространяться в мире, что отмечается и исполнительным директором ЮНЭЙДС (Р. Piot, 1998);

- во **вторых**, Россия, включая Сибирь, оказалась вовлеченной в бурлящий поток пандемии ВИЧИ: с января 1997 г. число выявленных к настоящему времени ВИЧ-инфицированных возросло в России почти в 9 раз, а в Сибири – более чем в 38 раз. Причем, как отмечает С. Лесков (1999) сибирский город Иркутск по числу ВИЧ-инфицированных вышел на второе место в России, уступив приоритет лишь Москве и обогнав Калининград.

- в **третьих**, должны быть упомянуты: а) малое количество диагнозов СПИД в России и Сибири, что, по-видимому, обусловлено **поздней** диагностикой данной стадии ВИЧИ; б) низкая выживаемость больных с таким диагнозом в наших условиях. Так, например, если допустить, что в мире осталось в живых около 50% всех больных с диагнозом СПИД, то в России таковых сейчас всего около 30%, а в Сибири все 8 уже умерли, “ликвидировав” таким образом проблему СПИД на нашей территории.

- В **четвертых**, цифры, представленные в таблице 2, указывают на большое количество пораженных ВИЧ детей и молодежи. Так, только в 1998 году заразились ВИЧ около 590 тысяч детей до 15 лет и более 2,5 млн. молодых людей 15-24 лет, что составляет около 10% всех новых заражений ВИЧ в 1998 году, а вместе с молодежью – около 50%. В России на 01.11.99 пока зарегистрировано лишь 603 ВИЧ-инфицированных ребенка (около 3%), а в Сибири всего 9 детей (около 0,3 %) от общего количества ВИЧИ. Из этого можно было бы предположить, что проблемы детской и юношеской ВИЧИ пока перед нами не стоят. Но ВИЧИ – болезнь “иностранная” и ей присущи закономерности, развивающиеся почти одинаково во всем мире, особенно там, где с ней слабо борются.

И, наконец, следует сказать, что клинически ВИЧИ у детей более тяжелое заболевание, чем у взрослых. Оно, как правило, имеет короткий инкубационный период и приводит к летальному исходу значительно скорее. Если среди ВИЧ-инфицированных взрослых средний срок жизни даже у нелеченых равен 7-10 годам, то ЛВС-новорожденные даже в Европе в 80% доживает только до 3-х лет, а в Уганде (Африка) к этому сроку погибает более 66%.

В документах ЮНЭЙДС, посвященных ВИЧИ у детей, называются и другие проблемы. Одна из них – ВИЧИ новорожденных. Известно, что ВИЧ-инфицированная мать может заразить ребенка во время беременности, при родах и в период грудного вскармливания. Стратегическим принципам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку посвящено отдельное издание ЮНЭЙДС, которое может быть предметом отдельного сообщения. Однако, хотелось бы назвать хотя бы два важных и трудно-разрешаемых аспекта в этой связи:

- помощь зараженной беременной в принятии решения, иметь ли ребенка, если известно, что лишь в 15-35% мать “награждает” ребенка возбудителем заболевания;
- проведение профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, обусловлены как высокой стоимостью антирет-

ровирусной терапии (АРТ), так и трудностями замены грудного вскармливания на искусственное в некоторых условиях.

Дети-сироты от родителей, погибших от ВИЧИ, представляют еще одну проблему ВИЧИ у детей. Их, как ранее отмечалось, уже сейчас на планете более 8 млн. Правда, более 90% из них находится где-то в “дремучей” и далекой Африке. Но весьма возможно, скоро эта проблема затронет и нас.

ЮНЭЙДС также напоминает о том, что дети-сироты, как правило, имеют плохие условия питания и жилья, пополняя ряды бездомных (уличных) детей; они обычно не могут нормально посещать школы, обращаться за медицинской помощью, т.е. не могут пользоваться своими конституционными правами и нередко становятся источником торгового сексбизнеса.

Следует сказать, что дети, как особая группа риска для насильственного секса представляют особую проблему как с социальной точки зрения, так и с позиций борьбы с венерическими болезнями. Среди причин этого явления называются:

- довольно распространенное изнасилование детей родственниками и близкими знакомыми в домашних условиях;

- существование так называемых “сладких дяденек”, которые заманивают детей шоколадками или другими подарками, а затем насилуют их;

- опасность изнасилования детей в лагерях беженцев, переселенцев, в тюрьмах и других местах скопления репрессированных родителей;

- не отрицается и возможность секса подростков по согласию, что во многом зависит от недостаточного полового воспитания.

Поэтому совершенно справедливо подчеркивается, что воздействие ВИЧИ на детей пока не получило должного внимания, а взрослые могут и должны внести свой вклад по облегчению страданий ВИЧ-инфицированных детей, помочь детям в семьях и коллективах, пораженных ВИЧ, и создать все возможности для нормального роста и развития детей в современных условиях.

В документе ЮНЭЙДС, посвященном проблеме ВИЧИ среди молодежи, прежде всего разъясняется почему нужно работать в первую очередь и особенно активно с молодыми людьми.

Во-первых, молодежь в возрасте 15 – 25 лет представляет группу населения с особенно высокой уязвимостью к ВИЧИ. Только в 1998 году ежедневно заражалось около 7 тысяч молодых людей а общее их число превысило 11 млн. и составило более 50% всех поражений ВИЧИ взрослых.

Во-вторых, известно, что молодежь – основная производительная сила. Поэтому, если борьба с ВИЧИ не даст положительных результатов и пандемия ВИЧИ будет продолжаться распространяться сегодняшними темпами, то многие страны, где сейчас полыхает это заболевание, скоро окажутся перед фактом огромных человеческих и экономических потерь. В этой связи можно напомнить, что 85% молодежи живет в развивающихся странах, на долю которых приходится 90% всех пораженных ВИЧ.

В третьих, молодежь является источником и основной силой перемен, так как они легче, чем взрослые могут осознать и усвоить необходимость практического использования принципов безопасного секса с самого начала половой жизни, могут преодолеть причины стигматизации и дискриминации при ВИЧИ, внести доброту и оказать необходимую помощь сверстникам, пораженным ВИЧ, а также и семьям, в которых они имеются. И, если молодежь получит надлежащую помощь от взрослых, то она сможет изменить течение ВИЧИ у себя, в коллективах и в обществе в целом.

Планируя и выполняя мероприятия по борьбе с ВИЧИ среди детей и молодежи, нужно, естественно, учитывать

местные особенности. Так, например, в Африке и Азии преобладают случаи гетеросексуального распространения ВИЧ; в странах Латинской Америки – гомосексуального, а в Восточной Европе – при инъекциях наркотиков. Кроме того, следует помнить о тесной взаимосвязи проблемы ВИЧИ с различными венболезнями, наркоманией, туберкулезом и многими другими факторами.

Естественно нужно учитывать и общеизвестные особенности ВИЧИ у детей, которые касаются:

- клинического ведения ВИЧИ (уход за больным ребенком, дозировка лекарств, консультирование родственников и т.п.);

- возрастных особенностей течения ВИЧИ (возможность вакцинации, проблема грудного вскармливания и т.д.);

- клинического ведения ВИЧ-ассоциированных состояний, к которым относятся не только ряд заболеваний, но и дефекты развития ребенка;

- диагностика ВИЧИ у детей (бессимптомная инфекция, наличие материнских антител у новорожденных и т.п.);

- проблемы детей-сирот и др.

При планировании и реализации мероприятий по борьбе с ВИЧИ среди детей и молодежи полезно учесть разъяснения А. Винтер (А. Winter\*, 1999), которая подчеркивает, что девиз: "Слушай, учись, живи!" относится главным образом к взрослым. Именно они, для того, чтобы улучшить взаимосвязи с детьми и молодежью, должны хорошо слышать их заботы, правильно понимать наиболее важное в их жизни; учиться лучше уважать друг друга и оказывать поддержку в различных ситуациях; и помогать жить в реальных условиях обстановки, где распространен СПИД. Документы ЮНЭЙДС обращены к взрослым потому, что власть и ресурсы сконцентрированы в руках взрослых. Поэтому и ответственность за мероприятия среди молодежи должна лежать на взрослых как на индивидуальном, так и коллективных уровнях, включая разнообразных лидеров.

Во всех подобных случаях важно осознавать, что молодежь – это не только целевая группа для проведения определенных мероприятий по борьбе с ВИЧИ, но также и то, что она – огромный ресурс в борьбе с "чумой 20-го века". Это не только аудитория, которая нуждается в знаниях о ВИЧИ, но и огромная сила в борьбе с ней; которая хочет быть услышанной взрослыми, и у которой есть что рассказать сверстникам. Созидательность, энергия и внешняя привлекательность молодежи, участвующей в реализации анти-ВИЧИ программ, придают последним большее внимание и интерес.

Анти-ВИЧИ кампания 1999 года, говорится в документах ЮНЭЙДС, сосредоточена на развитии общения с детьми и молодежью и направлена на выполнение главным образом двух целей: а) – осознать необходимость слушать детей и молодежь для того, чтобы мероприятия стали более результативными; и б) – усилить программы, проводимые среди детей и молодежи в следующих областях:

1. *Разработка и внедрение национальных политик, защищающих права детей и молодежи и направленных на уменьшение их уязвимости к ВИЧ.*

В качестве примеров прав в контексте проблемы ВИЧИ можно назвать:

- право иметь возможность получения информации о ВИЧИ, средствах и методах ее профилактики. Власти обязаны обеспечить широкий доступ к обучению способам предупреждения ВИЧ-инфицирования как в стенах учебных заведений, включая школы, так и вне их стен;

- права на конфиденциальность сведений о ВИЧ-статусе, добровольное обследование и консультирование, проводимые при их согласии;

- право на обеспечение необходимым уходом и лечением при ВИЧИ;

- право на защиту от стигматизации и дискриминации при ВИЧИ, которое должно обеспечиваться государством путем разработки специальных мер по предупреждению вовлечения детей в наркоманию, сексбизнес и их изнасилование.

Для более детального ознакомления с международными и национальными правовыми документами, конечно, следует обратиться к юристам, ознакомившись предварительно хотя бы с "Международными руководящими принципами по поощрению и защите прав человека в связи с ВИЧ/СПИДом", которые опубликованы на русском языке в 1998 г. и имеются в Сибирском региональном центре по борьбе со СПИД (СРЦС). Совместно с юристами можно, например, разработать карманные справочники с названием: "Знай свои права" и распространить их в школах, сузах, вузах, общежитиях молодежи.

2. *Вовлечение детей и молодежи в разработку, принятие и выполнение программ по борьбе с ВИЧИ.* Наглядным примером этому может служить успешная реализация проекта "Молодежь против СПИДа" в Омском областном центре по борьбе со СПИД (ООЦС) под руководством О.В. Агафоновой.

3. *Расширение контактов с другими ответственными лицами и организациями, которые могут изменить социальные условия и нормы и тем самым уменьшить риск распространения ВИЧ среди детей и молодежи.*

Известно, что молодежь и особенно дети склонны скрывать свои интимные связи. Существуют разнородные объяснения этого. В различных слоях общества, например, по-разному относятся к юношам – гомосексуалистам, различно относятся к взрослой девушке, у которой случайно обнаруживают презерватив; крайне разнообразное отношение к материалам о половых взаимосвязях можно наблюдать в средствах массовой информации (СМИ) и т. п. Поэтому рекомендуется организовывать и проводить дискуссии, семинары с родителями и журналистами на темы морали, здорового образа жизни, безопасного секса.

4. *Улучшение качества диалога между взрослыми молодежью и детьми.* Последние особенно нуждаются и хотят общения со взрослыми. Поэтому нужно широко привлекать к работе популярных среди них лиц, способных направить их на здоровый образ жизни (артисты, писатели, спортсмены, общественные деятели, специалисты разных профилей и т. д.).

5. *Распространение использования экономических возможностей частного сектора для уменьшения уязвимости к ВИЧИ детей и молодежи.* Улучшение благосостояния, как правило, повышает сопротивляемость организма, в том числе и к ВИЧИ. Поэтому с целью повышения доходов работоспособных молодых людей следует расширять контакты по их трудоустройству не только с государственным социальным сектором, но и использовать возможности вовлечения руководителей частных предприятий к решению проблем, существующих у молодежи и детей.

6. *Качественное улучшение искусства жизни, систем сексуального здравоохранения и методов обучения профилактике ВИЧИ в учебных заведениях и за их пределами.*

К настоящему времени многократно доказано, что качественное половое образование ведет к более позднему началу половых сношений и защищает молодежь от нежелательной беременности и венерических болезней, включая ВИЧИ. Поэтому ЮНЭЙДС рекомендует объединять программы по профилактике ВИЧИ с существующими программами учебных заведений, которые должны составляться при активном участии учителей, родителей и самих учащихся старших возрастов, а начинать прово-

\*Автор приносит глубокую благодарность госпоже А. Винтер за присылаемую литературу из ЮНЭЙДС.

дять занятия по этой тематике следует с начальной школы (т.е. до полового созревания) и с привлечением ВИЧ-инфицированных, если такая возможность имеется.

7. *Совершенствование систем здравоохранения для того, чтобы облегчить ее доступность молодым людям и детям.* Поскольку дети часто мало обращают внимания на свои потребности в охране здоровья, а молодые люди отмечают, что доступность к лечению венерических заболеваний, службам планирования семьи, акушерской помощи и по уходу за новорожденными затруднена или совершенно невозможна, то ЮНЭЙДС рекомендует:

- развивать связи между учебными заведениями и медицинскими учреждениями по кооперации в обеспечении необходимой взаимопомощи среди молодежи и детей при участии и поддержке со стороны служб здравоохранения;
- рекламировать существующие службы здравоохранения;

- благоприятствовать местным пунктам здравоохранения по созданию условий для посещения их молодежью и детьми в удобное для них время;

- определить специальные места в существующих медицинских учреждениях и учебных заведениях, где молодежь могла бы конфиденциально получить информацию о профилактике вензаболеваний, включая ВИЧИ, а также приобретать (желательно бесплатно) презервативы и другие профилактические средства.

8. *Организация систем мероприятий по оказанию всеобъемлющего ухода детям и молодежи, пораженным ВИЧИ, а также по оказанию помощи детям-сиротам.*

Для достижения целей этого направления рекомендуется:

- обучать членов общества методам обеспечения ухода на дому семьям ВИЧ-инфицированных и объединять их с существующими службами здравоохранения и ухода;

- поддерживать и распространять собрания коллективов, где дети и молодежь могли бы получать поддержку друг от друга;

- укреплять возможности семьи справляться с собственными проблемами путем обеспечения доступности кредитования, обучения методам оказания ухода на дому, эмоциональной поддержкой во время домашних посещений, а также реализацией других мероприятий в этой области.

9. *Уменьшение стигматизации и дискриминации, связанных с ВИЧИ.* Для этого рекомендуется, например, проводить необходимую работу среди лидеров правительственных и неправительственных организаций (ПО и НПО соответственно) по представлению рабочих мест ВИЧ-инфицированным, что, несомненно, удлинит сроки их активной жизни, улучшит их собственное экономическое положение и облегчит моральное и материальное состояние их близких.

10. *Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППВМР) в настоящее время эффективно осуществляется:* а) – проведением профилактики первичного заражения возбудителем болезни женщин детородного возраста; б) – службами планирования семьи, которые дают возможность избежать нежелательные роды; в) – назначением курсов антиретровирусного лечения и г) – искусственным вскармливанием новорожденных.

Достичь положительных результатов ППВМР можно не только пропагандой безопасного секса среди женщин детородного возраста, но и разъяснением среди мужчин их потенциальной роли и ответственности за передачу ВИЧ детям до и во время беременности партнерши. Способствуют ППВМР, кроме названного, улучшение доступности к высококачественному добровольному тестированию и консультированию, уменьшение стигматизации и дискриминации ЛВС женщин, разъяснение безопасности искусственного вскармливания и обеспечение его доступности и т.п. Этой теме, как отмечалось, посвящено специ-

альное издание ЮНЭЙДС (август 1999 г.).

В заключение прежде всего следует подчеркнуть, что все сказанное является лишь сокращенным обзором материалов, посвященных МДС-99. Но даже и то, о чем говорилось в данном сообщении, не является строго обязательным для всех, как это принято в отечественных нормативных документах. Каждый работающий в сфере борьбы с ВИЧИ может использовать рекомендации ЮНЭЙДС в соответствии с существующими местными приоритетными условиями и возможностями. Вместе с тем необходимо еще раз напомнить о том, что борьба с ВИЧИ согласно имеющемуся многолетнему мировому опыту борьбы с ней, подразумевает активное участие не только сил и средств здравоохранения, но и усилия каждого члена общества, всех коллективов, составляющих общество, при разумной координирующей функции лидеров. Естественно, что иницирующая роль при этом остается за медиками, а успех в борьбе с "чумой 20-го века" зависит главным образом от рационального объединения активности всех слоев человеческого сообщества. Поэтому нельзя не согласиться с мнениями П.Пиота (P. Piot, 1998) и Т.Мертенса (T. Mertens, 1998), которые заявляют, что если 15 лет тому назад мы уже представляли ЧТО нужно делать, то теперь надо знать КАК применить то, что работает, и адаптировать наши мероприятия к каждому конкретно имеющимся условиям.

Проблема заключается в том, что существующие ВИЧ-профилактические программы во многих случаях либо слабы, либо ограничены. Более того, многие из них недостаточно обеспечены ресурсами и действуют разрозненно, несогласованно. Большинство из них концентрируют внимание исключительно на необходимости изменения индивидуального рискованного поведения, закрывая глаза на внутренние социальные, культурные и экономические факторы, которым принадлежит ведущая роль в создании благоприятных условий для опасного поведения в отношении ВИЧИ и превращают его в состояние, трудно поддающееся изменению. Естественно, что возникновение и распространение рискованных форм полового поведения возникают раньше всего там, где службы ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных не соответствуют противостоянию ВИЧИ, мало побуждают население к добровольному и конфиденциальному тестированию и предлагают для этого лишь незначительные возможности. В результате ВИЧИ остается "невидимкой" и продолжает интенсивно распространяться. Сегодня, например, до 90% зараженных ВИЧ даже не знают о своем истинном состоянии. Поэтому нам нужно принять на себя обязательство по мобилизации технологий, изменяющих течение эпидемии ВИЧИ. В частности, методы по изменению в поведении на индивидуальном, учрежденческом, общественном, государственном и глобальном уровнях. Но для этого проблема ВИЧИ должна прекратить свое подпольное существование. Необходимо как можно скорее снять таинственность с медицинских и других технических мероприятий и учиться на положительных примерах, для освоения которых, конечно, нужны определенные ресурсы. Однако, для того, чтобы их найти и правильно использовать требуется прежде всего иметь желание к решению проблемы и искать пути к осуществлению этого желания. Ответственность за объединение сил для борьбы с ВИЧИ лежит на нас, и наши новые программы должны включать резкую социальную критику и пересмотр существующих ценностей и моделей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. С. Лесков: "А у тебя СПИД – значит, мы умрем", Известия, 1999-15-10, №194(25539).
2. В.В. Маяковский. Нашему юношеству // В.В. Маяковский. Избранное. – М. Изд-во Дет. Лит., 1967. - С. 204-208.
3. Л. Рубин и В. Ипаткин: Экспресс-информация об эпидемической ситуации по ВИЧИ на 1 ноября 1999 г., СПЦС, Омск.

4. Права человека. ВИЧ/СПИД и права человека. Международные руководящие принципы. 1998, изд. ООН, Нью-Йорк и Женева.

5. Документы ЮНЭЙДС, опубликованные под заглавием: "LISTEN, LEARN, LIVE!", World AIDS Campaign with Children and Young People: April 1999, Geneva, Switzerland.

- a) A. Winter: Letter to the NGOs and Partners, 1999, May 24.
- b) Facts and Figures.
- c) Children and HIV/AIDS.
- d) Young People and HIV/AIDS.
- e) Key Issues and Ideas for Action.

6. European case definition for AIDS surveillance in children. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Fourth Quarterly Report. 1995 № 48, Saint Maurice, France.

7. T. Mertens: "Rethinking our views", World Health, 1998: v.51, № 6, p. 31. WHO, Geneva, Switzerland.

8. P. Piot: "Expanding the global response to HIV/AIDS", ibido pp. 5-6.

9. WHO case definitions for AIDS surveillance in adults and adolescents. Weekly Epidemiological Record (WER) 1994, v. 69, № 37, 16 Sept. 1994, pp 273-275.

10. Prevention of HIV transmission from mother to child: strategic options. UNAIDS/99.40E, UBPC, KM, August 1999, Geneva, Switzerland.

**ЦИРКИН Руслан Степанович** – кандидат медицинских наук, доцент, независимый специалист по СПИДУ.

## ФИТОТЕРАПИЯ НА ПРАКТИКЕ

Лекарственные растения привлекают внимание очень многих. Сколь ни эффективны новые препараты, выпускаемые химико-фармацевтической промышленностью, скромные травы наших лесов и полей пользуются доверием сотен тысяч пациентов. И это вполне понятно. Терапевтическая ценность большого числа лекарственных растений признана научной медициной, они тщательно изучаются в медицинских и фармацевтических учреждениях и до сих пор составляют 35 – 40% всех лекарств, отпускаемых нашими аптеками.

В Омском республиканском медицинском колледже имеется замечательный студенческий фитокомплекс. Мне довелось встретиться с заведующей отделением "Фармация" Филлиповой Еленой Александровной. Вот, что она рассказывает о его деятельности.



Более 11 лет назад на отделении "Фармация" медицинского колледжа силами студентов и преподавателей, под руководством заместителя директора по фармообразованию Каникаевой Валентины Петровны, был создан студенческий фитокомплекс, целью которого являлось научить на практике, а не по учебникам и "мертвым" гербариям, распознавать лекарственные растения среди растительного сообщества, привить навыки заготовки лекарственного сырья, переработки и приготовления целебных сборов,

чаев, напитков.

Преподавателями и студентами был проделан огромный труд, особенно в первое время. Выезжали на электричке под руководством Валентины Петровны в загородную зону, сами собирали травы, сами же и везли их обратно в огромных мешках. В последую-



щие годы со студентами поочередно выезжали все преподаватели отделения. Ассортимент лекарственного сырья в первое время составлял 10 – 15 наименований, а в процессе работы вырос до 60 – 70.

Осенью 1989 г. студенты двух групп под руководством опытного преподавателя Зайцевой Тamarы Петровны выезжали в плодopитомник села Павлоградка. Работа проводилась в тяжелых условиях, на голом энтузиазме. Студенты были размещены в двух домиках, один из которых был с печным отоплением, а другой вообще был неутеплен, что нужно принимать во внимание, т.к. ребята работали в сентябре - начале октября. Заготавливали плоды облепихи, аронии, из которых готовили напитки для студентов и преподавателей. В последующие годы условия проживания несколько улучшились.

Развивался и производственный комплекс, включающий в себя производственную комнату, предназначенную для приготовления чаев и напитков, фасовочную, "зеленую" аптеку, в которой население горо-