

MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2017, VOLUME 2, N 1

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL FOR DOCTORS

**Рецензируемый
научно-практический журнал
MEDICINE AND HEALTH
CARE ORGANIZATION
МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Основан в 2016 году
в Санкт-Петербурге**

Ежеквартальное издание
Журнал реферируется РЖ ВИНИТИ

Учредитель:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России,

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу,
ПИ № ТУ78-01872 от 17 мая 2016 г.

Проект-макет: Титова Л. А.

Распространяется по подписке.

Электронная версия — <http://elibrary.ru>

Издатель, учредитель:

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
Титова Л.А. (выпускающий редактор)
Варламова И.Н. (верстка)

Адрес редакции: Литовская ул., 2,
Санкт-Петербург, 194100;
тел/факс: (812) 295-31-55;
e-mail: medorgspb@yandex.ru

Статьи просьба направлять по адресу:
medorgspb@yandex.ru

Address for correspondence:

2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100,
Russia. Tel/Fax: +7 (812) 295-31-55.
E-mail: medorgspb@yandex.ru.

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 9.

Тираж до 500 экз. Цена свободная.

Оригинал-макет изготовлен

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.
Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100.
Заказ 17. Подписано в печать 07.04.2017.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции.

Ссылка на журнал «Медицина и организация здравоохранения/ Medicine and health care organization» обязательна.

Редакционная коллегия: Editorial Board:

Главный редактор Head Editor

З.д.н., д.м.н., проф. **В.И. Орел** V.I. Orel, Prof., MD, PhD

Заместитель главного редактора Head Editor-in-Chief

З.д.н., д.м.н., проф. **В.К. Юрьев** V.K. Yur'ev, Prof., MD, PhD
Д.м.н., проф. **Г.Л. Микиртичан** G.L. Mikirtichan, Prof., MD, PhD

Технический редактор Technical Editor

К.и.н., доц. **Л.Н. Лисенкова** L.N. Lisenkova, PhD

Члены редколлегии Members of the Editorial Board

Член-корр. РАН, д.м.н., проф. **В.А. Медик**, Corresponding Member of the RAS, Prof., MD, PhD (V. Novgorod)
Член-корр. РАН, д.м.н., проф. **Н.В. Полунина**, Corresponding Member of the RAS, Prof., MD, PhD (Moscow)
Член-корр. РАН, д.м.н., проф. **А.П. Щербо**, Corresponding Member of the RAS, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Ю.С. Александрович** Yu.S. Aleksandrovich, Prof., MD, PhD

З.д.н., д.м.н., проф. **В.Ю. Альбицкий** (Москва) V.Yu. Al'bitskiy, Prof., MD, PhD (Moscow)

Д.м.н., проф. **В.С. Василенко** V.S. Vasilenko, Prof., MD, PhD

З.д.н., д.м.н., проф. **Н.И. Вишняков** N.I. Vishnyakov, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **И.В. Зимин** I.V. Zimin, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **М.П. Королев** M.P. Korolev, Prof., MD, PhD

З.д.н., д.м.н., проф. **В.С. Лучкевич** V.S. Luchkevich, Prof., MD, PhD

К.м.н., доц. **С.Н. Львов** S.N. L'vov, Associate Prof., MD, PhD

К.ф.н., доц. **И.И. Могилева** I.I. Mogileva, Associate Prof., PhD

Д.м.н., проф. **Р.А. Насыров** R.A. Nasyrov, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **П.В. Павлов** P.V. Pavlov, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Т.П. Павлович** (Беларусь) P.V. Pavlov, Prof., MD, PhD (Belarus)

К.м.н., доц. **Ю.В. Петренко** Yu.V. Petrenko, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **А.Г. Сердюков** (Астрахань) A.G. Serdyukov, Prof., MD, PhD (Astrakhan)

Д.м.н., проф. **В.Н. Филатов** V.N. Filatov, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Т.В. Яковлева** (Москва) T.V. Yakovleva, Prof., MD, PhD (Moscow)

Редакционный совет: Editorial Council:

Д.м.н., проф. **М.Ю. Абросимова** (Казань) M.Yu. Abrosimova, Prof., MD, PhD (Kazan)

Д.п.н., проф. **В.А. Аверин** V.A. Averin, Prof., PhD

Д.м.н., проф. **Е.Л. Борщук** (Оренбург) E.L. Borshchuk, Prof., MD, PhD (Orenburg)

Д.м.н., проф. **В.В. Бржецкий** V.V. Brzesskiy, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **А.А. Будко** A.A. Budko, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Е.М. Булатова** E.M. Bulatova, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Жозеф Гласа** (Словакия) Jozef Glasa, Prof., MD, PhD (Slovak Republic)

Д.м.н., проф. **В.И. Гузева** V.I. Guzeva, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Д.П. Дербенев** (Тверь) D.P. Derbenev, Prof., MD, PhD (Tver)

Д.м.н., проф. **Т.С. Дьяченко** (Волгоград) T.S. D'yachenko, Prof., MD, PhD (Volgograd)

Д.ист.н., проф. **Н.Т. Ерегина** (Ярославль) N.T. Eregina, Prof., PhD (Yaroslavl)

Д.м.н., проф. **В.Е. Жолобов** V.E. Zholobov, Prof., MD, PhD

Проф. **М. Зильберман** (США) M. Zilberman, Prof., MD, PhD (USA)

Д.м.н. **А.В. Ким** A.V. Kim, MD, PhD

Д.м.н., проф. **Д.И. Кича** (Москва) D.I. Kicha, Prof., MD, PhD (Moscow)

Д.м.н., проф. **Л. В. Кочорова** L.V. Kochorova, Prof., MD, PhD

Д.м.н. **О.И. Кубарь** O.I. Kubar', MD, PhD

Д.м.н., проф. **А.Г. Кучер** A.G. Kucher, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Л.И. Лавлинская** (Воронеж) L.I. Lavlinskaya, Prof., MD, PhD (Voronezh)

Д.м.н., проф. **Д.Е. Мохов** D.E. Mokhov, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **В.М. Остапенко** (Смоленск) V.M. Ostapenko, Prof., MD, PhD (Smolensk)

Д.м.н., проф. **К.В. Павелец** K.V. Pavelets, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Гордана Пелчић** (Хорватия) Gordana Pelčić, Prof., MD, PhD (Croatia)

Д.м.н., проф. **А.Н. Редько** (Краснодар) A.N. Red'ko, Prof., MD, PhD (Krasnodar)

Д.м.н., проф. **В.М. Середя** V.M. Sereda, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Г.А. Сусллова** G.A. Suslova, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **В.Ю. Тегза** V.Yu. Tegza, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **В.Н. Тимченко** V.N. Timchenko, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **С.Б. Чолоян** (Оренбург) S.B. Choloyan, Prof., MD, PhD (Orenburg)

Д.м.н., проф. **Г.Н. Чумакова** (Архангельск) G.N. Chumakova, Prof., MD, PhD (Arkhangelsk)

Д.м.н., проф. **Н.Х. Шарафутдинова** (Уфа) N.Kh. Sharafutdinova, Prof., MD, PhD (Ufa)

Д.м.н., проф. **А.М. Шелепов** A.M. Shelepov, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Ю.Г. Элланский** (Ростов-на-Дону) Yu.G. Ellanskiy, Prof., MD, PhD (Rostov-na-Donu)

2017, ТОМ 2, № 1

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

CONTENT

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- В.К. Юрьев, Д.В. Заславский,
М.Г. Хведелидзе*
Результаты оценки качества стационарной
дерматологической помощи с использованием
автоматизированной информационной системы .. 4
- Р.А. Насыров, Е.Д. Попова,
Т.А. Наркевич, Т.А. Шалоня*
Роль кафедры патологической анатомии
с курсом судебной медицины СПбГПМУ
в структуре патологоанатомической службы
г. Санкт-Петербурга 9
- Е.М. Черкасова, А.З. Лихтшангоф*
Медико-социальное исследование ВИЧ-
инфекции среди беспризорных и безнадзорных
несовершеннолетних Санкт-Петербурга 17
- Н.Н. Тимофеева*
Состояние медицинской помощи, оказываемой
иностранным студентам в СПбГПМУ 22
- А.А. Кондратенко, В.А. Глущенко,
В.Г. Пузырев*
Влияние условий и образа жизни
на здоровье водителей трамвая..... 31

БИОЭТИКА

- Т.В. Каурова, Г.Л. Микиртичан*
Врач, семья и пациент:
некоторые проблемы взаимоотношений
в детской дерматологической практике..... 35
- М.С. Асадулаев, С.А. Лукьянов,
А.З. Лихтшангоф*
Исторические, биоэтические и правовые аспекты
применения стволовых клеток 42

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

- О.А. Джарман*
Статус женщины в Древнем Египте 48

ORIGINAL PAPERS

- V.K. Yurev, D.V. Zaslavsky,
M.G. Khvedelidze*
Inpatient dermatological
care quality assessment results with the use
of automated information system 4
- R.A. Nasyrov, E.D. Popova,
T.A. Narkevich, T.A. Shalonya*
Role of the department of pathological
anatomy with a course of forensic medicine
SPb SPMU in the structure of pathoanatomical
service of St. Petersburg 9
- E.M. Cherkasova, A.Z. Likhtshangof*
Medical-social research
of HIV-infection in St. Petersburg
street children and adolescents 17
- N.N. Timofeeva*
The state of medical aid to foreign students in Saint-
Petersburg State Pediatric Medical University..... 22
- A.A. Kondratenko, V.A. Glushchenko,
P.V. Gennadievich*
Influence of living conditions
and lifestyle on trams' drivers health..... 31

BIOETHICS

- T.V. Kaurova, G.L. Mikirtichan*
Physician, Family and Patient:
Some Relationship Problems in Clinical
Pediatric Dermatology 35
- M.S. Asadulaev, S.A. Lukyanov,
A.Z. Likhtshangof*
Historical, bioethical and legal aspects
of stem cells application 42

HISTORY OF MEDICINE

- O.A. Jarman*
Status of women in Ancient Egypt 48

ПЕРСОНАЛИИ

А.П. Щербо
Академик АМН СССР З. Г. Френкель:
эпизод подлинного мужества 57

СОБЫТИЯ

Г.Л. Микиртчян, А.З. Лихтшангоф
Всемирный день биоэтики
в Санкт-Петербургском государственном
педиатрическом медицинском университете 62

ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов 68

PERSONALITIES

A.P. Shcherbo
Academician of AMS USSR Z. G. Frenkel:
episode of true courage 57

EVENTS

G.L. Mikirtichan, A.Z. Likhtshangof
The World Bioethics Day
in Saint-Petersburg
State Pediatric Medical University 62

INFORMATION

Rules for authors 68

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

© *Вадим Кузьмич Юрьев, Денис Владимирович Заславский,
Михаил Георгиевич Хведелидзе*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Вадим Кузьмич Юрьев — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: yuryev@inbox.ru

РЕЗЮМЕ: С помощью разработанной авторами автоматизированной информационной системы для проведения экспертизы качества стационарной помощи больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки проведена оценка качества стационарной помощи 210 дерматологическим больным, проходившим лечение в Ленинградской, Новгородской и Псковской областях. Установлено, что наиболее низкий уровень качества оказания стационарной помощи имеет Ленинградская область, удовлетворительный уровень имеет Псковская область и хороший уровень — Новгородская область. Во всех трех областях наиболее низкая оценка была дана качеству ведения документации, лечебным и лечебно-организационным мероприятиям.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезни кожи и подкожной клетчатки; стационарная помощь; качество.

INPATIENT DERMATOLOGICAL CARE QUALITY ASSESSMENT RESULTS WITH THE USE OF AUTOMATED INFORMATION SYSTEM

© *Vadim K. Yurev, Denis V. Zaslavsky, Mikhail G. Khvedelidze*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

Contact Information: Vadim K Yurev — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Public Health and Healthcare.
E-mail: yuryev@inbox.ru

ABSTRACT: With the help of automated information system developed by the authors for quality examination of inpatient care for patients with skin and subcutaneous tissue diseases, the inpatient care quality assessment has been carried out with respect to 210 dermatological patients who received treatment in Leningrad, Novgorod and Pskov Regions. The lowest level of inpatient care quality was in Leningrad Region, the satisfactory level was in Pskov Region, proper level was observed in Novgorod Region registered. The lowest rating in all three Regions was given to the quality of record keeping, medical and medical/organisational arrangements.

KEY WORDS: skin and subcutaneous tissue diseases; inpatient care; quality.

Болезни кожи и подкожной клетчатки широко распространены среди населения России — ежегодно в стране регистрируется более 8,5 млн обращений по поводу этих заболе-

ваний. По уровню распространенности данного класса болезней Северо-Западный федеральный округ лидирует среди всех субъектов РФ [3]. При этом многие болезни кожи и

подкожной клетчатки имеют важное медико-социальное значение [1, 4, 7–9] и требуют стационарного лечения. Каждый год в стационарные медицинские организации поступает более 600 тыс. больных с этими заболеваниями. В то же время больничная помощь сегодня остается наиболее капиталоемким сектором системы здравоохранения [2], на содержание которой тратится более 50% от всех ассигнований, выделяемых на лечебно-реабилитационную помощь, однако имеющийся дорогостоящий коечный фонд используется не всегда рационально [5, 6, 10].

В соответствии со ст. 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» одним из принципов отечественного здравоохранения является предоставление населению доступной и качественной медицинской помощи. Важной составляющей управления качеством медицинской помощи является контроль качества. В 2015 году МЗ РФ был издан приказ N 422ан от 07.07.2015 «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», однако до сих пор в большинстве учреждений дерматовенерологического профиля система внутреннего контроля качества стационарной медицинской помощи базируется на внутреннем положении, проводится в «ручном режиме» и существенно отличается в отдельных регионах.

С целью оптимизации объективной экспертизы качества стационарной помощи больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки нами была разработана автоматизированная информационная система «АСОКМП», которая позволяет проводить экспертизу на всех уровнях, значительно сокращает время проведения экспертизы, дает возможность оценить экспертируемые качественные признаки в количественном эквиваленте в соответствии с разработанной математической моделью, осуществить углубленную аналитическую разработку результатов экспертизы. Единая технология проведения экспертиз позволяет проводить

сравнение результатов экспертизы в отдельных ЛПУ и субъектах РФ в целом. В основу экспертной части карты были положены критерии, определенные приказом МЗ РФ N 422ан от 07.07.2015 «Критерии оценки качества медицинской помощи», расширенные и адаптированные к условиям стационарного лечения больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. Экспертная карта включает в себя паспортную часть, позволяющую идентифицировать и охарактеризовать экспертный случай, вид экспертизы. Все критерии непосредственной экспертной оценки качества в зависимости от смыслового содержания были объединены в шесть блоков: А — качество ведения документации (13 критериев); В — диагностические мероприятия (10 критериев); С — постановка диагноза (8 критериев); D — лечебные мероприятия (6 критериев); E — лечебно-организационные мероприятия (10 критериев); F — результаты лечения (5 критериев).

С помощью автоматизированной информационной системы была проведена экспертиза качества стационарной медицинской помощи больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки в трех субъектах Северо-Западного федерального округа: 210 больным, завершившим лечение в Ленинградской, Новгородской и Псковской областях.

Проведенная экспертиза показала (таблица 1), что наиболее низкий уровень качества оказания медицинской помощи (интегрированный показатель качества и технологии $G=0,675$) имеет Ленинградская область, удовлетворительный уровень качества имеет Псковская область ($G=0,850$) и хороший уровень был установлен в Новгородской области ($G=0,906$).

Во всех трех изучаемых регионах наиболее низкая оценка была дана блоку А (качество ведения документации), блоку D (лечебные мероприятия) и блоку E (лечебно-организационные мероприятия), которые и привели к снижению интегрированного показателя качества и технологии.

Таблица 1

Результаты экспертной оценки индикаторов качества медицинской помощи по отдельным территориям

Территория (область)	Блоки						
	А	В	С	D	E	F	G
Ленинград.	0,392	0,931	0,980	0,703	0,083	0,962	0,675
Псковская	0,603	0,923	0,988	0,864	0,746	0,971	0,850
Новгород	0,871	0,941	0,953	0,899	0,804	0,971	0,906

Оценка отдельных индикаторов качества ведения медицинской документации (блок А) в ГБУЗ «Ленинградский областной Центр специализированных видов медицинской помощи» показала (таблица 2) отсутствие во всех исследованных документах записи, заверенной подписью заведующего отделением, обоснования назначения сложных и длительно проводимых методов исследований, протоколов врачебной комиссии медицинской организации при назначении лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, протокола врачебной комиссии о переводе пациента в другую медицинскую организацию. Во многих медицинских картах стационарного больного отсутствовала запись о добровольном согласии на проведение лечебно-диагностических мероприятий (критерий качества 0,02), отсутствовала запись об осмотре заведующим отделением (критерий качества 0,06), были заполнены не все предусмотренные документом разделы (критерий качества 0,08). Часть медицинских карт были заполнены небрежно (критерий качества 0,32), не во всех картах было обоснование клинического диагноза с соответствующей записью, подписанной лечащим вра-

чом и заведующим отделением (критерий качества 0,34).

Оценка проведения лечебных мероприятий (блок D) показала на отсутствие решения врачебной комиссии о назначении лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения. Не во всех медицинских картах были записи о проведении коррекции плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения (критерий качества 0,15), в ряде случаев лечение без объективных причин было начато несвоевременно (критерий качества 0,35).

Анализ качества проведения лечебно-организационных мероприятий (блок E) позволил установить, что в ГБУЗ «Ленинградский областной Центр специализированных видов медицинской помощи» больные, несмотря на наличие медицинских показаний, как правило, не переводятся в другую медицинскую организацию, врачи не в полной мере выполняют рекомендаций консультантов, в случае осложнений и/или длительного течения заболевания врачебная комиссия не делает своего заключения.

Таблица 2

Результаты экспертной оценки индикаторов качества медицинской помощи по отдельным критериям блоков А, D, E

№ критерия	Ленинградская обл.			Псковская обл.			Новгородская обл.		
	Блок А	Блок D	Блок E	Блок А	Блок D	Блок E	Блок А	Блок D	Блок E
1	0,08	0,85	0,05	0,68	0,85	0,80	0,82	0,87	1,00
2	0,32	0,80	0,07	1,00	0,83	0,80	0,90	0,92	0,63
3	0,02	0,85	0,20	0	0,85	0,38	1,00	0,85	0,50
4	0,80	0	0,23	0,75	0	0,12	0,97	0	0,50
5	0,34	0,35	0	0	1,00	1,00	0,95	1,00	0,50
6	0,06	0,15	1,00	0,78	0,07	0	0,45	0,25	0
7	0	–	1,00	0	–	0	0	–	0
8	0	–	0	0	–	0	0	–	0
9	1,00	–	0	0	–	1,00	1,00	–	1,00
10	0	–	0	0	–	0	0	–	1,00
11	0	–	–	1,00	–	–	0	–	–
12	0,89	–	–	1,00	–	–	0,94	–	–
13	0,92	–	–	0,97	–	–	0,94	–	–

Заведующий отделением осматривает не всех больных как в течение первых 48 часов после поступления (критерий качества 0,05), так и еженедельно (критерий качества 0,07), в связи с чем редко проводится коррекция плана обследования и плана лечения по результатам осмотра заведующим отделением (критерий качества 0,20). Несмотря на необходимость, далеко не всегда проводится консультативный осмотр специалистами другого профиля (критерий качества 0,23).

Анализ качества стационарного лечения в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер Псковской области» позволил установить, что во всех прошедших экспертную оценку медицинских картах стационарного больного отсутствуют (блок А) записи о наличии информированного добровольного согласия на проведение лечебно-диагностических мероприятий, подписанные лечащим врачом и заведующим отделением, записи об обосновании клинического диагноза, о необходимости проведения дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований (в случае особенностей течения заболевания), протоколы врачебной комиссии о необходимости назначения лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших, протоколы проведенного консилиума врачей. Кроме того, врачебной комиссией не рассматривается необходимость назначения лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения (блок D), редко проводится коррекция плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения (критерий качества 0,07). Из лечебно-организационных мероприятий (блок E) в диспансере не проводится консилиум врачей при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения, в случае осложнений и/или длительного течения заболевания, случай не рассматривается на врачебной комиссии, несмотря на наличие медицинских показаний, не осуществляется перевод больных. Несмотря на необходимость, редко проводится консультативный осмотр специалистами другого профиля (критерий качества 0,12), не всегда осуществляется коррекция плана обследования и плана лечения по результатам осмотра заведующим

профильным отделением (критерий качества 0,38).

В областном автономном учреждении здравоохранения «Новгородский областной кожно-венерологический диспансер» во всех медицинских картах стационарного больного, прошедших экспертную оценку, в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, отсутствовали соответствующие записи, заверенные подписью заведующего отделением, при назначении лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, отсутствовали протоколы врачебной комиссии, отсутствовали записи о переводе больного в другое отделение, протоколы врачебной комиссии при переводе пациента в другую медицинскую организацию. В ряде случаев (критерий качества 0,45) отсутствовали записи осмотра заведующим отделением. Назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, проводится врачами диспансера без решения врачебной комиссии, не всегда проводится коррекция плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения (критерий качества 0,25). При затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения не проводится консилиум врачей, несмотря на наличие медицинских показаний не осуществляется перевод пациентов в другое отделение.

Проведенная экспертная оценка диагностических мероприятий (блок B), постановки диагноза (блок C) и результатов лечения (блок F) не выявила серьезных недостатков во всех трех регионах (средние индикаторы качества колебались в пределах 0,923–0,988). В то же время, несмотря на среднюю положительную оценку, обращает на себя внимание тот факт, что при наличии показаний во всех базовых учреждениях больным не проводятся гистологические и иммунологические исследования, как правило, не назначается проведение дополнительных исследований вне данной медицинской организации.

Таким образом, проведенная экспертиза качества позволила установить, как характерные для отдельных ЛПУ, так и общие для всех регионов недостатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заславский Д. В., Раводин Р. А., Татарская О. Б., Сыдииков А. А., Хведелидзе М. Г. Эритродермия: современные вопросы диагностики и лечения. Педиатр. 2014; 4 (1): 97–102.
2. Вишняков Н. И., Гусев О. А., Кочорова Л. В., Пенюгина Е. Н., Пузин С. Н. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. М.: МЕДпресс-информ; 2016.
3. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е., Богданова Е. В. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, 2013–2015 гг. Вестник дерматологии и венерологии. 2016; № 3: 12–30.
4. Лучкевич В. С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий оценки здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ. СПб.: СПбГМА им. И. И. Мечникова; 2011.
5. Рудниченко А. И., Кучумова Н. Г., Моисеева К. Е. Результаты оценки готовности среднего медицинского персонала к работе по профилактике социально-значимых заболеваний у детей. Педиатр. 2010; Выпуск 1: С. 75–76.
6. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
7. Юрьев В. К., Хведелидзе М. Г. Влияние стационарного лечения на качество жизни больных псориазом. Врач-аспирант. 2013; № 1.2 (56): 302–307.
8. Юрьев В. К., Заславский Д. В., Витенко Н. В., Артамонов К. В., Исенов С. К., Харбедия Ш. Д., Кучумова Н. Г. Некоторые результаты оценки пациентами качества медицинской помощи. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова. 2010; Т. XVII. (№ 2): С. 5–8.
9. Юрьев В. К., Харбедия Ш. Д., Хведелидзе М. Г. Оценка удовлетворенности пациентов качеством лечения в условиях областного кожно-венерологического диспансера. Современные проблемы науки и образования. 2013; № 5. Доступен по: <http://www.science-education.ru/111-10196>. (дата обращения 08.02.2017)
10. Юрьев В. К., Тадтаев В. А., Заславский Д. В., Моисеева К. Е. Роль диспансера в организации реабилитации пациентов. Медико-социальные и клинико-социальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения: Труды Астраханской государственной медицинской академии. Астрахань. 2007; Т. 36: 302–308.

REFERENCES

1. Zaslavsky D. V. Ravodin R. A., Tatarskaja O. B., Sydikov A. A., Hvedelidze M. G. [Erythroderma: modern questions of diagnostics and treatment]. *Pediatr.* 2014; 4 (1): 97–102. (in Russian).
2. Vishnjakov N. I. Gusev O. A., Kochorova L. V., Penyugina E. N., Puzin S. N. [Public health and health care. Tutorial]. М.: МЕДпресс-информ; 2016 (in Russian.).
3. Kubanova A. A., Kubanov A. A., Melekhina L. E., Bogdanova E. V. [The organization of medical care in the profile "dermatology" in the Russian Federation. Dynamics of incidence of sexually transmitted infections, diseases of skin and subcutaneous tissue. 2013–2015 gg.]. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2016; № 3: 12–30 (in Russian).
4. Luchkevich V. S. [Quality of life as an object of system study and the integrated criterion of assessing the health and effectiveness of preventive and treatment programs]. SPb.: SPbGMA im. I. I. Mechnikova; 2011 (in Russian).
5. Rudnichenko A. I., Kuchumova N. G., Moiseeva K. E. The assessment of nursing staff qualification to work on the prevention of socially significant diseases in children. *Pediatr.* 2010; Vypusk 1: 75–76. (in Russian)
6. Ulumbekova G. Ye. [Health Care Of Russia. What to do: scientific substantiation of the «Strategy of development of health in the Russian Federation until 2020»] М.: GYeOTAR-Media; 2010 (in Russian).
7. Yur'ev, V. K., Hvedelidze M. G. [The impact of inpatient treatment on quality of life in patients with psoriasis.]. *Vrach-aspirant.* 2013; № 1.2 (56): 302–307 (in Russian).
8. Jur'ev V. K., Zaslavsky D. V., Vitenko N. V., Artamonov K. V., Isenov S. K., Harbedija Sh. D., Kuchumova N. G. Some results of the evaluation of patients of the quality of medical care. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. akademika I. P. Pavlova.* 2010; T. XVII. (№ 2): 5–8 (in Russian)
9. Jur'ev V. K., Harbedija Sh. D., Hvedelidze M. G. Assessment of patient satisfaction with treatment in a regional dermatovenerologic dispensary. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya.* 2013; № 5. Dostupen po: <http://www.science-education.ru/111-10196>. (accessed 08.02.2017) (in Russian)
10. Jur'ev V. K., Tadtayev V. A., Zaslavsky D. V., Moiseeva K. E. The role of dispensary in the organization of rehabilitation of patients. *Mediko-social'nye i kliniko-social'nye voprosy obshhestvennogo zdorov'ja i zdavoohraneniya: Trudy Astrahanskoj gosudarstvennoj medi-cinskoj akademii. Astrahan'.* 2007; T. 36: 302–308. (in Russian)

РОЛЬ КАФЕДРЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ С КУРСОМ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ СПБГПМУ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

© Руслан Абдуллаевич Насыров, Елена Дмитриевна Попова,
Татьяна Александровна Наркевич, Татьяна Александровна Шалоня

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Руслан Абдуллаевич Насыров — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины. E-mail: ran.53@mail.ru

РЕЗЮМЕ: В связи с отмечающимися в настоящее время существенными изменениями в структуре заболеваемости и смертности, необходимо проведение аналитической работы и разработка новых диагностических критериев с использованием современных морфологических методов исследования. Для успешного осуществления прижизненной и посмертной диагностики в крупных городах необходима координация работы патологоанатомических отделений (ПАО). Для ПАО детских стационаров Санкт-Петербурга и Северо-Запада, а также других регионов России таким координационным центром является кафедра патологической анатомии СПбГПМУ. Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины СПбГПМУ осуществляет комплексную учебно-методическую, научную, практическую, консультативную и координационную работу, способствуя оптимизации и повышению эффективности детской патологоанатомической службы Санкт-Петербурга.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: патологоанатомическая служба; морфологическая телемедицина; повышение квалификации.

ROLE OF THE DEPARTMENT OF PATHOLOGICAL ANATOMY WITH A COURSE OF FORENSIC MEDICINE SPB SPMU IN THE STRUCTURE OF PATHOANATOMICAL SERVICE OF ST. PETERSBURG

© *Ruslan A. Nasyrov, Elena D. Popova, Tatiana A. Narkevich, Tatiana A. Shalonya*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

Contact Information: Ruslan A. Nasyrov — MD, PhD, Professor, Head of Department of Pathological Anatomy with a Course of Forensic Medicine. E-mail: ran.53@mail.ru

ABSTRACT: In connection with the currently noted significant changes in morbidity and mortality structure it's necessary to conduct analytical work and the development of new diagnostic criteria combined with modern morphological studies. The successful implementation of lifetime and post-mortem diagnosis in large cities requires coordination of pathological branches (PAO). For PAT Children's hospital in St. Petersburg and North-West, as well as other regions of Russia such a focal point is the Department of Pathological Anatomy SPb SPMU. Department of Pathological Anatomy with the course of forensic medicine SPb SPMU implements comprehensive educational and methodical, scientific, practical, advisory and coordination work, helping to optimize and improve the effectiveness of child mortem St. Petersburg service.

KEY WORDS: morbid Anatomy Service; morphological telemedicine; training.



Рис. 1. Коллектив кафедры патологической анатомии и врачи-патологоанатомы детских городских больниц после заседания детской секции Санкт-Петербургского общества патологоанатомов

Важнейшее место в системе здравоохранения принадлежит патологической анатомии. Вскрытия умерших от различных болезней позволяют проводить клинко-анатомические сопоставления, что имеет существенное значение в анализе причин летальных исходов и разработки комплекса мер для снижения заболеваемости и смертности. Использование результатов патологоанатомических исследований исключительно важно для оценки структуры смертности, в том числе перинатальной и младенческой [1, 2]. В связи с отмечающимися в настоящее время существенными изменениями в структуре заболеваемости и смертности необходимо проведение аналитической работы и разработка новых диагностических критериев с использованием современных методов исследования. Кроме того, морфологические методы всё шире используются для прижизненной диагностики самых разнообразных заболеваний. Появляются новые методы диагностики, требующие специальных знаний. Для успешного осуществления прижизненной и посмертной

диагностики в крупных городах необходима координация работы патологоанатомических отделений (ПАО) различных медицинских учреждений. Это особенно важно для эффективной работы детской патологоанатомической службы.

В Санкт-Петербурге таким координационным центром является кафедра патологической анатомии СПбГПМУ, история которой начинается с 1925 года, когда на базе Выборгской детской больницы был создан научно-практический институт Охраны материнства и младенчества с курсами специализации и усовершенствования врачей-педиатров. Сотрудники кафедры успешно совмещают учебную и научную работу с практической работой в ПАО Клиники СПбГПМУ — проводят аутопсии умерших в Клинике и Перинатальном Центре. Результаты вскрытий сопоставляются с клиническими данными и обсуждаются на заседаниях Комиссии по изучению летальных исходов и клинко-анатомических конференциях.



Рис. 2. Лаборант-гистолог Соколова О. А. за работой в лаборатории иммуногистохимии

Помимо производства аутопсий проводится прижизненная диагностика путём исследования биопсийного и операционного материала, которая и составляет большую часть работы отделения. Исследования проводятся комплексно, с использованием различных гистохимических методов, а при необходимости, и иммуногистохимического исследования. Проводимые на кафедре прижизненные морфологические исследования позволяют диагностировать широкий спектр заболеваний, включающих патологию пищеварительного тракта, патологию почек и мочевыделительной системы, а также репродуктивной системы, офтальмологическую патологию, патологию ЛОР-органов, патологию опорно-двигательного аппарата, патологию эндокринных органов, патологию сосудов, патологию лимфатических узлов, а также диагностику опухолей. Организована работа по иммуноморфологическому исследованию нефробиопсий. С учетом новых критериев исследуются биоптаты желудочно-кишечного тракта. Совершенствуется работа по морфологическому исследованию щитовидной железы.

При диагностике заболеваний перинатального периода (как посмертной, так и прижизненной) существенное значение имеют результаты исследования последа. В связи с этим

сотрудниками кафедры был разработан и внедрён в работу ПАО нашего города алгоритм диагностики состояния плаценты, позволяющий определить риск развития патологических процессов, как у новорождённого, так и у матери [3].

На кафедре создана и функционирует иммуногистохимическая лаборатория, в которой производится определение широкого спектра антигенов инфекционных агентов, антител, рецепторов гормонов и других маркеров. На базе указанной лаборатории разработаны методики выявления антигенов микобактерий туберкулеза, ВИЧ, а также определение специфических маркеров для диагностики болезни Гиршпрунга, целиакии.

Кроме того, кафедра является важным консультативным центром, её сотрудники постоянно оказывают консультативную помощь патологоанатомам и судебным медикам города Санкт-Петербурга, Ленинградской области и других регионов. Учитывая современные требования к качеству оказания консультативной помощи, на кафедре имеется блок аппаратуры для разработки и внедрения морфологической телемедицины. Анализируя и обобщая результаты прижизненной и посмертной морфологической диагностики, сотрудники кафедры активно проводят научные исследования в рамках выполнения комплексной темы НИР «Морфологические и иммуногистохимические аспекты патологии у детей, плодов и плаценты».

За период с 2007 по 2016 гг. на базе кафедры выполнены и успешно защищены 8 кандидатских диссертаций. В настоящее время на кафедре обучается 1 аспирант, выполняются работы 3 соискателей, в том числе на соискание степени доктора медицинских наук. Решается один из важных разделов работы — подготовка кадрового резерва.

Совместно с сотрудниками СПбГУ получен грант на проведение исследований по теме «Медико-биологическое исследование развития неокортекса мозга человека в пренатальном периоде». В рамках гранта с *University of Houston* активно выполняется научная работа по теме «Патоморфология туберкулеза легких». Получен патент на изобретение «Способ диагностики туберкулеза».

Индекс Хирша кафедры достаточно высокий — $h=8$. Сотрудники кафедры публикуют многочисленные статьи в научных журналах, активно участвуют в работе научно-практических конференций, в том числе международных, представляя доклады и тезисы. Так же на



Рис. 3. Коллектив кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины СПбГПМУ

кафедре выпущены методические рекомендации, как для практических врачей, так и для студентов [4, 5, 6, 7, 8]. Опубликованы в соавторстве ряд монографий [9, 10, 11, 12, 13].

Руководство для врачей «Перинатальные инфекции» профессором В. Ф. Мельниковой и В. А. Цинзерлинга является одной из наиболее востребованных книг у врачей-патологоанатомов детского возраста [14]. В руководстве на основании собственного многолетнего опыта и анализа литературы приводятся подробные сведения об инфекционной патологии в системе мать — плацента — плод. Особое внимание уделяется принципам диагностики заболеваний, вызванных наиболее распространенными в настоящее время возбудителями (хламидиями, микоплазмами, вирусами из семейства герпеса, респираторными вирусами и другими), и оценке этих поражений для прогноза состояния плода.

Важным разделом работы кафедры является подготовка кадров для патологоанатомической службы Санкт-Петербурга и других регионов. В рамках последипломного обучения на кафедре проводится подготовка клинических ординаторов [15]. Планы их обучения составлены в соответствии с задачами послевузовского профессионального образования врачей-ординаторов по специальности «Патологическая анатомия» согласно нормативным

документам. В задачи послевузовского профессионального образования входят:

- 1) обучение посмертной (на секционном материале) и прижизненной (на биопсийном и операционном материале) диагностике наиболее важных заболеваний в соответствии с современными требованиями;

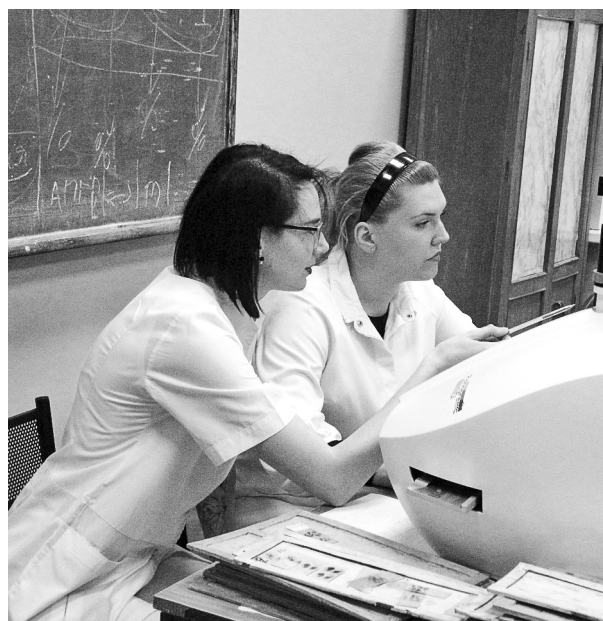


Рис. 4. Клинические ординаторы кафедры: освоение принципов морфологической телемедицины



Рис. 5. Сотрудники кафедры и врачи-патологоанатомы, обучающиеся на курсах повышения квалификации, 2014 г. (фото из архива кафедры)

- 2) ознакомление с алгоритмами дифференциальной диагностики заболеваний в различных возрастных группах;
- 3) ознакомление с дополнительными методами, используемыми в патологии.

Теоретическая подготовка врачей-специалистов в ординатуре предусматривает:

- 1) изучение теоретических вопросов общей и частной патологии;
- 2) обязательное участие в семинарских занятиях, больничных научно-практических и патологоанатомических конференциях;
- 3) самостоятельное изучение литературы по программе послевузовского профессионального образования врачей-специалистов патологоанатомов;
- 4) написание рефератов с использованием специальной медицинской литературы и архивного материала отделения.

Для этапного (рубежного) контроля используются решение ситуационных задач, тестовый контроль, защита квалификационных работ и др. За время обучения в ординатуре, обучающиеся овладевают не только теорией, но и учатся применять свои знания в профессиональной деятельности. В программе практики предусмотрены практические занятия в патологоанатомических отделениях, основная цель которых — закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения врача-ординатора, а также формирование профессиональных компетенций врача-патологоанатома. Кроме того, на кафедре проводятся сертификационные циклы

повышения квалификации для врачей-патологоанатомов и циклы профессиональной переподготовки для врачей смежных специальностей.

В марте 2016 г. сотрудниками кафедры был организован и проведён выездной цикл усовершенствования для судебно-медицинских экспертов г. Казани, посвящённый вопросам патологии ЦНС, перинатальной патологии и плацентологии. Во время цикла рассматривались принципы иммуноморфологической диагностики: инфекций ЦНС, широкого спектра заболеваний перинатального периода, как часто встречающихся, так и редких, вызывающих особые трудности при диагностике. Обсуждались принципы формулировки диагноза и особенности оформления необходимой документации; подробно разбирались алгоритмы диагностики изменений плаценты и определение связанного с ними риска для матери и новорождённого ребёнка. Лекции и семинары для данного цикла были подготовлены преподавателями кафедры с учётом особенностей работы специалистов в области судебно-медицинской экспертизы. Для обеспечения указанных вариантов послевузовского образования сотрудниками кафедры разработаны соответствующие учебно-методические комплексы и другая необходимая документация. При составлении рабочих программ учитывались международные требования ВОЗ по специальности. В настоящее время на кафедре разрабатываются авторские циклы усовершенствования



Рис. 6. Насыров Руслан Абдуллаевич, профессор, д. м. н., заведующий кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины СПбГПМУ

по отдельным направлениям органной патологии, подготовлены авторские циклы, посвященные инфекционной патологии центральной нервной системы, патоморфологии плаценты.

Заведующий кафедрой профессор, д.м.н. Насыров Руслан Абдуллаевич является главным внештатным детским специалистом по патоморфологии и цитологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. Он регулярно участвует в работе профильной комиссии экспертного совета по специальности «Патологическая анатомия», городских лечебно-контрольной и клинико-экспертной комиссий, в подготовке и проведении клинико-анатомических конференций на базе Клиники СПбГПМУ, в работе городской и федеральной аттестационных комиссий по специальности «патологическая анатомия», выступает с докладами на различных форумах, организует мероприятия по обмену опытом с зарубежными коллегами. Под его руководством регулярно проводятся консультации и разбор случаев летальности в детских городских больницах (ДГБ), а также случаев смерти на дому. Кроме того, регулярно проводится анализ структуры смертности по материалам ПАО детских стационаров Санкт-Петербурга.

Профессор Насыров Р.А. регулярно организует заседания секции детских патологов Общества патологоанатомов Санкт-Петербурга, на которых демонстрируются наблюдения редких заболеваний, случаи, вызывающие затруднения при диагностике, обсуждаются принципы формулировки диагноза, происходит обмен опытом. Сотрудники кафедры являются ответственными за содержание научно-практического журнала по детской патологии «Библиотека патологоанатома», издаваемого в рамках общества патологоанатомов Санкт-Петербурга. Следует отметить, что многие сотрудники ПАО детских стационаров Санкт-Петербурга являются выпускниками СПбГПМУ, прошедшими послевузовское обучение на нашей кафедре. Они продолжают поддерживать связь с кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины и активно участвуют в заседаниях общества, организуемых кафедрой.

Таким образом, кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины СПбГПМУ осуществляет комплексную учебно-методическую, научную, практическую, консультативную и координационную работу, способствуя оптимизации и повышению эффективности детской патологоанатомической службы Санкт-Петербурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Д. О. Руководство по перинатологии. СПб.: Информ-навигатор; 2016.
2. Орел В. И., Рычкова С. В. Служба охраны здоровья матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2015 году. Информационно-аналитический сборник. СПб.: СПбГПМУ; 2016.
3. Мельникова В. Ф., Красногорская О. Л., Зайцев В. С., Боронина Т. А., Насыров Р. А., ред. Строение, развитие и патология плаценты. СПб.: СПбГПМУ; 2011.
4. Иудина Т. А., Красногорская О. Л., Насыров Р. А. Методические рекомендации к практическим занятиям по патологической анатомии для студентов стоматологического факультета. СПб.: СПбГПМА; 2010.
5. Попова Е. Д. Морфология иммунного ответа и иммунопатологические процессы. Учебно-методическое пособие для студентов 3 курса. СПб.: СПбГПМУ; 2013.
6. Федотова Е. П. Болезни почек. Методическое пособие для студентов. СПб.: СПбГПМУ; 2015.
7. Красногорская О. Л., Мельникова В. Ф., Наркевич Т. А., Насыров Р. А. ред., Панях М. Б., Сидорова Н. А., Федотова Е. П., Чиклаева Е. В., Шалоня Т. А. Методические рекомендации к практическим занятиям по патологической анатомии для студентов. СПб.: СПбГПМУ; 2017.
8. Повзун С. А., Насыров Р. А. Травматическая болезнь. Учебно-методическое пособие. СПб.: СПбГПМА; 2010.
9. Новикова В. П., Алешина Е. И., Насыров Р. А. Неалкогольная жировая болезнь печени у детей. СПб.: ИнформМед; 2013.
10. Родионов А. Н., Заславский Д. В., Чуприн И. Н., Насыров Р. А., Зайцев В. С., Ибрагимов К. У., Скрес С. В., Сыдилов А. А. Дерматопатология воспалительных заболеваний кожи. Ташкент: Baktria press; 2014.
11. Скрипченко Н. В., Вильниц А. А., Красногорская О. Л., Насыров Р. А. и др. Менингококковая инфекция у детей, руководство для врачей. СПб.: Тактик-Студио; 2015.
12. Новикова В. П., Алешина Е. И., Гурова М. М., Насыров Р. А. Неалкогольная жировая болезнь печени в детском возрасте. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
13. Родионов А. Н., Заславский Д. В., Чупров И. Н., Насыров Р. А., Колобухов П. В., Егорова Ю. С., Сыдилов А. А. Диффузные болезни соединительной ткани: клиника и морфология кожных поражений. Навои: Алишер Навои; 2015.
14. Мельникова В. Ф., Цинзерлинг В. А. Перинатальные инфекции (Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений). Практическое руководство. СПб.: Элби СПб; 2002.
15. Насыров Р. А., Красногорская О. Л., Попова Е. Д. Традиционные и инновационные методы преподавания патологической анатомии. В кн.: Матери-

алы научно-практической конференции «Совершенствование подготовки педиатрических кадров в вузах Санкт-Петербурга». СПб.: СПбГПМА; 2009: 75–77.

REFERENCES

1. Ivanov D. O. Rukovodstvo po perinatologii. [Manual of Perinatology]. SPb.: Inform-navigator; 2016. (in Russian).
2. Orel V. I., Rychkova S. V. Sluzhba ohrany zdorov'ja materi i rebenka Sankt-Peterburga v 2015 godu. Informacionno-analiticheskij sbornik. [The health of the mother and child Saint-Petersburg in 2015. Information-analytical Bulletin]. SPb.: SPbGPMU; 2016. (in Russian).
3. Mel'nikova V. F., Krasnogorskaja O. L., Zajcev V. S., Boronina T. A., Nasyrov R. A. Stroenie, razvitie i patologija posleda. [Structure, development and pathology of the placenta]. SPb.: SPbGPMU; 2011. (in Russian).
4. Iudina T. A., Krasnogorskaja O. L., Nasyrov R. A. Metodicheskie rekomendacii k prakticheskim zanjatijam po patologicheskoj anatomii dlja studentov stomatologicheskogo fakul'teta. [Methodological recommendations for practical training in pathological anatomy for students of dental faculty]. SPb.: SPbGPMU; 2010. (in Russian).
5. Popova E. D. Morfologija immunnogo otveta i immunopatologicheskie processy. Uchebno-metodicheskoe posobie dlja studentov 3 kursa. [The morphology of the immune response and immunopathological processes. Textbook for 3rd year students]. SPb.: SPbGPMU; 2013. (in Russian).
6. Fedotova E. P. Bolezni pochek. Metodicheskoe posobie dlja studentov. [Methodical manual for students]. SPb.: SPbGPMU; 2015. (in Russian).
7. Krasnogorskaja O. L., Mel'nikova V. F., Narkevich T. A., Nasyrov R. A. red., Panejah M. B., Sidorova N. A., Fedotova E. P., Chikulaeva E. V., Shalonja T. A. Metodicheskie rekomendacii k prakticheskim zanjatijam po patologicheskoj anatomii dlja studentov. [Methodical recommendations to practical classes in morbid anatomy for students]. SPb.: SPbGPMU; 2017. (in Russian).
8. Povzun S. A., Nasyrov R. A. Travmaticheskaja bolezn'. Uchebno-metodicheskoe posobie. [Traumatic disease. Educational-methodical manual]. SPb.: SPbGPMU; 2010. (in Russian).
9. Novikova V. P., Aleshina E. I., Nasyrov R. A. Nealkogol'naja zhirovaja bolezn' pecheni u detej. [Non-alcoholic fatty liver disease in children]. SPb.: InformMed; 2013. (in Russian).
10. Rodionov A. N., Zaslavskij D. V., Chuprin I. N., Nasyrov R. A., Zajcev V. S., Ibragimov K. U., Skrek S. V., Sydikov A. A. Dermatopatologija vospalitel'nyh zabojevanij kozhi. [Dermatopathology inflammatory skin diseases]. Tashkent: Baktria press; 2014. (in Russian).
11. Skripchenko N. V., Vil'nic A. A., Krasnogorskaja O. L., Nasyrov R. A. et al. Meningokokkovaja infekcija u detej, rukovodstvo dlja vrachej. [Meningococcal disease in

- children, a guide for physicians]. SPb.: Taktik-Studio; 2015. (in Russian).
12. Novikova V.P., Aleshina E.I., Gurova M.M., Nasyrov R.A. Nealkogol'naja zhirovaja bolezn' pecheni v detskom vozraste. [Non-alcoholic fatty liver disease in children]. M.: GJeOTAR-Media; 2015. (in Russian).
 13. Rodionov A.N., Zaslavsky D.V., Chuprov I.N., Nasyrov R.A., Kolobuhov P.V., Egorova Ju. S., Sydikov A.A. Diffuznye bolezni soedinitel'noj tkani: klinika i morfologija kozhnyh porazhenij. [Diffuse connective tissue disease: clinical features and morphology of cutaneous lesions]. Navoi: Alisher Navoi; 2015. (in Russian).
 14. Mel'nikova V.F., Cinzerling V.A. Perinatal'nye infekcii (Voprosy patogeneza, morfologicheskoj diagnostiki i kliniko-morfologicheskikh sopostavlenij). [Perinatal infections (Questions of pathogenesis, morphological diagnostics and clinical-morphological comparisons)]. Prakticheskoe rukovodstvo. SPb.: Jelbi SPb; 2002. (in Russian).
 15. Nasyrov R.A., Krasnogorskaja O.L., Popova E.D. Tradicionnye i innovacionnye metody prepodavanija patologicheskoj anatomii. [Traditional and innovative methods of teaching pathological anatomy]. In: Materialy nauchno-prakticheskoi konferencii «Sovershenstvovanie podgotovki pediatricheskih kadrov v vuzah Sankt-Peterburga». [Traditional and innovative methods of teaching pathological anatomy]. (in Russian). SPb.: SPbGPMA; 2009: 75–77.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ БЕСПРИЗОРНЫХ И БЕЗНАДЗОРНЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

© Елена Михайловна Черкасова, Александр Зиновьевич Лихтшангоф

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская 2

Контактная информация: Лихтшангоф Александр Зиновьевич — к.м.н., профессор, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: zinovich@list.ru

РЕЗЮМЕ: По специальной программе, включавшей до- и послетестовое консультирование, опрос-интервью по специально разработанной анкете, посвященной выявлению поведенческих факторов, предположительно связанных с уровнем ВИЧ-инфицированности, и тест на выявление ВИЧ из образца цельной крови, взятой из пальца, обследовано 313 несовершеннолетних, живущих вне дома. В ходе исследования был выявлен высокий уровень ВИЧ-инфицированности 15–19-летних «уличных» подростков в Санкт-Петербурге, который во многих подгруппах составил более 50%, а в некоторых превышал 80%. Так, ВИЧ инфекция была выявлена у 6 из 10 сирот, 7 из 10 тех, у кого ранее выявлялись ЗППП, и 8 из 10 потребителей инъекционных наркотиков. Выявлены социальные и поведенческие факторы риска, являющиеся независимыми предикторами ВИЧ-инфекции. Практически все ВИЧ-позитивные подростки были сексуально активны; у большинства было большое количество половых партнеров, и они нерегулярно пользовались презервативами. Однако рискованное сексуальное поведение влияло на риск ВИЧ-инфицирования в значительно меньшей степени по сравнению с употреблением ПАВ, прежде всего инъекционного типа, особенно когда подростки использовали общие шприцы. Те из уличных подростков, кто был сиротами, когда-либо жил в детском доме или не имел определенного места жительства, были в большей степени подвержены заражению.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ВИЧ-инфекция; беспризорные несовершеннолетние; Санкт-Петербург; эпидемиологическое исследование.

MEDICAL-SOCIAL RESEARCH OF HIV-INFECTION IN ST. PETERSBURG STREET CHILDREN AND ADOLESCENTS

© Elena M. Cherkasova, Alexander Z. Likhtshangof

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100.

Contact Information: Alexander Z. Likhtshangof — MD, PhD, professor, Department of Humanities and Bioethics.. E-mail: zinovich@list.ru

ABSTRACT: According to a special program, which included pre- and post-test counselling, the survey interview by a specially developed questionnaire dedicated to the identification of behavioral factors, allegedly linked with the level of HIV infection, and test for HIV from a sample of whole blood taken from a finger, 313 minors, living away from home were examined. In the course of the research, a high level of HIV infection in 15–19-year-old "street" teenagers in St. Petersburg was revealed, which in many sub-

groups was more than 50%, and in some exceeded 80%. Thus, HIV infection was detected in 6 of 10 orphans, 7 out of 10 of those who had previously identified STD, and 8 out of 10 teens who injected drugs. Some social and behavioral risk factors, which are independent predictors of HIV infection were identified. Almost all HIV-positive adolescents were sexually active; the most of them had a large number of sexual partners, and they used condoms irregularly. However, risky sexual behavior affects the risk of HIV infection much less as compared to the use of narcotics, especially injective ones, particularly when teens used a common syringe. Those street teenagers who were orphans, ever lived in an orphanage and/or had no fixed living place, were more vulnerable to HIV infection.

KEY WORDS: HIV infection; homeless minors; St. Petersburg; an epidemiological study

ВВЕДЕНИЕ

В 1990-е гг. на фоне экономических и политических перемен, утраты традиционных ценностных ориентаций населения появилось новое для современной России явление — безнадзорность и беспризорность детей. Только по официальным данным, численность беспризорных детей в России составляет 110–130 тыс., а безнадзорных (то есть не утративших связь с семьей, но периодически живущих на улице) — от 1 до 5 млн [1, 2, 3]. Быстрый рост числа уличных детей стал и одной из серьезных социальных проблем Санкт-Петербурга. Численность работающих уличных детей в городе оценивается в диапазоне от 10 до 16 тысяч [4]. Множество факторов рискованного поведения, таких как отсутствие родительского надзора, употребление инъекционных наркотиков, промискуитет, коммерческий и незащищенный секс, превращают их в группу риска в отношении многих проблем со здоровьем, включая ВИЧ/СПИД. Значительное число беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в Санкт-Петербурге, а также высокая распространенность в городе ВИЧ-инфекции, позволяют предположить высокую ВИЧ-инфицированность «уличных» подростков города. В связи с этим мы сочли актуальным проведение систематической оценки распространенности ВИЧ-инфекции среди «уличных» подростков в Санкт-Петербурге, используя точные методы исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Полномасштабное одномоментное эпидемиологическое исследование ВИЧ-инфекции среди беспризорных и безнадзорных подростков Санкт-Петербурга проводилось нами совместно с городским Центром по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, Международной гуманитарной организацией «Врачи Мира», Центром по профилактике и контролю над заболеваниями США и несколькими неправительственными организациями,

занимающимися проблемами «уличной молодежи» Санкт-Петербурга («Врачи детям», «Гуманитарное действие», «Радуга надежды», Детский кризисный центр, Центр инноваций). Исследование проходило в две стадии: 1) разработка схемы выборки мест нахождения «уличной молодежи» и случайный отбор площадок для исследования; 2) тестирование на ВИЧ и опрос подростков, которые соответствуют критериям включения, в каждом месте исследования [5].

Обследование отобранных несовершеннолетних включало до- и послетестовое консультирование, опрос-интервью по специально разработанной анкете, посвященной выявлению поведенческих факторов, предположительно связанных с уровнем ВИЧ-инфицированности, и тест на выявление ВИЧ из образца цельной крови, взятой из пальца (использовался Экспресс-тест на ВИЧ-1/2 «Determine», разработанный лабораторией Эббот, чувствительность которого составляет 100%, а специфичность — 99,9%). Весь анализ информации производился с использованием программного обеспечения SAS под названием SUDAAN (SAS-callable SUDAAN software) для корректировки внутрикластерной однородности между площадками. Для оценки связи между каждой характеристикой и позитивным экспресс-тестом на ВИЧ вычислялся критерий χ^2 .

Всего в исследование были включены 313 подростков. Из них 63,3% составляли юноши, а 36,7% — соответственно, девушки, 46,7% были в возрасте 15–17 лет, а 53,4% — 18–19 лет. Постоянную регистрацию в Санкт-Петербурге имели 71,2% подростков.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам исследования, у 117 (34,7%) обследованных «уличных» подростков экспресс-тест на ВИЧ был позитивным. Данный показатель следует расценить как крайне высокий. Проведенный анализ выявил статистически до-

стоверную связь между демографическими характеристиками и ВИЧ-инфицированностью «уличных» подростков: среди юношей удельный вес ВИЧ-позитивных составил 42,4%, а среди девушек — 28,7%, среди лиц в возрасте 15–17 лет — 30,1%, а среди лиц 18–19 лет — 43,7%, $p < 0,05$.

Из обследованных «уличных» подростков большинство (81,6%) жили вне дома в течение года и более, и лишь 18,4% — менее года. Среди первых удельный вес ВИЧ-инфицированных составлял 39,8%, а среди вторых — 27,3%. Таким образом, длительность проживания на улице оказывает влияние на ВИЧ-инфицированность несовершеннолетних, однако это влияние не достигает степени статистической достоверности, $p > 0,05$.

Проведенный анализ выявил статистически достоверную связь между посещаемостью учебного заведения и ВИЧ-инфицированностью «уличных» подростков. Из обследованных лишь 15,6% посещают школу или иное учебное заведение каждый или практически каждый день, 15,3% не ходили туда несколько месяцев, 24,6% — в течение 1–2 лет, а 44,5% — 3 года и более. При этом среди первых удельный вес ВИЧ-позитивных составил 4,3%, среди вторых — 26,1%, среди третьих — 37,8%, и, наконец, среди не посещавших учебное заведение в течение трех и более лет — 54,5%, $p < 0,05$.

Еще один медико-социальный фактор, являющийся предиктором ВИЧ-инфицированности, — это место проживания обследуемого на момент опроса. В целом, в группе 23,5% детей и подростков не имели определенного места жительства, обитали в подвале или на чердаке (удельный вес ВИЧ-позитивных — 68,1%), 6,2% жили в общежитии, ночлежке или детском доме (удельный вес ВИЧ-позитивных — 31,6%), а 70,4% проживали в квартире или доме (удельный вес ВИЧ-позитивных — 28,7%). То есть у подростков без определенного места жительства шансы получить ВИЧ-инфекцию более чем вдвое выше по сравнению с двумя другими подгруппами, $p < 0,05$.

Более половины обследованных (52,7%) проживают в одиночестве или с друзьями, остальные 47,3% живут постоянно в семье или в медико-социальном учреждении. Этот фактор достоверно ($p < 0,05$) влияет на риск ВИЧ-инфицирования: доля ВИЧ-позитивных в первой подгруппе составляет 47,3%, а во второй — 26,4%. Только у каждого седьмого-восьмого беспризорного (13,7%) есть кто-то, к кому можно обратиться за помощью в случае необходимости, у остальных 86,3% такого человека нет,

причем риск ВИЧ-инфицирования у них значительно выше: 51,2% против 35,2%, $p < 0,05$.

Более трети «уличных» несовершеннолетних (37,5%) признали, что в своей жизни становились жертвами физического или сексуального насилия, чаще всего неоднократно, риск ВИЧ-инфицирования в таком случае повышается (43,5% против 34,4%), однако различия не достигают степени статистической достоверности: $p > 0,05$.

Учитывая особенности эпидемиологии ВИЧ-инфекции, ряд вопросов анкеты был посвящен сексуальному поведению беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних. Почти все из них (95,8%) имели сексуальный опыт. Доля ВИЧ-позитивных среди девственников/девственниц была несущественно ниже, чем среди живших половой жизнью (30,8% против 37,7%), $p > 0,05$. 9,7% опрошенных признали, что занимались когда-либо сексом за деньги или иные блага (пища, одежда, жилье, наркотики и т. п.). Удельный вес ВИЧ-инфицированных несколько выше среди имевших опыт коммерческого секса (53,3% против 35,7%), однако это различие недостоверно, $p > 0,05$. Точно так же недостоверно различие (45,5% против 35,9%) между теми, кто имел за последний год интимные отношения с партнером своего пола, и теми, кто гомосексуальные отношения отрицал, $p > 0,05$. Всего же такой факт признали 7,4% «уличных» подростков.

Каждый шестой респондент (16,9%) имел опыт анального секса, при котором, как известно, риск инфицирования ВИЧ выше, однако доля ВИЧ-позитивных в этой подгруппе оказалась даже несколько ниже по сравнению с не допускавшими анальной интросиссии (28,3% против 39,2%), $p > 0,05$. Единственный медико-социальный фактор из данного блока, демонстрирующий достоверное влияние на ВИЧ-инфицированность «уличных» подростков, — это наличие в анамнезе какого-либо заболевания, передаваемого преимущественно половым путем (ЗПППП). Треть обследованных (33,7%), по их словам, перенесли ЗПППП хотя бы раз в жизни, причем ВИЧ-позитивными в этой подгруппе являются 70,5%, в то время как среди отрицающих ЗПППП — лишь 20,8%, $p < 0,05$. Отмечается тенденция к росту удельного веса ВИЧ-позитивных по мере увеличения числа половых партнеров, однако она не является статистически значимой: $p > 0,05$. Несмотря на активную половую жизнь, абсолютное большинство (79,6%) «уличных» детей и подростков, не использует презерватив

постоянно. Впрочем, доля ВИЧ-положительных среди использующих данное средство защиты (29,5%) несущественно ниже, чем среди пренебрегающих безопасным сексом (39,5%), $p > 0,05$.

Поскольку первостепенное значение в распространении ВИЧ-инфекции имеет употребление психоактивных веществ (ПАВ) в немедицинских целях, ряд вопросов анкеты был посвящен аддиктивному поведению беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних. Почти все из них (84,7%) хоть раз в жизни употребляли какое-либо ПАВ. Доля ВИЧ-положительных среди употреблявших наркотики составила 43,8%, и лишь один опрошенный, никогда не пробовавший наркотики, имел ВИЧ-инфекцию (2,1%), $p < 0,05$. Половина обследованных (50,6%) хоть раз в жизни употребляла наркотик инъекционным путем, а треть (32,9%) продолжала использовать инъекционные ПАВ (стадол, героин, морфин, промедол, омнопон и др.) на момент опроса. Первый фактор повышает риск ВИЧ-инфицирования в 13,1 раза (68,2% против 5,2%), а второй — в 4,6 раза (78,6% против 17,1%), $p < 0,05$. Разумеется, в значительной мере способствует распространению многих инфекций употребление общих шприцев. Этот факт своей биографии признала треть опрошенных (33,3%), а 18,9% продолжают указанную практику на момент опроса. Данный фактор достоверно влияет на риск ВИЧ-инфицирования, $p < 0,05$.

Достоверно повышает риск ВИЧ-инфицирования и частота употребления алкоголя. Так, среди подростков, употребляющих алкогольные напитки несколько раз в неделю и чаще, удельный вес ВИЧ-положительных составляет 42,0%, а среди тех, кто делает это несколько раз в месяц и реже, — 25,3%, $p < 0,05$.

Из 117 «уличных» подростков с положительным экспресс-тестом на ВИЧ 48 (41,0%) знали о своем позитивном статусе до нашего исследования, в то время как 69 (59,0%) узнали об этом в данном исследовании.

Таким образом, в ходе исследования был выявлен крайне высокий уровень ВИЧ-инфицированности 15–19-летних «уличных» подростков в Санкт-Петербурге, который во многих подгруппах составил более 50%, а в некоторых превышал 80%. Так, ВИЧ инфекция была выявлена у 6 из 10 сирот, 7 из 10 тех, у кого ранее выявлялись ЗППП, и 8 из 10 потребителей инъекционных наркотиков. Многие социальные и поведенческие факторы риска были независимыми предикторами ВИЧ-инфекции. Практи-

чески все ВИЧ-положительные подростки были сексуально активны; у большинства было большое количество половых партнеров, и они нерегулярно пользовались презервативами. Однако рискованное сексуальное поведение влияло на риск ВИЧ-инфицирования в значительно меньшей степени по сравнению с употреблением ПАВ, прежде всего инъекционного типа, особенно когда подростки использовали общие шприцы. Социальные факторы риска также оказались значимыми независимыми предикторами инфекции: те из «уличных» подростков, кто был сиротами, когда-либо жил в детском доме или не имел определенного места жительства, были в большей степени подвержены заражению.

Важнейшими задачами в борьбе с ВИЧ-инфекцией в среде уличных подростков и молодежи являются: активное вовлечение подростков в систему помощи; добровольное консультирование и экспресс-тестирование на ВИЧ; обеспечение доступа к медицинской помощи ВИЧ-положительным подросткам; наркологическая реабилитация наркозависимых; социально-психологическая реабилитация, адаптация и жизнеустройство; профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов и ИППП в уличной среде; объединение потенциала государственных учреждений и НКО, а также эффективное межведомственное взаимодействие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Микиртичан Г. Л., Черкасова Е. М., Лихтшангоф А. З. К вопросу о качестве жизни беспризорных и безнадзорных детей и подростков Санкт-Петербурга. В кн.: Макроэкономика: Качество жизни и проблемы развития здравоохранения. СПб.; 2008: 170–178.
2. Орел В. И., Середа В. М., Даниленко Л. А. Медико-социальные проблемы здоровья уличных детей. Российский педиатрический журнал. 2005; № 3: 60–62.
3. Середа В. М. Здоровье дезадаптированных детей и пути совершенствования медико-социальной помощи в современных условиях: Автореф. дис... докт. мед. наук. СПб.; 2005.
4. Черкасова Е. М., Микиртичан Г. Л., Лихтшангоф А. З. Уличные дети Санкт-Петербурга как медико-социальная проблема. В кн.: Проблемы городского здравоохранения. Вып. 8. СПб.; 2003: 605–610.
5. Kissin D. M., Zapata L., Yorick R., Vinogradova E. N., Volkova G. V., Cherkassova E. M., Lynch A., Leigh J., Jamieson D. J., Marchbanks P. A., Hillis S. HIV seroprevalence in street youth, St Petersburg, Russia. AIDS. 21 (17): 2333–2340, November 2007. DOI: 10.1097/QAD.0b013e3282f125b3.

REFERENCES

1. Mikirtichan G. L., Cherkasova E. M., Likhtshangof A. Z. K voprosu o kachestve zhizni besprizornyyh i beznadzornyyh detey i podrostkov Sankt-Peterburga. [Upon the quality of life of St. Petersburg homeless and neglected children and teenagers] In: Makroekonomika: Kachestvo zhizni i problemy razvitiya zdavoohraneniya. SPb.; 2008: 170–178. (in Russian)
2. Orel V. I., Sereda V. M., Danilenko L. A. Mediko-sotsialnyie problemy i zdorovya ulichnyih detey. Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal [Medical and social problems of street children's health]. 2005; №3: 60–62(in Russian).
3. Sereda V. M. Zdrove dezadaptirovannyih detey i puti sovershenstvovaniya mediko-sotsialnoy pomoschi v sovremennyih usloviyah [Health of maladjusted children and ways to improve health and social care in modern conditions] PhD thesis. SPb.; 2005. (in Russian)
4. Cherkasova E. M., Mikirtichan G. L., Likhtshangof A.Z. Ulichnyie deti Sankt-Peterburga kak mediko-sotsialnaya problema [St. Petersburg street children as a medical and social problem]. In.: Problemyi gorodskogo zdavoohraneniya. V. 8. SPb.; 2003: 605–610. (in Russian).
5. Kissin D. M., Zapata L., Yorick R., Vinogradova E. N., Volkova G. V., Cherkassova E. M., Lynch A., Leigh J., Jamieson D. J., Marchbanks P. A., Hillis S. HIV seroprevalence in street youth, St Petersburg, Russia. AIDS. 21(17): 2333–2340, November 2007. DOI: 10.1097/QAD.0b013e3282f125b3.

СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТАМ В СПБГПМУ

© Наталья Николаевна Тимофеева

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Наталья Николаевна Тимофеева — преподаватель, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: natalja.timofeeva@gmail.com

РЕЗЮМЕ: Уровень профессиональной подготовки иностранных студентов в России в значительной степени зависит от социальных и экономических условий жизни в стране пребывания. Студенты из стран Центральной Азии обладают низкой медицинской активностью. По данным анкетирования среди иностранных студентов 61 % не испытывают никакого беспокойства о состоянии своего здоровья. Даже при наличии факторов риска, регулярно предпринимают меры по укреплению здоровья только половина студентов. Несмотря на наличие полиса ДМС, более 40 % иностранных студентов не обращаются ни в медицинские учреждения университета, ни в частные медицинские учреждения, а предпочитают лечиться самостоятельно, посещать знакомых врачей, либо пользоваться только экстренной медицинской помощью в случае необходимости.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: иностранные студенты; страхование; ОМС; ДМС; медицинская помощь; медицинская активность; студенты из стран Центральной Азии.

THE STATE OF MEDICAL AID TO FOREIGN STUDENTS IN SAINT-PETERSBURG STATE PEDIATRIC MEDICAL UNIVERSITY

© Natalia N. Timofeeva

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

Contact Information: Natalia N. Timofeeva — lecturer, Department of Humanities and Bioethics.
E-mail: natalja.timofeeva@gmail.com

ABSTRACT: Professional training of foreign students in Russian Federation depends significantly on social and economic living conditions in the country of residence. Students from Central Asia show low level of medical activity. According to questionnaires 61 % of students have no concerns of their state of health. Even considering risk factors only a half of all foreign students implements health promotion measures regularly. Despite of the availability of private medical insurance over 40 % of all foreign students do not apply neither to medical setting of the university or to private health care facilities. Students prefer self-treatment or either or help of acquainted doctors, sometimes using urgent medical aid in case of emergency.

KEY WORDS: international students; insurance; mandatory health insurance; voluntary health insurance; medical assistance; medical activity; the students from the countries of Central Asia.

Одной из ведущих тенденций общественно-го развития в современном мире является постоянный рост всех видов мобильности. Со-

временное высшее образование во всем мире следует этой тенденции, соответственно и академическая мобильность также растет.

Актуальность темы исследования определяется ростом и расширением международных отношений, в том числе и в сфере образования. В современном мире интенсивно развиваются межгосударственные образовательные программы, увеличивается количество студентов, желающих получить высшее образование в другой стране. Интернационализация в сфере образования обусловлена рядом факторов, среди которых особенно важны динамично развивающийся Болонский процесс, новые глобальные структуры транснационального образования и новые коммуникационные технологии. Однако повышение мобильности студентов возможно только при выполнении условий непрерывного и качественного медицинского наблюдения, а также сопоставимости уровней качества медицинского обслуживания.

Основным фактором, повышающим значимость академической мобильности участников образовательного процесса, является рейтинг образовательного учреждения. Академический рейтинг — это инструмент формирования репутации университета, отражающий его авторитетность и привлекательность в глазах преподавательского и студенческого сообщества. Так, например, на протяжении многих десятилетий СПбГПМУ является международным центром высшего медицинского образования. В настоящее время двери Университета открыты для обучающихся из более чем 50 стран мира. Уровень преподавания профессиональных дисциплин служит важным ориентиром при выборе университета. Однако немаловажными являются также и социально-экономические условия обучения.

Не только сам уровень образования, но и жизненные условия могут служить фактором, способствующим привлечению иностранных студентов в российские вузы [1, 2]. В такой ситуации все более актуальной признается проблема социальной адаптации и межкультурного взаимодействия иностранных студентов, обучающихся в российских вузах, в том числе и медицинских [7, 8].

Большим спросом российское высшее образование пользуется у граждан стран Средней Азии: значительное количество студентов приезжают из Узбекистана, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана.

Перед принимающей стороной всегда стоит задача оптимизации жизни и учебы иностранных студентов, которые проходят через сложный процесс адаптации к новым услови-

ям их жизнедеятельности. Успешность обучения иностранных студентов в России, уровень их профессиональной подготовки в значительной степени зависят от социальных и экономических условий жизни студентов в стране пребывания. Следует отметить, что даже при самых благоприятных условиях адаптация к новой культуре, интеграция личности в новую коммуникативную и бытовую среду, как правило, сопровождается разного рода сложностями и проблемами [3, 4].

В научной литературе подчеркивается, что к наиболее сложным проблемам относятся проблемы быта, например, организация правильного питания в столовой и в общежитии; к основным социально-экономическим проблемам также следует отнести и медицинскую помощь [12, 13]. Несмотря на то, что администрации современных вузов предпринимают меры в этом направлении, еще очень многое предстоит сделать. Можно с уверенностью утверждать, что, выигрывая в аспекте фундаментального высшего образования, многие российские вузы проигрывают в плане обустройства быта учащихся [5, 6]. На сегодняшний день условия жизни российских и иностранных студентов не соответствуют современным требованиям и мировым стандартам. В настоящее время в медицине еще только идет процесс становления здоровьесберегающих технологий в условиях образовательных учреждений [8]. Соответственно, задача, которая должна быть поставлена перед администрациями вузов в этом направлении, — организовать социальную и бытовую среду проживания иностранных учащихся таким образом, чтобы связанные с ней возможные проблемы не отвлекали студентов от главной цели — получения профессионального образования.

В Санкт-Петербурге в 2016 г. на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации проводилось исследование условий и образа жизни иностранных студентов подготовительного отделения, третьего и шестого курсов обучения в СПбГПМУ, прибывших в РФ из стран Центральной Азии для прохождения обучения в СПбГПМУ по специальностям «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология». Средний возраст всех студентов — 21,3 года; диапазон возраста — 16–36 лет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать научно-обоснованные рекомендации, направленные на улучшение условий обучения и поддержание здоровья студентов, прибывших из стран Центральной Азии для обучения в СПбГПМУ.

С целью анализа образа жизни и медицинской активности учащихся, прибывших на учебу из стран Центральной Азии, было проведено анонимное анкетирование студентов подготовительного отделения, третьего и шестого курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов дневной формы обучения. Для этой цели были разработаны специальные статистические формы анкет. Анонимный социологический опрос по специально разработанной анкете с применением метода основного массива позволяет обеспечить высокую степень достоверности [24]. Теоретической основой работы также стали нормативные документы.

В настоящее время российское законодательство стремится к максимальному уравниванию прав граждан России и иностранцев в части медицинского обеспечения граждан, пребывающих на территории РФ.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в п. 3 ст. 19 закрепляет право иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, на медицинскую помощь [20].

Согласно ст. 4 Федерального закона от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» иностранные граждане пользуются в Российской Федерации правами и несут обязанности наравне с гражданами Российской Федерации, за исключением случаев, прямо предусмотренных федеральным законом [22].

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованными лицами являются не только граждане Российской Федерации, но также постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане [21].

Исходя из содержания и смысла вышеперечисленных правовых норм, можно заключить, что иностранные граждане, находящиеся на территории РФ, имеют право на получение медицинской помощи в рамках системы ОМС России на тех же условиях, что и российские граждане. Медицинское обслуживание иностранных граждан, проходящих обучение в РФ, осуществ-

ляется на тех же условиях, которые установлены для граждан Российской Федерации.

Однако на иностранных граждан, проходящих обучение в России, распространяется дополнительный ряд правовых норм [19]. Так, в соответствии с письмом Федерального фонда ОМС от 05.10.2000 № 4647/30–3 «Об обязательном медицинском страховании студентов, учащихся и аспирантов образовательных учреждений» иностранные граждане, обучающиеся в образовательных учреждениях высшего и среднего профессионального образования РФ, приравниваются к неработающим [14]. Соответственно, оказываемая им медицинская помощь не оплачивается из средств ОМС.

Согласно правилам оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории РФ, иностранные учащиеся имеют право приобрести полис добровольного медицинского страхования (ДМС). Кроме этого, иностранные учащиеся могут расплачиваться за оказанные медицинские услуги в соответствии с договором на предоставление платных медицинских услуг.

Иностранные студенты в СПбГПМУ страхуются по программам добровольного медицинского страхования. Однако практика показывает, что не все иностранные учащиеся в состоянии оплатить оказанные медицинские услуги. Более того, из-за отсутствия полиса ДМС у многих нет возможности вовремя обратиться за медицинской помощью, что может приводить к тяжелым последствиям для их здоровья.

Согласно Постановлению Правительства РФ «Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории РФ» от 06.03.2013 N 186 скорая медицинская помощь иностранным гражданам оказывается бесплатно и безотлагательно [15]. Медицинская помощь в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, оказывается иностранным гражданам медицинскими организациями бесплатно [21]. Плановая медицинская помощь иностранным гражданам оказывается в случае нарушений, не представляющих непосредственной угрозы жизни, в соответствии с договорами на предоставление платных медицинских услуг, либо договорами добровольного медицинского страхования.

Законодательство РФ напрямую не предусматривает обязанности по приобретению иностранным гражданином страхового полиса, в том числе при поступлении в вуз. Однако в соответствии с Федеральным законом от

15.08.1996 N 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» въезд в Российскую Федерацию иностранного гражданина не допускается в случае, если иностранный гражданин не представил полис медицинского страхования, действительный на территории России [23].

Таким образом, на момент въезда в Российскую Федерацию все иностранные студенты являются застрахованными. В ходе дальнейшего пребывания в РФ при прохождении обучения студент может выбрать — приобрести полис ДМС, либо самостоятельно по мере необходимости оплачивать оказанные медицинские услуги. Для иностранных студентов бесплатно оказывается только экстренная, скорая помощь и транспортировка пострадавшего [17, 18]. Иная медицинская помощь, оказанная иностранным студентам, не оплачивается из средств обязательного медицинского страхования. Иностранные студенты страхуются по программам добровольного медицинского страхования, которые предлагаются вузами.

Особая ситуация может сложиться, если иностранный студент является работающим по трудовому договору. В этом случае страховой полис ему может выдать работодатель. Таким образом, работающие в Санкт-Петербурге иностранные студенты и иностранные студенты, имеющие вид на жительство, могут составлять исключение. Однако, как показывает практика, иностранные студенты крайне редко совмещают работу и обучение, а из числа работающих многие официально не трудоустроены.

Из ответов проанкетированных студентов следует, что больше половины, 57,94% (73 человека), имеют полис ДМС, который оплатили сами (либо родители, спонсорская организация и т. д.). 34,13% опрошенных (43 человека) оплачивают медицинскую помощь самостоятельно из личных средств. В ходе анкетирования было выявлено, что ни у кого из иностранных студентов нет полиса ОМС.

У 6,35% (8 человек) есть полис ДМС, который оплатило государство. Два человека указали вариант «другое» (1,59%).

На подготовительном отделении 28 человек — 59,57% учащихся — застрахованы по полису ДМС, который оплатили сами (либо их родители, спонсорская организация и т. д.). Два человека указали, что имеют полис ДМС, который оплатило государство (4,3%). 17 человек (36,2%) указали, что не имеют полиса и оплачивают медицинскую помощь сами из личных средств.

На третьем курсе 21 человек — 45,6% учащихся — застрахованы по полису ДМС, кото-

рый оплатили сами (либо их родители, спонсор и т. д.). Четыре человека указали, что имеют полис ДМС, который оплатило государство (8,7%). 20 человек (43,5%) указали, что не имеют полиса и оплачивают медицинскую помощь сами из личных средств.

На шестом курсе 24 человека (72,7% учащихся) — застрахованы по полису ДМС, который оплатили сами (либо их родители, спонсор и т. д.). Два человека указали, что имеют полис ДМС, который оплатило государство (6,1%). 6 человек (18,2%) указали, что не имеют полиса и оплачивают медицинскую помощь сами из личных средств.

Таблица 1

Оплата медицинской помощи иностранными учащимися, прибывшими на учебу из стран Центральной Азии

Оплата медицинской помощи	п/о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
Имею полис ОМС	–	–	–	–
По полису ДМС, который оплатил сам (родители, спонсор и т. д.)	59,6%	45,6%	72,7%	57,9%
По полису ДМС, который оплатило государство	4,3%	8,7%	6,1%	6,3%
Полиса не имею, оплачиваю сам из личных средств	36,2%	43,5%	18,2%	34,1%
Другое	–	2,2%	3,03%	1,6%
Итого	100%	100%	100%	100%

57,9% респондентов оплачивают медицинскую помощь по полису ДМС, который оплатили сами. Более трети респондентов — 34,1% — оплачивают медицинскую помощь из личных средств. Даже среди тех студентов, кто приобрел ДМС, есть значительное количество тех, кто оплачивает ряд медицинских услуг самостоятельно, так как не все виды лечения входят в программу ДМС. Поэтому необходимо выяснить, как респонденты оценивают стоимость платных медицинских услуг (таблица 2–4).

Рассмотрим причины (таблица 5), по которым студенты вынуждены, либо предпочитают оплачивать медицинские услуги самостоятельно за счет собственных средств.

На подготовительном отделении почти половина респондентов (46,8%) указала, что полис ДМС слишком дорогой. 10,6% отметили, что не имеют возможности за него заплатить.

Таблица 2

Оценка стоимости платных медицинских услуг. Подготовительное отделение (1 курс)

Оценка оплаты медицинской помощи	Нормальная	Чрезмерно высокая
Осмотр врача	29,8%	12,8%
Анализы	38,3%	4,3%
Прививки	42,5%	–
Флюорография	29,8%	12,8%
Лечение	25,5%	17%

Таблица 3

Оценка стоимости платных медицинских услуг. 3 курс

Оценка оплаты медицинской помощи	Нормальная	Чрезмерно высокая
Осмотр врача	60,9%	17,4%
Анализы	56,5%	21,7%
Прививки	71,7%	6,5%
Флюорография	71,7%	6,5%
Лечение	54,3%	23,9%

Таблица 4

Оценка стоимости платных медицинских услуг. 6 курс

Оценка оплаты медицинской помощи	Нормальная	Чрезмерно высокая
Осмотр врача	54,5%	3%
Анализы	45,4%	12,1%
Прививки	57,6%	–
Флюорография	54,5%	3%
Лечение	42,4%	15,1%

23,4% студентов указали, что болеют редко, и поэтому медицинские услуги дешевле оплачивать самим.

На третьем курсе 17,4% указали, что полис ДМС является слишком дорогим, а 41,3% указали, что болеют редко, и поэтому медицинские услуги дешевле оплачивать самим. 13% отметили, что качество помощи по ДМС хуже, чем когда платишь сам.

На шестом курсе 42,4% отметили, что болеют редко, и поэтому медицинские услуги дешевле оплачивать самим. 15,1% респондентов

Таблица 5

Распределение студентов из стран Центральной Азии в зависимости от причин самостоятельной оплаты медицинской помощи

Оплата медицинской помощи самостоятельно	п/о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
Полис ДМС слишком дорогой	56,8%	17,4%	15,1%	27,8%
На полис нет денег	15,1%	8,7%	12,1%	10,3%
Я редко болею, поэтому самому платить дешевле	28,1%	51,3%	52,4%	34,9%
Качество помощи по ДМС хуже, чем, когда платишь сам	–	13%	3%	5,6%
Другое (укажите)	–	2,2%	9,1%	3,2%

посчитали, что полис слишком дорогой. 12,1% указали, что на полис нет денег.

Что касается всей совокупности респондентов, то 27,8% указали, что полис ДМС слишком дорогой, а 10,3% отметили, что не имеют возможности за него заплатить. 34,9% указали, что болеют редко, и поэтому медицинские услуги дешевле оплачивать самим. 5,6% отметили, что качество медицинской помощи, оказываемой в рамках ДМС хуже, чем когда платишь сам.

В качестве иных причин (3,2%), по которым студенты не приобретали полис ДМС были названы: полис ДМС не включает помощь по имеющимся заболеваниям (1 чел.), полис ДМС не оплачивает некоторые виды медицинских услуг (3 чел.).

Немаловажным представляется вопрос о том, куда именно обращаются студенты, прибывшие на учебу из стран Центральной Азии, за медицинской помощью.

Несмотря на то, что у 57,9% студентов есть полис ДМС, 24% респондентов предпочитают не обращаться за медицинской помощью и лечатся сами. 19% студентов обращаются к знакомым врачам. Более трети проанкетированных — 34,2% — готовы обратиться в медпункт университета, а 7,6% — в студенческую поликлинику. Хотя больше половины студентов имеют действующие полисы ДМС, которые позволяют обратиться в ряд коммерческих медицинских учреждений, к частным врачам или в частное ЛПУ обращаются всего лишь 7,59% респондентов. Два человека (2,5%) указали, что в случае заболевания вызывают скорую медицинскую помощь.

Таблица 6

Распределение студентов, прибывших на учебу из стран Центральной Азии, в зависимости от места обращения за медицинской помощью (в % к итогу)

Куда Вы чаще всего обращаетесь за помощью, когда болеете:	3 курс	6 курс	Итого
В медпункт университета	39,1 %	27,3 %	34,2 %
В студенческую поликлинику	4,3 %	12,1 %	7,6 %
В поликлинику по месту жительства или другое государственное учреждение	6,5 %	3 %	5,1 %
К частным врачам или в частное ЛПУ	6,7 %	9,1 %	7,6 %
К знакомым врачам	13 %	27,3 %	19 %
Никуда не обращаюсь, лечусь сам	30,4 %	15,1 %	24 %
Другое	–	6,1 %	2,5 %
Итого	100 %	100 %	100 %

Таким образом, несмотря на наличие возможности приобрести ДМС, более трети студентов, прибывших на учебу из стран Центральной Азии, не обращаются ни в медицинские учреждения университета, ни в частные медицинские учреждения, а предпочитают посещать знакомых врачей, лечиться самостоятельно, либо пользоваться только скорой медицинской помощью. Такая тенденция носит негативный характер, так как врачи-знакомые не всегда могут официально гарантировать качественное оказание медицинской помощи, а сами студенты еще не имеют высшего медицинского образования, поэтому самолечение может нанести вред их здоровью.

57,9% респондентов оплачивают медицинскую помощь по полису ДМС, который оплатили сами (родители и т. д.). Более трети респондентов — 34,1% — оплачивают медицинскую помощь из личных средств.

При этом 27,8% студентов из стран Центральной Азии указали, что полис ДМС слишком дорогой, и 10,3% отметили, что не имеют возможности за него заплатить. 34,9% студентов указали, что болеют редко, и поэтому медицинские услуги дешевле оплачивать самим. 5,6% респондентов отметили, что качество медицинской помощи, оказываемой в рамках ДМС хуже, чем, когда платишь сам.

Несмотря на то, что у 57,9% студентов есть полис ДМС, 24% респондентов предпочитают не обращаться за медицинской помощью и лечатся сами. 19% студентов обращаются к знакомым врачам. Более трети проанкетированных — 34,2% — готовы обратиться в медпункт университета, и только 7,6% респондентов — в студенческую поликлинику.

Таким образом, можно сделать вывод, что студенты из стран Центральной Азии, как и студенты в целом, обладают весьма низкой медицинской активностью. Среди иностранных студентов 61,11%, а среди российских студентов 18,25% не испытывают никакого беспокойства о состоянии своего здоровья. Даже при наличии факторов риска, регулярно предпринимают меры по укреплению здоровья только половина (55,56%) студентов из стран Центральной Азии и 26,98% российских студентов. Несмотря на наличие ДМС, более 40% студентов, прибывших на учебу из стран Центральной Азии, не обращаются ни в медицинские учреждения университета, ни в частные медицинских учреждения, а предпочитают лечиться самостоятельно, посещать знакомых врачей, либо пользоваться только экстренной медицинской помощью в случае необходимости.

Изложенные выше итоги проведенного анкетирования предопределили необходимость научной разработки и реализации мер, направленных на решение медико-социальных проблем студенческой молодежи, в частности студентов, прибывших из стран Центральной Азии, на основе оценки их медицинской активности.

Правительству Российской Федерации, Министерству Здравоохранения РФ, Фонду ОМС и страховым медицинским организациям можно порекомендовать переложить оказание медико-профилактической помощи студентам на специализированные лечебно-профилактические учреждения, имеющие наиболее оптимальную структуру, обеспечивающие большую доступность медицинской

помощи, высокое качество оказания медицинской помощи данному контингенту и владеющие полной информацией о состоянии здоровья студенческой молодежи, в том числе иностранных студентов, прибывших из стран Центральной Азии

С учетом финансовых возможностей иностранных студентов и самого Университета необходимо расширить систему ДМС, сделать полис ДМС более доступным по цене, а также увеличить спектр оказываемых по полису медицинских услуг, принимая во внимание потребности студентов, а также расширить список ЛПУ, оказывающих помощь студентам по системе ДМС. На организуемых встречах и собраниях необходимо доводить до сведения студентов, какие именно медицинские услуги подлежат оказанию по полису ДМС, и в какие ЛПУ может обратиться студент.

В качестве меры, направленной на улучшение социально-бытовых условий исследуемой категории, можно порекомендовать введение в СПбГПМУ оплачиваемой учебной практики для иностранных студентов, например, в клиниках Университета и иных медицинских учреждениях, что позволит обеспечить студентов дополнительными источниками дохода, так как на сегодняшний день основной источник дохода студентов из стран Центральной Азии — помощь родителей.

Представляется целесообразным организовать консультирование по поводу прав иностранных граждан в РФ на регулярной основе. В рамках консультирования следует затрагивать такие вопросы, как права человека, право на трудоустройство, взаимодействие с правоохранительными органами, вопросы качественного оказания медицинской помощи и иные актуальные проблемы. Необходимо проводить разъяснения иностранным учащимся порядков получения медицинской помощи в Российской Федерации, а также осуществлять контроль за ее оказанием. На организуемых встречах и собраниях необходимо доводить до сведения студентов содержание основных нормативных документов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н. А. Адаптация и резервы организма. М.: ФиС; 1983.
2. Агаджанян Н. А. Экология здоровья человека. Вестник новых медицинских технологий. 1996; № 2: 16–19.
3. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита. Психологический журнал. 1994; № 1: 3–19.
4. Анцыферова Л. И. Психология повседневности: жизненный мир личности и «техники» ее бытия. Психологический журнал. 1993; № 2: 3–16.
5. Арефьев А. Л. Иностранные студенты в российских вузах. Доступен по: <http://www.socioprogram.noz.ru>. (дата обращения 25.10.2016).
6. Арефьев А. Л. Экспорт российского образования: основные показатели и тенденции. Высшее образование в России. 2010; № 1: 126–141. Доступен по: <http://cyberleninka.ru/article/n/eksport-rossiyskogo-obrazovaniya-osnovnye-pokazateli-i-tendentsii>. (дата обращения 25.10.2016).
7. Арефьев А. Л. Российские вузы на международном рынке образовательных услуг. М.: Центр социального прогнозирования; 2007.
8. Бирюкова Н. А. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательных учреждениях. Гигиена и санитария. 2006; № 1: 76–77.
9. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ; 2006.
10. Бойко В. В., Ковалев А. Г., Панферов В. Н. Социально-психологический климат коллектива и личность. Сестринское дело. 1999; № 3: 6–7.
11. Зотова О. И., Кряжева И. К. Некоторые аспекты социально-психологической адаптации личности В кн.: Бобновой М. И., Шороховой Е. В., ред. Психологические механизмы регуляции социального поведения М., 1979: 73–78.
12. Кормилицын А. П. Социально-педагогическая адаптация иностранных студентов в процессе профессиональной подготовки (на примере авиационного технического колледжа). Автореф. дис... канд. пед. наук. М.; 1997.
13. Микиртчян Г. Л., Акимова С. Л., Лихтшангоф А. З., Бугреева Е. А. Врачи-педиатры: состояние здоровья и образ жизни. Педиатрия. 2011; № 6: 143–146.
14. Письмо Федерального фонда ОМС от 5 октября 2000 г. N 4647/30–3 и «Об обязательном медицинском страховании студентов, учащихся и аспирантов образовательных учреждений». Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28808. (дата обращения 25.10.2016).
15. Постановление Правительства РФ от 06.03.2013 N 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации». Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143136/56fc67156bbe76a2b2d6ba23ceb6c659636ef8a97. (дата обращения 25.10.2016).
16. Постановление Правительства Российской Федерации от 25 августа 2008 г. № 638 «О сотрудничестве с зарубежными странами в области образования». Доступен по: <http://government.consultant.ru/page.aspx?973331>. (дата обращения 25.10.2016).

17. Приказ Министерства здравоохранения РФ «О минимальном перечне медицинских услуг, оказываемых в системе медицинского страхования застрахованным иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации» № 315 от 06.08.1999. Доступен по: <http://base.garant.ru/12117074>. (дата обращения 25.10.2016).
18. Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации (утв. постановлением Правительства РФ от 6 марта 2013 г. N186). Доступен по: http://base.garant.ru/70329696/#block_1000#ixzz48kTn0Yfh. (дата обращения 25.10.2016).
19. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016) «Об образовании в Российской Федерации». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174. (дата обращения 25.10.2016).
20. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 02.03.2016). Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895. (дата обращения 25.10.2016).
21. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016). Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289. (дата обращения 25.10.2016).
22. Федеральный закон от 25.07.2002 N 115-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 10.01.2016). Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_37868. (дата обращения 25.10.2016).
23. Федеральный закон от 15.08.1996 N 114-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию». Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_11376. (дата обращения 25.10.2016).
24. Юрьев В.К., Ахмедов М.Р., Рубин А.Д., Зеленова Е.В., Моисеева К.Е., Юрьева В.В. Анкетирование как метод оценки состояния здоровья детей. Российский педиатрический журнал. 2008; N 1: 57–60.
- ing conditions: rethinking, reformation and psychological defense]. *Psihologicheskii zhurnal*. 1994; № 1: 3–19 (in Russian).
4. Ancyferova L. I. *Psihologiya povsednevnyy: zhiznenny mir lichnosti i «tehniki» ee bytiya* [Psychology of everyday life: lifeworld of personality and technics of its existence]. *Psihologicheskii zhurnal*. 1993; №2: 3–16. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
5. Aref'ev A. L. *Inostrannye studenty v rossiyskih vuzah*. [Foreign students in Russian higher education institutions]. Available at: <http://www.socioprogram.ru>. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
6. Aref'ev A. L. *Export rossiyskogo obrazovaniya: osnovnye pokazateli i tendentsiyi* [Export of Russian education: basic results and tendencies]. *Vyshee obrazovanie v Rossii*. 2010; №1: 126–141. Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/eksport-rossiyskogo-obrazovaniya-osnovnye-pokazateli-i-tendentsii>. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
7. Aref'ev A. L. *Rossiyskie vuzy na mezhdunarodnom rynke obrazovatel'nykh uslug*. [Russian higher education institutions on the international market of education services]. M.: Centr social'nogo prognozirovaniya; 2007. (in Russian). (accessed 25.10.2016). (in Russian).
8. Biryukova N. A. *Zdorov'esberegayushie tehnologii v obshheobrazovatel'nykh uchrezhdeniyah*. [Health-improving technologies in educational institutions]. *Gigiena i sanitariya*. 2006; № 1: 76–77. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
9. Bodrov V. A. *Psihologicheskii stress: razvitie i preodolenie*. [Psychological stress: development and overcoming]. M.: PER SJe; 2006. (in Russian).
10. Boyko V. V., Kovalev A. G., Panferov V. N. *Social'no-psihologicheskii klimat kollektiva i lichnosti*. [Social and psychological climate of a community and personality]. *Sestrinskoe delo*. 1999; № 3: 6–7. (in Russian).
11. Zotova O. I., Kryazheva I. K. *Nekotorye aspekty social'no-psihologicheskoy adaptatsiyi lichnosti*. [Some aspects of social and psychological adaptation of a personality]. In: *Psihologicheskie mekhanizmy regulyatsii social'nogo povedeniya*. Pod red. M. I. Bobnevoy, E. V. Shorohovoy. M.; 1979. (in Russian).
12. Kormilitsyn A. P. *Social'no-pedagogicheskaya adaptatsiya inostrannykh studentov v processe professional'noy podgotovki (na primere aviacionnogo tehniceskogo kolledzha)*. [Social and pedagogical adaptation of foreign students during proficiency training (aviation technical college as example)]. PhD thesis. M., 1997. (in Russian).
13. Mikirtichan G. L., Akimova S. L., Lihtshangof A. Z., Bugreeva E. A. *Vrachi-pediatry: sostoyanie zdorov'ya i obraz zhizni*. [Pediatricians: health condition and way of life]. *Pediatriya*. 2011; N 6: 143–146. (in Russian).
14. Pismo Federal'nogo fonda OMS ot 5 oktyabrya 2000 g. N 4647/30–3i «Ob ob'azatel'nom medicinskom strahovanii studentov, uchashhihs'ya i aspirantov obrazova-

REFERENCES

1. Agadzhanyan N. A. *Adaptatsiya i rezervy organizma*. [Adaptation reserves of an organism]. M.: FiS; 1983 (in Russian).
2. Agadzhanyan N. A. *Ecologiya zdorov'a cheloveka*. [Ecology of human health]. *Vestnik novykh medicinskih tehnologiy*. 1996; № 2: 16–19 (in Russian).
3. Ancyferova L. I. *Lichnost' v trudnykh zhiznennykh usloviyah: pereosmyslivaniye, preobrazovaniye situatsiy i psihologicheskaya zashhita*. [Personality in complicated living

- tel'nyh uchrezhdeniy». (accessed 30.12.2016). [Letter of Medical insurance fund from 05.10.1000 N 4647/30–3i “About compulsory health insurance of students and postgraduates of higher education institutions”]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28808. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
15. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 06.03.2013 N 186 «Ob utverzhdenii Pravil okazaniya medicinskoj pomoshhi inostrannym grazhdanam na territorii Rossijskoj Federatsii» (accessed 30.12.2016). [RF Government Regulation from 06.03.2013 N 186 “About adoption of Regulations of healthcare delivery to foreign citizens on the territory of Russian Federation”]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143136/56fc67156bbe76a2b2d6ba23cebc659636ef8a97. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
 16. Postanovlenye Pravitel'stva Rossijskoj Federatsii ot 25.08.2008 N 638 «O sotrudnichestve s zarubezhnymi stranami v oblasti obrazovaniya». [RF Government Regulation from 25.08.2008 N 638 “About cooperation with foreign countries in the sphere of education”]. Available at: <http://government.consultant.ru/page.aspx?973331>. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
 17. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF «O minimal'nom perechne medicinskih uslug, okazyvaemyh v sisteme medicinskogo strahovaniya zastrahovannym inostrannym grazhdanam, vremenno nahodyashhimsya v Rossijskoj Federatsii» № 315 ot 06.08.1999 (accessed 30.12.2016) [Order of Ministry of Public Health of RF № 315 from 06.08.1999 “About basic list of medical services to foreign residents in the system of compulsory health insurance in Russian Federation”]. Available at: <http://base.garant.ru/12117074>. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
 18. Pravila okazaniya medicinskoj pomoshhi inostrannym grazhdanam na territorii Rossijskoj Federatsii (utv. postanovleniem Pravitel'stva RF ot 6 marta 2013 g. N 186) (accessed 30.12.2016) [Regulations of healthcare delivery to foreign citizens on the territory of Russian Federation from 06.03.2013 N 186]. Available at: http://base.garant.ru/70329696/#block_1000#ixzz48kTn0Yfh. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
 19. Federalnyy zakon ot 29.12.2012 N 273-FZ (accessed 02.03.2016) «Ob obrazovaniyi v Rossijskoj Federatsii». [Federal law from 29.12.2012 N 273-FZ “About Education in Russian Federation”]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
 20. Federalnyy zakon ot 21.11.2011 N 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federatsii» [Federal law from 21.11.2011 N 323-FZ “About healthcare basis of residents in Russian Federation”]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
 21. Federalnyy zakon ot 29.11.2010 N 326-FZ «Ob obyazatel'nom medicinskom strahovanii v Rossijskoj Federatsii». [Federal law from 29.11.2010 N 326-FZ “About compulsory health insurance in Russian Federation”]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
 22. Federalnyy zakon ot 25.07.2002 N 115-FZ «O pravovom polozhenii inostrannyh grazhdan v Rossijskoj Federatsii» [Federal law from 25.07.2002 N 115-FZ “About legal state of foreign citizens in Russian Federation”]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_37868. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
 23. Federalnyy zakon ot 15.08.1996 N 114-FZ (accessed 30.12.2016) «O por'adke vyezda iz Rossijskoj Federatsii i v'ezda v Rossijskuyu Federatsiyu». [Federal law from 15.08.1996 N 114-FZ “About entrance procedure in Russian Federation and exit procedure from Russian Federation”]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_11376. (accessed 25.10.2016). (in Russian).
 24. Yur'ev V.K., Akhmedov M.R., Rubin A.D., Zelenova E.V., Moiseeva K.E., Yur'eva V.V. Anketirovanie kak metod otsenki sostoyaniya zdorov'ya detey. [Questioning as method of assessment of the state of health of children]. Rossijskiy pediatricheskiy zhurnal. 2008; N 1: 57–60.

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ЗДОРОВЬЕ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАМВАЯ

© *Альбина Александровна Кондратенко, Владимир Александрович Глущенко, Виктор Геннадьевич Пузырев*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская 2

Контактная информация: Виктор Геннадьевич Пузырев — к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: vgpuzyrev@mail.ru

РЕЗЮМЕ: В Санкт-Петербурге ежедневно наземным электротранспортом пользуется около 20 % населения. Обеспечение безопасности пассажиров зависит от ряда факторов, среди которых одну из ведущих позиций занимает здоровье водителей общественного электротранспорта. Целью настоящего медико-социального исследования явилось выявление факторов условий и образа жизни водителей трамвая, оказывающих неблагоприятное влияние на их здоровье, и разработка мероприятий по профилактике этого воздействия. В работе использовались современные методы медицинской биостатистики. Для оценки самочувствия, активности и настроения был использован бланковый тест «САН». По результатам дискриминантного анализа была установлена взаимосвязь неблагоприятных факторов условий и образа жизни с наиболее распространенной патологией у водителей трамвая.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: водители трамваев; условия и образ жизни; здоровье.

INFLUENCE OF LIVING CONDITIONS AND LIFESTYLE ON TRAMS' DRIVERS HEALTH

© *Albina A. Kondratenko, Vladimir A. Glushchenko, Viktor G. Puzyrev*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100.

Contact Information: Viktor G. Puzyrev — MD, PhD, Associate Professor, Department of Public Health and Healthcare.
E-mail: vgpuzyrev@mail.ru

ABSTRACT: In St. Petersburg about 20% of the population use ground electric transport daily. Passengers' safety depends on several factors, among which one of the most important is health of public transport drivers. The purpose of this medical-social research is analysis of tram drivers' living conditions and lifestyle, which affects their health, and development of profilactic techniques to reduce the negative impact. Modern methods of medical biostatistics were used in this research. For assessment of health, activity and mood the blank SAN test has been used. According to the results of discriminant analysis the interrelation of living conditions and lifestyle adverse factors and the most common pathology of tram drivers has been established.

KEY WORDS: the tram drivers; environment and lifestyle; health.

Городской наземный общественный электротранспорт обеспечивает полноценное функционирование города и является неотъемлемым элементом социальной инфраструктуры.

Ежедневно трамваями и троллейбусами в Санкт-Петербурге пользуются около миллиона пассажиров. Состояние здоровья водителей общественного транспорта является одним из

факторов, играющих важную роль в обеспечении безопасности пассажиров. Оценка патологий, возникающих в данной профессиональной группе, имеет важное значение для разработки мероприятий по их профилактике.

По данным Министерства экономического развития России в последние годы сохраняется неблагоприятная тенденция в состоянии здоровья населения трудоспособного возраста. В связи с этим сохранение здоровья населения трудоспособного возраста является сегодня актуальной проблемой [1, 5, 7, 9, 10].

Здоровье работника обусловлено влиянием на его организм комплекса факторов: производственные, особенности образа и качества жизни, доступность медицинской помощи, экологическое и санитарное благополучие, климатогеографические и социально-экономические условия [2, 3, 4, 6, 8, 11].

Профессия во многом определяет образ жизни человека. В связи с этим было проведено медико-социальное исследование влияния образа жизни на здоровье водителей трамваев Санкт-Петербурга.

Объектом исследования явились 103 водителя трамваев Санкт-Петербургского государственного унитарного предприятия (ГУП) «Горэлектротранс». В качестве контрольной группы были взяты 103 работника того же предприятия, не связанные с вождением электротранспорта ($\Delta = 0,05$).

Данные о состоянии здоровья изучаемых групп были получены в медицинском центре ООО «Экомед», который по договору с СПб ГУП «Горэлектротранс» проводит предварительные, периодические и предрейсовые медицинские осмотры работников данного предприятия.

Для исследования были использованы метод копи-пара, контент-анализ, анкетирование, тестирование, выкопировка данных из первичной медицинской документации, экспертная оценка, математико-статистический и графико-аналитический методы. Для оценки самочувствия, активности и настроения был использован бланковый тест «САН».

Анализ полученных в ходе проведенного исследования данных позволил выявить наиболее значимые моменты условий и образа жизни водителей трамваев, которые оказывают негативное влияние на их здоровье.

Так водители трамваев чаще, чем не водители, регулярно курят и употребляют крепкие спиртные напитки. Однако женщины менее подвержены данным вредным привычкам, чем мужчины.

Не всегда соблюдается режим питания. Мужчины-водители трамваев обычно не соблюдают режим питания в рабочее время и, чаще чем другие работники, совсем не обедают. Женщины-водители более сознательно, чем мужчины, относятся к своему питанию и склонны следить за своим рационом.

Качество отдыха водителей трамваев хуже, чем у не водителей, так как водители чаще ложатся спать в разное время, что связано со спецификой их труда и графиком работы.

Большую часть рабочего времени водители находятся в положении сидя, при этом многие мышцы находятся в нефизиологическом состоянии. Однако в свободное от работы время большинство водителей не уделяют внимание своему физическому состоянию.

Несмотря на то, что подавляющее большинство водителей теоретически считают необходимым придерживаться принципов здорового образа жизни, практически их не соблюдают, оправдывая это нехваткой свободного времени.

У водителей трамваев, в зависимости от стажа работы, были обнаружены статистически достоверные различия показателей самочувствия и активности. При стаже работы водителем трамвая от 1 года до 5 лет данные показатели были достоверно выше, чем при стаже работы от 5 до 15 лет работы ($p < 0,05$). При стаже работы водителем от 5 до 15 лет они были достоверно ниже, чем при стаже от 15 до 20 лет и больше ($p < 0,05$). Иными словами, в начале трудового пути водители трамвая активны и пребывают в хорошем самочувствии. При стаже работы от 5 до 15 лет самочувствие и активность снижаются. А потом, при стаже работы более 15 лет, данные показатели вновь возрастают. Кроме того, достоверно был выявлен более высокий уровень настроения при стаже работы от 5 до 10 лет по сравнению с водителями, проработавшими от 15 лет и более ($p < 0,05$).

Нервно-эмоциональное напряжение у водителей трамваев было достоверно выше, чем у не водителей ($p < 0,05$). Это свидетельствует о высокой психической нагрузке водителей трамваев, связанной с повышенной ответственностью на рабочем месте. Показатели нервно-эмоционального возбуждения были достоверно максимальными при стаже работы от 10 до 20 лет, по сравнению со стажем от 1 года до 5 лет.

При оценке состояния здоровья водителей трамвая было выявлено, что большинство женщин (62 %) относятся ко 2-й группе здоровья и

лишь 20% к 1-й группе. У мужчин почти половина относится к 1-й группе здоровья и 40% ко 2-й.

В структуре хронической заболеваемости водителей трамвая первое место занимают нарушения остроты зрения (37,9%), второе — заболевания сердечно-сосудистой системы (32,4%), третье — заболевания костно-мышечной системы (12,6%). Кроме того, у них отмечаются алиментарное ожирение, дерматологические заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания моче-половой системы и ЛОР-заболевания (тугоухость).

По результатам дискриминантного анализа были выявлены следующие закономерности. На развитие нарушения остроты зрения (миопия) оказывает влияние высокий уровень эмоционального напряжения, напряжение глазного аппарата (особенно в сумерки и ночное время), несбалансированное и нерегулярное питание, курение и частое употребление алкоголя.

Развитию сердечно-сосудистой патологии способствуют нервно-эмоциональное напряжение, нарушение режима сна и отдыха, несбалансированное и нерегулярное питание, дискинезия. С увеличением стажа работы растет риск развития варикозного расширения вен.

Ощущение дискомфорта на рабочем месте (статичная поза, вибрация) и низкая физическая активность могут спровоцировать заболевания костно-мышечной системы.

Дискинезия, нарушение режима сна и приема пищи, несбалансированность питания могут привести к заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

Высокое психологическое напряжение, постоянный шум могут привести к возникновению нейросенсорной тугоухости.

Несбалансированный температурный режим в кабине водителя, вибрация, высокий уровень нервного возбуждения, статичная поза и низкая физическая активность могут способствовать развитию заболеваний моче-половой системы.

Для предупреждения развития вышеперечисленной патологии и уменьшения воздействия неблагоприятных факторов на организм водителей трамвая необходимо осуществлять следующие мероприятия:

1. Своевременно выявлять группы риска по различным заболеваниям для осуществления профилактического воздействия. Повышать качество предварительных и периодических медицинских осмотров. Углубленный контроль за состоянием здо-

ровья работников приведет к увеличению надежности человеческого фактора, снижению трудопотерь и вероятности риска возникновения аварийно-опасных ситуаций.

2. Усилить пропаганду принципов здорового образа жизни с целью повышения качества жизни и увеличения профессионального долголетия сотрудников. Постоянно вести информационно-просветительную работу, по возможности с использованием средств массовой информации. Создать систему мотивации персонала для приобретения к здоровому образу жизни.
3. Создать оптимальный режим труда и отдыха, график работы. Усталость, недосыпание, стресс и заболевания могут привести к неадекватному реагированию работника и совершению ошибочных действий. Важно предотвратить ошибку, выполнив предупредительные медицинские и административные мероприятия.
4. Создать условия для рационального и качественного питания водителей трамвая во время рабочей смены.
5. Создать условия для психологической разгрузки сотрудников. Поощрять сотрудников, занимающихся спортом. Заключать договоры со спортивными клубами, бассейнами для их льготного посещения сотрудниками ГУП «Горэлектротранс».

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева А.В., Захаренко Г.А. Минимизация финансовых расходов на примере процессно-ориентированного метода управления в условиях диверсификации здравоохранения. В кн.: *Фундаментальная наука и клиническая медицина: тезисы XIX Международной медико-биологической конференции молодых исследователей*. Т. 19. СПб.: Изд-во СПбГУ; 2016: 31-32.
2. Измеров Н.Ф. Перспективные пути реализации охраны здоровья работающего населения в ближайшее десятилетие. В кн.: *Материалы III Всероссийского Съезда врачей-профпатологов*. Новосибирск. 2008; 8-21.
3. Кириллов В.Ф. *Руководство к практическим занятиям по гигиене труда: учебное пособие для вузов*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.
4. Кирюшин В.А., Моталова Т.В., Большаков А.М. *Гигиена труда*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
5. Мажбиц Е.Г. *Гигиена труда и оценка профессионального риска для здоровья женщин-водителей городского пассажирского электротранспорта*. Автореф. дис. ... канд. мед наук. Волгоград; 2006.

6. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012.
7. Онищенко Г. Г. Актуальные проблемы методологии оценки риска и ее роль в совершенствовании системы социально-гигиенического мониторинга. Гигиена и санитария. 2005; N 2: 3–6.
8. Пузырев В. Г., Кабачек Н. И. Некоторые результаты оценки уровня знаний врачей по вопросам профилактики. В кн.: Здоровье и образование в XXI веке. Научные труды VI Международной научно-практической конференции. М.; 2005: 395 – 402.
9. Садко Н. В. Актуальные проблемы и факторы, влияющие на заболеваемость работников городского электрического транспорта. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России: научный электронный журнал. Доступен по: <http://www.fesmu.ru/voz/20111/2011107.aspx> (дата обращения 05.08.2016).
10. Щепин О. П., Овчаров В. К., Максимова Т. М. Проблемы здоровья населения трудоспособного возраста и пути его улучшения. В кн.: Материалы I Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». М.: Злато граф; 2002: 35–36.
11. Юрьев В. К., Глушенко В. А., Здоровцева Н. В., Моисеева К. Е., Пузырев В. Г., Харбедия Ш. Д. Экспертиза временной нетрудоспособности: учебно-методическое пособие. СПб.: ГПМУ; 2015.
- health: the education guidance for higher education institutions]. М.: GJeOTAR-Media; 2008. (in Russian).
4. Kirjushin V. A., Motalova T. V., Bol'shakov A. M. Gigiena truda. [Occupational health]. М.: GJeOTAR-Media; 2011. (in Russian).
5. Mazhbc E. G. Gigiena truda i oценка professional'no-go riska dlja zdorov'ja zhenshin-voditelej gorodskogo passazhirskogo jelektrotransporta. [Occupational health and assessment of professional risk for health of female drivers of city passenger electric transport]. PhD thesis. Volgograd; 2006. (in Russian).
6. Medik V. A., Jur'ev V. K. Obshhestvennoe zdorov'e i zdavooхранение: Uchebnik. 2-e izd., ispr. i dop. [Public health and health care: The textbook — the 2 edition, corrected and added]. М.: GJeOTAR-Media; 2012. (in Russian).
7. Onishhenko G. G. Aktual'nye problemy metodologii oценки riska i ee rol' v sovershenstvovanii sistemy social'no-gigienicheskogo monitoringa. [Acute problems of risk assessment methodology and its role in enhancement of social and hygienic monitoring system]. Gigiena i sanitarija. 2005; N 2: 3–6. (in Russian).
8. Puzyrev V. G., Kabachek N. I. Nekotorye rezul'taty oценки urovnja znaniy vrachej po voprosam profilaktiki. [Some of the results of assessment of the level of knowledge of doctors on prevention]. In: Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. Nauchnye trudy VI Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. М.; 2005: 395–402. (in Russian).
9. Sadko N. V. Aktual'nye problemy i faktory, vlijajushhie na zaboлеваемость rabotnikov gorodskogo jelektricheskogo transporta. [Acute problems and factors leading to the high risks of diseases among urban electric transportation employees] Vestnik obshhestvennogo zdorov'ja i zdavooхранения Dal'nego Vostoka Rossii: nauchnyj jelektronnyj zhurnal. Available at: <http://www.fesmu.ru/voz/20111/2011107.aspx> (accessed 05.08.2016). (in Russian).
10. Shhepin O. P., Ovcharov V. K., Maksimova T. M. Problemy zdorov'ja naselenija trudosposobnogo vozrasta i puti ego uluchsheniya. [Problems of health of working population and ways of its improvement]. In: Materialy I Vserossijskogo kongressa «Professija i zdorov'e». М.: Zlato graf; 2002: 35–36. (in Russian).
11. Jur'ev V. K., Glushhenko V. A., Zdorovceva N. V., Moiseeva K. E., Puzyrev V. G., Harbediya Sh. D. Jekspertiza vremennoj netrudоспособности: uchebno-metodicheskoe posobie. [Examination of temporary incapacity to work: a teaching manual]. СПб.: GPMU; 2015. (in Russian).

REFERENCES

1. Alekseeva A. V., Zaharenko G. A. Minimizacija finansovyh rashodov na primere processno-orientirovannogo metoda upravleniya v usloviyah diversifikacii zdavooхранения. [Minimization of financial expenses for example process-oriented method of management in terms of diversification of health]. In: Fundamental'naja nauka i klinicheskaja medicina: tezisy XIX Mezhdunarodnoj mediko-biologicheskoy konferencii molodyh issledovatelej. T. 19. SPb.: Izda-vo SPbGU; 2016: 31–32. (in Russian).
2. Izmerov N. F. Perspektivnye puti realizacii ohrany zdorov'ja rabota-jushhego naselenija v blizhajshee desjatiletie. [Promising ways of working population health protection realization in the nearest decade]. In: Materialy Sh Vserossijskogo S#zda vrachej-profpatologov. Novosibirsk.; 2008; 8–21. (in Russian).
3. Kirillov V. F. Rukovodstvo k prakticheskim zanjatijam po ggiene truda: uchebnoe posobie dlja vuzov. [Management to a practical training on an occupational

ВРАЧ, СЕМЬЯ И ПАЦИЕНТ: НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

© Татьяна Владимировна Каурова, Галина Львовна Микиртичан

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская 2

Контактная информация: Татьяна Владимировна Каурова — к.м.н., старший преподаватель, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМУ, кандидат медицинских наук. E-mail: meditanika@gmail.com

РЕЗЮМЕ: Статья посвящена анализу этических проблем в детской дерматологии. С этой целью по специально разработанным анкетам были опрошены все участники лечебно-диагностического процесса: врачи, пациенты (дети в возрасте 13–17 лет, страдающие хроническими дерматозами) и их родители. Результаты социологического опроса показали необходимость индивидуальной работы врачей с детьми и их родителями на всех этапах взаимоотношений врача и пациента. Учитывая специфику кожных заболеваний, психосоматический характер большинства хронических дерматозов, особое значение приобретает выполнение врачом этических принципов профессии, что в немалой степени способствует установлению доверия к врачу, более точному выполнению назначений и успешности лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: взаимоотношения врача, пациента и его родственников; хроническая дерматологическая патология; особенности этических проблем.

PHYSICIAN, FAMILY AND PATIENT: SOME RELATIONSHIP PROBLEMS IN CLINICAL PEDIATRIC DERMATOLOGY

© Tatyana V. Kaurova, Galina L. Mikirtichan

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100.

Contact Information: Tatyana V. Kaurova — MD, PhD, the teacher of department of Department of Humanities and Bioethics of Saint Petersburg state pediatric medical University. E-mail: meditanika@gmail.com

ABSTRACT: To analyze ethical problems in pediatric dermatology, specially designed questionnaires were distributed among all participants of diagnostic and treatment process: physicians, children aged 13 to 17 years with chronic dermatosis, and their parents. The results of the survey show the importance of individual work with children and their parents at all stages of therapy. Considering specific psychosomatic character of most chronic dermatoses, compliance with principles of professional ethics is essential for building trustworthy atmosphere at the clinical setting and better adherence to prescribed treatment.

KEY WORDS: relationship between physician; patient and family members; chronic skin diseases; special aspects of professional ethics.

Хронические дерматозы у детей на современном этапе являются серьезной медико-социальной и клинико-этической проблемой, что обусловлено неуклонным ростом заболеваемости, длительным рецидивирующим течением, сложностью в выборе метода лечения за счет увеличения клинических форм, резистентных к терапии. Так, по данным ВОЗ и Всемирной организации по аллергии (WAO), атопический дерматит занимает четвертое место среди социально значимой медицинской патологии. В последние годы увеличилась заболеваемость детским псориазом [8, 9]. Хроническая дерматологическая патология вызывает длительные страдания, оказывает существенное обременительное влияние на экономический и семейный статус, нарушая качество жизни больных детей и их семей, сопровождаясь психологическими переживаниями. Страдает семья в целом [3]. В сложившихся условиях особую актуальность приобретают этические проблемы, в частности характер взаимоотношений в триаде врач–ребенок–его родители, признание за ребенком всех прав пациента и личности, пусть и не обладающей полной автономией. Чрезвычайно важным представляется выработка единого понимания сути болезни, тесное сотрудничество врача, родителей и больного ребенка с целью не только выбора правильного терапевтического подхода, но и осознания и психически позитивного преодоления заболевания в семье.

ЦЕЛЬ

Изучение особенностей этических проблем, возникающих в ходе оказания дерматологической помощи детям.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В связи с этим нами по специально разработанному анонимным анкетам были опрошены дети (n=298) в возрасте 13–17 лет, страдающие хроническими дерматозами, и их родители (n=273). Среди опрошенных детей преобладали больные атопическим дерматитом — 45,4%; больные псориазом составили 39,1%; больные акне — 15,5%. Кроме того, были опрошены детские дерматологи Санкт-Петербурга (n=43).

Взаимоотношения врача с пациентом и его родителями являются центральной этической проблемой в педиатрии. Основой формирования благоприятных взаимоотношений со стороны врача являются деликатность, вежли-

вость, доброжелательность, внимательность, эмпатия (чувство сопереживания), использование индивидуального подхода с учетом образовательного уровня и особенностей личности родителей пациента-ребенка, соблюдение прав пациента [6]. Особо следует подчеркнуть, что врач обязан видеть в родителях ребенка своих союзников и принимать меры, чтобы они стали таковыми.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенный нами опрос показал, что 45,5% родителей и 61,3% подростков считают, что врач всегда выслушивает все, что они хотят ему рассказать. 52,7% родителей ответили, что работающий с их ребенком врач достаточно вежлив; 34,6% — «пожалуй, да»; 12,7% — не уверены, т.е. сомневаются. На вопрос, всегда ли врач внимателен к ним и к их ребенку, 29,1% родителей ответили положительно; 43,6% — «пожалуй, да»; 27,3% — не уверены. 47,2% родителей считают, что врач доброжелателен к ним и ребенку; 40,1% — «пожалуй, да»; 12,7% — написали «не уверены». По мнению 51,2% подростков, врач всегда вежлив, внимателен; 12,5% — ответили, что не всегда вежлив, внимателен; 3,7% — позволяет себе невнимательность, грубость; 6,3% — часто груб, невнимателен; 26,3% — затруднились ответить.

По ответам наших респондентов, они всегда откровенно рассказывают врачу о симптомах (проявлениях) кожного заболевания (100,0% родителей и 96,3% подростков), о причинах обострения процесса на коже (100,0% родителей и 72,5% подростков), а вот о нарушениях режима питания и лечения откровенно рассказывают только 61,8% родителей и 59,9% подростков. Надо отметить, что родители и сами дети не всегда видят связь обострений с какими-либо конкретными факторами (например, что нарушение диеты может привести к обострению дерматоза и т.п.), и нередко несерьезно относятся к такого рода рекомендациям [2, 3, 7]. Для детей, страдающих хронической дерматологической патологией, жизненный опыт сводится к постоянному зуду, стрессам, причиняя большие неудобства как самим детям, так и членам семьи. Родители испытывают отрицательные эмоции или теряют терпение, как следствие, нарастает психологическое напряжение в семье, связанное с недосыпанием, переживанием за здоровье ребенка, чувством вины, беспомощности [4, 8]. С другой стороны, как показывает

практика, родители таких детей не всегда готовы менять стиль жизни семьи.

Взаимоотношения между врачом, пациентом и его родственниками должны основываться на принципах биоэтики, рассматриваемых сегодня не только как этическое требование, но и получивших основу для правового и законодательного регулирования. Одним из обязательных принципов взаимоотношений, согласно правилу правдивости, является право пациента на полную информацию о состоянии своего здоровья. Прежде всего, по результатам социологического исследования удалось выяснить отношение самих детских дерматологов к проблеме реализации права пациента и его законного представителя на полную и адекватную информацию о заболевании. Подавляющее число врачей-дерматологов считают, что родители имеют право получать подробную информацию о диагнозе (95,1% респондентов), о прогнозе заболевания (92,4%), о состоянии ребенка (85,2%). 40,1% врачей дали пояснения, аргументируя свое мнение так: 31,2% врачей считают, что должна быть информационная открытость, родители должны знать все о заболевании их ребенка, это позволит лучше ориентироваться и точнее выполнять назначения, легче «бороться с болезнью»; 31,3% отметили, что полная информированность родителей позволит им правильно, серьезно оценивать состояние ребенка, понимать необходимость и обоснованность длительного, упорного лечения в большинстве случаев; 18,8% респондентов считают, первый «врач» для ребенка — родители, лечащий врач и родители должны действовать сообща, необходимо взаимодействие в системе врач — родитель — больной ребенок; 6,3% упомянули обязанность действовать в соответствии с законами РФ; 6,1% отметили, что родитель имеет право получить консультации других специалистов по данному заболеванию, выбирать, где лечиться; 6,3% врачей объясняют необходимость информирования родителей из уст специалиста-врача, т. к. на современном этапе много других недостоверных источников. В этой связи, необходимо особенно отметить активное пользование подростками и их родителями Интернет-пространством в качестве источника получения информации о здоровье, нередко создающего не совсем верные представления о заболевании, дезинформирующего родителей. Вследствие этого рождается недоверие к врачу, беспокойство по поводу назначенного лечения. Нередки поиски «хорошего» врача, обращение к различным нетрадиционным методам лечения [1]. Это необходимо

учитывать во взаимоотношениях с пациентами и их родителями. Однако, согласно опросу, только 66,7% врачей дают полную информацию по заболеванию; 23,1% дают не всегда, в зависимости от обстоятельств; 10,2% дают краткую информацию, ссылаясь на недостаток времени из-за очередей, временные ограничения на прием одного больного. Опытный врач, предоставляя информацию о состоянии здоровья ребенка ему самому и его родителям, учитывает их индивидуальные особенности — образовательный уровень, психологический настрой, желание получить информацию и т. д. [5]. Большинство врачей-дерматологов (77,5%) стараются максимально учитывать при беседе с родителями и пациентами их индивидуальные особенности, такие как особенности характера, уровень образования, возраст, отношения с ребенком, социальное положение, отношение родителя к врачу и медицине в целом. Но не всегда намерения врачей позволяют достичь намеченной цели и соответствуют представлениям родителей. Опрос родителей показал, что только 30,9% имеют достаточную, на их взгляд, информацию по заболеванию ребенка, 52,7% хотели бы получить более подробную информацию, а 16,4% считают, что имеют весьма скудную информацию по данному заболеванию. Неполная удовлетворенность родителей получаемой от врача информацией косвенно подтверждается ответом на вопрос, откуда родители получают информацию о заболевании ребенка: 46,2% — от лечащего врача; 26,2% — из средств массовой информации и/или Интернета; 20,0% — из популярной литературы; 4,6% — в своей семье; 1,5% — от знакомых; 1,5% — другое (в т. ч. из специальной медицинской литературы). Все это создает предпосылки для не совсем точного и адекватного информирования родителей, что, в свою очередь, отягощает сотрудничество родителей (матери) с врачом, провоцируя недопонимание между ними. Логично, что 52,7% родителей доверяют этой информации лишь отчасти.

Согласно Федеральному закону РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹ дети, достигшие 15 лет, имеют все право на получение информации о своем здоровье, но и несовершеннолетние (без указания возраста) имеют право на получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме (статьи 54 и 22). Информация ребенку долж-

1 http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

на предоставляться адекватно его возрасту [6]. Полученные результаты анализа ответов врачей свидетельствуют, что большинство из них считает оправданным предоставление детям сознательного возраста информации по заболеванию, причем преобладают врачи, дающие общие сведения по состоянию здоровья, диагнозу и прогнозу, об особенностях течения заболевания сообщают больше половины врачей. Зачастую для врача сложным является определение того объема информации о заболевании, который следует сообщать ребенку.

Кроме того, 5,9% детских дерматологов кожно-венерологических диспансеров практически не дают информацию о прогнозе заболевания, объясняя это тем, что они всю подробную информацию дают только родителям; учитывают особенности психики ребенка пубертатного возраста, поэтому дают информацию в общих чертах; считают, что слишком полная информация «пугает» детей, не все дети готовы к полной информации; ссылаются на нехватку времени.

Мотивация врачей, предоставляющих подросткам более подробную информацию, состоит в том, что это необходимо для достижения хорошего результата лечения, что ребенок должен брать ответственность за свое здоровье и понимать происходящее с ним в результате болезни, т. е. необходимо формировать у ребенка социальную роль ответственного пациента. Также врачи писали в анкетах, что характер информации зависит от ребенка, его личностных особенностей, семьи, родителей, «взрослости» и готовности ребенка принять информацию в том или ином объеме.

96,4% опрошенных родителей считают, что врач должен информировать ребенка сознательного возраста о его состоянии здоровья, диагнозе; 85,5% считают, что ребенок должен быть информирован об особенностях течения данного заболевания. Аргументация у большинства родителей была той же, что и у врачей: информирование ребенка позволит ему более серьезно и ответственно относиться к проблеме здоровья, своему заболеванию, а знание проблемы будет способствовать улучшению состояния кожи; ребенок в этом случае будет заинтересован в ней сам.

Все опрошенные дети считают, что врач должен сообщать ребенку старшего возраста об их состоянии здоровья, диагнозе кожного заболевания; 77,5% подростков отметили, что врач должен сообщать ребенку об особенностях течения заболевания. При этом высказывались следующие аргументы: дети должны сами знать и по-

нимать, что с ними происходит, как будет проявляться болезнь, это не должно быть для них секретом (право на информацию) — 88,1%; интересна своя болезнь, ее проявления — 8,3%.

Один из вопросов анкеты врачей, детей и их родителей выяснял, с какого возраста ребенку необходимо сообщать диагноз заболевания. 63,9% ответивших дерматологов считают, что ребенок должен знать свой диагноз с 14-летнего возраста; 16,7% — с 10–12 лет; 8,3% — с 5–7 лет; 8,3% — по обстоятельствам. Важность такого информирования они объясняют необходимостью осознанного, активного участия самого ребенка в борьбе с кожным недугом. По мнению родителей, подобная информация должна предоставляться детям старше 14–15 лет — 46,7%; с 13–14-летнего возраста — 36,7%, с 10–12 лет — 16,6% ответивших. По мнению 16,9% детей старшего возраста, врач должен информировать детей с 10–12-летнего возраста; 43,3% — с 13–14-летнего возраста; 33,3% — с 15 лет; 6,5% — индивидуально в каждом конкретном случае. 96,3% опрошенных подростков указали, что знают свой диагноз со слов врача. Но, в отличие от диагноза и состояния здоровья, об особенностях течения кожного заболевания скорее врач не должен давать подробную информацию, так считают 22,5% опрошенных подростков, что связано с некоторой боязнью подростка, наличием «барьера» перед самым кожным заболеванием. Врачу необходимо принимать это во внимание, учитывая психосоматический характер многих хронических дерматозов.

После постановки и сообщения диагноза врач назначает лечение и, при необходимости, соответствующий спектр обследований, о чем информирует пациента и его родителей (родственников). Сообщение полных сведений родителям необходимо для получения осознанного добровольного информированного согласия (статья 20 ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ). Врач должен удостовериться, действительно ли родители и ребенок старшего возраста поняли происходящее с ним, осознали значение влияющих на его состояние факторов, готовы выполнять предлагаемые меры, следовать рекомендациям врача. Получение согласия — это интерактивный процесс, при котором стороны делятся информацией, оценивают ее и принимают совместное решение. Проведенный нами опрос врачей, родителей и детей позволил оценить, как соблюдается правило информированного согласия при лечении детей с хронической дерматологической патологией.

На вопрос, спрашиваете ли вы согласие у родителей на лечение больного ребенка, только 54,2% детских дерматологов ответили утвердительно, при этом большинство (71,1%) делает это в устной форме. 33,0% врачей делают это не всегда, а 12,8% ответили, что вообще не берут согласие у родителей. 65,8% опрошенных детских дерматологов считают, что надо спрашивать согласие на лечение и у самого ребенка; при этом большинство врачей (63,7%) считают, что это надо делать с 14-летнего возраста ребенка; 18,2% — с 10–12 летнего возраста; 9,1% — индивидуально, в каждом конкретном случае и в зависимости от заболевания. Мнение родителей по поводу согласия у ребенка было более консервативным: только 30,9% родителей считают, что врач должен спрашивать согласие у самих детей старшего возраста на проводимое лечение, медицинские процедуры и вмешательства. Влияние позиции родителей проявилось в ответах детей старшего возраста, которые были также осторожны в высказывании своего мнения по данному вопросу. Так, 72,5% подростков считают, что врач должен спрашивать у детей старшего возраста согласие на осмотры; 60,1% — на медицинские процедуры и вмешательства, и только 46,2% опрошенных подростков считают, что врач должен спрашивать согласие у детей старшего возраста на лечение. Подавляющее число опрошенных нами дерматологов (82,1%) ответили, что обсуждают план обследования и лечения с родителями ребенка. Несколько иные данные получены при опросе родителей: только 45,5% опрошенных родителей ответили, что лечащий врач согласовывает с ними назначаемое ребенку лечение. При этом 70,9% родителей заметили, что врач спрашивал согласие на проведение соответствующего лечения во время беседы, преимущественно в устной форме. Мы также интересовались у родителей, бывали ли случаи, когда они сами говорили врачу диагноз или советовали, какое лекарство надо назначить по поводу данного заболевания своему ребенку, 9,1% родителей ответили, что такие случаи бывали; 21,8% — бывали иногда. 5,5% родителей отметили, что были случаи, когда они не соглашались с предложенным врачом лечением своего ребенка по поводу данного кожного заболевания. В основном, это было связано с большим количеством назначаемых препаратов, опыт применения которых, по субъективному мнению родителей, не дал видимого эффекта; с боязнью использования стероидных наружных средств или представлением о негативном влиянии ряда препаратов (например,

антигистаминных) на печень. Опрос подростков показал, что, по их мнению, врачи достаточно подробно рассказывают о питании, режимных мероприятиях (63,8%), тогда как немногим более половины подростков отметили, что врач скорее не осведомляет подробно о лекарственных препаратах (52,5%), о различных методах лечения врачи не рассказывают совсем или рассказывают поверхностно — 36,2%; о возможных осложнениях информируют только 30,1%.

Одной из актуальных и сложных проблем этического и правового регулирования медицинской деятельности является право пациента на конфиденциальность, или соблюдение медицинской тайны (статья 13 ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ). Исходя из традиционного понимания медицинской тайны, сохранять ее надо от всех посторонних лиц, знакомых, сослуживцев больного, от соседей по палате. Врач также не должен вести разговоры о болезни пациентов, называя фамилии, с членами своей семьи, коллегами, если они не лечат этого больного. Необходимо считаться с мнением ребенка о возможности сообщения сведений о нем кому бы то ни было, особенно по достижении 15 лет, когда ему по закону гарантирована конфиденциальность. Так, по ответам врачей, не говорят о болезнях детей, которых лечат, с родственниками ребенка, кроме отца и матери, 34,2%; говорят иногда, по обстоятельствам — 65,8%. Не говорят о болезнях детей, которых лечат, с родителями других детей 84,2% врачей; говорят иногда, по обстоятельствам — 15,8%. Не говорят о болезнях своих пациентов с коллегами, которые не лечат данного ребенка, только 7,8% врачей; говорят — 21,1%; иногда, по обстоятельствам — 71,1%; при этом 2,9% врачей называют фамилию подростка; 31,4% — называют иногда; 65,7% — не называют. Не говорят о болезнях подростков, которых лечат, с их сверстниками 97,4% врачей. Не говорят о болезнях подростков с учителями, педагогами, гувернерами ребенка 63,2% врачей. По ответам 17,3% родителей и 20,1% подростков, лечащий врач беседовал с ними о болезнях других детей, при этом родители подчеркивали, что фамилии этих детей врач не называл, а происходили эти беседы исключительно с целью примера или для сравнения положительных результатов лечения и т. п. Большинство родителей не хотят, чтобы о проблемах их ребенка знали посторонние. Так, 83,6% родителей не хотят, чтобы знали сверстники ребенка; 78,2% — коллеги по работе; свыше 60% — соседи, знакомые, педагоги;

38,2% опрошенных родителей не хотят, чтобы о проблемах их ребенка знали родственники. Спокойнее родители относятся к разглашению тайны среди родителей и детей, страдающих подобной патологией. Подростки также достаточно трепетно относятся к сохранению тайны их заболевания, хотя более спокойно, чем их родители. Как видно, и родители, и дети с кожной патологией большое внимание уделяют сохранению в тайне сведений о болезни. Работа врача амбулаторного учреждения организована таким образом, что при большом потоке больных, особенно в осенне-зимний период, невозможно избежать ситуаций, когда в кабинете могут одновременно находиться посторонние люди. В процессе опроса матерей и врачей не отмечено случаев конфликтов по причине нарушения конфиденциальности, но это не избавляет медиков от необходимости соблюдения медицинской тайны. Нам представляется целесообразным учитывать мнение подростков о том, кому нельзя предоставлять подобную информацию. Если это необходимо, такие сведения следует фиксировать в «Медицинской карте стационарного или амбулаторного больного» [7]. По наблюдениям врачей, подростки никогда не обращаются к врачам с просьбой о соблюдении конфиденциальности, но в процессе общения с детьми даже раннего школьного возраста возникают ситуации, когда ребенок, очевидно, стесняется присутствия посторонних, как во время его осмотра, так и при ответах на вопросы врача в присутствии других детей.

Врач любой специальности наряду с семьей, сверстниками, знакомыми, учителями и другими людьми является для ребенка, как формирующейся личности, одним из агентов социализации. Учитывая, что пациенты и их родители большое внимание уделили этическим качествам лечащего врача, мы выясняли у врачей дерматологов в чем, по их мнению, состоят особенности этических проблем в детской дерматологии. 33,3% врачей назвали общую для всей педиатрической практики проблему: необходимость общения помимо ребенка с его законными представителями, родителями, на которое влияют отношения внутри семьи, конфликты в семье, отсутствие взаимопонимания, большое количество родственников ребенка, не всегда корректное поведение с их стороны и т. п. 22,2% врачей написали, что особенности этических проблем определяются спецификой кожных заболеваний, их длительным, нередко хроническим, торпидным течением, необходимостью зачастую постоянной

наружной терапии; 22,2% — нахождение ребенка с кожным заболеванием в детском коллективе, особое отношение окружающих к нему; 11,2% — психосоматический характер кожной патологии, формирование у ребенка комплекса неполноценности; 11,1% — особенности возрастного восприятия своей патологии ребенком.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ представленной информации позволяет сделать выводы о важности индивидуальной работы врачей с детьми и их родителями. Учитывая специфику кожных заболеваний, психосоматический характер большинства хронических дерматозов, немаловажным является следование этическим нормам, несоблюдение которых во многом осложняет взаимодействие врачей, больных детей и их родителей, снижает степень их доверия к врачу, приводит к ошибкам в тактике ведения больного с кожной патологией. В данном случае очень важно помочь осознать пациенту ценность собственной личности, научить его принимать себя таким, как есть, со своим заболеванием, ориентировать психологически на выздоровление, улучшение состояния. Организация помощи должна учитывать все особенности течения заболевания. Только при тесном взаимодействии, и заинтересованности самого ребенка, его родителей и лечащего врача, доверительных отношениях между ними можно добиться стойкой ремиссии хронических дерматозов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбанова В. И., Пампура А. Н., Атопический дерматит. Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-МЕДИА; 2014.
2. Горланов И. А., Микиртычан Г. Л., Заславский Д. В., Каурова Т. В., Мурашкин Н. Н. Клинико-социологические проблемы комплаентности в детской дерматологии. Вестник дерматологии и венерологии. 2011; №1: 36–40.
3. Каурова Т. В. Влияние хронических дерматозов на качество жизни детей старшего возраста. Врач-аспирант. 2011; 2(45): 32–38.
4. Каурова Т. В. Медико-социальная характеристика семьи подростка, страдающего хронической дерматологической патологией. Проблема человека: гуманитарные и медицинские аспекты. Сборник научных трудов. СПб, 2012; выпуск IX: 120–122.
2. Местергази Г. М. Врач и больной: или по-новому о старом. Учебное пособие. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний; 2012.

3. Микиртичан Г.Л. Этические и правовые проблемы педиатрии. В кн.: Детские болезни: Учебник./Под ред И.Ю. Мельниковой. М.: ГОЭТАР-МЕДИА; 2009: 8–19.
4. Микиртичан Г.Л., Горланов И.А., Каурова Т.В. Проблемы медицинской этики (биоэтики) в детской дерматологии: пособие для врачей. СПб: Издание ГПМА; 2011.
5. Соколова Т.В., Сафонова Л.А., Панкратова Е.В. Этиопатогенетические аспекты экзогенной и эндогенной форм атопического дерматита. Клиническая дерматология и венерология. 2015; № 3: 76–83.
6. Tollefson MM., Crowson CS., McEvoy MT., Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. J Am Acad Dermatol. 2010; 62 (6): 79–87.
4. Kaurova T.V. Mediko-social'naja karakteristika sem'i podrostka, stradajushhego hronicheskoj dermatologicheskoy patologiej. [Medico-social characteristic of the family of teenager suffering from chronic dermatological diseases.]V. kn.: Problema cheloveka: gumanitarnye i medicinskie aspekty. Sb. tr. Vyp. IX. SPb, 2012: 120–122. (in Russian)
5. Mestergazi G.M. Vrach i bol'noj: ili po-novomu o starom. [The doctor and the patient: or new of the old. Uchebnoe posobie]. M.:BINOM. Laboratorija znanij; 2012. (in Russian)
6. Mikirtichan G.L. Jeticheskie i pravovye problemy pediatrii. [Ethical and legal problems in Pediatrics].V kn.: Detskie bolezni: Uchebnik. M.: GOJeTAR-MEDIA; 2009: 8-19. (in Russian)

REFERENCES

1. Al'banova V.I., Pampura A.N., Atopicheskij dermatit. Uchebnoe posobie. [Atopic dermatitis]. M.:GJeOTAR-MEDIA; 2014. (in Russian)
2. Gorlanov I.A., Mikirtichan G.L., Zaslavsky D.V., Kaurova T.V., Murashkin N.N. Kliniko-sociologicheskie problemy komplaentnosti v detskoj dermatologii. [Clinical and sociological problems of compliance in pediatric dermatology]. Vestnik dermatologii i venerologii. 2011; №1: 36-40. (in Russian)
3. Kaurova T.V. Vlijanie hronicheskikh dermatozov na kachestvo zhizni detej starshego vozrasta. [Effect of chronic dermatoses on quality of life of older children]. Vrach-aspirant. 2011; №2(45): 32-38. (in Russian)
7. Mikirtichan G.L., Gorlanov I.A., Kaurova T.V. Problemy medicinskoj jetiki (biojetiki) v detskoj dermatologii: posobie dlja vrachej. [Problems of medical ethics (bioethics) in pediatric dermatology: Handbook for physicians]. SPb: Izdanie GPMA; 2011. (in Russian)
8. Sokolova T.V., Safonova L.A., Pankratova E.V. Jetiopatogeneticheskie aspekty jekzogennoj i jendogennoj form atopicheskogo dermatita. [Etiopathogenetic aspects of exogenous and endogenous forms of atopic dermatitis]. Klinicheskaja dermatologija i venerologija. 2015; №3: 76-83. (in Russian)
9. Tollefson M.M., Crowson C.S., Evoy M.T., Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. Jam Acad Dermatol. 2010; 62(6): 79-87.

ИСТОРИЧЕСКИЕ, БИОЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК¹

© *Марат Сергеевич Асадулаев, Сергей Андреевич Лукьянов, Александр Зиновьевич Лихтшангоф*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Александр Зиновьевич Лихтшангоф — к. м. н., профессор, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: zinovich@list.ru

РЕЗЮМЕ: В статье освещены основные исторические аспекты изучения стволовых клеток. Отдельно рассмотрен вклад отечественных и зарубежных учёных в исследование данного вопроса. Показано, что открытие и изолирование линий эмбриональных стволовых клеток человека и животных стало поворотным событием биологии и медицины XX века, причем ключевой вклад в открытие и изучение СК внесли отечественные ученые, прежде всего: А. А. Максимов, В. П. Филатов, А. Я. Фриденштейн. Выделены и проанализированы основные биоэтические проблемы, связанные с применением клеточных технологий, и концепции решения данных проблем. В статье представлена ретроспектива правового регулирования применения клеточных технологий в РФ. Большую позитивную роль в совершенствовании правового регулирования применения клеточных технологий в РФ сыграл Федеральный закон от 23 июня 2016 г., однако конкретные перспективы правоприменительной практики пока неясны.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стволовые клетки; клеточные технологии; клеточная терапия; история исследования; биоэтические проблемы; законодательство РФ.

HISTORICAL, BIOETHICAL AND LEGAL ASPECTS OF STEM CELLS APPLICATION²

© *Marat S. Asadulaev, Sergey A. Lukyanov, Alexander Z. Likhtshangof*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

Contact Information: Alexander Z. Likhtshangof — MD, PhD, Professor, Department of Humanities and Bioethics.
E-mail: zinovich@list.ru

ABSTRACT: This article highlights the main historical aspects of stem cell research. The contribution of domestic and foreign scientists in the research of the issue is specially considered. It is shown that the discovery and isolation of lines of human and animal embryonic stem cells became the turning point of biology and medicine in the XX century, and a key contribution to the discovery and study of the stem cells was made by Russian scientists, especially: A. A. Maksimov, V. P. Filatov, A. Ya. Friedensteyn. The main bioethical issues associated with the use of cellular technologies were marked and analyzed as well as approaches to solve these problems. The article presents a retrospective of the legal regulation of cellular technologies use in Russian Federation. A great positive role in improving the legal regulation of cellular technologies use in Russia was played by a Federal Law of 23 June 2016, but the particular perspectives of law practice are still unclear.

KEY WORDS: stem cells, cell technologies; cell therapy; history of research; bioethical issues; the RF legislation.

¹ Работа была представлена в качестве доклада на Всемирном дне биоэтики 19.10.2016.

² The work was presented as a report on world day of bioethics 19.10.2016.

ВВЕДЕНИЕ

С момента открытия стволовых клеток (СК) прошло уже более ста лет. За это время был пройден длинный путь от открытия данного типа клеток до разработки методик применения клеточных препаратов в клинической практике. Особенно весомый вклад в изучение стволовых клеток внесли отечественные ученые. Как и любое значимое открытие в биологии и медицине, открытие СК вызывает серьезные споры в обществе по правовым и биоэтическим вопросам применения СК в клинической практике [2].

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

СК — это клетки с низкой степенью дифференцировки, которые способны неограниченно делиться и превращаться в специализированные типы клеток под действием различных стимулов. Впервые данный термин использовал профессор кафедры гистологии и эмбриологии Военно-медицинской академии А. А. Максимов в 1909 г. на съезде гематологов в Берлине. Используя для исследования метод переходных форм, он впервые в мире высказал предположение о существовании клеток, благодаря которым кровь способна к быстрому самообновлению, и высказал гипотезу о существовании полибластов. Одним из первых в отечественной науке он применил метод исследования тканевых культур. Во время лабораторных исследований Максимов обнаружил группу клеток крови, каждая из которых делится на две путем

асинхронного деления. При этом у появившихся вновь клеток были разные функции: одна становилась той или иной клеткой периферической крови со строго ограниченными функциями, а другая продолжала деление [2].

С началом тканевой и клеточной терапии связано имя выдающегося офтальмолога В. П. Филатова, который в 1913 г. заложил основы учения о тканевой терапии, изучая результаты пересадок роговицы больным с бельмом роговицы. В процессе исследования он обнаружил, что роговица, консервированная в течение нескольких суток при температуре — 2–4 градуса приживается лучше, чем свежая. Им было также обнаружено свойство клеток выделять в экстремальных условиях вещества, которые активируют жизненные и регенеративные процессы в трансплантируемых тканях и тканях реципиента. Эти вещества были названы Филатовым и его учениками биогенными стимуляторами. Было обнаружено, что фетальные ткани содержат значительно большее количество биологически активных веществ, чем ткани взрослых особей. Филатовым было установлено, что фетальные ткани обладают минимальной иммуногенностью, т. е. не запускают механизмы иммунной защиты. Филатовым в лечебной практике широко использовалась плацента человека [1].

В середине XX века на клетках костного мозга были получены первые экспериментальные доказательства существования СК. В начале 1960-х годов советский гистолог А. Я. Фриденштейн возродил интерес совре-



Александр Александрович Максимов (1874–1928)



Владимир Петрович Филатов (1875–1956)



Александр Яковлевич Фриденштейн (1924–1997)

менников к работам Максимова и снова вернул в научный обиход термин «стволовая клетка» [1]. В лаборатории иммуноморфологии при НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи впервые в мире была получена культура стромальных СК костного мозга. Ученые обнаружили, что среди костномозговых клеток попадают совершенно особые клетки, потомки которых в процессе созревания могут формировать костную, жировую, хрящевую, мышечную или соединительную ткани. Их назвали мультипотентными мезенхимальными клетками. Таким образом, Фриденштейн с коллегами пришли к выводу, что в костном мозге существуют два вида мультипотентных СК: гемопоэтические (предшественники всех типов клеток крови) и мезенхимальные [1, 6].

Нельзя не коснуться и вклада зарубежных ученых в изучение СК [7, 8]. В первой половине 1970-х годов Л. Стивенс обнаружил высокую частоту спонтанного возникновения тератокарцином в половых зачатках эмбрионов мышей линии 129. Среди скоплений клеток наблюдалась неорганизованная масса дифференцированных клеток: эпидермиса, хряща, скопления гладкомышечных клеток и клеток поперечнополосатой мускулатуры, гемопоэтических клеток. Стивенс предположил, что дифференцированные клетки образуются не из опухолевых клеток, а из малой примеси пролиферирующих плюрипотентных половых зародышевых клеток, которые он описал как «эмбриональные стволовые клетки»

(ЭСК) [9]. В 1981 г. появились две независимые публикации об открытии плюрипотентных клеток из эмбрионов мыши, которые впоследствии были названы ЭСК (М. Кауфман, М. Эванс [7] и Г. Мартин). С этого момента началась история изучения ЭСК.

В 1998 г. Джеймс Томсон изолировал несколько линий бессмертных ЭСК человека, полученных из внутренней клеточной массы (ВКМ) бластоцисты. Источником ЭСК послужили предимплантационные зародыши, остающиеся неиспользованными для экстракорпорального оплодотворения, после процедуры суперовуляции.

В 1999 г. журнал «Science» признал открытие СК третьим по значимости событием в биологии после расшифровки двойной спирали ДНК и программы «Геном человека». Признание роли СК в биологии и медицине состоялось даже раньше, чем было проведено большое число фундаментальных исследований: так, в печати в 1999 г. появилось не более 4–5 фундаментальных публикаций об ЭСК человека, хотя к тому моменту было получено более 2500 патентов на новые технологии и манипуляции с ЭСК [3, 5].

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СК

Терапевтическое клонирование с целью получения стволовых клеток на сегодняшний день является одной из самых противоречивых с этической точки зрения методик [9], так как речь идет о возможности создания любого органа для человеческого организма. ЭСК получают из внутренней клеточной массы бластоцисты — одной из самых ранних стадий развития эмбриона. Они являются плюрипотентными, то есть способны превращаться во все типы клеток организма. С точки зрения возможностей использования в регенеративной медицине данные клетки являются идеальными. Так, при введении в пораженные органы животных предшественников или дифференцированных клеток (кардиомиоцитов, нейрональных клеток, инсулин-секретирующих клеток), полученных из ЭСК, наблюдается их интеграция в дефектные ткани и проявление тканеспецифических функций.

В настоящее время эксперименты с СК законодательно ограничиваются в США и Великобритании. Запрет на использование стволовых клеток намеревается ввести и Европарламент: многие видят большую этическую проблему в том, что при получении СК гибнет эмбрион.

По мнению противников использования стволовых клеток, при этом уничтожается человеческое существо, что противоречит нормам морали [1, 4, 5].

С другой стороны, запрет пытаются обойти многие ученые, ставящие здоровье пациента выше «продолжения биографии искусственно созданного шестнадцатиклеточного организма». Одна из таких возможностей — это организация банка клеток, созданных из уже существующих клеточных линий, модифицированных таким образом, чтобы не вызывать отторжения в организме реципиента. Другие медики пытаются использовать для пересадки клетки взрослого, основываясь на предположении о том, что их также можно заставить развиться в любую ткань.

Помимо этических проблем, применение стволовых клеток ограничивают биологические сложности. Во-первых, велик риск того, что в условиях взрослого организма они сформируют не здоровую ткань, а опухоль. Во-вторых, многие исследователи считают уже полученные результаты сомнительными [8].

Решение биоэтических проблем можно искать исходя из двух позиций. Либеральная позиция заключается в том, что открываются огромные перспективы для терапевтического использования этих типов клеток; достоинства использования аутологичных взрослых стволовых клеток для трансплантационной медицины очевидны: неограниченная доступность, короткое время ожидания результата (в отличие от ситуации с искусственными органами) и отсутствие необходимости в иммуносупрессивной терапии с ее негативными побочными эффектами. Консервативная позиция заключается в том, что необходимо проведение большого количества исследований по сравнению их потенциала; стволовые соматические клетки, полученные от взрослого организма, могут содержать аномалии ДНК, вызванные факторами окружающей среды, а также возрастные дефекты.

Ученым предстоит решить еще множество проблем с возможным использованием СК, полученных таким путем. В первую очередь, предстоит убедиться в том, что любые ткани, выросшие из стволовых клеток, будут абсолютно нормальными. Заманчивая перспектива — создавать ткани для своего организма из собственных стволовых клеток, но это будет возможно только для женщин в фертильный период, поскольку для партеногенеза используется яйцеклетка. Для мужчин и женщин после менопаузы необходимо разработать другой вариант.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СК

Реакцию общества на различные новые явления можно сравнить с иммунной реакцией организма: при первой встрече реакция социума опосредована через такие неспецифические механизмы, как нормы морали, мировоззрение каждого отдельного индивидуума [1]. Если проблема очень серьезна, эти механизмы не позволят на данном этапе выработать действенный алгоритм ответа на новые вызовы. В связи с этим, требуется вмешательство мощного структурированного образования, способного на специфический ответ, — государства. Что же дает нам то, что в регуляцию использования клеточных технологий вступает государство? Во-первых, ясно определяются понятия связанные с применением клеточных технологий. Во-вторых, определяются единые процедуры разработки, испытания и применения клеточных технологий. Но самое важное для нас — то, что государство гарантирует исполнение данных правовых норм и обеспечивает защиту прав и законных интересов граждан в данной сфере.

В России в 2000-х гг. отмечался бурный расцвет применения различных видов клеток в клинической практике. Появляется большое количество публикаций в прессе противоречивого характера о результатах применения стволовых клеток. Создается острая и резонансная общественная ситуация. В 2004 г. издается Приказ Минздравсоцразвития № 346, который сделал практически невозможным получение лицензии на применение клеточных технологий в клинике. В 2005 г. в России начинаются массовые проверки всех медицинских учреждений, в которых выполнялись клеточные трансплантации. Возбуждаются уголовные дела, накладываются административные взыскания за нарушения в работе медицинских учреждений с использованием клеточных технологий. Однако в 2007 г. издается новый приказ, регламентирующий выдачу разрешений на использование клеточных технологий.

В этой ситуации огромное значение имел перевод законодательного регулирования использования клеточных технологий на более высокий уровень — принятие Федерального закона от 23 июня 2016 г. № 180-ФЗ "О биомедицинских клеточных продуктах", в котором были определены такие понятия, как: биомедицинский клеточный продукт, реализация биомедицинского клеточного продукта, аутологичный (аллогенный, комбинированный) биомедицин-

ский клеточный продукт, клеточная линия, донор, донорство.

Законом утверждены следующие принципы осуществления деятельности в сфере обращения биомедицинских клеточных продуктов:

- добровольность и безвозмездность донорства биологического материала;
- соблюдение врачебной тайны и иной охраняемой законом тайны;
- недопустимость купли-продажи биологического материала;
- недопустимость создания эмбриона человека в целях производства биомедицинских клеточных продуктов;
- недопустимость использования для разработки, производства и применения биомедицинских клеточных продуктов биологического материала, полученного путем прерывания процесса развития эмбриона или плода человека или нарушения такого процесса;
- соблюдение требований биологической безопасности в целях защиты здоровья доноров биологического материала, работников, занятых на производстве биомедицинских клеточных продуктов, медицинских работников, пациентов и окружающей среды.

В законе отдельно описаны: права пациента, участвующего в клиническом исследовании биомедицинского клеточного продукта, обязательное страхование жизни, здоровья пациента, участвующего в клиническом исследовании биомедицинского клеточного продукта, правила получения биологического материала, производство и реализация биомедицинских клеточных продуктов, мониторинг безопасности биомедицинских клеточных продуктов.

ВЫВОДЫ

Открытие и изолирование линий эмбриональных стволовых клеток человека и животных стало поворотным событием биологии и медицины XX века. Ключевой вклад в открытие и изучение СК внесли отечественные ученые. Биомедицинские проблемы, связанные с применением клеточных технологий всё ещё не решены и вызывают дискуссии в обществе. В последние десятилетия активно разрабатывается возможность применения в клинической медицине клеточных технологий. Большую позитивную роль в совершенствовании правового регулирования применения клеточных технологий в РФ сыграл Федеральный за-

кон от 23 июня 2016 г., однако конкретные перспективы правоприменительной практики пока неясны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванюшкин А. Я., Игнатьев В. Н., Коротких Р. В. и др. Введение в биоэтику: Учеб. пособие. М.: Прогресс-Традиция; 1998.
2. Материалы научного совещания, посвященного 125-летию со дня рождения А. А. Максимова. СПб.; 1999.
3. Репин В. С. Эмбриональная стволовая клетка: от фундаментальных исследований в клинику. Патол. физиол. и эксп. тер. 2001; № 2: 3–8.
4. Blumenthal D. Ethics issues in academic-industry relationships in the life sciences: the continuing debate. Acad. Med. 1996; 71: 1291–1296.
5. Fischbach G. D. Stem cells: science, policy, and ethics. J. of Clinic. Investigation. 2004; 114, № 10: 123–134.
6. Friedenstein A. J., Chailakhjan R. K., Lalykina K. S. The development of fibroblast colonies in monolayer cultures of guinea-pig bone marrow and spleen cells. Cell Tissue Kinet. 1970; 3: 393–403.
7. Martin G. Isolation of pluripotent cell line from early mouse embryos cultured in medium conditioned by teratocarcinoma stem cell. Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1981; 78: 7634.
8. Mintz B., Illmensee K. Normal genetically mosaic mice produced from malignant teratocarcinoma cells. Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1975; 72: 3585–3589.
9. Stevens LC. The development of transplantable teratocarcinomas from intratesticular grafts of preand postimplantation mouse embryos. Dev. Biol. 1970; 21: 364–82.

REFERENCES

1. Ivanjushkin A. Ja., Ignat'ev V. N., Korotkih R. V. i dr. Vvedenie v biojetiku: Ucheb. posobie. [Introduction to Bioethics: A Tutorial] M.: Progress-Tradicija; 1998. (in Russian).
2. Materialy nauchnogo soveshhanija, posvjashhennogo 125-letiju so dnja rozhdenija A. A. Maksimova [Materials of the scientific meeting dedicated to the AA Maximov's 125th anniversary. SPb.; 1999. (in Russian).
3. Repin V. S. Embrional'naja stvolovaja kletka: ot fundamental'nyh issledovanij v kliniku. [Embryonic stem cells: from fundamental research to clinic] Patol. fiziol. i eksp. ter. 2001; № 2: 3–8 (in Russian).
4. Blumenthal D. Ethics issues in academic-industry relationships in the life sciences: the continuing debate. Acad. Med. 1996; 71: 1291–1296.
5. Fischbach G. D. Stem cells: science, policy, and ethics. J. of Clinic. Investigation. 2004; 114, № 10: 123–134.

6. Friedenstein A. J., Chailakhjan R. K., Lalykina K. S. The development of fibroblast colonies in monolayer cultures of guinea-pig bone marrow and spleen cells. *Cell Tissue Kinet.* 1970; 3: 393–403.
7. Martin G. Isolation of pluripotent cell line from early mouse embryos cultured in medium conditioned by teratocarcinoma stem cell. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 1981; 78: 7634.
8. Mintz B., Illmensee K. Normal genetically mosaic mice produced from malignant teratocarcinoma cells. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 1975; 72: 3585–3589.
9. Stevens L. C. The development of transplantable teratocarcinomas from intratesticular grafts of preand postimplantation mouse embryos. *Dev. Biol.* 1970; 21: 364–82.

HISTORY OF MEDICINE

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

УДК 61(091)

СТАТУС ЖЕНЩИНЫ В ДРЕВНЕМ ЕГИПТЕ

© *Ольга Александровна Джарман*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Ольга Александровна Джарман – к. м. н., старший преподаватель,
кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: olwen2005@gmail.com

РЕЗЮМЕ: В статье на основании использования многочисленных источников (медицинские папирусы, литература премудрости, поэзия, сказки, переписка, археологические данные и т. д.) рассматривается статус женщины в Древнем Египте, отношение к деторождению, к женщине в период беременности. Современному европейскому человеку, живущему в секулярном мире сложно проникнуть в мировосприятие древней египтянки, так как оно складывалось в совершенно иной социокультурной среде, пронизанной религиозностью. Любая мать была соотнесена с мифом об Исиде; беременная женщина имела статус близкий к священному. Имелось множество божеств и ритуалов, связанных с беременностью и родами. Египетская семья, нуклеарная и моногамная, была основой общества, к браку относились как к священным узам. Юридический статус египетской женщины был почти идентичен статусу египетского мужчины. Женщины высших классов общества были грамотны, могли занимать жреческие должности. Женщина, имеющая детей, считалась «успешной», и вызывала восхищение, бесплодие не только вызывало осуждение общества, оно еще было знаком божественного гнева, так как из-за отсутствия детей прерывался заупокойный культ, являвшийся ключевым для мировосприятия египтян. В медицинских текстах упоминаются методы ранней диагностики беременности. Роды в представлении древних египтян были не столько медицинским, сколько важным социальным событием. Это подтверждается отсутствием дошедшей до нас информации о родах в медицинских папирусах. Роды происходили дома, в отдельном павильоне или хижине. Положение роженицы было сидя на корточках на полу, или на двух кирпичках, или на особом стуле, ей помогали присутствовавшие повитухи, использовавшие как заклинания, так и приемы рациональной медицины. Неизвестны сведения о наличии аборт в Древнем Египте, однако египтянки широко применяли контрацепцию. Материнство считалось исключительным призванием женщины, а брак — средством для осуществления этого призвания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Древний Египет; статус женщины-матери; брак; семья; беременность; роды; материнство.

STATUS OF WOMEN IN ANCIENT EGYPT

© *Olga A. Jarman*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

Contact Information: Olga A. Jarman — PhD, Senior Lecturer, Department of Humanities and Bioethics.
E-mail: olwen2005@gmail.com

ABSTRACT: The article discusses, on the base of extant evidence (medical papyri, wisdom literature, poetry, fairy tales, correspondence, archaeological evidence etc.) the status of woman in

Ancient Egypt, perception of women, pregnancy and birth. It is extremely difficult for a modern European person living in secular world to perceive the mentality of a woman in Ancient Egypt because her social and cultural environment was immersed with religion. Every mother was included in the Isis myth; a pregnant woman enjoyed a status close to a sacred one. There were plenty of divinities and rituals related to pregnancy and childbirth. Egyptian family was nuclear and monogamous and was looked upon as a basis of the society. The woman in Ancient Egypt had a rather high social and legal status close to one of the Egyptian man. The elite strata women were literate and could obtain positions of priestesses. A woman who had many children was considered 'successful', evoking everyone's admiration; barrenness was frowned upon in society and, more, it was a sign of divine anger as absence of a heir endangered the continuity of the cult of dead, which was pivotal for the Egyptian mentality. In medical texts some methods of early diagnostic of pregnancy are mentioned. The childbirth was more social than medical event for ancient Egyptians. That is supported by absence of information about childbirth in medical papyri. The childbirth took place in woman's house in a special pavilion or hut. The woman in labour was squatting on the floor, on two bricks or on the special chair with midwives assisting her by spells and rational medical methods. There is no evidence of abortion in Ancient Egyptian literature; however, contraception was widely used by Egyptian women. Motherhood was considered the main female vocation and marriage was the way to fulfill it.

KEY WORDS: Ancient Egypt; status of woman and mother; marriage; family; childbirth; pregnancy; motherhood.

Египет оказал большое влияние на античную культуру, и, таким образом, опосредованно и на европейскую культуру. Несомненно, заимствования из Египта были творчески преобразованы греками, однако импульс, исходящий из «земли Кемет»¹, во многом определил лицо нашей цивилизации.

Дошедшие до нас сведения о статусе женщины в Древнем Египте содержатся в самых разнообразных источниках, из которых большой интерес представляют медицинские папирусы, в которых можно найти важную информацию, касающуюся зачатия, беременности, родов и др. Известны следующие медицинские папирусы, в которых имеются древнеегипетские медицинские тексты, касающиеся здоровья и болезни беременной женщины, роженицы и родильницы: 1. Папирус Кахун (найден в г. Кахун, сейчас хранится в University College, Лондон), датируется 1820 г. до н. э., содержит сведения по гинекологии, педиатрии (ранние и поздние роды, определение пола новорожденного). 2. Берлинский папирус № 3038, известен еще как папирус Бругша или Greater Berlin Papyrus (1200 до н. э.), хранится в Берлинском музее, общемедицинский, но имеет разделы по педиатрии и гинекологии. В нем изложены тесты на беременность в том числе знаменитый способ различения пола по всходам пшеницы-двuzернянки и ячменя. 3. Берлинский папирус 3027, отно-

сящийся к XVI в. до н. э., в котором находятся «Заклинания для матери и ребенка». 4. Папирусы группы Рамессеум (Ramesseum), ок. 1700 до н. э. В папирусе Ramesseum IV приводятся средства для прогностики беременности, простого родовспоможения, рецепты контрацепции и др., а также перечислены средства для лечения матери и ребенка. 5. Папирус Карлсберг (Carlsberg VIII, 1300 г. до н. э.), находящийся в музее Копенгагена, содержит сведения по гинекологии. 6. Знаменитый папирус Эберса (Ebers), 1500 г. до н. э., хранится в Лейпциге и имеет общемедицинское содержание, тексты Ebers 782 и Ebers 838 связаны с состоянием здоровья матери. По содержанию он является как медицинским, так и математическим; в него входит самое раннее описание теста на беременность. 7. Папирус Лондон (London) — преимущественно магический папирус, находится в Британском музее, датируется концом XVIII династии, 1350 г. до н. э. В его разделах 25–30 [37–42] имеются заклинания и описание магических действий при кровотечении у беременных, т. е. угрозе выкидыша [13].

Большое значение в качестве источников имеют художественные тексты (литература премудрости, сказки (например, папирус Westcar), поэзия), переписка знатных и простых людей, произведения искусства, археологические данные, в том числе изображения в усыпальницах, на которых представлены эпизоды из повседневной жизни египтян, данные, полученные при раскопках в поселениях, а также

¹ «Кемет» — название Египта на древнеегипетском языке, букв. «черная (плодородная) земля».

свидетельства античных путешественников, в том числе древнегреческих историков Геродота (ок. 484 до н. э. — ок. 425 до н. э.), Диодора Сицилийского (90–30 гг. до н. э.), римского писателя Гая Юлия Гигина (около 64 до н. э. — 17 н. э.).

Мировосприятие древней египтянки — дочери, жены, матери, и тех, кто ее окружал — складывалось в совершенно иной социокультурной среде, пронизанной религиозностью, и поэтому сложно для понимания современного европейского человека, живущего в секулярном мире с эпохи Просвещения. Это необходимо учитывать для того, чтобы глубже понять мировоззрение людей древних великих культур — в том числе, такой, как египетская.

Египтянин древности, по мнению крупнейшего специалиста-египтолога XX века S. Morenz, был в высшей степени *homo religious*, и именно религия Древнего Египта была той базой, на которой развились все удивительные достижения египтян в искусствах, науках, ремеслах. [12] Знаменитый отечественный египтолог Ю. Я. Перепелкин считал, что для египтян боги находились в явлениях природы, а не стояли над ней. [1, 4] Известный современный египтолог R. H. Wilkinson также пишет: «Для древних египтян их боги были значительно больше, чем просто набор мифов и изображений. Сохранившиеся памятники дают возможность нам увидеть лишь малую толику великой власти богов Египта. Когда боги Египта были живы в умах древних египтян, то влияние их было, поистине, уникальным. Для большинства египтян (если не для каждого египтянина!) боги Египта были самым дыханием жизни; вследствие этого мы можем понять культуру и общество Древнего Египта только в той мере, в какой мы понимаем древние египетские божества» [15].

У египтян среди множества божеств выделялись покровители женщин, имеющие отношение ко всем поворотным пунктам в судьбе девочки, девушки, женщины, в первую очередь, к беременности и родам. Прежде всего, это Исида, играющая одну из ключевых ролей в центральном мифе об Осирисе, вокруг которого строилась жизнь и смерть египтян. Исида, мать Гора, была сестрой и женой Осириса. Любая мать, ожидающая или нянчащая младенца, была соотнесена с Исидой, что придавало ей крайне высокий статус, укорененный в ключевом мифе древнеегипетского мировоззрения [7]. Мироощущение древних египтян было иконично — каждое животное, растение, природное явление содержало в себе проявле-

ние священного [9]. Женщина Древнего Египта была живой иконой Исиды, так же как и нежность коровы, любящей и облизывающей своего теленка, была явлением в мир людей божественной нежной любви в образе богини Хатхор, а безудержная ярость гиппопотама, детенышу которого угрожала лишь тень опасности от врагов, была образом божественной защищающей любви, сметающей все преграды на своем пути, получившей свое отображение в Тауэрэт — неотмирного, многосоставного существа с чертами беременной самки гиппопотама, покровительствующего рождению, беременным женщинам и новорожденным [5, 15]. Существовало много божественных существ, отражающих те или иные аспекты священного действия родов. С беременностью и родами ассоциировалась Месхенет — богиня, встречавшая человека при его появлении на свет, покровительница рожениц и помощница повитух, изображалась в человеческом облике как женщина с маткой коровы на голове. Существовал и культ Хекет, богини воды и плодородия, помогающей при родах, она изображалась в виде лягушки или женщины с головой лягушки. Женщины, помогающие роженице, назывались «слуги Хекет». Также свою роль имели Нефтида, сестра Исиды, помогавшая ей воспитать младенца — Гора в тайне от Сета (в Мендесе она почиталась как богиня врачевания); Хнум — бог-творец; Бэс, призванный охранять человека от всяческих бед, покровитель семьи, помогал при родах, заботился о детях, изображался уродливым, кривоногим карликом, считалось, что его уродство отпугивает злых духов; Хатхор или семь Хатхор, семь молодых богинь, увенчанных коронами в виде коровьих рогов, наделенных пророческим даром; бог Шу и главное божество — бог мудрости Амур. Ко всем этим божествам, несомненно, возносились молитвы и совершались не дошедшие или частично дошедшие до нас ритуалы.

Семья в Древнем Египте была основой общества, к браку относились как к священным узам. Автор «Поучения Ани», памятника эпохи Нового Царства (1569–1081 гг. до н. э.), написанного во время правления Рамессидов и относящегося к так называемой «литературе премудрости», писал: «Возьми себе супругу, когда ты молод, чтобы могла она дать тебе сына. Да родит она для тебя, пока ты еще молод. Мудро иметь потомство. Тот человек благополучен, чье потомство многочисленно: чем больше детей у него, тем больше слава его». Молодой человек из знатной египетской семьи женился

тогда, когда он мог обеспечивать семью. Так как к концу обучения юношам было около 20 лет, то примерно в этом возрасте большинство из них и женились. Девочек обычно выдавали замуж вскоре после достижения ею зрелости (наступления менархе), между 12 и 14 годами, но были случаи и более раннего вступления в брак. Таким образом, девушка была защищена от недозволенных половых связей, а период ее фертильности был максимален. Убедительных данных о существовании в Древнем Египте женского обрезания в имеющихся древнеегипетских источниках не имеется (хотя мужское обрезание существовало). В Древнем Египте в I тысячелетии до н.э., судя по сохранившимся документам, были разрешены браки между двоюродными братьями и сестрами, дядей и племянницей, братом и сестрой по отцу. Особым случаем являлись царские браки. Браки между родными братьями и сестрами в не-царских семьях были крайне редки во времена фараонов, но стали весьма распространены во времена правления Птолемея (IV–I вв. до н.э.). Возможно, это происходило из экономических соображений и необходимости сохранять земельные участки неразделенными. Римлянам, жившим в Египте, не разрешались браки с родными сестрами и братьями [7].

Положение женщины в древнеегипетском обществе, различия между мужчинами и женщинами отражены в памятниках искусства, текстах, археологических находках. Из сохранившихся до наших дней записей, датированных Древним Царством (2687–2191 гг. до н.э.) и далее, можно заключить, что юридический статус египетской женщины (не важно — будь то незамужней, замужней, разведенной или вдовы) был почти идентичен статусу египетского мужчины. В документах замужние женщины, так же как и их мужья, официально называются «граждане», «горожане» («'nh.t n njwt»). Мужчин отличала должность, дававшая им положение в обществе и доход. Женщины не имели должностей на государственной службе.

Официальные титулы при упоминании имен женщин были короче, чем у мужчин, а именно, как правило, только «госпожа дома» и «горожанка». Часто к имени жены добавлялся титул мужа или отца, дававший ей соответствующий социальный статус. В «Поучениях Ани», говорится: «женщину спрашивают о муже ее, мужчину о должности его». Однако в юридической сфере и женщины, и мужчины могли действовать самостоятельно и нести ответственность за свои поступки. Это представ-

ляет собой разительный контраст с другими древними обществами, например, с Древней Грецией или Месопотамией, где женщина не являлась юридическим лицом, не имела недвижимости, и для того, чтобы совершать юридические действия, всегда нуждалась в представителе-мужчине (отце, брате, муже, сыне), который назывался ее «господином». Египетские женщины имели право приобретать, владеть, и распоряжаться собственностью, как частной, так и недвижимостью от своего имени. Они могли заключать контракты от своего имени, начинать гражданские дела в суде, на них можно было подавать в суд. Жена могла быть хорошо осведомлена о деятельности мужа, в его отсутствие она могла заниматься делами мужа, о чем сообщают документы из рабочей деревни в Deir el-Medina. Крестьянки помогали своим мужьям в полевых работах и в уходе за скотом, когда это требовалось. В случае ранней смерти мужа мать несла ответственность за своих детей и их наследство. На различных рельефах на стенах гробниц мы находим изображения женщин рядом со своими мужьями по время различных праздников, церемоний и деловых занятий (осмотр полей и т.д.) [8]. С VII в. до н.э. муж и жена подписывали брачный контракт, который могли хранить у себя, отдать третьему лицу или на сохранение в храм. Часто он заключался после того, как у пары рождались дети. В контракте регулировались права жены и ее детей в браке и в случае развода. В то же время, хотя женщины по закону были равны мужчинам и могли распоряжаться собственностью, социально-общественная роль женщин была иной. Царством жены был дом и хозяйство. Например, в «Поучении Птаххотепа», относящемся к Среднему Царству (2061–1665 гг. до н.э.), говорится о женщине и жене, как о существе зависимом от мужчины, о котором он должен нежно заботиться. В египетской письменности большая часть иероглифов, изображающих женщину, относится к роли женщины, как матери, носящей плод, рождающей, кормящей грудью [2, 7].

Женщина, однако, могла не только управлять своим домашним хозяйством, но и занимать культовые должности (жриц разных уровней, в том числе и самых высоких); неясны свидетельства о случаях занятия женщиной государственных должностей чиновников.

Египетская семья была нуклеарной и моногамной, она состояла из отца, матери и их детей. Моногамность касалась всех жителей Древнего Египта, кроме царя, имевшего «га-

рем». Трогательные отношения между супругами засвидетельствованы в надгробных текстах, как от лица мужа, так и жены. Одно из таких свидетельств — запись, найденная в усыпальнице умершей женщины (так называемое «Письмо мертвым», печальный рассказ ведется от лица ее мужа): «Когда заболела ты, призвал я главного врача, и лечил он тебя». Сохранился и ответ жены, в надгробной надписи от ее имени говорится: «Когда начальники врачей пришли ко мне, не утешилось сердце мое лекарствами их; не нашли как помочь мне и жрецы-чтецы; не познано страдание мое». Особое внимание привлекает стела Таимхотеп, рано умершей жены жреца бога Птаха. В надписи на этой (ныне находящейся в Британском музее) стеле выбит текст, включающий как религиозные, так и биографические элементы. От имени Таимхотеп повествуется, как после молитв их с супругом к Имхотепу в сам праздник великого сына Птаха у них родился долгожданный сын, которого назвали Имхотеп-Педибаст, далее рассказывается о кратком семейном счастье, и от лица Таимхотеп следует последнее обращение к мужу, призванное утешить его в скорби, которое начинается с трогательных слов, свидетельствующих о духовной близости жены и мужа — «О, брат, супруг, друг!». Такое обращение к возлюбленной и супруге, как «сестра», широко распространено в лирической поэзии Древнего Египта [11]. Жена для египтянина была равной помощницей и подругой жизни.

В древнеегипетские семьи входили, кроме детей, престарелые или больные родители, или сестры, не достигшие брачного возраста. Эти большие семьи часто изображаются в заупокойной живописи. В листе переписи из Кахуна упоминается некий мужчина по имени Снефра, вместе с которым проживали его овдовевшие бабушка и мать, три тетки, и его собственная жена с детьми.

Каждая семейная пара должна иметь несколько детей, желательны мальчиков. Наличие детей в семье увеличивало респектабельность супружеской пары в глазах общества, отсутствие детей было позором. Древние египтяне считали намеренный отказ от рождения детей эгоистичным и осуждали его. Поскольку дети в Древнем Египте считались благословением, каждая женщина в браке должна была беременеть.

Бесплодие не только вызывало осуждение общества, оно еще было знаком божественного гнева, и поэтому молодые женщины очень боялись оказаться бесплодными. Напротив, жен-

щина, имеющая детей, считалась «успешной», и вызывала восхищение. Мужчина также должен был проявить свою мужественность, зачав как можно больше детей. Вина за бесплодие в основном ложилась на женщину. Египтяне, однако, знали, что в бесплодии может быть виновата не только мать, но и отец [10]. Бездетные пары пытались изменить свою судьбу, молясь различным богам или богиням (в первую очередь, Имхотепу — обожествленному в поздний период мудрецу древности). Также для того, чтобы забеременеть, использовались некоторые магические приемы. Среди них так называемые «письма мертвым» — широко распространенный около полутора тысяч лет со времени Древнего Царства (2687–2191 гг. до н. э.) до конца Нового Царства (1569–1081 гг. до н. э.) ритуал, связанный с молитвой умершим родственникам, например, отцу или матери. В Новом Царстве письма писали не только родителям, но и божествам, они сохранялись в эллинистическом и римском Египте (с 332 г до н. э. и до IV в. н. э.). Также женщины прибегали к помощи магических средств: амулетов или сна в святилище (так называемой инкубации). Чтобы сохраниться от бесплодия, девочки-подростки носили особые пояса, украшенные золотыми нитями в виде раковин каури, символизирующих женские половые органы. Такие украшения найдены в гробницах девочек-подростков из богатых семей. Существовали и другие популярные амулеты с изображениями богов.

Бездетности страшились, так как из-за отсутствия детей прерывался заупокойный культ, являвшийся ключевым для мировосприятия египтян. «Нет у меня силы (забеременеть), нет у меня сына-защитника» — так звучит отрывок из «письма мертвым», написанного молодой бесплодной женщиной, которая писала своему умершему прадеду в надежде зачать от своего мужа. Продолжателем заупокойного культа был старший сын, однако дочь тоже могла выполнять эту роль, если она была единственным ребенком. Бездетная пара могла усыновить ребенка [7].

Египетское образование касалось в основном мальчиков из высшего класса египетского общества. Сведений о женском образовании в Древнем Египте мало. Девочки были исключены из системы образования, хотя многие из них из знатных семей были грамотны. Они могли научиться грамоте как самостоятельно, так и при помощи отца, брата, мужа. В папирусе Эберса есть косвенное подтверждение семейственности медицинской

профессии (параграф 206): «Ты приготовишь для него (пациента) лекарство в тайне от всех, кто у тебя в подчинении, кроме твоей собственной дочери» [14]. Неясно, почему здесь выделена дочь, а не сын, однако этот факт заслуживает внимания.

Во время беременности женщина приобрела очень высокий статус, близкий к священному, была окружена заботой семьи и близких. В медицинских текстах упоминаются методы ранней диагностики беременности, признаками которой египтяне называли прекращение месячных, нагрубание грудных желез, чувствительность к запахам, тошноту, изменения лица и глаз беременной женщины. Значение одного из иероглифов, не имеющего отношения к анатомии символа «колодец, полный воды», может означать как матку, так и плаценту. Матка, *hemet*, в медицинских текстах также носила название «*mut gemetj*» или «мать людей». Существует другое мнение, что так называлась именно плацента [9, 14].

Диагностика беременности основывалась на тщательном осмотре кожи, грудей, вен (сосудов), описанном в папирусах Берлин и Кахун. К этим описаниям восходят, вероятно, некоторые тезисы из «Афоризмов» «Гиппократова Сборника» [3]. Папирусы Кахун, Берлинский и Carlsberg содержат целую серию испытаний на фертильность, беременность, причем различить, какой тест на фертильность, а какой на беременность, сложно, так как в предисловии стоит: «как различить, кто понесет во чреве и кто не понесет». Эти тесты охватывают широкий спектр процедур — от вызывания рвоты до осмотра глаз. «Чтобы определить, кто понесет во чреве и кто не понесет. Помести луковичу глубоко в плоть (эфемистическое название влагалища) ее и оставь ее там до утра. Если запах луковичи появится в устах ее, она родит, если нет, то она никогда не родит». Эта диагностическая процедура основана на представлении о сосудах — «*metu*», пронизывающих все тело человека и свободно проходимых в состоянии здоровья. По мнению египтян, если сосуды, ведущие к половым органам женщины, были «блокированы», то запах лука не мог оказать у нее во рту. Надо отметить, что этот метод диагностики был воспринят греческой медициной в трактате Гиппократова сборника «Афоризмы», а позже, через Византию — арабами. Еще один тест: «растертое растение [дыню или тыкву] надо смешать с молоком женщины, родившей мальчика. Если другая женщина выпьет его и ее стошнит, то она ро-

дит; если ее вспучит, то она никогда не родит» [13].

Желание иметь сыновей побуждало египтян (и египтянок) прибегать к различным способам узнать пол своего будущего ребенка. Пожалуй, самым знаменитым является тест, описанный в Берлинском папирусе 199, параграф его имеется в папирусе Карлсберг III: «Другой [способ], чтобы увидеть понесет [ли] женщина ребенка или она не понесет ребенка. Эммер («*bedet*», пшеница-двузернянка) и ячмень («*it*»), госпожа должна смачивать мочою своею каждый день, подобно финиками и песку в двух мешках. Если они все дают рост, она понесет ребенка. Если прорастет ячмень, это означает [младенца] мужского пола. Если прорастет эммер, это означает [младенца] женского пола. Если они не прорастут, то она не понесет ребенка» [13].

Этот тест был повторен учеными-египтологами Galiounghui, Khalil, Ammar в 1963 г. Семена при воздействии мочи мужчины и мочи небеременной женщины всходов не давали. Из 40 образцов, обработанных мочой беременной женщины, всходы дали 28 образцов, включающих один или оба вида злаков. Таким образом, тест мог быть индикатором беременности, (но исключение беременности в 30% случаев по нему оказалось ошибочным по современным исследованиям). Когда прорастал только один злак, то «предсказание» пола было верным в 7 случаях и неверным в 16.

Сложно сказать, чем руководствовались египтяне, используя этот тест. Было предложено два лингвистических объяснения. Слова «отец» и «ячмень» по-египетски произносятся одинаково («*it*»), кроме того, зерно ячменя похоже на мужские половые органы. Второе объяснение, которое дает знаток древнеегипетского языка Н. Grarow, основано на факте, что «ячмень» в египетском языке — мужского рода, в то время как «эммер» («*bedet*») — женского. Третья гипотеза, которой придерживается египтолог J. Thorwald, говорит, что это эмпирическое наблюдение и сам тест базируется на знаменитой наблюдательности египтян [13].

Сроки беременности были известны египтянам — как 10 лунных или 9 солнечных месяцев. Беременные женщины носили на шее или талии амулеты из слоновой кости и других материалов с изображением божеств Бэса, Тауэрет, Анубиса.

Когда женщина понимала, что зачала дитя, она использовала всевозможные средства, для

того, чтобы избежать невынашивания (различные смеси, вводимые интравагинально, в которые входила рыба «lbs» (*Labeo niloticus*), сердце осли; из неидентифицированного растения «великий Нил» приготавливался настой на пиве, который женщине нужно было пить по утрам). Беременные женщины использовали растительные ароматические масла, в целях предотвращения появления растяжек и для облегчения течения родов. Масла хранились в особых сосудах, обычно из кальцита, который считался магическим камнем, в форме нагой беременной женщины, сидящей на корточках или стоящей, и при этом растирающей двумя руками себе живот [10].

Также беременные использовали так называемый «тампон Исиды», сделанный особым образом из льна и вводимый во влагалище. Он был также амулетом, хранящим плод во чреве матери. Существовали молитвы против кровотечения беременных [14].

Роды в представлении древних египтян были не столько медицинским, сколько важным социальным событием. Это подтверждается отсутствием дошедшей до нас информации о родах в медицинских папирусах. Однако, учитывая мозаичность и крайнюю скудость данных, имеющихся у нас о древнеегипетской медицине вообще, можно предположить, что многие сведения могли быть утеряны за века и тысячелетия.

Египетское слово, обозначающее роды, рождение («mswt», (mst- mesut) иногда заменяли синонимом, буквально означавшим «опуститься на землю» («prj h (.)r t3») и «выходить из утробы» — «prj m h_t») или «h3j mht») [14].

Египтянки рожали дома, в отдельном павильоне или хижине. Тексты Нового Царства свидетельствуют, что для отделения будущей матери от остальной семьи из соображений ритуальной чистоты на период родов и послеродовой период могла быть построена особая хижина на крыше дома или в саду. Это благоприятствовало хорошим санитарным условиям, в которых появлялся новорожденный.

В царских или обеспеченных семьях строился особый павильон, с росписями, изображающими божеств, на стенах (такие павильоны найдены в Deir-el-Medina и el-Amarna). В ритуальных целях при рождении использовались изогнутые палицы из бивней бегемота, украшенные апотропеями — существами, защищавшими мать и дитя, подобно тому, как они в мифах защищали младенца-Ра, однако мнение, что ими перерезали пуповину, не подтверждено. В павильоне были колонны из тростника,

украшенные виноградными лозами или другими вьющимися растениями [10].

Мать рожала, сидя на корточках на полу, или на двух кирпичках, или на особом стуле. В Древнем Царстве, во время правления VI династии, использовался родильный стул («meskhenet») очень простой конструкции — он состоял из трех кирпичей, сложенных наподобие сидения. С XVIII династии его вытеснило кресло с отверстием вместо сидения, или, для знатных женщин, низкое сидение [7].

Головное предлежание плода считалось обычным, и отражено в иероглифе, обозначающем понятие «роды». Иероглиф изображает головку и ручки плода, выходящего из утробы женщины, сидящей на корточках.

Однако в немедицинском папирусе Westcar имеется сказочное описание чудесного рождения тройни женщиной по имени Реддедет. Отцом детей является и бог Ра и ее муж Ра-усер. Детям суждено стать тремя первыми царями Пятой династии. Цель истории — обосновать божественное происхождение этой династии, но исследователям он дает возможность предположить, как проходили роды. Мужчины не допускались в родильную комнату. Возможно, они выполняли какие-то ритуалы, призванные облегчить роды жены — так, муж Реддедет переворачивает (или развязывает) свою набедренную повязку, что вполне согласуется с присутствующим во всех культурах «символической развязывания и отпираания» для облегчения родов. К подобным обычаям относились следующие — волосы женщины при начале схваток туго заплетались, а потом распускались.

В родильной комнате находилась только будущая мать и несколько женщин, которым предстояло приветствовать новое творение бога Хнума — новорожденного младенца. Роженица была полностью обнаженной, но с детьми ожерельем и поясом. Для того чтобы роды начались, ей давали «соль Нижнего Египта», или натрон,² являющуюся слабительным средством.

Женщины, помогающие роженице, выполняли в ритуале родов функции соответствующих богинь. Женщина, исполняющая роль богини Нефтиды, становилась позади роженицы, поддерживая ее во время схваток. Вторая, исполняя роль богини Хекет, понуждала женщи-

² Натрон, или натрит, кристаллическая сода — декагидрат карбоната натрия. Химический осадок в озерах Нижнего Египта (и других озерах планеты), отлагающийся в холодное время года.

ну тужится, а третья, изображающая саму Исиду, принимала ребенка, стоя на коленях перед роженицей. Видимо, каждая зрелая и рожавшая женщина была в состоянии помочь в родах. Это искусство передавалось от матери к дочери, как во всех древних обществах, особого обучения повитух не было. Однако поздний источник указывает на обучение повитух в «домах жизни» в Дельте (г. Саис), где происходило обучение врачей. Неизвестно, присутствовали ли при родах врачи.

Для ускорения родов использовались окуривания, которые имели психотерапевтический эффект. Тот же эффект имели и молитвы к богам, и амулеты, которые надевали на тело роженицы. Существовали заклинания для «отделения ребенка от утробы матери» и «ускорения родов».

Повитухи, стремясь облегчить страдания роженицы, ополаскивали водой ее половые органы.

К плаценте и пуповине было особое отношение. Плацента считалась «братом-близнецом» новорожденного и имела огромную символическую ценность. Ее или торжественно закапывали в саду, или тщательно сохраняли, чтобы применять при лечении ребенка или использовать для лечения глубоких ран [14]. После родов родильнице заплетали волосы в две косы или пучка по бокам ее головы, на них мог надеваться конический головной убор, укрепленный на волосах с помощью особой веревки. В папирусе Эберса упомянуты средства, которые, очевидно, использовали женщины, помогавшие при родах. Некоторые средства следовало класть на область живота с помощью повязки, некоторые (немногие) следовало принимать внутрь, или интравагинально. Большая часть компонентов этих средств неизвестны.

Сохранилось заклинание для отделения плаценты, наряду с заклинаниями использовались и другие средства, уже без выраженного магического компонента (смесь из кедровых опилок и пива), а также средство из меда, молока и неизвестного растения «heret-wet». При разрывах промежности использовалось свежее растительное масло [13].

После родов мать продолжала оставаться вне дома, в особой хижине в течение 14 дней для ритуального очищения.

Смерть в родах так же, как невынашивание и смерть новорожденного, всегда грозили древним египтянкам, поэтому неудивительно, что сопровождение родов сочетало религиозно-магические практики и медицинские под-

ходы. Мать читала молитву ко Хнуму, Амуну и взывала к Шу, символизирующему жизненную стихию, которую божество вдыхало в новорожденного. Сохранилось несколько мумий знатных женщин, царевен и цариц, умерших в родах. Надо отметить, что египтянки были очень изящного сложения, низкого роста, но с пропорциями таза, приближающимися к мужским, что вполне могло представлять сложности при родах. Изучение мумий показало, что средний возраст умерших женщин был на 2–4 года меньше среднего возраста (37 лет) умерших мужчин. Несомненно, одной из причин этого была смерть в родах. В случае трагически закончившихся родов вина ложилась на роженицу, а не на богов. Ребенка, родившегося мертвым или умершего вскоре после рождения, также мумифицировали и хоронили по полному обряду [7].

Женщины Древнего Египта пользовались контрацепцией. До нас дошли некоторые рецепты контрацептивных средств. Некоторые из медицинских контрацептивов имели эффект, подобный контрацептивным гелям, используемым сегодня (экскременты крокодила в молоке, загустевший сок акации, богатый молочной кислотой, обладающей спермицидным эффектом, а также финики, сок рожкового дерева, мед (возможно, действие его обусловлено осмотическим эффектом), ферментированная паста из растений (спермицидное действие молочной кислоты), смесь меда и натрона (препятствующая движению сперматозоидов) [8, 13].

В дошедших до нас медицинских и немедицинских текстах слово «аборт» не встречается. Выражение «rdj r t3» («дать на землю») (из папируса Эберса, 797), которое раньше трактовалось как «аборт», теперь переводится египтологами как «родить» [14].

Таким образом, женщина во всех ее образах — дочери, жены, матери — постоянно находилась в фокусе внимания древних египтян. «В женском образе для древнего египтянина соединяются все образы любви: любовь, воспламеняющая мужчину, любовь женщины-матери, любовь одетой в траур плакальщицы. Женщина — это та, к которой мужчину притягивает желание; это та, кто дает жизнь младенцу, это та, кто проводит ночи в бдении над умершим, провожая его в вечность. Она — воплощенное желание, она — воплощенное уважение, она — воплощенная защита. Она та, с которой неразрывно связаны понятия любви, заботы, утешения», — писала женщина-египтолог из Франции С. Decroches-Noblecourt [6]. Это мужское внимание, однако, не стоит принимать за ро-

мантизм и набожную оторванность от реальности, так как знаменитая «трезвая сухость египтян» [11] очень хорошо может быть описана русской народной мудростью: «На Бога надейся, а сам не плошай»: в их мировоззрении сочетались и представления, которые мы характеризуем, как «рациональные», и те, которые мы относим к «мифологическим», «религиозным», «магическим». Главное состоит в том, что древнеегипетское общество считало материнство исключительным призванием женщины, а многоамный брак — средством для осуществления этого призвания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассоевич А. Л. Духовный мир народов классического Востока (Историко-психологический метод в историко-философском исследовании). СПб.: Алетейя; 1998.
2. Джарман О. А., Микиртичан Г. Л. Представления о гигиеническом уходе и вскармливании детей в Древнем Египте. Российский педиатрический журнал. 2014; № 6: 54–60.
3. Ковнер С. Г. История древней медицины. Медицина Востока и древней Греции до Гиппократов. Киев: Унив. тип. (И. Завадского); 1878–1882.
4. Перепелкин Ю. Я. История древнего Египта. СПб.: Летний сад; 2000.
5. Ребрик В. В. Древнеегипетская магия и медицина. СПб.: Алетейя; 2016.
6. Decroches-Noblecourt C. La Femme au temps des pharaons. Paris: Stock/Laurence Pernoud; 2000.
7. Feucht E. Das Kind im Alten Agypten. Frankfurt & New York: Campus; 1995.
8. Graves-Brown C. Dancing for Hathor. Women in Ancient Egypt. NY-London: Continuum; 2010.
9. Hornung E. Der Eine und die Vielen — altägyptische Götterwelt. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 2005
10. Janssen R. M., Janssen Jac. J. Growing up in Ancient Egypt. London: The Rubicon Press; 1990.
11. Lichtheim M. Ancient Egyptian Literature, Volume II: The New Kingdom. London: University of California Press; 1976.
12. Morenz S. Aegyptische Religion. Stuttgart: W. Kohlhammer; 1960.
13. Nunn J. F. Ancient Egyptian Medicine. Bath: British Museum & University of Oklahoma Press; 2002.
14. Westendorf W. Handbuch der altägyptischen Medizin. Leiden-Boston-Koeln: Brill; 1998.
15. Wilkinson R. H. The Complete Gods and Goddesses of Ancient Egypt. London: Thames & Hudson; 2003.

REFERENCES

1. Vassoevich A. L. Dukhovnyy mir narodov klassicheskogo Vostoka (Istoriko-psikhologicheskii metod v istoriko-filosofskom issledovanii). [The spiritual world of nations of classical Near East (the historical and psychological method a historical and philosophical research)] in SPb.: Aleteyya; 1998 (in Russian).
2. Jarman O. A., Mikirtichan G. L. Predstavleniya o gigenicheskom ukhode i vskarmlyivanii detey v Drevnem Egipte. [Ideas of hygienic care and nutrition of infants in Ancient Egypt] Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. 2014; № 6: 54–60. (in Russian).
3. Kovner S. G. Istoriya drevney meditsiny. Meditsina Vostoka i drevney Gretsii do Gippokrata. [The history of ancient medicine. The medicine of the East and Ancient Greece before Hippocrates] Kiev: Univ. tip. (I. Zavadskogo); 1878–1882 (in Russian).
4. Perepelkin Yu. Ya. Istoriya drevnego Egipta. [History of Ancient Egypt] SPb.: Letniy sad; 2000 (in Russian)
5. Rebruk V. V. Drevneegipetskaya magiya i meditsina. [Magic and medicine of Ancient Egypt] SPb.: Aleteyya; 2016 (in Russian).
6. Decroches-Noblecourt C. La Femme au temps des pharaons. Paris: Stock/Laurence Pernoud; 2000.
7. Feucht E. Das Kind im Alten Agypten. Frankfurt & New York: Campus; 1995.
8. Graves-Brown C. Dancing for Hathor. Women in Ancient Egypt. NY-London: Continuum; 2010.
9. Hornung E. Der Eine und die Vielen — altägyptische Götterwelt. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 2005
10. Janssen R. M., Janssen Jac. J. Growing up in Ancient Egypt. London: The Rubicon Press; 1990.
11. Lichtheim M. Ancient Egyptian Literature, Volume II: The New Kingdom. London: University of California Press; 1976.
12. Morenz, S. Aegyptische Religion. Stuttgart: W. Kohlhammer; 1960.
13. Nunn J. F. Ancient Egyptian Medicine. Bath: British Museum & University of Oklahoma Press; 2002.
14. Westendorf W. Handbuch der altägyptischen Medizin. Leiden-Boston-Koeln: Brill; 1998.
15. Wilkinson R. H. The Complete Gods and Goddesses of Ancient Egypt. London: Thames & Hudson; 2003.

УДК 61(091)

АКАДЕМИК АМН СССР З.Г. ФРЕНКЕЛЬ: ЭПИЗОД ПОДЛИННОГО МУЖЕСТВА

© Александр Павлович Щербо

ООО «Институт Красоты на Гороховой». 191186, г. Санкт-Петербург, ул. Гороховая, 6

Контактная информация: Александр Павлович Щербо — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный работник высшей школы РФ, заместитель Генерального директора по научной работе. Email: ashcherbo@yandex.ru

РЕЗЮМЕ: В статье представлены материалы о жизни выдающегося отечественного врача-гигиениста, демографа и общественного деятеля З.Г. Френкеля в тяжелые послереволюционные годы. Особенно трудными эти годы были для него — бывшего депутата I Государственной Думы, члена Центрального комитета партии конституционных демократов, активного деятеля системы Временного правительства. Впервые в статье воспроизведен эпизод, когда Френкель, беспримерно рискуя жизнью, переправил в Финляндию дочь генерала А. Н. Козловского, своего старого друга. Генерал Козловский был объявлен большевиками, что не соответствовало действительности, лидером жестоко подавленного Кронштадтского восстания в 1921 году; генерал и 8000 восставших ушли по льду в Финляндию. Жена и четверо сыновей Козловского были репрессированы. Дочь Елизавета, благородными и мужественными усилиями семьи Френкелей была спасена.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: З.Г. Френкель; восстание в Кронштадте; 1921 год; генерал А. Н. Козловский; кадеты.

ACADEMICIAN OF AMS USSR Z. G. FRENKEL: EPISODE OF TRUE COURAGE

© Aleksandr P. Shcherbo

LLC «Beauty Institute at Gorokhovaya». 191186, Saint-Petersburg, Gorokhovaya street, 6

Contact information: Alexander P. Shcherbo — MD, PhD, Professor, corresponding member of RAS, honored worker of higher school of Russia, Deputy General Director on scientific work. Email: ashcherbo@yandex.ru

ABSTRACT: The article describes for the first time the episode from Frenkel's life when he risked by his life and helped General A. N. Kozlovski's daughter to move to Finland. General Kozlovsky was declared by the Bolsheviks the leader of the Kronstadt rebellion that was brutally suppressed in 1921 and had to move to Finland together with 8000 supporters. His wife and four sons were arrested, while his daughter Elizabeth saved due to Frenkel's family noble efforts.

KEY WORDS: Z. G. Frenkel; uprising in Kronstadt; 1921; general A. N. Kozlovski; cadet.

Выдающийся отечественный врач-гигиенист, демограф и общественный деятель Захарий Григорьевич Френкель (предпочитал имя

Захар) прожил долгую, исполненную драматизма, столетнюю жизнь (1869–1970). Первая ее половина — это земская универсальная врачев-

ная практика после Дерптского университета, где он был дружен с В. Вересаевым, свойственная патриоту большая общественная работа и, как итог этого этапа — выдвижение в депутаты Первой Государственной думы в 1906 году. Потом тюрьма за подписание Выборгского воззвания, работа в качестве члена ЦК партии конституционных демократов, активная деятельность и в февральские дни ... [10].

В своих биографических записках [8], которые он готовил в 50-е годы, Захар Григорьевич, по понятным причинам, весьма сдержан в описании своих чувств, связанных с октябрьским переворотом. Однако понятно, что мог чувствовать тогда человек с его взглядами и дореволюционной биографией. Как минимум, эти чувства были весьма сложными; при этом нужно было выживать (он немолод, ему 48 лет и у него четверо детей), а его биография давала к этому очень немного шансов.

Захару Григорьевичу повезло (правильнее сказать — судьба его хранила): он не погиб, как враг, ни в голодные 1920-е, ни в конце 1930-х, когда чудом, как престарелый профессор, был выпущен со Шпалерной, ни в годы блокадной дистрофии в Ленинграде, ни в начале 1950-х, когда «всего лишь» был лишен работы. Это «везение», помимо конкретных, часто случайных обстоятельств, было обусловлено глубиной и сложной гармонией его натуры, мудростью и умом. А также беспримерной последовательностью (не исключаяющей, конечно, и вынужденных компромиссов), самоотверженностью и мужеством. Здесь представлен один из неизвестных знаковых эпизодов жизни ученого на переломе эпох.

Так сложилось, что практически всю свою «взрослую» жизнь Захар Григорьевич жил на две семьи, каждая из которых была осведомлена о другой. Да, он всю жизнь горячо любил и жалел двух своих женщин, заботился о них, метался и невероятно страдал, как страдали и они, бесконечно любил трех своих дочерей и не менее — сына Илью (Илика), который родился в 1919 году у Е. И. Мунвез.

В своих записках о первых годах советского времени будущий академик АМН СССР лишь вскользь упоминает о Кронштадтских событиях весны 1921 года, и то лишь в связи с невозможностью некоторое время общаться с Екатериной Ильиничной и маленьким сыном, нашедшими пристанище в те грозные дни в Старом Петергофе. «В марте 1921 года, — вспоминал Захар Григорьевич, — Екатерине Ильиничне с Иликом пришлось в течение почти двух недель пережить полный перерыв сообщения с Петрогра-

дом, совершенный отрыв от всех близких людей и все ужасы фронтовой обстановки во время ликвидации Кронштадтского восстания. Снаряды линейных кораблей и кронштадтских батарей в течение нескольких дней проносились над больницей, в которой на это время приютилась Екатерина Ильинична с сыном. Были разбиты все оконные стекла, в кабинетах гулял ветер, было холодно, жутко». И все. Никакой политической окраски, хотя и на этот счет Захар Григорьевич мог вспомнить немало.

На самом деле Френкели были связаны с этими событиями глубже и драматичнее; — настолько, что только одна эта связь могла стать роковой для всей семьи — надо ли говорить, как высоко это характеризует наших героев? И что важнее прочего — в этой связи открывается то, о чем сам Захар Григорьевич никогда не написал бы — его мужество, благородная верность идеалам не вообще, а в смертоносные дни, и беспримерные качества его домочадцев на «Полоске»¹.

Сегодня мы знаем, что Кронштадтский мятеж был политическим лишь в том смысле, что его участники, сплоченные «неразбавленным» географическим единством, «недопропагандированные» матросы, выступили против засилья одной партии, штыком и ложью прибравшей власть к рукам, жестоко выжигающей любое инакомыслие (дореволюционные, «разноцветные» настроения еще были свежи). Восставшие отвергали незаконную, циничную монополию большевиков на власть, их лозунгами были «Советы без большевиков!», что было решительной, благородной, но, увы, запоздалой и бесперспективной попыткой исправить ошибки 1917-го...

Эдуард Багрицкий в очень грустном стихотворении «Смерть пионерки» писал: «Нас бросала молодость на Кронштадтский лёд...», — одних она бросала в защиту многовековой, Богом отмеченной державы, других — в глухом экстазе разрушения и захвата власти любой ценой, ибо малейшая слабость — это конец... Конец-то настал, но кто тогда думал, как скоро он придёт, и каких жертв будет стоить...

Кронштадтские события были объявлены большевиками восстанием во главе с агентами Антанты и генералом Козловским — другом и соседом Захара Григорьевича по «Лесному». При этом генерал Козловский не был лидером решительной части матросов и офицеров, служил, был лишь начальником артиллерии Крон-

¹ Неформальное название участка с домом Френкелей в Лесном.

штадтской базы, подчинялся начальнику штаба. Но на беду оказался подходящей для большевиков фигурой, чтобы, мобилизуя солдат и рабочих Петрограда против кронштадтцев, объявить события «мятежом» обманутых матросов-статистов, которых толкает в бой недобитый царский генерал [5, 6, 11].

3 марта 1921 года в «Правде» появилось сообщение Троцкого, озаглавленное «Мятеж бывш. генерала Козловского и корабля «Петропавловск», в котором, в частности, говорилось: «...2 марта с утра уже открыто появилась на сцену группа бывшего генерала Козловского (начальник артиллерии). Бывший генерал Козловский с тремя офицерами, фамилии коих еще не установлены, открыто выступили в роли мятежников. Под их руководством были арестованы комиссар Балтфлота тов. Кузьмин, председатель Кронштадтского Совета тов. Васильев и ряд других должностных лиц. Таким образом, смысл последних событий объяснился вполне. За спиной эсеров и на этот раз стоял царский генерал».

Уже после падения Кронштадта сам Козловский говорил: «Коммунисты использовали мою фамилию, чтобы представить восстание в Кронштадте в свете белогвардейского заговора только потому, что я был единственный генерал, находившийся в крепости» [4]².

На исходе XIX века поручик Александр Козловский был слушателем Артиллерийской академии; сохранился приказ по академии, в котором говорилось: «Имя поручика Козловского, как достойнейшего по выпуску, внести в Почетную мемориальную доску академии». В 1912 году ему было присвоено звание генерал-майора. Октябрь 1917-го он, безусловно, принял и добровольно пошел на службу в Красную Армию. Лояльное отношение самого Козловского к советской власти было характерно и для всей семьи в целом. Больше того, его стар-

ший сын Николай, слушатель Артиллерийской академии, был членом партии большевиков и депутатом Петросовета. Сыновья Константин и Дмитрий, курсанты училища комсостава флота, участвовали в боях с войсками Юденича. Младшие дети — сын Павел и дочь Елизавета в то время еще учились в школе... [5, 6].

Исторически событие заслуживает того, чтобы кое-что уточнить, независимо от причастности к нему семьи Френкелей. Голландский политолог, марксист Карл Йохан (Кайо) Брендель (1915–2007) в 1971 году писал: «Когда население Кронштадта поднялось против большевиков, оно решительно отвергло не только большевистские притязания на власть, но и поставило под вопрос традиционный большевистский взгляд на партию как таковую. В этом причина того, почему любой спор об организационных проблемах рабочего класса так часто включает в себя дискуссию о Кронштадте и почему любая дискуссия о Кронштадте неизбежно обнажает разногласия о тактике и организационных вопросах пролетарской классовой борьбы. Это значит, что кронштадтское восстание и через полвека не утратило жгучей актуальности. Каким бы колоссальным ни было его историческое значение, его практическое значение для нынешних поколений рабочих, для всех, участвующих в пролетарской борьбе, куда больше... Кронштадтское восстание разрушило социальный миф — миф о том, что в большевистском государстве власть находится в руках рабочих... Кронштадт представлял собой смертельную угрозу для находившихся у власти большевиков. Не военная мощь Кронштадта (тем более ослабленная к моменту восстания замерзанием залива), а демифологизирующее воздействие восстания угрожало большевистскому господству, причем сильнее, чем ему угрожали армии интервентов, Деникина, Колчака, Юденича или Врангеля» [2]. Заметим, это пишет не буржуазный политолог, а вполне марксистский, как его представляют справочники, революционер.

Троцкий, понятно, не пишет, что все четыре года после революции российский народ вел непрерывную борьбу. Каждый год — сотни стачек, десятки захватов предприятий и смещений заводских администраций. Пик пришелся на 1920–1921 годы: в 1921 году, например, — 477 стачек со 184 тысячами участников. Даже в 1922 году, после Кронштадта, — 505 стачек со 154 тысячами участников — в эти годы российская профсоюзная печать еще могла приводить подобные цифры [2].

Большевистская версия восстания, как белогвардейского мятежа, легко опровергается

² «В 1999 г. вышел в свет сборник документов, в котором введены в научный оборот свыше 800 новых источников из ранее закрытых архивов, фондов и коллекций, хранившихся в “особых” и “секретных” архивах ЦК КПСС, КГБ СССР и других ведомств. Документы названного сборника раскрывают официальные (публичные) и тайные цели и позиции партийных, военных и карательных органов Советской России. В сборнике представлены сохранившиеся документы восставших, материалы о репрессиях, письма и протоколы допросов руководителей и рядовых участников этих событий, документы о влиянии кронштадтских событий на отношения с иностранными государствами, об оценке причин Кронштадтского восстания партийными и военными деятелями и эмигрантскими кругами» [9].

предшествующей Кронштадту хроникой событий, которые не мог не наблюдать З.Г. Френкель: с начала февраля в Петрограде усиливаются протестные проявления, из пригородов двигаются колонны демонстрантов, армия получает приказ о прекращении беспорядков, но стрелять в людей солдаты отказываются; 27 февраля объявляется всеобщая стачка. На следующий день в Петроград входят надежные красногвардейские части, руководители стачки арестованы, рабочие загоняются обратно на предприятия. Сопротивление как будто сломлено.

Но в этот же день матросы «Петропавловска» на рейде Кронштадта требуют свободных выборов в Советы и свободы печати и собраний — требуют для рабочих. К ним присоединяется команда «Севастополя». На следующий день 16 тысяч человек на портовой площади Кронштадта объявляют о своей солидарности с бастующими Петрограда. В своей газете восставшие писали: *«За что мы боремся? Рабочий класс надеялся, что Октябрьская революция принесет ему освобождение. Результатом стало еще большее угнетение людей. Славный герб рабочего государства — серп и молот — большевистское правительство заменило штыком и решеткой, чтобы сохранять спокойную и приятную жизнь комиссаров и чиновников»* [4, 5].

Уже упомянутый марксист К. Брендель писал: *«Кронштадтцы надеялись на третью революцию» так же, как тысячи пролетариев в России надеялись на Кронштадт. Но то, что именовали «третьей революцией», было в тогдашней аграрной России, с её сравнительно немногочисленным рабочим классом, с её примитивным хозяйством не более, чем иллюзией»*. Далее автор цитирует Ленина, который, когда еще только создавалась большевистская версия событий в Кронштадте, говорил: *«В Кронштадте не хотят белогвардейцев, не хотят и нашей власти — но другой власти нет»* [2].

Ленин и Троцкий подписали постановление Совета Труда и Оборона, согласно которому генерал Козловский и его соратники объявлялись вне закона, в Петрограде пошли аресты родственников «кронштадтцев», а вовсе непричастные — брались в заложники. В числе первых, естественно, была арестована семья Козловских: жена Наталья Константиновна и четыре сына, — младшему тогда было около шестнадцати. Все они, вместе с близкими и дальними родственниками, были сосланы на Соловки [4].

...В прежние годы семья Александра Николаевича Козловского жила в Лесном неподалеку от «Полоски», дочери Френкелей учились в одном реальном училище с сыновьями Козловских, мо-

лодежь дружила, и арест семьи Козловских, как заложников, у них на глазах, оставил тяжелую отметину в душах обитателей «Полоски» [8, с. 307; 10]. Под давлением превосходящих сил, оставшиеся в живых защитники Кронштадта обратились к Финляндии с просьбой принять гарнизон; разрешение было получено, и около восьми тысяч бойцов, во главе с генералом Козловским, ушли за кордон. Эти люди были спасены, а сам А. Н. Козловский жил в Финляндии вплоть до своей кончины в 1940 году [6].

Семье же его, которой он не в силах был помочь, пришлось тяжело. Вернувшись в Петроград после нескольких лет на Соловках, они были высланы в Череповец. Жена А. Н. Козловского Наталья Константиновна скончалась в 1958 году. Трое из четырех сыновей закончили-таки Политехнический институт, но работать могли только на высылке; старший из них, Николай, как было упомянуто, вступил в партию, однако в 1927 году — застрелился. Постоянные притеснения, напоминания, что он сын врага народа, толкнули его на роковое решение. «Не могу терпеть несправедливости», написал он в предсмертной записке [5, 6].

Дочь Козловских Лиза (домашнее имя Люля) попыталась остаться в Ленинграде (город к этому времени уже сменил имя), однако родная бабушка побоялась её приютить и девушка пришла на «Полоску»... [4, 8, с. 307]. Спустя некоторое время через финского атташе ей удалось наладить связь с отцом, и она решила бежать в Финляндию. Помогать ей в таком предприятии мало кто тогда решился бы. Однако она не зря пришла на «Полоску»: Захар Григорьевич с домочадцами одели Люлю в пальто младшей дочери Валентины, в подкладку зашили остатки фамильных ценностей и Захар Григорьевич, беспрецедентно рискуя, переправил девушку через границу к отцу [1, 3, 8, с. 307; 10]. Надо ли что-то еще говорить о мужестве этого человека и его истинном отношении к режиму? Конечно, в пятидесятых годах в своих воспоминаниях он об этом не писал...

Таким образом, только дочь Лиза встретила с отцом, который был потрясен трагедией Кронштадта. В эмиграции ему пришлось нелегко, перебивался случайными заработками; не без долгих колебаний он даже написал письмо президенту Маннергейму с просьбой о помощи. Ответ получил, но короткий и категоричный: «Для красного генерала у меня нет работы». Такова горькая ирония судьбы: на родине Александра Николаевича считали врагом, объявили вне закона, а в Финляндии он остался «красным генералом».

Несмотря на весьма холодное отношение финнов к кронштадтцам, Александру Николаевичу как-то удалось «зацепиться» за жизнь, в предвоенные годы он был директором школы-интерната для детей эмигрантов, сумел дать Лизе неплохое образование. Елизавета вышла замуж за финского офицера Арво Виитасена. С ним она много лет спустя приезжала в Москву, где в последний раз встретилась с братом Павлом, гидрологом, доцентом Тольяттинского политехнического института.

Только Елизавета дожила (умерла в 1995 году³) до того дня, когда события в Кронштадте получили объективную оценку и Указом президента РФ [7] было отменено постановление СНК, а кронштадтцы были реабилитированы. И, как видим, жизнью своей дочь генерала А. Н. Козловского была обязана мужеству и благородству семьи Френкелей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архивы и дневники З. Г. Френкеля. Рукопись. Архив семьи З. Г. Френкеля. Работа с архивными материалами 2008–2009 гг.
2. Брендель Кайо (Карел Йохан). Кронштадт — пролетарский отпрыск российской революции. Доступен по: http://syndikalist.narod.ru/istor/brendel_cronstadt.htm. (дата обращения 16.01.2017).
3. Козловский, Александр Николаевич. Википедия. Доступен по: https://ru.wikipedia.org/wiki/Козловский,_Александр_Николаевич. (дата обращения 10.01.2017).
4. Кронштадт 1921. Документы о событиях в Кронштадте весной 1921 года. М.: Фонд «Демократия»; 1997. Доступен по: <http://e-libra.ru/read/242433-kronshtadt-1921.html> (дата обращения 16.01.2017).
5. Кузнецов М. Н. За что был расстрелян Кронштадт. СПб.: Международный фонд «300 лет Кронштадту — возрождение святынь»; 2001.
6. Кузнецов М. Н. Мятежный генерал на заклятие. Российская газета 01.08.1997. Доступен по: <http://viperson.ru/uploads/attachment/file/204637/rg781033.txt>. (дата обращения 10.01.2017).
7. Указ Президента Российской Федерации от 10.01.1994 г. № 65. О событиях в г. Кронштадте весной 1921 года. Доступен по: pravo.gov.ru. (дата обращения 10.01.2017).
8. Френкель З. Г. Записки и воспоминания о пройденном жизненном пути. СПб.: Нестор-История, 2009.
9. Христофоров В. С. Кронштадт, 1921 год. Звезда. 2011: № 5. Доступен по: <https://zvezdaspb.ru/index.php?page=8&nput=1622> (дата обращения 10.01.2017).

³ По данным финской печати [3], в Хельсинки, среди многочисленных потомков кронштадтцев, живет ее сын, внук генерала А. Н. Козловского, юрист Кай Виитасен (Kai Wiitassen).

<http://zvezdaspb.ru/index.php?page=8&nput=1622> (дата обращения 10.01.2017).

10. Щербо А. П. Захарий Григорьевич Френкель. Жизнь длиною в век. СПб.: СПбМАПО; 2009.
11. Щетинов Ю. А. За кулисами Кронштадтского восстания 1921 года. Вестник Московского университета. Серия 8. История. 1995; № 2: 3–15; № 3: 22–45.

REFERENCES

1. Arhivy i dnevniki Z. G. Frenkelja. Rukopis'. [Unpublished manuscript]. Arhiv sem'i Z. G. Frenkelja. Rabota s arhivnymi materialami 2008–2009 gg. (in Russian).
2. Brendel' Kajo (Karel Johan). Kronshtadt — proletarskij otprysk rossijskoj revoljucii. [Kronstadt — the offspring of the proletarian Russian revolution]. Available at: http://syndikalist.narod.ru/istor/brendel_cronstadt.htm. (accessed 16.01.2017) (in Russian).
3. Kozlovskij, Aleksandr Nikolaevich. Vikipedija. [Wikipedia]. Available at: https://ru.wikipedia.org/wiki/Kozlovskij,_Aleksandr_Nikolaevich. (accessed 10.01.2017) (in Russian).
4. Kronshtadt 1921. Dokumenty o sobytjah v Kronshtadte vesnoj 1921 goda. [Documents about the events in Kronstadt in the spring of 1921]. M.: Fond «Demokratiya»; 1997. Available at: <http://e-libra.ru/read/242433-kronshtadt-1921.html> (accessed 16.01.2017) (in Russian).
5. Kuznecov M. N. Za chto byl rasstreljan Kronshtadt. [That was shot Kronstadt]. SPb.: Mezhdunarodnyj fond «300 let Kronshtadtu — vozrozhdenie svjatyn'»; 2001 (in Russian).
6. Kuznecov M. N. Mjatezhnyj general na zaklanie. [The rebel General to the slaughter]. Rossijskaja gazeta 01.08.1997. Available at: <http://viperson.ru/uploads/attachment/file/204637/rg781033.txt>. (accessed 10.01.2017) (in Russian).
7. Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federacii ot 10.01.1994 g. № 65. O sobytjah v g. Kronshtadte vesnoj 1921 goda. [About the events in Kronstadt in the spring of 1921]. Available at: pravo.gov.ru. (accessed 10.01.2017) (in Russian).
8. Frenkel' Z. G. Zapiski i vospominanija o projdennom zhiznennom puti. [Notes and memories of a passed life path]. SPb.: Nestor-Istorija; 2009 (in Russian).
9. Hristoforov V. S. Kronshtadt, 1921 god. Zvezda. 2011: № 5. Available at: <https://zvezdaspb.ru/index.php?page=8&nput=1622> (accessed 10.01.2017) (in Russian).
10. Shherbo A. P. Zaharij Grigor'evich Frenkel'. Zhizn' dlinoju v vek.. [Zachary G. Frankel. Life in the age of a century]. SPb.: SPbMAPO; 2009 (in Russian).
11. Shhetinov Ju. A. Za kulisami Kronshtadtskogo vosshtanija 1921 goda. [Behind the scenes of the Kronstadt uprising of 1921]. Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 8. Istorija. 1995; № 2: 3–15; № 3: 22–45 (in Russian).

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БИОЭТИКИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ ПЕДИАТРИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

© Галина Львовна Микиртичан, Александр Зиновьевич Лихтшангоф

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Александр Зиновьевич Лихтшангоф — к. м. н., профессор, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: zinovich@list.ru

Ключевые слова: кафедра биоэтики ЮНЕСКО; Всемирный день биоэтики; отчет о конференции; преподавание биоэтики; права человека; применение стволовых клеток; гендерные взаимоотношения; трансгуманизм; нейроэтика.

THE WORLD BIOETHICS DAY IN SAINT-PETERSBURG STATE PEDIATRIC MEDICAL UNIVERSITY

© Galina L. Mikirtichan, Alexander Z. Likhtshangof

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

Contact Information: Alexander Z. Likhtshangof — MD, PhD, Professor, Department of Humanities and Bioethics.
E-mail: zinovich@list.ru

KEY WORDS: UNESCO Chair in bioethics; The World Bioethics Day; conference report; the teaching of bioethics; human rights; application of stem cells; gender relations; transhumanism; neuroethics.

19 октября 2016 г. по всему миру более 100 отделений Всемирной сети кафедры биоэтики ЮНЕСКО впервые отметили Всемирный день биоэтики, учрежденный на международной конференции в 2015 г. Было решено проводить его ежегодно 19 октября.

ЮНЕСКО — одна из международных организаций, осуществляющих деятельность и имеющих консультативные органы в области биоэтики. Ее программа по этике была инициирована в 1993 г. созданием Междуна-

родного комитета по биоэтике (МКБ) — первого подобного комитета с глобальными сферой действия и членством экспертов. В 2005 г. единогласно была одобрена Всеобщая декларация по биоэтике и правах человека ЮНЕСКО, что свидетельствовало о приверженности международного сообщества уважать некоторый ряд универсальных принципов гуманизма в развитии и применении биомедицинской науки и технологии. Целью программы ЮНЕСКО является определение

наиболее значимых этических проблем для различных регионов мира с тем, чтобы на этой основе определить и осуществить соответствующие стратегии, которые способствовали бы этической рефлексии на региональном и субрегиональном уровнях, а также для усиления национальных возможностей и международного сотрудничества в биоэтике. Для того чтобы эти усилия были успешными, крайне важным является учет правовых, культурных и религиозных традиций стран-участников [3].

Вопросы этики и ответственности науки должны быть интегральной частью образования и подготовки всех научных сотрудников, необходимо стимулировать со стороны ученых уважение и приверженность основным этическим принципам и ответственности науки. Для разрешения этих проблем в 2001 г. была создана кафедра ЮНЕСКО по биоэтике в Международном центре здравоохранения, права и этики Университета Хайфы (руководитель А. Карми) [5]. Она наделена полномочиями координировать и стимулировать создание международной сети институтов для подготовки специалистов в области преподавания медицинской этики, связи с высшими учебными заведениями и разработки современных учебных программ по медицинской этике, которые будут удовлетворять мировым требованиям медицинских вузов. Международная сеть кафедр уже включает более 110 отделений (образовательных единиц) на пяти континентах; создан целый ряд учебных пособий. Число отделений по всему миру постоянно растет.

Отделения биоэтики кафедры биоэтики ЮНЕСКО способствуют совершенствованию преподавания биоэтики, усилению эффективного международного сотрудничества, развитию взаимоотношений между высшими учебными заведениями и другими партнерами, что обеспечит обмен информацией и будет способствовать внедрению биоэтической теории в практику. Отдел образования способствует разработке, планированию и осуществлению Отделениями их образовательных программ, развивающих компетенции студентов принимать решения по этическим проблемам и вопросам соблюдения прав человека в здравоохранении и медико-биологической области.

Основными задачами при этом являются: пропаганда принципов и подходов, сформулированных во Всеобщей декларации ЮНЕСКО по биоэтике и правам человека; продвижение совместных проектов при соблюдении

принципа открытости; повышение качества образования в данной области. В рамках Международной сети кафедры биоэтики ЮНЕСКО создан Международный форум преподавателей.

В Санкт-Петербурге Всемирный день биоэтики был также отмечен 19 октября 2016 г. Мероприятие было организовано и проведено кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМУ. Целью его проведения стало привлечение внимания преподавателей и студентов СПбГПМУ, других медицинских вузов Петербурга к этическим проблемам, возникшим в связи с бурным развитием разных областей науки, в том числе медицины и биотехнологий. Мы старались донести до участников мысль о том, что без этического анализа и осмысления этих проблем, и их последующего законодательного оформления, возможно нанесение огромного вреда достоинству и правам человека, а также человечеству в целом.

Кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМУ (зав. кафедрой — проф. Г. Л. Микиртчян) имеет давний опыт преподавания биомедицинской этики, научного исследования данного круга проблем, а также сотрудничества с ЮНЕСКО и с 2012 г. является отделением Международной сети Кафедры биоэтики ЮНЕСКО и Международного форума преподавателей биоэтики. Членами Отделения и Форума являются преподаватели кафедры Т. В. Каурова, М. В. Муратова, О. А. Джарман, О. А. Лисий, О. К. Очкур.

В работе приняли участие специалисты по биоэтике, представители администрации вуза, все преподаватели кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМУ, многие студенты СПбГПМУ (лекционная аудитория была заполнена до отказа), а также гости из Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова и члены Этического комитета Санкт-Петербургского НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера. Вела заседание проф. Г. Л. Микиртчян.

Всемирный день биоэтики в СПбГПМУ открыла лекция приглашенного гостя — ведущего научного сотрудника СПб НИИЭМ им. Пастера О. И. Кубарь на тему «Биоэтика и права человека». О. И. Кубарь познакомила собравшихся с основополагающими международными документами в области биоэтики и прав человека, подчеркнула их неразрывную связь, заключающуюся в том, что этические проблемы следует рассматривать, обеспечивая должное уважение достоинства челове-



Рис. 1. Участники Всемирного дня биоэтики в СПбГПМУ

ской личности и всеобщее уважение и соблюдение прав человека и основных свобод. Докладчица рассмотрела последние документы и инициативы Международного комитета по биоэтике ЮНЕСКО, подробнее остановившись на глобальных этических проблемах, встающих перед современным обществом в связи с эпидемией ВИЧ-инфекции и СПИДа: несовершенство национальных законодательств, дискриминация и стигматизация лиц с ВИЧ и др.

Итоги работы кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМУ в области биомедицинской этики подвела проф. Г.Л. Микиртичан в своем выступлении «Двадцатилетний опыт преподавания биоэтики в СПбГПМУ и сотрудничество кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики с ЮНЕСКО». Внимание к этическим проблемам — давняя традиция СПбГПМУ, восходящая к организаторам вуза — З.О. Мичник, А.Н. Антонову, М.С. Маслову и др. Многие по-

коления выпускников ЛПМИ (так вуз назывался в 1935–1991 гг.) слышали замечательные слова академика А.Ф. Тура: «Детский врач должен любить детей, быть терпеливым с матерью ребенка и преданным своей специальности». Г.Л. Микиртичан рассказала также об этических взглядах известных педиатров, работавших в ЛПМИ: профессоров И.М. Воронцова, Г.А. Байрова, Н.П. Шабалова.

Преподавание проблем медицинской этики в нашем вузе с конца 60-х гг. проводилось на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения с курсом истории медицины доцентом Р.В. Давыденко-Суворовой, которая одной из первых в нашей стране стала использовать метод социологических опросов для изучения мнения врачей, студентов, населения по различным проблемам медицинской этики в педиатрии. Поскольку специального курса медицинской этики в вузах еще не было, то основное внимание уделя-



Рис. 2. Выступает профессор О. И. Кубарь

лось преподаванию истории классической медицинской этики в курсе истории медицины. Следуя традиции, и сегодня в курсе истории медицины большое внимание уделяется истории классической медицинской этики с древности до середины XX в., причем изложение в каждый исторический период идет по специально разработанному плану, дающему возможность охватить весь комплекс проблем в разные эпохи.

С образованием в 1995 г. кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики именно здесь было сосредоточено преподавание как классической медицинской этики (II курс), так и биоэтики (VI курс). В 1997 г. наш вуз одним из первых в стране начал преподавать курс биомедицинской этики, который интегрирован со всеми дисциплинами, преподаваемыми на кафедре, так как биоэтика — междисциплинарная наука. Лекционный материал охватывает все основные проблемы биоэтики, знакомит студентов с основными принципами и правилами биоэтики, вводит слушателей в круг многочисленных моральных вопросов, которые врачу приходится решать в контексте достижений (возможностей) медицины нашего времени. Для приближения курса к клинике основное внимание на занятиях уделяется практическим аспектам взаимоотношений врача, пациента и его родственников, этическим проблемам использования новых биомедицинских технологий. Особое внимание уде-

ляется профилизации этих проблем в педиатрии.

За эти годы сотрудниками и соискателями кафедры были защищены 4 докторские и 11 кандидатских диссертаций, из них 10 имеют главы, исследующие современные проблемы биомедицинской этики.

Кафедра активно сотрудничает с международными организациями, такими как: Межпарламентская ассамблея государств-участников СНГ (МПА СНГ), Форум комитетов по этике государств-участников СНГ [1, 2], Всемирная организация здравоохранения, Европейская комиссия, Совет Европы, ЮНЕСКО, Европейский форум по качественной клинической практике, Всемирная медицинская ассоциация. Основные усилия сотрудников кафедры были направлены на создание нормативной базы по защите прав человека в биомедицинских исследованиях в рамках законодательной инициативы МПА СНГ (Г. Л. Микиртычан, А. Е. Никитина, О. К. Очкур). В результате данной деятельности под руководством О. И. Кубарь был разработан и 18 ноября 2005 г. утвержден Модельный закон МПА СНГ «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ». Кроме того, 30 октября 2007 г. генеральной ассамблеей МПА СНГ утверждены Модельные рекомендации МПА СНГ «Об этико-правовой защите и безопасности генетических медицинских исследований в государствах-участниках СНГ», а в апреле 2009 г. — Рекомендации «О сотрудничестве государств-участников СНГ по приведению медицинского образования в соответствие с обучающей программой ЮНЕСКО по биоэтике». [4] В двух монографиях была представлена подробная информация о механизмах этической экспертизы биомедицинских исследований и состоянии преподавания биоэтики в странах СНГ.

Очень интересное сообщение об исторических, биоэтических и правовых аспектах применения стволовых клеток было представлено студентами 5 курса СПбГПМУ С. Лукьяновым и М. Асадулаевым (руководитель — проф. А. З. Лихтшангоф). Они убедительно показали, что открытие и изолирование линий эмбриональных стволовых клеток человека и животных стало поворотным событием биологии и медицины XX века, причем ключевой вклад внесли отечественные ученые. Так, впервые использовал термин «стволовая клетка» профессор кафедры гистологии и эмбриологии Военно-медицинской академии А. А. Максимов

(1909). В 1913 г. В. П. Филатов заложил основы учения о тканевой терапии, изучая результаты пересадок роговицы больным с бельмом роговицы. Он обнаружил, что фетальные ткани содержат значительно большее количество биологически активных веществ, чем ткани взрослых особей. В 1960-х гг. А. Я. Фриденштейн возродил интерес современников к работам Максимова, и с его помощью термин «стволовые клетки» прочно вошел в научную терминологию. Им впервые в мире была получена культура стволовых стромальных клеток костного мозга.

В докладе были проанализированы также правовые и биомедицинские проблемы, связанные с применением клеточных технологий, которые и вызывают многочисленные дискуссии в обществе. Рассмотрен имеющий большое значение свежий Федеральный закон от 23 июня 2016 г. № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах», в котором определены такие понятия, как: биомедицинский клеточный продукт, реализация биомедицинского клеточного продукта, аутологичный (аллогенный, комбинированный) биомедицинский клеточный продукт, клеточная линия, донор, донорство.

Студент 3 курса ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова К. Чудотворов (руководитель — доц. Т. Н. Кетова) сделал доклад на актуальную сегодня тему «Пол и гендер: право на самореализацию в современном мире». Он проанализировал различия между биологическим полом как морфофункциональной характеристикой организма и гендером как социокультурным конструктом. Докладчик с интересными примерами и богатым иллюстративным материалом рассмотрел динамику отношения разных обществ к различным аспектам гендерных взаимоотношений (маскулинность — фемининность, гомосексуализм, трансгендерность и т. п.). Он высказал свою, достаточно консервативную точку зрения на этические аспекты современных вспомогательных репродуктивных технологий.

По мнению студентки 4 курса СПбГПМУ Е. Карповой (руководитель — проф. А. З. Лихтшангоф), право на самосовершенствование относится к естественным правам человека. Поэтому темой ее доклада стал трансгуманизм, то есть философская концепция и международное движение, поддерживающие использование достижений науки и технологии с целью устранения нежелательных аспектов человеческого существования — страданий, болезней, старения и даже смерти.

Кратко рассмотрев философские основания трансгуманизма, докладчица перешла к анализу результатов проведенного ею интернет-опроса по самостоятельно разработанной анкете. Задавались такие вопросы, как «Поддерживаете ли Вы активное использование достижений науки и технологии для улучшения умственных и физических возможностей человека, устранения страданий, болезней, старения и смерти?», «Если бы у Вас была возможность внести своему ребенку генетическую предрасположенность к спорту/искусству/наукам, провели бы Вы генную коррекцию?», «Считаете ли Вы, что человеческую природу следует улучшать биотехнологическими методами?» и т. п. Выяснилось, что, хоть и не большинство, но часть людей уже готова принимать и развивать эту концепцию. Более консервативными оказались женщины и верующие.

Наконец, студент 3 курса ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова В. Ушанов (руководитель — доц. Т. Н. Кетова) выступил с докладом «Инженерия мозга в пространстве биоэтики». В докладе были представлены проблемы особого направления — нейроэтики, в том числе последствия открытий нейронауки для понимания самости, субъектности, свободы воли и ответственности, нравственные стороны инжиниринга мозга, а также медиализация современного общества, которая может привести к чрезмерному усилению социального контроля и нарушению принципа «уважения автономии пациента».

Доклады вызвали оживленную дискуссию. Помимо докладов, участники ВДБ имели возможность ознакомиться с представленными в аудитории постерами, которые подготовили студенты. Они были посвящены Дню биоэтики и отражали исторические аспекты становления медицинской этики (биоэтики), важность принципа уважения человеческого достоинства и соблюдения прав человека, в т. ч. прав ребенка.

Нам кажется, что Всемирный день биоэтики в СПбГПМУ прошел удачно и дал прекрасную возможность еще раз подчеркнуть важность формирования биоэтического мышления и пропаганды принципов и правил биоэтики, направленных на защиту прав и достоинства человека в современном мире, в том числе во всех областях современной медицины, как клинической, так и научно-исследовательской деятельности. Очень полезным представляется проведение открытых дискуссий с участием специалистов по биоэтике

(профессорско-преподавательский состав); целевая аудитория — младший преподавательский состав, выпускники вузов, студенты и парамедики (медсестры и сотрудники других вспомогательных служб).

ЛИТЕРАТУРА

1. Кубарь О. И. Состояние преподавания биоэтики в системе медицинского образования в государствах — участниках СНГ. СПб.: Институт Пастера; 2010.
2. Кубарь О. И. Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах-участниках СНГ (социальные и культурные аспекты). СПб.: Феникс; 2007.
3. Тен Хаве Х. Деятельность ЮНЕСКО в области биоэтики. Казанский медицинский журнал. 2008; 89 (4): 377–383.
4. Mikirtichan G. Interview to Russia St. Petersburg's head of unit. Bioethical Voices: Newsletter of the UNESCO Chair in Bioethics. Dec. 2014; 1 (2): 37–38.
5. UNESCO Chair in Bioethics, Haifa. Доступен по: <http://www.unesco-chair-bioethics.org>. (дата обращения 12.09.2016)

REFERENCES

1. Kubar O.I. Sostoyanie prepodavaniya bioetiki v sisteme meditsinskogo obrazovaniya v gos-udarstvah — uchastnikah SNG. [The current state of bioethics education in the system of medical education in the CIS member countries: analytical review]. St. Petersburg: Pasteur Institute; 2010. (in Russian & English).
2. Kubar O.I. Eticheskaya ekspertiza biomeditsinskih issledovaniy v gosudarstvah-uchastnikah SNG (sotsialnyie i kulturnyie aspekty). [Ethical review of biomedical research in the CIS countries (social and cultural aspects)]. St. Petersburg: Phoenix, 2007. (in Russian).
3. Ten Have H. Deyatel'nost UNESCO v oblasti bioetiki. [UNESCO activities in the field of bioethics]. Kazanskiy meditsinskiy zhurnal. 2008; 89 (4): 377–383. (in Russian).
4. Mikirtichan G. Interview to Russia St. Petersburg's head of unit. Bioethical Voices: Newsletter of the UNESCO Chair in Bioethics. Dec. 2014; 1 (2): 37–38.
5. UNESCO Chair in Bioethics, Haifa. Available at: <http://www.unesco-chair-bioethics.org>. (accessed 12.09.2016).

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Утв. приказом и.о. ректора
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России от 23.06.16

НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРОМ

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Управлением Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу 17 мая 2016 года, свидетельство ПИ № ТУ78-01872, именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России, и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора.

Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописи». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. 1997; 126: 36–47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации в другие печатные или электронные средства массовой информации.

Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех направлениях этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы и предоставить ссылки на предыдущую, чтобы дать редакции возможность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не принимаются к печати статьи, представляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением «Правил и норм гуманного обращения с биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в адрес редакции по электронной почте на адрес lt2007@inbox.ru или заполнив форму на сайте: www.gpma.ru. Автор должен отправить конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи. Информацию об оформлении можно уточнить на сайтах: <http://nauka.gpma.ru> и <http://pediatr.gpma.ru>.

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности

опубликования в открытой печати (бланк можно скачать на сайте www.wwo.ru).

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

- 1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;
- 2) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, — Российская Федерация и сеть Интернет;
- 3) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;
- 4) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;
- 5) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настояще-

му Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;

- 6) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;
- 7) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;
- 8) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» и размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Статья должна иметь (НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ):

1. Заглавие (Title) должно быть кратким (не более 120 знаков), точно отражающим содержание статьи.
2. Сведения об авторах (публикуются). Для каждого автора указываются: фамилия, имя и отчество, место работы, почтовый адрес места работы, e-mail. Фамилии авторов рекомендуется транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе BGN (Board of Geographic Names), см. сайт <http://www.translit.ru>.
2. Резюме (Summary) (1500–2000 знаков, или 200–250 слов) помещают перед текстом статьи. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем.

Авторское резюме к статье является основным источником информации в отечественных и зарубежных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. Резюме доступно на сайте журнала «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» и индексируется сетевыми поисковыми системами. Из аннотации должна

быть понятна суть исследования, нужно ли обращаться к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации. Резюме должно излагать только существенные факты работы.

Рекомендуемая структура аннотации: введение (Background), цели и задачи (Purposes and tasks), методы (Materials and methods), результаты (Results), выводы (Conclusion). Предмет, тему, цель работы нужно указывать, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы. Объем текста авторского резюме определяется содержанием публикации (объемом сведений, их научной ценностью и/или практическим значением) и должен быть в пределах 200–250 слов (1500–2000 знаков).

3. Ключевые слова (Key words) от 3 до 10 ключевых слов или словосочетаний, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи, помещаются под резюме с подзаголовком «ключевые слова». Используйте термины из списка медицинских предметных заголовков (Medical Subject Headings), приведенного в Index Medicus (если в этом списке еще отсутствуют подходящие обозначения для недавно введенных терминов, подберите наиболее близкие из имеющихся). Ключевые слова разделяются точкой с запятой.

4. Литература (References). Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с NLM (National Library of Medicine) Author A. A., Author B. B., Author C. C. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49–53. Фамилии и инициалы авторов в пристатейном списке приводятся в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита. В описании указываются ВСЕ авторы публикации. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Книга: Автор(ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания.

Если в качестве автора книги выступает редактор, то после фамилии следует ред.

Преображенский Б. С., Тёмкин Я. С., Лихачёв А. Г. Болезни уха, горла и носа. М.: Медицина; 1968.

Радзинский В. Е., ред. Перинеология: учебное пособие. М.: РУДН; 2008.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. eds. Vocal cord injection with autogenous fat. 3 rd ed. NY: Mosby; 1998.

Глава из книги: Автор (ы) название главы (знак точка) В кн.: или In: далее описание книги [Автор (ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания] (двоеточие) стр. от и до.

Коробков Г. А. Темп речи. В кн.: Современные проблемы физиологии и патологии речи: сб. тр. Т. 23. М.; 1989: 107–11.

Статья из журнала

Автор (ы) название статьи (знак точка) название журнала (знак точка) год издания (знак точка с запятой) том (если есть в круглых скобках номер журнала) затем знак (двоеточие) страницы от и до.

Кирющенко А. П., Совчи М. Г., Иванова П. С. Поликистозные яичники. Акушерство и гинекология. 1994; N 1: 11–4.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. Vocal cord injection with autogenous fat: a long-term magnetic resonance. Laryngoscope. 1996; 106 (2, pt 1): 174–80.

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Бабий А. И., Левашов М. М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). III съезд оториноларингологов Респ. Беларусь: тез. докл. Минск; 1992: 68–70.

Салов И. А., Маринушкин Д. Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода. В кн.: Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М.; 2000; ч. 1: 516–9.

Авторефераты

Петров С. М. Время реакции и слуховая адаптация в норме и при периферических поражениях слуха. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб.; 1993.

Описание Интернет-ресурса

Щеглов И. Насколько велика роль микрофлоры в биологии вида-хозяина? Живые системы: научный электронный журнал. Доступен по: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (дата обращения 02.07.2012).

Kealy M. A., Small R. E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>. (accessed 11.09.2013)

Для всех статей, имеющих DOI, индекс необходимо указывать в конце библиографического описания.

По новым правилам, учитывающим требования международных систем цитирования, библиографические списки (References) входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), как было принято ранее, и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для Scopus и других международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

В романском алфавите для русскоязычных источников требуется следующая структура библиографической ссылки: автор(ы) (транслитерация), перевод названия книги или статьи на английский язык, название источника (транслитерация), выходные данные в цифровом формате, указание на язык статьи в скобках (in Russian).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. Программа очень простая.

1. Входим в программу Translit.ru. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».
2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список References.
3. Переводим с помощью автоматического переводчика название книги, статьи, постановления и т.д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, требует редактирования, поэтому данную часть необходимо готовить человеку, понимающему английский язык.
4. Объединяем описания в соответствии с принятыми правилами и редактируем список.
5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи

Книга: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) [The title of the book in english] (znak tochka)

Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya.

Preobrazhenskiy B. S., Temkin Ya. S., Likhachev A. G. Bolezni ukha, gorla i nosa. [Diseases of the ear, nose and throat]. M.: Meditsina; 1968. (in Russian).

Radzinskiy V. E., ed. Perioneologiya: uchebnoe posobie. [Perineology tutorial]. M.: RUDN; 2008. (in Russian).

Глава из книги: Avtor (y) Nazvanie glavy (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) In: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya]. (dvoetochie) stranisi ot i do.

Korobkov G. A. Temp rechi. [Rate of speech]. In.: Sovremennye problemy fiziologii i patologii rechi: sb. tr. T. 23. M.; 1989: 107–11. (in Russian).

Статья из журнала: Avtor (y) Nazvanie stat'i (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) Nazvanie zhurnala (znak tochka) god izdaniya (znak tochka s zapyatoy) tom (esli est' v kruglykh skobkakh nomer zhurnala) zatem (znak dvoetochie) stranitsy ot i do.

Kiryushchenkov A. P., Sovchi M. G., Ivanova P. S. Polikistoznye yaichniki. [Polycystic ovary]. Akusherstvo i ginekologiya. 1994; N 1: 11–4. (in Russian).

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Babiy A. I., Levashov M. M. Novyy algoritm nakhozheniya kul'minatsii eksperimental'nogo nistagma (minimetriya). [New algorithm of finding of the culmination experimental nystagmus (minimetriya)]. III s'ezd otorinolaringologov Resp. Belarus': tez. dokl. Minsk; 1992: 68–70. (in Russian).

Salov I. A., Marinushkin D. N. Akusherskaya taktika pri vnutriutrobnoy gibeli ploda. [Obstetric tactics in intrauterine fetal death]. In: Materialy IV Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya». M.; 2000; ch.1:516–9. (in Russian).

Авторефераты

Petrov S. M. Vremya reaktsii i slukhovaya adaptatsiya v norme i pri perifericheskikh porazheniyakh slukha. [Time of reaction and acoustical adaptation in norm and at peripheral defeats of hearing]. PhD thesis. SPb.; 1993. (in Russian).

Описание Интернет-ресурса

Shcheglov I. Naskol'ko velika rol' mikroflory v biologii vida-khozyaina? [How great is the microflora role in type-owner biology?]. Zhivye sistemy: nauchnyy elektronnyy zhurnal. Available at: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (accessed 02.07.2012). (in Russian).

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.

Остальные материалы предоставляются либо на русском, либо на английском языке, либо на обоих языках по желанию.

Структура основного текста статьи.

Введение, изложение основного материала, заключение, литература. Для оригинальных исследований — введение, методика, результаты исследования, обсуждение результатов, литература.

В разделе «методика» обязательно указываются сведения о статистической обработке экспериментального или клинического материала. Единицы измерения даются в соответствии с Международной системой единиц — СИ. Фамилии иностранных авторов, цитируемые в тексте рукописи, приводятся в оригинальной транскрипции.

Объем рукописей.

Объем рукописи обзора не должен превышать 25 стр. машинописного текста через два интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 стр. машинописного текста; кратких сообщений (писем в редакцию) — 7 стр.; отчетов о конференциях — 3 стр.; рецензий на книги — 3 стр. Используйте колонтитул — сокращенный заголовок и нумерацию страниц, для помещения вверху или внизу всех страниц статьи.

Иллюстрации и таблицы. Число рисунков рекомендуется не более 5. В подписях под рисунками должны быть сделаны объяснения значений всех кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений. Все графы в таблицах

должны иметь заголовки. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует. Рисунки, схемы, фотографии должны быть представлены в расчете на печать в черно-белом виде или уровнями серого в точечных форматах tif, bmp (300–600 dpi), или в векторных форматах pdf, ai, eps, cdr. При оформлении графических материалов укажите размеры печатного поля Журнала (ширина иллюстрации в одну колонку — 90 мм, в 2 — 180 мм). Масштаб 1:1.

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, то статья с комментариями рецензента возвращается Автору. Датой поступления статьи считается дата получения Редакцией окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи (литературная и технологическая правка).

АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала с опубликованной рукописью. Авторы, проживающие в Санкт-Петербурге, получают авторский экземпляр Журнала непосредственно в Редакции. Иногородним Авторам авторский экземпляр Журнала высылается на адрес автора по запросу от автора.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
e-mail: medorgspb@yandex.ru.
Сайт журнала: <http://gpma.ru>.