

MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2018, VOLUME 3, 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 ВИНТИ

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего 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. 7.

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 196. Подписано в печать 18.04.2018.

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

З.д.н., д.м.н., проф. **В.И. Орел**

Заместитель главного редактора

З.д.н., д.м.н., проф. **В.К. Юрьев**

Д.м.н., проф. **Г.Л. Микиртичан**

Технический редактор

К.и.н., доц. **Л.Н. Лисенкова**

Члены редколлегии

Член-корр. РАН, д.м.н., проф.

В.А. Медик (В. Новгород)

Член-корр. РАН, д.м.н., проф.

Н.В. Полунина (Москва)

Член-корр. РАН, д.м.н.,

проф. **А.П. Щербо**

Д.м.н., проф. **Ю.С. Александрович**

З.д.н., д.м.н., проф. **В.Ю. Альбицкий** (Москва)

Д.м.н., проф. **В.С. Василенко**

З.д.н., д.м.н., проф. **Н.И. Вишняков**

Д.м.н., проф. **И.В. Зимин**

Д.м.н., проф. **М.П. Королев**

З.д.н., д.м.н., проф. **В.С. Лучкевич**

К.м.н., доц. **С.Н. Львов**

К.ф.н., доц. **И.И. Могилева**

Д.м.н., проф. **Р.А. Насыров**

Д.м.н., проф. **П.В. Павлов**

Д.м.н., проф. **Т.П. Павлович** (Беларусь)

К.м.н., доц. **Ю.В. Петренко**

Д.м.н., проф. **А.Г. Сердюков** (Астрахань)

Д.м.н., проф. **В.Н. Филатов**

Д.м.н., проф. **Т.В. Яковлева** (Москва)

Редакционный совет:

Д.м.н., проф. **М.Ю. Абросимова** (Казань)

Д.п.н., проф. **В.А. Аверин**

Д.м.н., проф. **Е.Л. Борщук** (Оренбург)

Д.м.н., проф. **В.В. Бржецкий**

Д.м.н., проф. **А.А. Будко**

Д.м.н., проф. **Е.М. Булатова**

Д.м.н., проф. **Жозеф Гласа** (Словакия)

Д.м.н., проф. **В.И. Гузева**

Д.м.н., проф. **Д.П. Дербенев** (Тверь)

Д.м.н., проф. **Т.С. Дьяченко** (Волгоград)

Д.ист.н., проф. **Н.Т. Ерегина** (Ярославль)

Д.м.н., проф. **В.Е. Жолобов**

Проф. **М. Зильберман** (США)

Д.м.н. **А.В. Ким**

Д.м.н., проф. **Д.И. Кича** (Москва)

Д.м.н., проф. **Л. В. Кочорова**

Д.м.н. **О.И. Кубарь**

Д.м.н., проф. **А.Г. Кучер**

Д.м.н., проф. **Л.И. Лавлинская** (Воронеж)

Д.м.н., проф. **Д.Е. Мохов**

Д.м.н., проф. **В.М. Остапенко** (Смоленск)

Д.м.н., проф. **К.В. Павелец**

Д.м.н., проф. **Гордана Пелчић** (Хорватия)

Д.м.н., проф. **А.Н. Редько** (Краснодар)

Д.м.н., проф. **В.М. Середя**

Д.м.н., проф. **Г.А. Сулова**

Д.м.н., проф. **В.Ю. Тегза**

Д.м.н., проф. **В.Н. Тимченко**

Д.м.н., проф. **С.Б. Чолоян** (Оренбург)

Д.м.н., проф. **Г.Н. Чумакова** (Архангельск)

Д.м.н., проф. **Н.Х. Шарафутдинова** (Уфа)

Д.м.н., проф. **А.М. Шелепов**

Д.м.н., проф. **Ю.Г. Элланский** (Ростов-на-Дону)

Head Editor

V.I. Orel, Prof., MD, PhD

Head Editor-in-Chief

V.K. Yur'ev, Prof., MD, PhD

G.L. Mikirtichan, Prof., MD, PhD

Technical Editor

L.N. Lisenkova, PhD

Members of the Editorial Board

V.A. Medik, Corresponding Member of the

RAS, Prof., MD, PhD (V. Novgorod)

N.V. Polunina, Corresponding Member of the

RAS, Prof., MD, PhD (Moscow)

A.P. Shcherbo, Corresponding Member of the

RAS, Prof., MD, PhD

Yu.S. Aleksandrovich, Prof., MD, PhD

V.Yu. Al'bitskiy, Prof., MD, PhD (Moscow)

V.S. Vasilenko, Prof., MD, PhD

N.I. Vishnyakov, Prof., MD, PhD

I.V. Zimin, Prof., MD, PhD

M.P. Korolev, Prof., MD, PhD

V.S. Luchkevich, Prof., MD, PhD

S.N. L'vov, Associate Prof., MD, PhD

I.I. Mogileva, Associate Prof., PhD

R.A. Nasyrov, Prof., MD, PhD

P.V. Pavlov, Prof., MD, PhD

P.V. Pavlov, Prof., MD, PhD (Belarus)

Yu.V. Petrenko, Prof., MD, PhD

A.G. Serdyukov, Prof., MD, PhD (Astrakhan)

V.N. Filatov, Prof., MD, PhD

T.V. Yakovleva, Prof., MD, PhD (Moscow)

Editorial Council:

M.Yu. Abrosimova, Prof., MD, PhD (Kazan)

V.A. Averin, Prof., PhD

E.L. Borshchuk, Prof., MD, PhD (Orenburg)

V.V. Brzesskiy, Prof., MD, PhD

A.A. Budko, Prof., MD, PhD

E.M. Bulatova, Prof., MD, PhD

Jozef Glasa, Prof., MD, PhD (Slovak Republic)

V.I. Guzeva, Prof., MD, PhD

D.P. Dербенев, Prof., MD, PhD (Tver)

T.S. D'yachenko, Prof., MD, PhD (Volgograd)

N.T. Eregina, Prof., PhD (Yaroslavl)

V.E. Zholobov, Prof., MD, PhD

M. Zilberman, Prof., MD, PhD (USA)

A.V. Kim, MD, PhD

D.I. Kicha, Prof., MD, PhD (Moscow)

L.V. Kochorova, Prof., MD, PhD

O.I. Kubar', MD, PhD

A.G. Kucher, Prof., MD, PhD

L.I. Lavlinskaya, Prof., MD, PhD (Voronezh)

D.E. Mokhov, Prof., MD, PhD

V.M. Ostapenko, Prof., MD, PhD (Smolensk)

K.V. Pavelets, Prof., MD, PhD

Gordana Pelčić, Prof., MD, PhD (Croatia)

A.N. Red'ko, Prof., MD, PhD (Krasnodar)

V.M. Sereda, Prof., MD, PhD

G.A. Suslova, Prof., MD, PhD

V.Yu. Tegza, Prof., MD, PhD

V.N. Timchenko, Prof., MD, PhD

S.B. Choloyan, Prof., MD, PhD (Orenburg)

G.N. Chumakova, Prof., MD, PhD (Arkhangelsk)

N.Kh. Sharafutdinova, Prof., MD, PhD (Ufa)

A.M. Sheleпов, Prof., MD, PhD

Yu.G. Ellanskiy, Prof., MD, PhD (Rostov-na-Donu)

2018, ТОМ 3, № 1

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

CONTENT

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ORIGINAL PAPERS

<i>Василий Иванович Орел, Андрей Вячеславович Ким, Наталья Алексеевна Гурьева, Любовь Леонидовна Шарафутдинова, Ольга Михайловна Носырева</i>	<i>Vasily I. Orel, Andrew V. Kim, Natalia A. Gurieva, Liubov L. Sharafutdinova, Olga M. Nosyreva</i>
Экспертиза временной нетрудоспособности в педиатрической практике..... 4	Examination of temporary disability in pediatric practice..... 4
<i>Василий Иванович Орел, Светлана Николаевна Агаджанова</i>	<i>Vasily I. Orel, Svetlana N. Agadzhanova</i>
Значение дошкольных образовательных учреждений в оздоровлении детей с ограниченными возможностями здоровья..... 10	The value of preschool educational institutions in the rehabilitation of children with disabilities..... 10
<i>Василий Иванович Орел, Александр Михайлович Каканов, Алексей Сергеевич Рукавишников</i>	<i>Vasily I. Orel, Alexander M. Kakanov, Alexey S. Rukavishnikov</i>
Риск-ориентированный подход при проведении проверок медицинских организаций..... 15	Risk — oriented approach to carrying out audits of medical organizations 15
<i>Арсений Арсеньевич Модестов, Игорь Маратович Спивак</i>	<i>Arseny A. Modestov, Igor M. Spivak</i>
Разработка и особенности внедрения сестринской пациентоориентированной модели в педиатрии 20	Design and features of patient centered model of nursing in pediatrics..... 20
<i>Александр Леонидович Рубежов, Татьяна Михайловна Колоскова</i>	<i>Alexander L. Rubezhov, Tatyana M. Koloskova</i>
Профилактика стоматологических заболеваний у школьников. Ресурсы и возможности специализированной поликлиники..... 24	Prevention of dental diseases in schoolchildren. The resources and capabilities of the specialized clinics 24
<i>Елена Егоровна Рассол</i>	<i>Elena E. Rassol</i>
Опыт работы городского центра амбулаторной хирургии кисти 29	Experience of city outpatient surgery center..... 29
<i>Светлана Сергеевна Москвина, Сергей Рудольфович Томс</i>	<i>Svetlana S. Moskvina, Sergei R. Toms</i>
Организация специализированной медицинской помощи детскому населению Ивановской области..... 33	Organization of specialized medical care for the children of Ivanovo region..... 33
<i>Андрей Борисович Смирнов</i>	<i>Andrey B. Smirnov</i>
Лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата	Treatment of degenerative-dystrophic diseases of musculoskeletal apparatus at surgical department

в условиях хирургического отделения СПб ГБУЗ
«городская поликлиника № 37» с точки зрения
доказательной медицины 37

of Saint-Petersburg «city hospital № 37»
in the view of evidence-based
medicine 37

БИОЭТИКА

*Ольга Иосифовна Кубарь,
Галина Львовна Микиртичан,
Асмик Жораевна Асатрян*

Этическая концепция противодействия
антивакцинальному движению 41

BIOETHICS

*Olga I. Kubar,
Galina L. Mikirtichan,
Hasmik Zh. Asatryan*

Ethical conception of the countermeasures towards
anti-vaccination movement 41

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

*Ольга Александровна Джарман,
Галина Львовна Микиртичан*

Судьба детей подкидышей
в античном мире 49

HISTORY OF MEDICINE

*Olga A. Jarman,
Galina L. Mikirtichan*

The fate of abandoned children
in the Greco-Roman world 49

ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов 60

INFORMATION

Rules for authors 60

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

© *Василий Иванович Орел, Андрей Вячеславович Ким, Наталья Алексеевна Гурьева, Любовь Леонидовна Шарафутдинова, Ольга Михайловна Носырева*

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

Контактная информация: Любовь Леонидовна Шарафутдинова - к. м. н., доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО. E-mail: sharafutdinova_liubov@mail.ru

РЕЗЮМЕ: Экспертиза временной нетрудоспособности является одним из важнейших разделов практического здравоохранения. Законодательные основы экспертизы временной нетрудоспособности заложены в Федеральном законе Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон № 323-ФЗ) и Федеральном законе Российской Федерации от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством». В соответствии с частью 1 ст. 59 Закона № 323-ФЗ проводится экспертиза временной нетрудоспособности граждан при необходимости ухода за больным членом семьи. Выдача, оформление и последующая оплата листка нетрудоспособности по уходу имеет свои особенности, связанные с общими принципами выдачи таких листков нетрудоспособности. Экспертиза временной нетрудоспособности при определении необходимости ухода за больными членами семьи (детьми) до 15 (в ряде случаев до 18) лет в Санкт-Петербурге проводится лечащими врачами-педиатрами, которые единолично выдают листки нетрудоспособности сроком до пятнадцати календарных дней включительно. Продление листка нетрудоспособности на больший срок (но не более чем на пятнадцать календарных дней одновременно) для всех возрастных групп, осуществляется по решению врачебной комиссии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экспертиза временной нетрудоспособности; листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком; величина пособия по временной нетрудоспособности.

EXAMINATION OF TEMPORARY DISABILITY IN PEDIATRIC PRACTICE

© *Vasily I. Orel, Andrew V. Kim, Natalia A. Gurieva, Liubov L. Sharafutdinova, Olga M. Nosyreva.*

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

Contact information: Liubov L. Sharafutdinova - PhD, Associate Professor, Department of Social Pediatrics and Public Health Organization of the Faculty of Post-Graduate Education. E-mail: sharafutdinova_liubov@mail.ru

ABSTRACT: Examination of temporary disability is one of the most important sections of practical health care. The legislative basis for the examination of temporary incapacity for work is performed

in the Federal law of the Russian Federation dated 21.11.2011. № 323-FZ “On the basis of health protection of citizens in the Russian Federation” (hereinafter — the Law № 323-FZ) and the Federal law of the Russian Federation of 29.12.2006 № 255-FZ “On compulsory social insurance in case of temporary disability and in connection with motherhood”. According to part 1 of Article 59 of the Law No. 323-FZ examination of temporary disability of citizens in need of care of the sick family member is carried out. The issuance, execution and subsequent payment of a leaflet of incapacity for work for care has its own characteristics related to the General principles of issuance of such leaves of incapacity for work. Examination of temporary disability in determining the need to care for sick family members (children) up to 15 (in some cases up to 18) years in St. Petersburg is carried out by attending pediatricians who individually issue disability sheets for up to fifteen calendar days inclusive. Prolongation of the leaflet of incapacity for work for bigger term (but no more than for fifteen calendar days at a time) for all age groups, is performed according to the decision of the medical Commission.

KEY WORDS: examination of temporary disability; sick leave to care for a sick child; the amount of temporary disability benefits.

Реализация законодательных основ экспертизы временной нетрудоспособности, заложенных в Федеральном законодательстве Российской Федерации, осуществляется принятыми в их исполнение Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» (далее — Порядок), Приказом Минздравсоцразвития России от 23.12.2009 № 1012н (ред. от 04.05.2016) «Об утверждении Порядка и условий назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей», Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (далее — Приказ № 502н), Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 августа 2016 г. № 625н «Об утверждении порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности» (далее — Приказ 625н) [10, 12, 14].

По состоянию на 01.01.2017 в Санкт-Петербурге проживает 905,0 тыс. детей и подростков в возрасте до 18 лет. По сравнению с 2011 годом число детей в возрасте 0–18 лет возросло на 192,8 тыс. человек (25,1%) за счет увеличения численности детского населения от 0–14 лет на 181,0 тыс. человек. Доля детей 0–14 лет в общей численности населения составляет 14,6% [1, 2].

Начиная с 2013 года отмечалось снижение общей заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет (темп снижения составил за 3 года (2013, 2014, 2015) 5,1%. В 2016 году наоборот, показатель заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет составил 2849,2 на 1000 детей, что на 15,9% больше по сравнению с 2015 го-

дом (2457 на 1000 детей). В 2016 году изменилась и структура заболеваемости детей данной возрастной группы за счет увеличения заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями (занимают в структуре 2 место — 373,6 на 1000 детей соответствующего возраста). В структуре заболеваемости данной возрастной группы лидируют заболевания органов дыхания: 1511,6 на 1000 [2, 3].

Необходимость обращения к врачу не только за лечебными рекомендациями, но и для получения листка нетрудоспособности возникает достаточно часто.

При каких условиях можно получить листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи? [10, 12].

Листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом одному из членов семьи (опекуну, попечителю), непосредственно (фактически) осуществляющему уход. В соответствии со статьей 2 Семейного кодекса Российской Федерации (Федеральный закон от 29.12.1995 № 223), членами семьи являются: супруги, родители и дети (усыновители и усыновленные), а в случаях и в пределах, предусмотренных семейным законодательством, и другие родственники. Важно, чтобы лицо, на имя которого выдан листок нетрудоспособности, фактически ухаживало за больным ребенком; Таким образом, оформить листок нетрудоспособности по уходу за ребенком имеет полное право любой родственник. Причем, на практике даже не требуется подтверждать степень родства и иметь совместное место жительства (регистрацию) с заболевшим членом семьи — таких указаний не содержится в порядке выдачи листков нетрудоспособности. В листке нетрудоспособности должно быть указано — со слов

ухаживающего лица — кем он приходится больному ребенку (бабушкой, тетей, сестрой и т. д.) [4, 5, 6, 10].

Ухаживающее лицо должно быть застраховано по обязательному социальному страхованию, то есть работать по трудовому договору или быть «самозанятым гражданином», добровольно вступившим в отношения по обязательному социальному страхованию и уплачивающим страховые взносы [7, 13].

Лицо, претендующее на листок нетрудоспособности по уходу, не должно находиться в очередном оплачиваемом отпуске, отпуске за «свой счет», отпуске по беременности и родам, отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет. Важно помнить, что по окончании указанных отпусков, в случае сохранения необходимости ухода за больным членом семьи, листок нетрудоспособности по уходу за ребенком может быть выдан с даты, следующей за окончанием отпуска [7, 10, 13].

Если в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет, ухаживающее лицо выполняет работу на условиях неполного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности по уходу за ребенком выдается на общих основаниях [10].

Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком может выдаваться разным членам семьи попеременно в пределах установленных общих сроков [10].

Надо помнить, что в случае, если уход за ребенком осуществляется одновременно несколькими лицами, право на получение пособия по уходу за ребенком предоставляется одному из вышеуказанных лиц [7].

Выдача листков нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи имеет некоторые особенности, связанные, во-первых, с возрастной категорией лица, за которым осуществляется уход, во-вторых, с оплачиваемым периодом освобождения от работы ухаживающего лица, и, в-третьих, с особенностями оформления таких листков нетрудоспособности. Например, листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи старше 15 лет выдается только при амбулаторном лечении на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии — до 7 дней по каждому случаю заболевания, а при лечении в стационаре — не выдается вообще [10, 13].

Порядок выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности определен приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июня 2011 года № 624н.

В соответствии с п. 5 Порядка, выдачи и продления листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы. Данный пункт Порядка часто необоснованно относится лечащими врачами — педиатрами к случаям выдачи листков нетрудоспособности при установлении временной нетрудоспособности работающих граждан и не в полной мере исполняется при выдаче листков нетрудоспособности по уходу за больным ребенком до 15 лет. Вместе с тем, лечащим врачам-педиатрам следует при заполнении медицинской документации обосновывать необходимость ухода за больным ребенком, и, соответственно, выдачу листка нетрудоспособности и освобождение от работы лица, которое будет осуществлять уход [10].

В случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет — листок нетрудоспособности по уходу выдается на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях. В этом случае листок нетрудоспособности выдается на период не более чем на 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком. Имеется исключение: если ребенок страдает заболеванием, включенным в перечень заболеваний, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 февраля 2008 № 84н «Об утверждении перечня заболеваний ребенка в возрасте до 7 лет, при возникновении которых выплата пособия по временной нетрудоспособности за период ухода за ребенком осуществляется не более чем на 90 календарных дней в году по всем случаям ухода за этим ребенком в связи с указанными заболеваниями», то оплаченные дни ухода по листку нетрудоспособности увеличатся на 30 календарных дней в календарном году [10, 13].

При необходимости ухода за ребенком в возрасте от 7 до 15 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении — на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока [11, 13].

Когда возникает необходимость выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет — листок нетрудоспособности выдается ухаживающему лицу на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях, но не более чем на 120 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком [13].

Лечащий врач и врачебная комиссия медицинской организации при выдаче и продлении листка нетрудоспособности по уходу за больным ребенком руководствуются действующим законодательством и фактическим состоянием здоровья ребенка и могут выдать листок нетрудоспособности на период, превышающий рекомендованные сроки, так как никакими нормативными документами в обязанности лечащего врача не вменен подсчет дней нетрудоспособности по уходу. Необходимость подсчета дней нетрудоспособности вызвана ограничениями числа оплачиваемых дней, и поэтому подсчетом занимается бухгалтер по месту работы ухаживающего лица [11].

Оплата листков нетрудоспособности и размер пособия регламентируется статьей 6 Федерального закона Российской Федерации от 25.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством». Настоящим Федеральным законом установлено, что пособие по временной нетрудоспособности выплачивается в следующем размере:

- при страховом стаже 8 и более лет, — 100 процентов среднего заработка;
- при страховом стаже от 5 до 8 лет, — 80 процентов среднего заработка;
- при страховом стаже до 5 лет, — 60 процентов среднего заработка.

Если ребенок лечится дома, то есть амбулаторно, то первые 10 дней листка нетрудоспособности будут оплачены в зависимости от страхового стажа ухаживающего лица, а все остальные дни будут оплачены в размере 50% его среднего заработка.

Когда листок нетрудоспособности по уходу выдан при лечении ребенка в стационаре, размер пособия зависит от страхового стажа ухаживающего лица. Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком оплачивается из средств Фонда социального страхования, работодатель в этом случае выступает посредником между ФСС и сотрудником [13].

Своевременная оплата листка нетрудоспособности напрямую зависит от того, правильно ли он оформлен лечащим врачом. Лечащие врачи должны оформлять листки нетрудоспособности в строгом соответствии с требованиями, регламентированными Порядком выдачи листков нетрудоспособности: в строку «Причина нетрудоспособности» вносить двузначный код «09», «12», «13», «14» или «15» — именно этими кодами зашифровано такое основание выдачи больничного листа, как уход за больным членом семьи [10].

На период, когда мать ребенка, находящаяся в отпуске по уходу за ребенком до 1,5 лет, фактически не осуществляет уход в связи со своей болезнью, выдача листка нетрудоспособности другим членам семьи законодательством не предусмотрена [7].

Важно помнить, что с учетом п. 40 и 41 Порядка, необходимо собрать и представить в медицинской карте так называемый «страховой анамнез», или клинико-экспертный анамнез ухаживающего лица: ФИО, возраст, место работы, уточнить наличие работы по совместительству и ее длительность, а также установить причины, по которым выдача листка нетрудоспособности вступит в противоречие с установленным Порядком: наличие ЛН по собственному заболеванию, отпуска без сохранения содержания или очередного отпуска, факта пребывания в дородовом и послеродовом отпуске, отпуске по уходу за ребенком до 3 лет (но только, если мама не работает на дому или на условиях частичной занятости), учет в государственных учреждениях службы занятости населения [10].

В 2017 году начала выдача электронных листков нетрудоспособности, в связи с чем, ухаживающее лицо оформляет согласие на выдачу ему электронного листка нетрудоспособности. В настоящее время выдача электронных листков нетрудоспособности (ЭЛН) регламентирована только на законодательном уровне, изменения в Порядок находятся на этапе подготовки [13, 14].

Листки нетрудоспособности, выданные по уходу за больным членом семьи (ребенком до 15 (18) лет) оплачиваются за счет средств государственного социального страхования [7, 13].

Расходы Фонда социального страхования Российской Федерации (далее — Фонд) на выплату пособий по временной нетрудоспособности является основной статьей расходов. Одной из задач Фонда является осуществление мер по оптимизации доходов и расходов бюд-

жета, что достигается с помощью контроля за расходованием средств на выплату пособий по временной нетрудоспособности, в связи с материнством

ЛИТЕРАТУРА

1. Ким А.В., Серeda В.М., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л. Служба охраны здоровья матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2015 году: Информационно-аналитический сборник / под редакцией проф. Орла В.И. и проф. Рычковой С.В. СПб.: СПбГПМУ; 2016.
2. Ким А.В., Серeda В.М., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л. Служба охраны здоровья матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2016 году: Информационно-аналитический сборник / под редакцией проф. Орла В.И. и проф. Рычковой С.В. СПб.: СПбГПМУ; 2017.
3. Мелехин А.И. Экспертиза временной нетрудоспособности: проблемы и опыт решения. Вестник государственного социального страхования. 2012; N 9: 35–45.
4. Орел В.И., Чолоян С.Б., Серeda В.М., Шеенкова М.В., Гурьева Н.А. Клинико-экономические особенности профилактической работы с детьми до 3 лет. Вестник Росздравнадзора. 2016; N 3: 55–61.
5. Островский К.В., Орел В.И., Ким А.В., Шарафутдинова Л.Л. Экспертиза временной нетрудоспособности. Учебное пособие. СПб.; 2013.
6. Орел В.И., Ким А.В., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л. Экспертиза в медицинской практике. Учебно-методическое пособие. СПб.; 2017.
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.12.2009 № 1012н «Об утверждении Порядка и условий назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96127/. (дата обращения 14.03.2018).
8. Старовойтова И.М., Саркисов К.А., Потехин Н.П. Медицинская экспертиза. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
9. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 26.04.2011 № 347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_115337/. (дата обращения 14.03.2018).
10. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_116333/. (дата обращения 14.03.2018).
11. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131200/. (дата обращения 14.03.2018).

12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 августа 2016 г. № 625н «Об утверждении порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_213092/. (дата обращения 14.03.2018).
13. Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64871/. (дата обращения 14.03.2018).
14. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/. (дата обращения 14.03.2018).

REFERENCES

1. Kim A.V., Sereda V.M., Gureva N.A., Sharafutdinova L.L. Sluzhba ohranyi zdorovya materi i rebenka Sankt-Peterburga v 2015 godu: Informatsionno-analiticheskiy sbornik / pod redaktsiey prof. Orla V.I. i prof. Ryichkovoy S.V. [Health Service for mother and child Saint-Petersburg in 2015: Information-analytical Bulletin / under the editorship of Professor Orla V.I. and Professor Rychkova S.V.]. SPb.: SPbGPMU; 2016. (in Russian).
2. Kim A.V., Sereda V.M., Gureva N.A., Sharafutdinova L.L. Sluzhba ohranyi zdorovya materi i rebenka Sankt-Peterburga v 2016 godu: Informatsionno-analiticheskiy sbornik / pod redaktsiey prof. Orla V.I. i prof. Ryichkovoy S.V. [Health Service for mother and child Saint-Petersburg in 2016: Information-analytical Bulletin / under the editorship of Professor Orla V.I. and Professor Rychkova S.V.]. SPb.: SPbGPMU; 2017. (in Russian).
3. Melehin A.I. Ekspertiza vremennoy netrudospobnosti: problemy i opyt resheniya. [Examination of temporary disability: issues and experience solutions]. Vestnik gosudarstvennogo sotsialnogo strahovaniya. 2012; N 9: 35–45. (in Russian).
4. Orel V.I., Choloyan S.B., Sereda V.M., Sheenkova M.V., Gureva N.A. Kliniko-ekonomicheskie osobennosti profilakticheskoy raboty s detmi do 3-h let. [Clinical and economic peculiarities of preventive work with children up to 3 years]. Vestnik Roszdravnadzora. 2016; N 3: 55–61. (in Russian).
5. Ostrovskiy K.V., Orel V.I., Kim A.V., Sharafutdinova L.L. Ekspertiza vremennoy netrudospobnosti. Uchebnoe posobie. [Examination of temporary disability. Textbook]. SPb.; 2013. (in Russian).
6. Orel V.I., Kim A.V., Gureva N.A., Sharafutdinova L.L. Ekspertiza v meditsinskoj praktike. Uchebno-metodicheskoe posobie. [Examination in medical

- practice. Educational-methodical manual]. SPb.; 2017. (in Russian).
7. Prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossii ot 23.12.2009 №1012n «Ob utverzhenii Poryadka i usloviy naznacheniya i vyplatyi gosudarstvennyih posobiy grazhdanam, imeyuschim detey». [The order of the Ministry of health and social development of Russia of 23.12.2009 № 1012n «On approval of the order and conditions of appointment and payment of state benefits to citizens with children»]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96127/. (accessed 14.03.2018). (in Russian).
 8. Starovoytova I. M., Sarkisov K. A., Potehin N. P. Meditsinskaya ekspertiza. [Medical examination]. M.: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian).
 9. Prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossiyskoy Federatsii ot 26.04.2011 № 347n «Ob utverzhenii formy blanka lista netrudosposobnosti». [Order of the Ministry of health and social development of the Russian Federation of 26.04.2011 № 347n «On approval of the form sheet disability»]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_115337/. (accessed 14.03.2018). (in Russian).
 10. Prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossiyskoy Federatsii ot 29.06.2011 № 624n «Ob utverzhenii poryadka vyidachi listkov netrudosposobnosti». [The order of the health Ministry of the Russian Federation dated 29.06.2011 No. 624n «On approval of the procedure for issuing sick leave»]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_116333/. (accessed 14.03.2018). (in Russian).
 11. Prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossiyskoy Federatsii ot 05.05.2012 № 502n «Ob utverzhenii poryadka sozdaniya i deyatelnosti vrachebnoy komissii meditsinskoy organizatsii». [The order of the Ministry of health and social development of the Russian Federation of 05.05.2012 № 502n «On approval of the order of creation and activity of the medical Commission of the medical organization»]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131200/. (accessed 14.03.2018). (in Russian).
 12. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 23 avgusta 2016 g. № 625n «Ob utverzhenii poryadka provedeniya ekspertizy vremennoy netrudosposobnosti». [The order of the Ministry of health of the Russian Federation of August 23, 2016 № 625n «On approval of the procedure for examination of temporary disability»]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_213092/. (accessed 14.03.2018). (in Russian).
 13. Federalnyy zakon Rossiyskoy Federatsii ot 29.12.2006 № 255-FZ «Ob obyazatelnom sotsialnom strahovanii na sluchay vremennoy netrudosposobnosti i v svyazi s materinstvom». [Federal law of the Russian Federation of 29.12.2006 № 255-FZ «On compulsory social insurance in case of temporary incapacity for work and in connection with maternity»]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64871/. (accessed 14.03.2018). (in Russian).
 14. Federalnyy zakon Rossiyskoy Federatsii ot 21.11.2011 № 323-FZ «Ob osnovah ohranyi zdorovya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii». [Federal law of the Russian Federation of 21.11.2011 № 323-FZ «On the basics of public health in the Russian Federation»]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/. (accessed 14.03.2018). (in Russian).

ЗНАЧЕНИЕ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ОЗДОРОВЛЕНИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

© *Василий Иванович Орел¹, Светлана Николаевна Агаджанова²*

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

² Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 136 компенсирующего вида Выборгского района Санкт-Петербурга. 194354, г. Санкт-Петербург, проспект Северный, 10, корпус 3

Контактная информация: Орел Василий Иванович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО. E-mail: socp_ozz@mail.ru

РЕЗЮМЕ. Сегодня большинство детей дошкольного возраста имеют отклонения в состоянии здоровья, и, следовательно, нуждаются в оздоровительных и коррекционных мероприятиях. По данным профилактических осмотров среди детей дошкольного возраста, более пятой части отнесено к 3 группе здоровья, что говорит о высокой распространенности хронической патологии у данного возрастного контингента. Ребенок с отклонениями в состоянии здоровья и (или) с хронической патологией (ребенок с ограниченными возможностями здоровья) должен иметь такие же возможности социализации и получения полноценного образования, как и его здоровые сверстники. Дошкольные образовательные учреждения, где ребенок проводит все дневное время, и где имеются благоприятные возможности для проведения профилактических мероприятий в привычной для детей обстановке, являются оптимальной базой для организации оздоровительной работы. Для детей с ограниченными возможностями необходимы специальные учреждения дошкольного образования, образовательная программа которых адаптирована для детей с ограниченными возможностями здоровья, и где осуществляется комплекс оздоровительных и коррекционных мероприятий. Следовательно, вопрос совершенствования оздоровительной работы в образовательных учреждениях в настоящее время приобретает особую актуальность. В статье нами представлен опыт организации оздоровительной и реабилитационной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида Выборгского района Санкт-Петербурга.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: оздоровительная работа в дошкольных образовательных учреждениях; профилактика в организованных коллективах, медицинская активность родителей.

THE VALUE OF PRESCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES

© *Vasily I. Orel¹, Svetlana N. Agadzhanova²*

¹ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

² State budgetary preschool educational institution kindergarten No. 136 of the compensating type. Avenue Severny, 10, building 3. Saint-Petersburg, Russia, 194354

Contact information: Vasily I. Orel – MD, PhD, Dr Med Sci, Professor, Head, Department of Social Pediatrics and Public Health Organization of the Faculty of Post-Graduate Education. E-mail: socp_ozz@mail.ru

ABSTRACT: Today, the majority of preschool children have deviations in the state of health, and therefore they need recreational and remedial measures. According to the data of preventive examinations among preschool children, more than a fifth of them are assigned to group 3 of health,

which indicates a high prevalence of chronic pathology in this age group. The child with deviations in health status and (or) with chronic pathology (child with disabilities) should have the same opportunities for socialization and to receive a proper education, as his healthy peers. Pre-school educational institutions, where the child spends all day and where there are favorable opportunities for preventive measures in the usual environment for children are the best basis for the organization of recreational work. Special institutions of preschool education are necessary for children with disabilities, the educational program of which is adapted for children with disabilities and where a complex of recreational and remedial measures is carried out. Consequently, the issue of improving health-improving work in educational institutions is now becoming particularly relevant. The article presents the experience of the organization of recreational and rehabilitation work with children with disabilities in pre-school educational institutions of compensating type of Vyborgsky district of Saint Petersburg.

KEY WORDS: health-improving work in preschool educational institutions; prevention in organized population groups, medical activity of parents.

Разработка оптимальных форм организации оздоровления и реабилитации детей в организованных коллективах является важной задачей социальной педиатрии [4].

Исследования последних лет показывают, что заболеваемость детей различных возрастных групп в Российской Федерации характеризуется постоянным ростом по большинству классов болезней [3, 6, 12].

По результатам профилактических осмотров в дошкольных учреждениях Санкт-Петербурга в 2016 году, 1 группа здоровья составляла 9,7%, самой многочисленной являлась 2 группа здоровья (67,2%), далее следуют 3 группа здоровья (21,5%), 5 и 4 группы здоровья (1,1%) и (0,5%), соответственно [11]. Показатель хронической заболеваемости в 2016 г. составил 198,0 на 1000 детей. В ранговой структуре причин хронической заболеваемости ведущими являются: болезни глаза и его придаточного аппарата — 26,9%, болезни органов дыхания — 23,3%, болезни органов пищеварения — 22,9%, болезни нервной системы — 22,0% [7]. Сохраняется высокий уровень заболеваемости детского населения острыми респираторными вирусными инфекциями [10].

В 1992–1995 годах по заказу Управления по образованию Администрации Выборгского района учеными Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии была разработана целевая комплексная программа «Дифференцированная диспансеризация, психокоррекция, реабилитация и оздоровление часто болеющих детей в дошкольных учреждениях» [5]. Научным руководителем программы был профессор, доктор медицинских наук Н. Г. Веселов — заведующий кафедрой социальной педиатрии факультета усовершенствования вра-

чей Санкт-Петербургской Государственной Педиатрической Медицинской Академии.

В ходе разработки программы было выполнено комплексное медико-социальное исследование на базе четырех дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) Выборгского района. Было проведено анкетирование педагогов ДОУ и родителей детей, их посещающих; углубленный осмотр детей бригадой врачей-специалистов с комплексной оценкой состояния их здоровья; комплексное гигиеническое обследование базовых учреждений с применением современных санитарно-гигиенических методов. Результаты комплексного медико-социального исследования и анализ публикаций по вопросам оздоровления и реабилитации детей были положены в основу целевой комплексной программы, представленной Администрации Выборгского района в 1995 году.

В ходе реализации программы в Выборгском районе были открыты оздоровительные группы в 20 детских дошкольных образовательных учреждениях. В последующие годы в оздоровительных учреждениях района получили оздоровление более 25 тысяч детей. С 1996 года по настоящее время в Выборгском районе работает территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия (ТПМПК) по комплектованию групп оздоровительной и компенсирующей направленности. ТПМПК определяет необходимость и срок пребывания ребенка в определенной группе на основании медицинских показаний.

Опыт работы оздоровительных учреждений района был обобщен в ряде публикаций, в том числе: «Комплексная реабилитация детей, страдающих адено tonsиллярной патологией», Э. А. Цветков, С. Н. Агаджанова, 2001 г. [2].

Программа утверждена учебно-методическим советом Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии: «Оздоровление детей в дошкольных образовательных учреждениях: медико-организационные аспекты», В. И. Орел, С. Н. Агаджанова, 2004 г. [9]. Методические рекомендации утверждены учебно-методическим советом Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии: «Оздоровительная работа в дошкольных образовательных учреждениях» (Учебное пособие) — под редакцией В. И. Орла и С. Н. Агаджановой, 2006 г. [8]. В данных публикациях были рассмотрены принципы формирования комплексной оздоровительной программы, медицинская документация ДООУ по оздоровлению и профилактике, вопросы участия педагогов в оздоровительной работе и методы повышения медицинской активности родителей.

Согласно типовому положению о дошкольном образовательном учреждении, одной из основных задач ДООУ является осуществление необходимой коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии детей [13]. Осуществить эти мероприятия в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья на должном уровне в условиях массового дошкольного учреждения не представляется возможным.

Дети с ограниченными возможностями здоровья (дети с множественными морфофункциональными отклонениями и (или) хронической патологией) нуждаются в постоянном медицинском наблюдении, комплексных профилактических и восстановительных мероприятиях. Им также необходимо грамотное, с учетом патологии, психолого-педагогическое сопровождение. Возможность провести коррекционные и профилактические мероприятия в достаточном объеме предоставляют учреждения компенсирующего вида.

Дошкольные учреждения компенсирующего вида дают возможность привлечения к работе квалифицированных специалистов: медицинских работников, педагогов-психологов, учителей-дефектологов, учителей-логопедов, инструкторов физического воспитания и др. Это позволяет осуществлять индивидуальный подход к ребенку с учетом имеющейся у него патологии, разрабатывать индивидуальные планы оздоровления, индивидуальные воспитательно-образовательные маршруты, индивидуальные подходы к физической нагрузке с учетом особенностей психического и физического развития.

В настоящее время в Выборгском районе функционирует 4 дошкольных образователь-

ных учреждения компенсирующего вида для детей с ограниченными возможностями здоровья. Их посещают 1133 ребенка. Все группы данных учреждений являются группами компенсирующего направления. Приему в детский сад подлежат дети с отклонениями в состоянии здоровья.

СХЕМА ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ВИДА

1. Профилактические мероприятия:

- скорректированный режим дня;
- мероприятия, направленные на снятие адаптационного синдрома;
- дыхательная гимнастика;
- бодрящая гимнастика;
- лечебная физкультура;
- массаж общий оздоровительный;
- фитотерапия;
- кислородные коктейли;
- витаминотерапия;
- специфическая и неспецифическая профилактика ОРВИ и гриппа;
- рациональная одежда в помещении и на улице при различной температуре.

2. Закаливание естественными физическими факторами:

- физкультурные занятия и игры на свежем воздухе;
- режим сквозного и одностороннего проветривания в течение дня;
- умывание рук до локтя водой в течение года с постепенным понижением температуры;
- полоскание полости рта и глотки кипяченой водой комнатной температуры, после приема пищи;
- местные и общие воздушные ванны;
- световоздушные и солнечные ванны в весенне-летний период.

3. Коррекционные мероприятия:

- лечебная физкультура;
- массаж по видам патологии;
- профилактика обострений хронической патологии;
- коррекция адаптационных нарушений;
- физиотерапевтические процедуры;
- коррекция речевых нарушений.

4. Работа с родителями:

- беседа с родителями и анкетирование при поступлении ребенка в ДООУ;
- родительские собрания с участием медицинского персонала;
- консультации врача, психолога, инструктора ЛФК;

- информация для родителей по оздоровлению и профилактике на сайте ДОО;
- письменные рекомендации для оздоровления в домашних условиях.

Профилактические мероприятия проводятся в течение года по плану и охватывают всех детей дошкольного учреждения. Учитываются индивидуальные противопоказания для использования отдельных средств оздоровления. Перед началом оздоровительных и профилактических мероприятий родители дают письменное согласие на их проведение. При оформлении согласия, они могут отказаться от какого-либо оздоровительного мероприятия. Все оздоровительные и профилактические мероприятия выполняются по расписанию, возрастной режим при этом соблюдается.

Для детей, вновь поступивших в ДОО, проводится комплекс мероприятий направленный на снятие адаптационного синдрома. Для детей, страдающих пищевой аллергией проводится коррекция питания (замена продуктов-аллергенов в рамках существующего ассортимента продуктов).

Утренняя гимнастика и дыхательные упражнения ежедневно проводятся в групповых помещениях воспитателями (с периодическим контролем медицинских работников). Для проведения физического воспитания, врач составляет список индивидуальных медицинских противопоказаний и ограничений, в соответствии с состоянием здоровья детей. В течение года проводится врачебно-педагогический контроль физического воспитания.

Физиотерапия проводится медицинскими сестрами, имеющими специальную подготовку и сертификат по физиотерапии. По назначению врача детского сада и врачей детской поликлиники выполняются физиотерапевтические процедуры. Массаж проводится медицинскими сестрами, имеющими специальную подготовку и сертификат по детскому массажу. В течение учебного года всем детям проводится курс общеукрепляющего массажа. По индивидуальным показаниям выполняются дополнительные курсы массажа.

Витамиотерапия организуется в период подъема острой заболеваемости и в весенний период. Противозидемические мероприятия организуются в период подъема острой заболеваемости.

Обязательный раздел оздоровительной программы — повышение медицинской активности родителей [1]. Положительной динамики здоровья можно достичь только совместными действиями педагогов, медицинских работников и родителей. Необходимо последователь-

ное формирование навыков здорового образа жизни у детей и взрослых. Задача медицинских работников и педагогов расширить знания детей и родителей в вопросах медицины и профилактики, вовлечь их в проведение оздоровительных мероприятий, повысить интерес к собственному здоровью.

В настоящее время в Выборгском районе Санкт-Петербурга сформирована уникальная система оздоровительной и коррекционной работы с детьми на базе дошкольных образовательных учреждений. Создание ее потребовало больших материальных вложений на приобретение оборудования, оформление медицинских лицензий, обучение специалистов. Накоплен большой опыт работы. В группах компенсирующей направленности осуществляется квалифицированная коррекция недостатков в физическом и психическом развитии детей с ограниченными возможностями здоровья. Разработаны образовательные программы дошкольного образования, адаптированные для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Охрана и укрепление здоровья детей является важнейшей задачей дошкольных образовательных учреждений с момента создания системы дошкольного образования, а оздоровительная работа всегда являлась одним из приоритетных направлений деятельности детских садов. На современном этапе развития системы дошкольного образования это направление становится все более значимым, расширяется спектр профилактических и закалывающих мероприятий, внедряются инновационные программы физического воспитания дошкольников.

Модернизация здравоохранения направлена на создание наиболее благоприятных условий для сохранения и укрепления здоровья детского населения [3]. Приоритетным направлением оказания медицинской помощи населению является профилактическая работа с детьми всех возрастных групп. Сохранение и совершенствование системы оздоровительной работы, сложившейся в дошкольных образовательных учреждениях — важный ресурс укрепления здоровья детского населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанова С.Н., Смирнова В.И. Оздоровление детей в дошкольных образовательных учреждениях. Педиатр. 2012; 3 (1): 8–11.
2. Агаджанова С.Н., Цветков Э.А. Комплексная реабилитация детей, страдающих аденонозиллярной патологией. СПб.: Издание ГПМА; 2001.

3. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Иванова А.А., и др. Тенденции заболеваемости и состояние здоровья детского населения Российской Федерации. Российский педиатрический журнал. 2012; N 6: 4–9.
4. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия (Курс лекций). СПб.: Ривьера; 1996.
5. Дифференцированная диспансеризация, психокоррекция, реабилитация и оздоровление часто болеющих детей в дошкольных учреждениях. Под ред. Н.Г. Веселова. СПб.: Ривьера; 1995.
6. Иванов Д.О., Александрович Ю.С., Орел В.И., Прометной Д.В. Младенческая смертность в Российской Федерации и факторы, влияющие на ее динамику. Педиатр. 2017; 8 (3): 5–14.
7. Иванов Д.О., Орел В.И. Современные особенности здоровья детей мегаполиса. Медицина и организация здравоохранения. 2016; 1 (1): 6–11.
8. Оздоровительная работа в дошкольных образовательных учреждениях. (Учебное пособие). Под редакцией В.И. Орла и С.Н. Агаджановой. СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС; 2006.
9. Орел В.И., Агаджанова С.Н. Оздоровление детей в дошкольных образовательных учреждениях: медико-организационные аспекты. Методические рекомендации. СПб.: Издание ГПМА; 2004.
10. Орел В.И., Серeda В.М., Ким А.В. и др. Здоровье детей Санкт-Петербурга. Педиатр. 2017; 8 (1): 112–119.
11. Служба охраны здоровья матери и ребенка Санкт-Петербурга. Информационно-аналитический сборник под редакцией профессора В.И. Орла. Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга. СПб.: СПбГПМУ; 2017.
12. Сухинин М.В. Заболеваемость детского населения мегаполиса в условиях модернизации здравоохранения. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2014; N 1: 46–50.
13. Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 27 октября 2011 г. № 2562). Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_125014/. (дата обращения 4.03.2018).
4. Veselov N.G. Socialnaya pediatriya (Kurs lekciy). [Social Pediatrics (Course of lectures)]. SPb.: Rivera; 1996. (in Russian).
5. Differencirovannaya dispanserizaciya, psikhokorrekcija, rehabilitaciya i ozdorovlenie chasto boleyuschih detey v doskolnyh uchrezhdeniyah Pod red. N.G. Veselova. [Differentiated medical examination, psychological correction, rehabilitation and health improvement of frequently ill children in preschool]. SPb: Rivera; 1995. (in Russian).
6. Ivanov D.O., Aleksandrovich Yu.S., Orel V.I., Prometnoy D.V. Mladencheskaya smertnost' v Rossiyskoy Federatsii i faktory vliyayushchie na ee dinamiku. [Infant mortality in the Russian Federation and factors influencing its dynamics]. Pediatr. 2017; 8 (3): 5–14. (in Russian).
7. Ivanov D.O., Orel V.I. Sovremennye osobennosti zdorovya detey megapolisa. [The modern features of health of children of the metropolis]. Medicina i organizaciya zdavoohraneniya. 2016; 1 (1): 6–11. (in Russian).
8. Ozdorovitel'naya rabota v doskolnyh obrazovatelnyh uchrezhdeniyah. (Uchebnoe posobie). Pod redakciey V.I. Orla i S.N. Agadzhanovoy. [Rehabilitation of children in pre-school educational institutions: medical and organizational aspects]. SPb.: DETSTVO-PRESS; 2006. (in Russian).
9. Orel V.I., Agadzhanova S.N. Ozdorovlenie detey v doskol'nykh obrazovatel'nykh uchrezhdeniyakh: mediko-organizatsionnye aspekty. Metodicheskie rekomendatsii. [Rehabilitation of children in pre-school educational institutions: medical and organizational aspects]. SPb.: Izdanie GPMA; 2004. (in Russian).
10. Orel V.I., Sereda V.M., Kim A.V. i dr. Zdorove detey Sankt-Peterburga. [Children's health of St. Petersburg]. Pediatr. 2017; 8 (1):112–119. (in Russian).
11. Sluzhba ohrany zdorovya materi i rebenka Sankt-Peterburga. Informacionno-analiticheskiy sbornik pod redakciey professora V.I. Orla. Komitet po zdavoohraneniyu Sankt-Peterburga. [The health of the mother and child Saint-Petersburg]. SPb.: SPbGPMU; 2017. (in Russian).
12. Suhinin M.V. Zabolevaemost detskogo nasleeniya megapolisa v usloviyah modernizacii zdavoohraneniya. [Incidence of children in the megalopolis in the context of modernization of health care]. Pediatriya. Zhurnal im. G.N. Speranskogo. 2014; N 1: 46–50. (in Russian).
13. Tipovoe polozhenie o doskol'nom obrazovatel'nom uchrezhdenii (utv. prikazom Ministerstva obrazovaniya i nauki RF ot 27 oktyabrya 2011 g. № 2562). [Model provision on pre-school education]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_125014/. (accessed 4.03.2018) . (in Russian).

REFERENCES

1. Agadzhanova S.N., Smirnova V.I. ozdorovlenie detey v doskol'nykh obrazovatel'nykh uchrezhdeniyakh. [Rehabilitation of children in pre-school educational institutions]. Pediatr. 2012; 3 (1): 8–11. (in Russian).
2. Agadzhanova S.N., Cvetkov E.A. Kompleksnaya rehabilitaciya detey, stradayuschih adenotonzillyarnoy patologiei. [Comprehensive rehabilitation of children suffering from adenotonsillar pathology]. SPb: Izdanie GPMA; 2001. (in Russian).
3. Baranov A.A., Al'bitskiy V. Yu., Ivanova A.A., i dr. Tendentsii zabolevaemosti i sostoyanie zdorov'ya detskogo naseleniya Rossiyskoy Federatsii. [Trends of morbidity and health status of children in the Russian Federation]. Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. 2012; N 6: 4–9. (in Russian).

РИСК-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОВЕРОК МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

© *Василий Иванович Орел, Александр Михайлович Каканов,
Алексей Сергеевич Рукавишников*

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

Контактная информация: Александр Михайлович Каканов — ассистент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО, заместитель главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 96». E-mail.: kan1707alex@mail.ru

РЕЗЮМЕ. Медицинская деятельность подлежит контролю со стороны органов государственной власти в соответствии с действующим законодательством. В рамках оказания медицинской помощи контролю подлежат, в том числе: качество и безопасность медицинской деятельности, обращение лекарственных средств и медицинских изделий. При планировании контрольно-надзорных мероприятий в настоящее время применяется риск-ориентированный подход, определяющий кратность проведения мероприятий по контролю соблюдения обязательных требований и имеющий преимущества экономического и организационного характера по сравнению с применявшимися ранее методами. Знакомство с данной темой будет полезно организаторам здравоохранения, менеджерам в сфере здравоохранения, практикующим врачам и медицинским сестрам.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: организация здравоохранения; надзорная деятельность; риск-ориентированный подход; государственный контроль юридических лиц.

RISK-ORIENTED APPROACH TO CARRYING OUT AUDITS OF MEDICAL ORGANIZATIONS

© *Vasily I. Orel, Alexander M. Kakanov, Alexey S. Rukavishnikov*

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

Contact Information: Alexander M. Kakanov — assistant of the Department of Social Pediatrics and Health Organization of the Faculty of Post-Graduate Education of SPbSPPMU of the Ministry of Health of the Russian Federation, deputy chief doctor of Saint Petersburg Medical Clinical Hospital “City Polyclinic N 96”. E-mail.: kan1707alex@mail.ru

ABSTRACT: Medical care is a subject to be controlled by public authorities in accordance with the present law. The subjects of control in the framework of medical activity are quality and safety of medical activities, circulation of medicines and medical products. Risk-oriented approach is at present applied in planning control and supervisory activities. It determines the frequency of activities to monitor compliance with mandatory requirements and has the advantages of economic and organizational nature in comparison with the methods used previously. The topic information will be useful for health organizers, health managers, practitioners and nurses.

KEY WORDS: organization of health care; supervisory practice; risk-oriented approach; state control of legal entities.

Риск-ориентированный подход — это метод организации и осуществления государственного контроля (надзора), при котором в предусмотренных законом случаях выбор интенсивности (формы, продолжительности, периодичности) проведения мероприятий по контролю, мероприятий по профилактике нарушения обязательных требований определяется отнесением деятельности юридического лица, индивидуального предпринимателя и (или) используемых ими при осуществлении такой деятельности производственных объектов к определенной категории риска либо определенному классу (категории) опасности [1].

До введения риск-ориентированного подхода надзорная деятельность осуществлялась без критериев отнесения деятельности юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и (или) используемых ими производственных объектов к определенной категории риска либо определенному классу (категории) опасности, учитывались только вид деятельности и периодичность проверок, контрольным мероприятиям подлежали все юридические лица и индивидуальные предприниматели.

Все объекты надзора подлежат отнесению к определенной категории риска и классу (категории) опасности в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.08.2016 № 806 «О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» [2].

Для чрезвычайно высокого риска, высокого риска и значительного риска плановые проверки проводятся один раз в период, предусмотренный положением для вида государственного контроля. Плановая проверка объектов, отнесенных к среднему риску, проводится не чаще одного раза в 5 лет, а для объектов умеренного риска не чаще одного раза в 6 лет. Плановые проверки объектов с низким риском не проводятся.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности является особым видом надзора, направленным на обеспечение конституционных прав граждан, на бесплатное оказание им качественной медицинской помощи в соответствии с Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи. Осуществление надзорных мероприятий осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» [3].

Проведение плановых проверок объектов, осуществляющих медицинскую деятельность, выполняется в зависимости от присвоенной категории риска (табл. 1).

Таблица 1

Периодичность проведения плановых проверок медицинских организаций

Категория риска	Периодичность плановой проверки
Чрезвычайно высокий риск	Один раз в календарном году
Высокий риск	Один раз в 2 года
Значительный риск	Один раз в 3 года
Средний риск	Не чаще одного раз в 5 лет
Умеренный риск	Не чаще одного раз в 6 лет
Низкий риск	Не проводятся

Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» утверждены Критерии, позволяющие отнести деятельность медицинской организации к определенной категории риска (классу опасности), который выражается в показателе риска «К». Показатель риска «К» определяется путем суммирования значения показателей риска, присвоенных выполняемым объектом государственного контроля работам (услугам), составляющим медицинскую деятельность, с учетом видов медицинской помощи и условий ее оказания.

Чрезвычайно высокий риск — если «К» составляет свыше 453900, высокий риск — если «К» составляет от 280901 до 453900, значительный риск — если «К» составляет от 172301 до 280900, средний риск — если «К» составляет от 89101 до 172300, умеренный риск — если «К» составляет от 21300 до 89100, низкий риск — если «К» составляет менее 21300.

Кроме того, тем же Положением с учетом видов и условий оказания медицинской помощи утверждены показатели риска, присвоенные работам (услугам), составляющим медицинскую деятельность.

Условиями повышения или понижения категории риска служат наличие или отсутствие вступивших в законную силу в течение последних 2 лет постановлений о привлечении к ад-

министративной ответственности за совершение административного правонарушения, предусмотренного частью 21 статьи 19.5 КоАП РФ [6].

Самые большие показатели риска предусмотрены при оказании специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, а самые низкие при оказании первичной медико-санитарной помощи, санаторно-курортном лечении, проведении медицинских экспертиз и освидетельствования.

Присвоение категории риска при осуществлении надзора в области качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется на основании решения руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (далее — Росздравнадзор) или его заместителя [2].

Согласно информации, представленной территориальным органом Росздравнадзора по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, к чрезвычайно высокому риску отнесены следующие учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга: СПб ГБУЗ «Городская больница № 2», СПб ГБУЗ «Мариинская больница», СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 19», СПб ГБУЗ «НИИ скорой помощи им И. И. Джанелидзе», СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»; к высокому риску: СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница», СПб ГБУЗ «Городская больница Св. Георгия», СПб ГБУЗ «Городская больница Св. Елизаветы», СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница», СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» и другие учреждения. К значительному риску отнесены крупные поликлинические учреждения и стационары — городская больница № 15, № 33, № 38.

Таким образом, риск-ориентированный подход для контроля качества и безопасности медицинской деятельности определяется с учетом видов и условий оказания медицинской помощи, чем больше видов медицинской помощи осуществляет медицинская организация, тем больше будет показатель «К».

Риск-ориентированный подход контроля за обращением медицинских изделий осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 25.09.2012 г. № 970 «Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий» [4]. Проведение плановых проверок в отношении объектов контроля осуществляется в зависимости от присвоенной категории риска (табл. 2).

Таблица 2

Периодичность проведения плановых проверок объектов контроля

Категория риска	Периодичность плановой проверки
Значительный риск	Один раз в 3 года
Средний риск	Не чаще одного раз в 5 лет
Умеренный риск	Не чаще одного раз в 6 лет
Низкий риск	Не проводятся

Если нет решения об отнесении объекта к категории риска — объект считается отнесенным к низкому риску. При осуществлении государственного контроля отнесение деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в сфере обращения медицинских изделий, к определенной категории риска осуществляется в соответствии с критериями тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований и с учетом критериев возможного несоблюдения обязательных требований [4].

Отнесение объекта государственного контроля к категории риска осуществляется с учетом значения показателя риска «К»: значительный риск — «К» составляет свыше 70 баллов, средний риск — «К» составляет от 53 до 70 баллов, умеренный риск — «К» составляет от 36 до 52 баллов, низкий риск — К составляет менее 36 баллов, а также, если юридические лица осуществляют только ввоз на территорию России и (или) вывоз с территории России, и (или) хранение, и (или) транспортировку медицинских изделий.

Риск-ориентированный подход к контролю за обращением лекарственных средств для медицинского применения осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 15.10.2012 г. № 1043 «Об утверждении Положения о федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств» [5]. Проведение плановых проверок в отношении объектов контроля осуществляется в зависимости от присвоенной категории риска (табл. 3)

Критериями тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований применяются путем отдельного отнесения объекта государственного надзора к категории риска по каждой деятельности (оптовая торговля лекарственными средствами для медицинского применения,

Таблица 3

Периодичность проведения плановых проверок объектов контроля

Категория риска	Периодичность плановой проверки
Значительный риск	Один раз в 3 года
Средний риск	Не чаще одного раза в 5 лет
Умеренный риск	Не чаще одного раза в 6 лет
Низкий риск	Не проводятся

доклинические исследования лекарственных средств для медицинского применения, клинические исследования лекарственных препаратов для медицинского применения, розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения и уничтожение лекарственных средств для медицинского применения, производство лекарственных средств для медицинского применения).

Отнесение объекта государственного контроля к категории риска осуществляется с учетом значения показателя риска «К», «Л», «М» и в зависимости от вида деятельности.

Для оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения «К» равен: значительный риск — «К» выше 39 баллов, средний риск — «К» от 27 до 39 баллов, умеренный риск — «К» от 16 до 26 баллов, низкий риск — «К» менее 16 баллов.

Для доклинических исследований лекарственных средств для медицинского применения, клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения, розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и уничтожения лекарственных средств для медицинского применения «Л» равен: значительный риск — «Л» выше 28 баллов, средний риск — «Л» от 21 до 28 баллов, умеренный риск — «Л» от 15 до 20 баллов, низкий риск — «Л» менее 15 баллов.

Для производства лекарственных средств для медицинского применения «М» равен: значительный риск — «М» выше 8 баллов, средний риск — «М» от 6 до 8 баллов, умеренный риск — «М» 4 или 5 баллов, низкий риск — «М» менее 4 баллов.

Показатели риска утверждены в Приложениях № 1, № 2, № 3 к критериям отнесения объектов государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств для меди-

цинского применения к определенной категории риска [5].

Условиями повышения или понижения категории риска служат наличие или отсутствие вступивших в законную силу в течение 2 лет, предшествующих дате принятия решения об отнесении объекта государственного надзора к категории риска, 2 или более постановлений о привлечении к административной ответственности с назначением административного наказания в виде административного штрафа или административного приостановления деятельности.

Изменение правил контрольно-надзорной деятельности приведет к снижению кратности проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, оптимизирует трудовые и экономические затраты надзорных органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_83079/. (дата обращения 10.03.2018).
2. Постановление Правительства РФ от 17.08.2016 № 806 «О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_203819/. (дата обращения 10.03.2018).
3. Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_137663/. (дата обращения 10.03.2018).
4. Постановление Правительства РФ от 25.09.2012 № 970 «Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_135734/. (дата обращения 10.03.2018).
5. Постановление Правительства РФ от 15.10.2012 № 1043 «Об утверждении Положения о федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136652/. (дата обращения 10.03.2018).
6. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 N 195-ФЗ. Доступен

по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_292733/. (дата обращения 10.03.2018).

REFERENCES

1. Federal'nyj zakon ot 26.12.2008 № 294-FZ «O zashhite prav juridicheskikh lic i individual'nyh predprinimatelej pri osushhestvlenii gosudarstvennogo kontrolja (nadzora) i municipal'nogo kontrolja». [Law No 294 — FZ «On the protection of the rights of legal entities and individual entrepreneurs in the exercise of state control (supervision) and municipal control», dated December 26, 2008]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_83079/. (accessed 10.03.2018). (in Russian).
2. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 17.08.2016 № 806 «O primenении risk-orientirovannogo podhoda pri organizacii ot del'nyh vidov gosudarstvennogo kontrolja (nadzora) i vnesenii izmenenij v nekotorye akty Pravitel'stva Rossijskoj Federacii». [Decree of the Government of Russia No 806 «On the application of the risk-oriented approach in the organization of certain types of state control (supervision) and amending certain acts of the Government of the Russian Federation», dated August 17, 2016]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_203819/. (accessed 10.03.2018). (in Russian).
3. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 12.11.2012 № 1152 «Ob utverzhdenii Polozhenija o gosudarstvennom kontrole kachestva i bezopasnosti medicinskoj dejatel'nosti». [Decree of the Government of Russia No 1152 «On approval of the Regulation on state quality control and safety of medical activities», dated November 12, 2012]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_137663/. (accessed 10.03.2018). (in Russian).
4. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 25.09.2012 № 970 «Ob utverzhdenii Polozhenija o gosudarstvennom kontrole za obrashheniem medicinskih izdelij». [Decree of the Government of Russia No 970 «On approval of the Regulation on state control over the circulation of medical devices», dated September 25, 2012]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_135734/. (accessed 10.03.2018). (in Russian).
5. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 15.10.2012 № 1043 «Ob utverzhdenii Polozhenija o federal'nom gosudarstvennom nadzore v sfere obrashhenija lekarstvennyh sredstv». [Decree of the Government of Russia No 1042 «On approval of the Regulation on Federal State Supervision in the sphere of circulation of medicines», dated October 15, 2012]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136652/. (accessed 10.03.2018). (in Russian).
6. Code of the Russian Federation on Administrative Offenses of 30.12.2001 N 195-FZ. [Law No 195 — FZ «Code of the Russian Federation on Administrative Offenses», dated December 30, 2001]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_292733/. (accessed 10.03.2018). (in Russian).

РАЗРАБОТКА И ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ В ПЕДИАТРИИ

© *Арсений Арсеньевич Модестов, Игорь Маратович Спивак*

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 119991, г. Москва, пр. Ломоносовский, 2, стр. 1

Контактная информация: *Арсений Арсеньевич Модестов* — д. м. н., профессор, главный научный сотрудник лаборатории «Организация сестринского дела в педиатрии» Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: info@nczd.ru

РЕЗЮМЕ: На сегодняшний день большое внимание уделяется разработке моделей сестринского дела. Во многих европейских странах часть врачебных функций делегированы среднему медицинскому персоналу, в результате медицинские сестры составляют основу первичного звена здравоохранения. Современные особенности организации лечебно-профилактической помощи как на уровне амбулаторно-поликлинического учреждения, так и на уровне стационара предусматривает широкое участие среднего медицинского персонала в осуществлении профилактических мероприятий, проведении простейших медицинских обследований, иммунизации, доврачебного приема пациентов и пр. Значительная роль медицинским сестрам отводится в осуществлении медико-социального патронажа пожилых людей, детей и семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; в оказании помощи пациентам с хроническими болезнями; в организации ухода на дому нуждающимся больным; в проведении медико-профилактической работы в дошкольных и школьных образовательных учреждениях; в работе с группами здоровых и т. д. В связи с этим медицинская сестра должна стать помощником пациента, так называемая пациентоориентированная модель. Разработка пациентоориентированной сестринской модели сопряжена с ответом на современные вызовы системе здравоохранения: демографические, социально-экономические, информационные, медико-технологические, что требует новых компетенций и мотиваций сестринского персонала, способствующих непрерывному образованию и профессиональному росту в новой организационной среде (трехуровневая система здравоохранения).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сестринское дело; пациент-ориентированная модель; медицинская сестра.

DESIGN AND FEATURES OF PATIENT CENTERED MODEL OF NURSING IN PEDIATRICS

© *Arseny A. Modestov, Igor M. Spivak*

Federal State Autonomous Institution “National Medical Research Center of Children’s Health» of the Ministry of Health of the Russian Federation. Lomonosovsky Ave., 2, bld. 1. Moscow, Russia, 119991

Contact information: Arseniy A. Modestov — MD, Professor, chief researcher of the laboratory “Organization of Nursing in Pediatrics» of the Federal State Autonomous Institution “National Medical Research Center of Children’s Health» of the Ministry of Health of the Russian Federation. E-mail: info@nczd.ru

ABSTRACT: Today much attention is paid to the development of models of nursing. In many European countries some medical functions are delegated to mid-level medical personnel, and as a result nurses form the basis of primary health care. Modern features of the organization of preventive and curative care at the level of both outpatient clinics and hospitals provide a wide participation of nursing staff in the implementation of preventive activities, carrying out the simplest medical

examinations, immunization, first-aid patients, etc. A significant role of nurses is in the implementation of medical-social patronage for the elderly, children and families in difficult life situation; nursing of patients with chronic diseases; organization of home care to the needy sick; medical-preventive work in preschool and school educational institutions; work with groups of healthy, etc. In this regard, the nurse needs to become an assistant of a patient, the so-called patientorientated model. The development of patient centered nursing model involves a response to the challenge of the health care system: demographic, social-economic, information and medical technology that requires new competences and motivation of nursing staff, promote continuing education and professional growth in the new organizational environment (three-level health system).

KEY WORDS: nursing; patient model; medical nurse.

Организация сестринского дела — одно из приоритетных направлений деятельности ВОЗ, которое включает клиническую специализацию медицинских сестер в результате появления новых технологий диагностики и лечения болезней, их профилактики и укрепления здоровья населения [7].

Следует отметить, что в течение последнего десятилетия внимание исследователей уделяется разработке моделей сестринского дела, ориентированных на доказательную сестринскую практику [2, 5, 6].

Модели ориентированы на основные функции сестринского персонала, которые определило Европейское региональное бюро ВОЗ:

- анализ потребностей больного, выявление главных проблем, связанных с нарушением его здоровья, составление плана ухода за пациентом и его выполнение по принятым в сестринском деле стандартам;
- работу в составе медицинской бригады, куда входит взаимодействие с пациентом и его близкими, а также со своими коллегами;
- совершенствование деятельности медицинских сестер в результате проводимой исследовательской работы.

В 2015 г. Двойников С. И. презентовал пациент-ориентированную сестринскую модель, в которой «в центре всех усилий и всех видов деятельности находится пациент». По мнению автора, она должна прийти на смену традиционной модели деятельности медицинской сестры, как помощника врача [3].

Анализ научных публикаций показал, что содержание пациент-ориентированной модели до настоящего времени не разработано.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Теоретическое обоснование и разработка алгоритмов внедрения пациент-ориентированной модели в практику работы детских медицинских сестер в медицинской организации третьего уровня.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено в два этапа. На первом изучались публикации, связанные с изменениями сестринской модели, как ответа на новые вызовы, в результате чего было сформулировано теоретическое обоснование модели.

На втором этапе разработан алгоритм внедрения модели на примере отделений хирургического (ЛОП) и терапевтического (гастроэнтерология) профиля ФГАУ «НМИЦЗД» МЗ РФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее сложным представляется процесс трансформации деятельности детской медицинской сестры из «помощника врача» в партнера по оказанию медицинской помощи. Этой трансформации способствует пациент-ориентированная модель, ядро которой представляет понимание пациента, как субъекта сестринской деятельности, базирующейся на принципах доказательной сестринской практики, включающей нозологический подход, возрастно-половые, психологические особенности ребенка, детерминанты, определяющие его здоровье, ожидания родителей ребенка-пациента от контакта с медицинским учреждением.

В рамках модели доказательная сестринская практика (ДСП) определяется «как интеграция лучших, научно обоснованных данных, профессиональной квалификации и участия пациента в принятии клинических решений» [10]. Это ответ на вызовы пациентов (родителей ребенка-пациента), у которых появляется все больше знаний благодаря широкому использованию Интернета, и они требуют повышения контроля над процессом лечения.

В ДСП входят четыре компонента: клиническое состояние пациента; окружающая обстановка и обстоятельства заболевания; предпочтения и действия пациента; научно обоснованные данные и ресурсы системы здравоохранения, которые объединяются с помощью пятого всеобъемлющего элемента — профессионального мастерства [9].

Существует множество причин для внедрения ДСП как нового пути мышления и сестринской практики. Эта новая система взглядов потенциально приносит пользу самим медицинским сестрам, другим работникам системы здравоохранения, организациям и обществу в целом.

Нозологический подход в рамках модели включает группировку пациентов по признакам, требующим особых манипуляций (подготовка к колоноскопии, кохлеарной имплантации, особенности послеоперационного ухода и т. д.).

Важен механизм доставки комплекса услуг (медицинских, психологических, педагогических) пациентам и их родителям, что требует от педиатрической медицинской сестры совершенствования компетенций, мотиваций и постоянного внесения изменений в ее должностные обязанности. Механизм доставки медицинских услуг определяется как «мероприятия по организации оказания помощи, включающие внесение изменений в то, кто получает помощь, в то, кто оказывает помощь, в условия труда тех, кто оказывает помощь, в использование информации и коммуникационных технологий для оказания помощи, а также в системы качества и безопасности» [8].

Особого внимания заслуживает организация участия медицинских сестер в научных исследованиях. Это может быть участие в составе мультидисциплинарной группы или самостоятельное сестринское исследование [1].

Понятие научных сестринских исследований приводится в статье Касимовской Н. А., Шустиковой Н. М. с соавт. (2017). Авторы цитируют зарубежных исследователей, которые в конце прошлого столетия дали следующую формулировку: «Клинические сестринские исследования — это научный процесс, который утверждает и уточняет существующие знания и приводит к появлению новых знаний, которые прямо или косвенно влияют на практику ухода» [4].

Вышеизложенное позволило нам сформулировать следующую дефиницию сестринской пациентоориентированной модели — это комплекс постоянно обновляемых медицинскими сестрами компетенций и мотиваций, эффективное использование которых базируется на доказательной сестринской практике, участии в исследованиях, нозологическом подходе, возрастно-половых, психологических особенностях ребенка, детерминантах, определяющих его здоровье, и направленный на предупреждение болезни, а в случае ее возникновения, на восстановление утраченных функций.

В ходе исследования были разработаны пациент-ориентированные модели для медицинских сестер хирургического (ЛОР-отделение) и

терапевтического (гастроэнтерологическое отделение) профиля. Базис модели для отделений един, но есть и отличия. Для первого акцент делается на сестринском уходе за больными до и после высокотехнологичных операций, для второго — на сестринских манипуляциях, учитывающих нозологические особенности пациентов.

Разработан алгоритм внедрения модели, включающий механизм доставки услуг (медицинских, психологических, педагогических, информационных) ребенку и его родителям, который представлен следующим образом:

- врачебный персонал отделений формирует потребность медицинских сестер в новых компетенциях, которые добавляются к уже существующим и обеспечивают их интеграцию в процессе оказания помощи;
- организуется обучение медицинских сестер на рабочем месте, а при необходимости — в симуляционном центре учреждения;
- с участием медицинских сестер разрабатывается пакет сестринских услуг для пациентов различных нозологических групп, который включает структурированные планы оказания помощи (схемы ухода) со сложными клиническими проблемами и интерактивное взаимодействие между сестринским персоналом;
- новые компетенции закрепляются в должностных обязанностях.

Формы мотивации сестринского персонала носят материальный и нематериальный характер. К последним относятся: участие медицинских сестер в исследованиях и подготовка ими тезисов, статей, постерных докладов, устных сообщений, отражающих этапы внедрения инноваций в работу.

ВЫВОДЫ

Обоснована дефиниция сестринской пациент-ориентированной модели, как комплекс постоянно обновляемых медицинскими сестрами компетенций и мотиваций, эффективное использование которых базируется на доказательной сестринской практике, участии в исследованиях, нозологическом подходе, возрастно-половых, психологических особенностях ребенка, детерминантах, определяющих его здоровье, и направленный на предупреждение болезни, а в случае ее возникновения, на восстановление утраченных функций.

Разработан алгоритм внедрения модели, включающий механизм доставки услуг (медицинских, психологических, педагогических, информационных) ребенку и его родителям. Внедрение модели приводит к постоянным измене-

ниям в работе сестринского персонала, способствует росту мотивации медицинских сестер на развитие компетенций и обновление спектра, оказываемых ими услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бальдассарре Ф. Сестринская практика, основанная на принципах доказательной медицины: для чего и для кого? Медицинское образование и профессиональное развитие. 2012; N 1: 51–58.
2. Бучко О.А. Доказательная сестринская практика — гарантия совершенствования медицинской помощи. Материалы Всероссийского конгресса «Лидерство и инновации — путь к новым достижениям». СПб.; 2017: 450–453.
3. Двойников С.И. Состояние сестринского дела в Российской Федерации. Материалы Всероссийской конференции РАМС с международным участием. СПб.; 2015: 46–49
4. Касимовской Н.А., Шустиковой Н.М. с соавт. Доказательная сестринская практика — перспективы развития сестринских клинических исследований. Сестринское дело. 2017; N 8: 33–36.
5. Островская И.В. От доказательств к практике. Медицинская сестра. 2012; N 3: 4–8.
6. Прокофьев А.Б., Тиньков А.Н., Булатова А.Ж., и др. Клиническая концепция: доказательная медицина и ее применение в сестринской практике. Материалы конференц-школы «Теория сестринского дела» ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и развитию. Оренбург; 2007: 70–75.
7. Цешковский М.С., Кирсанова Е.В., Специальность «Сестринское дело» в программах Всемирной Организации Здравоохранения. Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения. 2010. N 1 (13). Доступен по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/778/27/lang,ru/> (дата обращения: 01.12.17).
8. Эффективность механизмов доставки/предоставления помощи в системах здравоохранения стран с низким доходом. Кокрейновский обзор. Доступен по: <http://www.cochrane.org/ru/CD011083/effektivnost-mehanizmov-dostavki-predostavleniya-pomoshchi-v-sistemah-zdravoohraneniya-stran-s-nizkim-dohodom> (дата обращения: 06.12.17).
9. DiCenso A., Cullum N., Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions. Evidence-Based Nursing; 1998; N 1: 38–40.
10. Sackett D.L., Straus S.S., Richardson W.S. Rosenberg W., Haynes R.B. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. 2nd ed. Churchill Livingstone, Edinburg; 2000.

REFERENCES

1. Bal'dassarre F. Sestrinskaya praktika, osnovannaya na principah dokazatel'noj mediciny: dlya chego i dlya

kogo? [Nursing practice based on the principles of evidence-based medicine: for what and for whom?]. Medicinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie. 2012; N 1: 51–58. (in Russian).

2. Buchko O.A. Dokazatel'naya sestrinskaya praktika — garantiya sovershenstvovaniya medicinskoj pomoshchi. [Evidence-based nursing practice—a guarantee of improving medical care]. Materialy Vserossijskogo kongressa «Liderstvo i innovacii — put' k novym dostizheniyam». SPb., 2017: 450–453. (in Russian).
3. Dvoynikov S.I. Sostoyanie sestrinskogo dela v Rossijskoj Federacii. [The status of nursing in the Russian Federation]. Materialy Vserossijskoj konferencii RAMS s mezhdunarodnym uchastiem. SPb., 2015: 46–49. (in Russian).
4. Kasimovskoj N.A., SHustikovoj N. M. s soavt. Dokazatel'naya sestrinskaya praktika — perspektivy razvitiya sestrinskih klinicheskikh issledovanij. [Evidence-based nursing practice — prospects for the development of nursing clinical research]. Sestrinskoe delo. 2017; N 8: 33–36. (in Russian).
5. Ostrovskaya I.V. Ot dokazatel'stv k praktike. [From evidence to practice]. Medicinskaya sestra. 2012; N 3: 4–8. (in Russian).
6. Prokof'ev A. B., Tin'kov A. N., Bulatova A. Zh., i dr. Klinicheskaya koncepciya: dokazatel'naya medicina i ee primenenie v sestrinskoj praktike. [Clinical concept: evidence-based medicine and its application in nursing practice]. Materialy konferenc-shkoly «Teoriya sestrinskogo dela» GOU VPO Orenburgskaya gosudarstvennaya medicinskaya akademiya Federal'nogo agentstva po zdavoohraneniyu i razvitiyu. Orenburg; 2007: 70–75. (in Russian).
7. Ceshkovskij M. S., Kirsanova E. V., Special'nost' «Sestrinskoe delo» v programmah Vsemirnoj Organizacii Zdravoohraneniya. [Specialty “Nursing” in the programs of the world Health Organization]. EHlektronnyj zhurnal «Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. 2010. N 1 (13). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/778/27/lang,ru/>. (accessed 01.12.17). (in Russian).
8. EHffektivnost' mekhanizmov dostavki predostavleniya pomoshchi v sistemah zdavoohraneniya stran s nizkim dohodom. [Effectiveness of delivery /delivery mechanisms in low-income countries ‘health systems]. Kokrejnovskij obzor. Available at: <http://www.cochrane.org/ru/CD011083/effektivnost-mehanizmov-dostavki-predostavleniya-pomoshchi-v-sistemah-zdravoohraneniya-stran-s-nizkim-dohodom> (accessed 06.12.17). (in Russian).
9. DiCenso A., Cullum N., Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions. Evidence-Based Nursing; 1998; N 1: 38–40.
10. Sackett D.L., Straus S.S., Richardson W.S. Rosenberg W., Haynes R.B. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. 2nd ed. Churchill Livingstone, Edinburg; 2000.

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ. РЕСУРСЫ И ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

© Александр Леонидович Рубежов, Татьяна Михайловна Колоскова

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника №9». 191028, Санкт-Петербург, ул. Чайковского, 27

Контактная информация: Александр Леонидович Рубежов — к. м. н., главный врач СПбГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №9» Центрального района. E-mail: rubezhov@stoma9.ru

РЕЗЮМЕ: Частота стоматологических заболеваний у детей составляет 73–88%, что обусловлено недостаточностью профилактических мероприятий. Большинство детей посещают стоматологическую поликлинику в связи с наличием боли, лишь 12% посещений с профилактической целью. В структуре оказания помощи 34% занимают случаи лечения осложненных форм кариеса. Кариес зубов и его осложнения — наиболее часто встречающиеся заболевания детского возраста. Мировой опыт показывает, что для снижения распространенности стоматологических заболеваний недостаточным является простое привлечение дополнительных трудовых и экономических ресурсов в отрасль. Уменьшению заболеваемости зубов способствует активно проводимая первичная профилактика и формирование у населения привычек здорового образа жизни. Учитывая непростые социально-экономические условия, существующий на сегодняшний день дефицит финансирования и кадров, низкую медицинскую активность у населения в плане профилактики стоматологических заболеваний, созрела необходимость в поиске новых организационных форм для оказания профилактической стоматологической помощи, особенно детскому населению. В статье представлен опыт работы мобильного стоматологического кабинета, использование которого в системе профилактической помощи позволяет значительно увеличить охват плановыми осмотрами детей, своевременно диагностировать заболевания зубов, с максимальной эффективностью проводить первичную и вторичную профилактику стоматологических заболеваний, что в перспективе позволит снизить частоту и интенсивность заболеваний зубов у детей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: кариес; профилактика стоматологических заболеваний; школьники.

PREVENTION OF DENTAL DISEASES IN SCHOOLCHILDREN. THE RESOURCES AND CAPABILITIES OF THE SPECIALIZED CLINICS

© Alexander L. Rubezhov, Tatyana M. Koloskova

Saint-Petersburg State-Financed Institution of Health Care «Dental polyclinic №9». Tchaikovsky str., 27. Saint-Petersburg, Russia, 191028

Contact information: Alexander L. Rubezhov — MD, PhD, chief physician, SPb “Dental polyclinic №9” of the Central district. E-mail: rubezhov@stoma9.ru

ABSTRACT: The frequency of dental diseases in children is 73–88%, due to the lack of preventive measures. Most children visit the dental clinic due to the presence of pain, only 12% of visits are for preventive purposes. In the structure of care 34% are the cases of treatment of complicated forms of caries. Dental caries and its complications are the most common diseases of childhood. World

experience shows that in order to reduce the prevalence of dental diseases, it is not just enough to use additional labor and economic resources in the industry. Actively carried out primary prevention and formation of healthy lifestyle habits of the population promotes reduction of incidence of teeth. Taking into account the difficult social-economic conditions, the current lack of funding and personnel, low medical activity in the population in terms of prevention of dental diseases, there is a need to find new organizational forms for preventive dental care, especially for children. The article presents the experience of mobile dental office, the use of which in the system of preventive care can significantly increase the coverage of routine inspections of children, timely diagnose the diseases of the teeth, with maximum efficiency to carry out primary and secondary prevention of dental diseases, which in the future will reduce the frequency and intensity of dental diseases in children.

KEY WORDS: caries; prevention of dental diseases; school children.

По данным многочисленных эпидемиологических обследований, распространенность болезней зубов у детей в России составляет от 73% до 88% в различных возрастных группах, а у проживающих в Санкт-Петербурге находится на уровне, превышающем порог в 90% (от 90,9% до 100%) со средним суммарным показателем интенсивности кариеса (КП + КПУ) во всех указанных возрастных группах от 4,98 до 7,66. Лидирующее положение по частоте поражения кариесом занимают первые моляры. На долю этих зубов приходится 69,7% от всех постоянных зубов, имеющих признаки кариозного поражения [1]. Являясь очагом хронической инфекции в тканях челюстно-лицевой области, кариозный процесс оказывает негативное влияние на организм в целом, способствуя снижению адаптационных возможностей организма, утяжеляя течение хронических заболеваний органов и систем. Ряд исследователей на основании анкетирования детей и их родителей установили, что интенсивность кариеса временных и постоянных зубов, а также гигиеническое состояние полости рта оказывают достоверное негативное влияние на эмоциональное, социальное и семейное благополучие, вызывают физический дискомфорт и функциональные нарушения [4]. Поэтому обеспечение здоровья полости рта для российской стоматологии всегда было приоритетным направлением. Еще в 1891 году основоположник системы санации полости рта А. К. Лимберг писал, что «оздоровление организма должно начинаться с устранения болезнетворных очагов в полости рта — преддверия наиболее важных органов для поддержания жизни и здоровья» [8]. Развитию профилактического направления в детской стоматологии всегда уделялось большое внимание. Результатом многолетних исследований и наблюдений за развитием и течением кариозного процесса, за методами его профилактики явилась разработанная и внедренная в практи-

ческое здравоохранение в 80 годах прошлого столетия Т. Ф. Виноградовой программа диспансеризации и профилактики детей со стоматологическими заболеваниями. Основным звеном в реализации этой программы наряду с централизованной моделью оказания стоматологической помощи в поликлиниках, были стоматологические кабинеты в местах максимально компактного пребывания детей: в школах и интернатах. Для оказания стоматологической помощи сельским жителям создавались выездные бригады и передвижные стоматологические кабинеты. Функционирование в течение десятилетий школьных стоматологических кабинетов, проводимая в них плановая санация и динамическое наблюдение позволило значительно улучшить показатели стоматологического здоровья школьников. Охват диспансерным наблюдением детей составлял 97%, из которых до 98% санировались [2]. Эти меры благоприятно сказались на состоянии стоматологического здоровья детей. Однако, сформировавшиеся к началу XXI века социально-экономические условия, недостаток финансирования и кадровый дефицит обусловили закрытие школьных кабинетов и возврат к централизованной системе проведения профилактических осмотров, при которой учащиеся осматривались в поликлинике.

При крайне высокой детской заболеваемости кариесом ресурсных возможностей у детских стоматологов заниматься профилактикой в условиях поликлинического приема не достаточно. По нашим наблюдениям не более 10% своего рабочего времени врач-стоматолог уделяет проведению профилактических мероприятий.

При централизованной модели оказания стоматологической помощи, значительно уменьшается количество проводимых плановых профилактических осмотров. Процент явки учащихся на профилактические осмотры

в поликлинику не превышает 50% для территориально близко расположенных школ и 27% для удаленных школ. Крайне мал и процент родителей, приводящих в поликлинику детей с профилактической целью. Более 70% посещений стоматологической поликлиники приходится на посещения в связи с болезнями зубов.

Таблица 1

Цели посещения стоматологической поликлиники (2015)

Лечение зубов	42%
«Острая боль»	34%
Профилактические мероприятия	12%
Ортодонтическая помощь	12%

Профилактическая направленность заложена в основу Российского здравоохранения, ее высшим гуманным принципом является забота о здоровье граждан. На сегодняшний день — это одно из приоритетных направлений [9]. При ограниченных финансовых ресурсах профилактика всегда рассматривалась как способ достижения максимальной эффективности здравоохранения при минимальных затратах труда и средств [5].

Министерство здравоохранения Российской Федерации в целях совершенствования медицинской помощи детям издало и направило в регионы Письмо Минздрава РФ от 25.12.2003 N 2510/14224-03-32 «О типовой модели программы “Детская стоматология”» для разработки и внедрения региональных программ профилактики кариеса [7]. Предлагалось «изменить приоритеты стоматологической службы и усилить профилактику стоматологических заболеваний, затраты на которую в 5–20 раз меньше затрат на лечение». Во исполнение этих рекомендаций в регионах России реализовывались новые оптимальные и эффективные модели оказания стоматологической лечебно-профилактической помощи детскому населению:

- в Самарском регионе был создан «Областной центр профилактики стоматологических заболеваний»;
- в Московской области практика «Семейного врача стоматолога»;
- некоторые регионы частично сохранили школьные кабинеты. В 2007 году в 9 из 21 региона России функционировало 716 школьных стоматологических кабинетов в 3935 городских школах. Результаты реализации школьным стоматологом програм-

мы профилактики стоматологических заболеваний в ГОУ СОШ №137 г. Москва (2004–2009 гг.) обеспечили снижение распространенности кариеса с 90% до 48–55% [3].

Преимущества работы школьного кабинета определяются максимальным уровнем его доступности, возможностью длительного постоянного наблюдения за стоматологическим здоровьем детей, своевременностью проведения профилактических мероприятий, вовлечением в процесс гигиенического обучения учащихся, учителей и родителей, применением групповых методов профилактики [6], и что особенно значимо: личной заинтересованностью персонала школьного стоматологического кабинета результатами своей деятельности.

Динамическое наблюдение за состоянием полости рта ребенка, учет неблагоприятных факторов, способствующих развитию заболевания, возрастных физиологических особенностей, позволяют школьному стоматологу составлять индивидуальную программу профилактики заболеваний полости рта.

Однако, не смотря на очевидную эффективность реализации лечебно-профилактической помощи через школьные кабинеты, они не получают должного развития. Причины этого явления объясняются проблемами с лицензированием школьных кабинетов, со сложностью юридического оформления школьных помещений для стоматологического кабинета, с нехваткой специалистов: врачей и медицинских сестер.

Для повышения доступности стоматологической помощи, для раннего выявления заболеваний зубов и проведения первичной профилактики в организованных коллективах нами была предложена и реализована модель оказания первичной специализированной стоматологической помощи детям в передвижном мобильном стоматологическом кабинете.

Мобильный стоматологический кабинет СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №9» начал свою работу в сентябре 2014 года.

Штат мобильного стоматологического кабинета формируется с учетом потребности в диагностической и профилактической помощи. Мобильная стоматологическая бригада состоит из детского врача-стоматолога, гигиениста стоматологического, медицинской сестры, санитарки и водителя. Разграничение функций по выявлению заболеваний зубов, проведению первичной и вторичной профилактики, санитарно-гигиеническому обучению позволяют

оптимизировать работу мобильного кабинета и обеспечить:

- пропускную способность мобильного кабинета до 40 детей за смену;
- проведение профилактических мероприятий при первичном осмотре школьника.

Базирование мобильного кабинета непосредственно на пришкольной территории повышает доступность медицинской помощи школьникам, исключает временные и материальные затраты учащихся и сопровождающих лиц, необходимые в случае посещения стоматологической поликлиники.

График осмотра школьников в мобильном стоматологическом кабинете составляется с учетом сменности работы учебного заведения, таким образом, чтобы оказывать минимальное негативное влияние на непрерывность учебного процесса.

Врач-стоматолог в мобильном стоматологическом кабинете имеет все возможности проводить индивидуальную первичную и вторичную профилактику кариеса, мероприятия по санологическому воспитанию детей.

Основные задачи, которые решает детский стоматолог мобильного кабинета при разработке программ индивидуальной первичной профилактики кариеса зубов:

- создание условий для полноценного формирования и первичной минерализации твердых тканей зуба;
- обеспечение физиологического течения процесса созревания твердых тканей зуба (вторичная минерализация), при необходимости — стимуляция этих процессов;
- предотвращение или устранение формирования кариесогенной ситуации в полости рта.

Все профилактические мероприятия, проводимые учащимся школ, входят в Территориальную программу государственных гарантий предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи.

Школьникам в мобильном стоматологическом кабинете проводится:

- осмотр полости рта с определением индексов гигиены;
- составление индивидуального плана профилактики;
- первичная профилактика кариеса: герметизация фиссур, ремотерапия, фторирование и профессиональная чистка зубов.

Использование мобильного стоматологического кабинета для осмотра организованных коллективов позволило существенно увеличить охват профилактическими осмотрами детского

населения. Если в 2005–2013 годах не более 30% учащихся проходили плановые стоматологические осмотры, то 2014 году с использованием мобильного стоматологического кабинета было осмотрено 56%, в 2015 году — 74%, в 2016 — 76% от списочного состава учащихся школ.

Таблица 2

Осмотры школьников в мобильном стоматологическом кабинете

Год	2014	2015	2016
Количество осмотренных	1970	5465	5834

За время работы мобильного стоматологического кабинета существенно возросла доля детей, которым проводятся первичные профилактические мероприятия, с уровня 6% в 2013 году до 55% в 2016 году.

Благодаря раннему выявлению стоматологических заболеваний, число случаев лечения осложненных форм кариеса снизилось на 12%. Более ответственным становится отношение родителей к стоматологическому здоровью своих детей. На 55,4% возросло количество зубов, вылеченных по поводу кариеса. Количество детей, завершающих санацию полости рта увеличилось на 37%, количество проводимых первичных профилактических мероприятий возросло на 49%.

Функционирование передвижного стоматологического кабинета повышает доступность стоматологической помощи, способствует реализации в полном объеме профилактических мероприятий, улучшает информированность детей, родителей и учителей по вопросам гигиены полости рта и профилактике стоматологических заболеваний, помогает формировать ответственное отношение к своему здоровью, благоприятно сказывается на состоянии здоровья полости рта у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолова И. А. Клинико-статистический анализ стоматологической заболеваемости и обоснование необходимости ранней герметизации фиссур постоянных зубов у школьников Санкт-Петербурга (эпидемиологическое исследование). Дис... канд. мед. наук. СПб.; 2006.
2. Виноградова Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. М.: Медицина; 1978.
3. Западаева С. В. Возможности реализации профилактического направления в системе школьной стоматологии в современных условиях. Автореф. дис... канд. мед. наук. М.; 2009.

4. Кисельникова Л. П., Нагоева М. М., Зуева Т. Е. Влияние состояния полости рта на качество жизни детей 7–10-летнего возраста. Тихоокеанский медицинский журнал. 2013; N 1: 42–44.
5. Леонтьев В. К. О тенденциях в стоматологическом образовании в России. Экономика и Менеджмент в Стоматологии. 2007; N 3 (23): 10–16.
6. Максимовская Л. Н., Кузьмина Э. М., Вагнер В. Д., Васина С. А. Основные направления развития школьной стоматологии в России. Российская стоматология. 2009; N 1: 60–62.
7. Письмо Минздрава РФ от 25.12.2003 N 2510/14224–03–32 «О типовой модели программы “Детская стоматология”». Доступен по: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=464235#039549356511476197>. (дата обращения 1.03.2018).
8. Пеккер Р. Я. Болезни зубов и полости рта. М.: Медицина; 1966.
9. Сунцов В. Г., Леонтьев В. К., Дистель В. А., Вагнер В. Д. Стоматологическая профилактика у детей. М.: Медицинская книга; 2013.
3. Zapadayeva S. V. Vozmozhnosti realizatsii profilakticheskogo napravleniya v sisteme shkolnoy stomatologii v sovremennykh usloviyakh. [The possibility of implementation of preventive activity in the school of dentistry in modern conditions]. PhD thesis. M.; 2009 (in Russian).
4. Kiselnikova L. P., Nagoyeva M. M., Zuyeva T. E.. Vliyaniye sostoyaniya polosti rta na kachestvo zhizni detey 7–10-letnego vozrasta. [Influence of oral cavity on the quality of life of children 7–10 years of age.]. Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal. 2013; N 1:42–44 (in Russian).
5. Leontyev V. K. O tendentsiyakh v stomatologicheskom obrazovanii v Rossii. [Trends in dental education in Russia]. Ekonomika i Menedzhment v Stomatologii. 2007; N 3 (23): 10–16. (in Russian).
6. Maksimovskaya L. N., Kuzmina E. M., Vagner V. D., Vasina S. A. Osnovnyye napravleniya razvitiya shkolnoy stomatologii v Rossii. [The main directions of development of school dentistry in Russia]. Rossiyskaya stomatologiya. 2009; N 1: 60–62. (in Russian).
7. Pis'mo Minzdrava RF ot 25.12.2003 N 2510/14224–03–32 «O tipovoj modeli programmy “Detskaja stomatologija”». [Letter of the Ministry of Health of the Russian Federation of 25.12.2003 N 2510 / 14224–03–32 «On the model model of the program “Children’s Dentistry”»]. Available at: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=464235#039549356511476197>. (accessed 1.03.2018). (in Russian).
8. Pekker R. Ya. Bolezni zubov i polosti rta. [Diseases of teeth and oral cavity]. M.: Meditsina; 1966. (in Russian).
9. Sunstov V. G., Leontyev V. K., Distel V. A., Vagner V. D. Stomatologicheskaya profilaktika u detey. [Dental prevention in children]. M.: Meditsinskaya kniga; 2013. (in Russian).

REFERENCES

1. Bogomolova I. A. Kliniko-statisticheskiy analiz stomatologicheskoy zabolevayemosti i obosnovaniye neobkhodimosti ranney germetizatsii fissur postoyannykh zubov u shkolnikov Sankt-Peterburga (epidemiologicheskoye issledovaniye). [Clinical and statistical analysis of dental morbidity and justification of the need for early sealing of permanent teeth fissure in St. Petersburg students (epidemiological study)]. Dis... kand. med. nauk. SPb.; 2006. (in Russian).
2. Vinogradova T. F. Dispanserizatsiya detey u stomatologa [Clinical examination of children at the dentist]. M.: Meditsina; 1978. (in Russian).

ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ КИСТИ

© Елена Егоровна Рассол

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 37». 191126, Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 18

Контактная информация: Елена Егоровна Рассол — врач хирург Центра амбулаторной хирургии кисти СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №37». E-mail: poliklinika37@mail.ru

РЕЗЮМЕ: Первостепенное значение кисти в жизни человека побуждает медиков с особым вниманием относиться к профилактике и лечению её патологических состояний. Больные с заболеваниями кисти редко минуют лечебные учреждения внебольничной сети: одни проходят здесь весь курс лечения, другие в поликлиниках заканчивают лечение после стационара. Городской центр хирургии кисти (ГЦХК) был организован при поликлинике № 37 в 1965 году по инициативе широко известного специалиста в области хирургии кисти профессора Усольцевой Е. В. Задачи ГЦХК — оказание специализированной консультативной и оперативной помощи пациентам с заболеваниями кисти. Центр обслуживает население Санкт-Петербурга и Ленинградской области. За более чем полувековую историю в Центре разработаны методики по оперативному лечению не только гнойно-септических заболеваний кисти, требующих срочной медицинской помощи, но и дегенеративно-дистрофических заболеваний кисти, таких как стенозирующие лигаментиты пальцев, болезнь де Кервена — стеноз первого запястного тыльного канала, контрактура Дюпюитрена, синдром карпального канала, теносиновиты сгибателей и разгибателей кисти. На базе Центра также оперируют опухоли и опухолевидные образования кисти и последствия травм кисти, по поводу которых раньше пациенту приходилось обращаться в круглосуточный специализированный стационар. В данной статье обобщен опыт многолетней деятельности Городского центра хирургии кисти, как одной из форм стационарзамещающей технологии, и имеющего высокую востребованность среди населения города и области.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Городской центр хирургии кисти; оперативное лечение заболеваний кисти; дегенеративно-дистрофических заболеваний кисти; опухолей и опухолевидных образований кисти; последствия травм кисти.

EXPERIENCE OF CITY OUTPATIENT SURGERY CENTER

© Elena E. Rassol

SPb «City polyclinic № 37». Pravdy str., 18, Saint-Petersburg, Russia, 191126

Contact information: Elena E. Rassol — surgeon of the City Center of outpatient upper extremity surgery of Saint-Petersburg «City polyclinic № 37». E-mail: poliklinika37@mail.ru

ABSTRACT: The primary importance of the hand in human life encourages physicians to pay special attention to the prevention and treatment of its pathological conditions. Patients with hand diseases rarely pass medical institutions of the community: some are here to take the whole course of treatment, the others in clinics finish the treatment after their hospitalization. City center surgery was organized on the basis of the clinic number 37 in 1965 by the initiative of a well-known specialist in the field of hand surgery Professor E. V. Usoltsev. The Center tasks are to provide specialized consultative and operative assistance to the patients with hand diseases. The center works for the population of St.-Petersburg and Leningrad region. For more than half a century of history there were developed the techniques for the surgical treatment not only of purulent-septic diseases of the hand, requiring immediate medical assistance, but also degenerative diseases of the hand such

as constrictive legalentiy fingers, de quervain disease — stenosis of the first carpal rear channel, Dupuytren's contracture, carpal tunnel syndrome, tenosynovitis of the flexor and extensor muscles of the hand. Tumors and tumor formations of the hand and the consequences of hand injuries are also operated on the basis of the Center, while previously the patient had to go to a round-the-clock specialized hospital. This article summarizes the experience of many years of activity of the city center of hand surgery as one of the forms of hospital-substituting technology, that has a high demand among the population of the city and the region.

KEY WORDS: city center of hand surgery; surgical treatment of hand diseases; degenerative-dystrophic diseases of the hand; tumors and tumor formations of the hand; the consequences of hand injuries.

Активная оперативная деятельность Городского центра хирургии кисти (ГЦХК) началась с 1975 года. В первые годы работы Центр уделял большое внимание лечению и реабилитации больных с гнойными заболеваниями кисти, в основном, с осложненными формами — артриты, остеоартритами, гнойными тендовагинитами и пандактилитами. В этой группе прооперировано 863 человека. С целью выявления причин, приводящих к возникновению осложнённых форм гнойной инфекции кисти, был проведён углублённый анализ результатов реабилитации этой группы больных, направленных на лечение в ГЦХК из поликлиник и стационаров города. В результате этой работы были выявлены типичные упущения и ошибки в профилактике и лечении гнойных заболеваний кисти. Результаты этого анализа неоднократно докладывались на научно-практических конференциях и лекциях для врачей поликлиник. Они изложены в монографии «Хирургия заболеваний и повреждений кисти», третье издание которой под редакцией профессора Е. В. Усолцевой вышло в 1986 году [2]. После открытия больницы им. Софьи Перовской для лечения гнойно-септических заболеваний все силы в ГЦХК были сосредоточены на оперативном лечении заболеваний кисти. За период с 1980 года по 2017 было выполнено 9827 операций.

Операции, проводимые в ГЦХК, условно разделены на три группы. Первая группа самая многочисленная, она составляет 64% от общего количества операций. В этой группе сделано 6289 операций. Сюда относятся операции, сделанные по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний кисти. Таковыми являются:

- стенозирующие лигаментиты пальцев;
- болезнь де Кервена — стеноз первого запястного тыльного канала;
- контрактура Дюпюитрена;
- синдром карпального канала;
- теносиновиты сгибателей и разгибателей кисти.

При стенозирующих лигаментитах пальцев проводится открытая лигаментотомия, так как консервативное лечение большинство пациентов получают в поликлинике по месту жительства, при отсутствии положительного результата они направляются в ГЦХК для оперативного лечения. Эта операция малотравматична, её можно делать в любом возрасте. В настоящее время она проводится через два небольших разреза и в большинстве случаев даёт быстрый положительный эффект. Многие из этой группы имеют более 2–3 оперированных пальцев, а отдельные пациенты до 6–8. Сделано таких операций 3201, что составляет 50,9% от операций, сделанных по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний.

Болезнь де Кервена — стеноз I запястного тыльного канала, в котором проходят два сухожилия для первого пальца. Причина этого заболевания — перегруз, он может быть на рабочем месте и дома. Среди пациентов с данной патологией 90% женщины. Консервативное лечение этого заболевания часто неэффективно, оперативное лечение всегда даёт стойкий положительный результат. Операция заключается в декомпрессии I запястного тыльного канала, что достигается рассечением связки канала, теносиновэктомией сухожилий для первого пальца, иссечением дополнительной связки и спаяк. Операций по поводу болезни де Кервена сделано 572, что составляет 9,1% от операций данной группы.

Контрактура Дюпюитрена — это хроническое прогрессирующее рубцовое перерождение ладонного апоневроза, сопровождающееся сгибательной контрактурой пальцев, что ведёт к ограничению функций кисти. Это заболевание чаще встречается у мужчин, в большинстве случаев поражает обе кисти. Контрактура Дюпюитрена — это мультифакторное заболевание. Предложены разнообразные теории её генеза, но ясности в этом вопросе до настоящего времени нет. Большинство отечественных и

зарубежных врачей отдают предпочтение хирургическим методам лечения, отмечая при этом, что оперативное лечение более эффективно на ранних стадиях. Вопрос о преимуществах тех или иных доступов при оперативном лечении контрактуры Дюпюитрена и по сей день является предметом обсуждения, от выбора доступа зависит не только радикальность вмешательства, но порой и окончательный исход лечения.

В ГЦХК разработан и широко применяется метод частичной апоневрэктомии с иссечением зон повышенной афферентной иннервации и открытым ведением послеоперационных ран [1, 2]. Предпочтение отдается поперечным разрезам на ладони и пальцах, которые не ушиваются, при возможности накладываются сближающие швы. При контрактуре Дюпюитрена с наличием артрогенных контрактур, когда кожные покровы на кисти сморщены и утолщены, поперечные раны позволяют вывести пальцы из порочного положения. Этот метод помогает устранить ишемию кисти, возникновение осложнений и рецидивов позволяет назначить ЛФК в ранние сроки. Имобилизация применяется редко. Результат операции зависит не только от хирурга, но и от самого пациента, так как огромное значение имеет лечебная физкультура, которую мы назначаем на 4-й день после операции. Её нужно делать ежедневно, упорно, преодолевая боль. Все больные с контрактурой Дюпюитрена оперированы по этому методу, но во всех случаях операция носит индивидуальный характер, так как учитывается возраст пациента, состояние общего здоровья, распространённость процесса, степень сгибательной контрактуры пальцев.

Наиболее благоприятные исходы операций наблюдаются при переходе первой степени заболевания во вторую, когда начинается ограничение объема разгибания пальцев и нет выраженных артрогенных контрактур. В этом состоянии тяжи контрактуры расположены только на ладони. Позднее обращение за медицинской помощью приводит к необходимости прилагать большие усилия для лечения и реабилитации этой категории больных. Необходимо раннее выявление контрактуры Дюпюитрена и наблюдение за данными пациентами для своевременного оперативного вмешательства. В этой группе сделано 2056 операций, что составляет 32,7%.

Синдром карпального канала — это полиэтиологическое заболевание, обусловленное склеропатическими процессами в связочном аппарате запястного канала, в синовиальных

влагалищах сгибателей пальцев. При этом развивается компрессионная ишемия срединного нерва, проходящего в запястном канале вместе с сухожилиями. Заболевание проявляется чаще у женщин в период менопаузы. Длительное лечение у неврологов, блокады с гормональными препаратами даёт временный эффект или просто не помогает. Оперативное лечение — деконпрессия карпального канала даёт стойкий положительный результат при отсутствии необратимых изменений в самом срединном нерве. Перед операцией обязательна электронейромиография и УЗИ срединного нерва. В этой группе оперированы 132 человека, что составляет 2,1%.

При теносиновитах сгибателей и разгибателей кисти и пальцев происходят дистрофические изменения в синовиальных оболочках сухожилий, что вызывает болевые ощущения и приводит к ограничению функций кисти. Консервативное лечение часто не даёт положительного результата. Поэтому радикальным способом лечения является операция — теносиновэктомия. В этой группе оперировано 459 человек, что составляет 7,3%.

Вторая группа оперативных вмешательств — это операции по поводу опухолей и опухолевидных образований кисти. В этой группе сделано 2978 операций, что составляет 30,3% от общего количества операций. Опухоли могут образовываться из любых тканей кисти. Первое место занимают опухоли из сосудистой ткани — гемангиомы. Наибольший интерес представляет редко встречающаяся гломусная опухоль, по имени описавших её авторов называемая опухолью Барре-Массона (1924 г.). Под этим названием известно сосудистое образование, развивающееся из артериовенозных анастомозов — гломусных клубочков. Гломусные опухоли локализуются преимущественно на дистальных фалангах пальцев в области ногтевого ложа. Важнейший симптом этой опухоли — сильнейшая боль в пальце, которая может иррадиировать в шейный отдел позвоночника. В ГЦХК оперировались пациентки, которых мучили эти боли от нескольких лет до 15. За все годы было прооперировано 45 пациенток с этим диагнозом. По поводу опухолей кисти оперировано 1828 человек, что составляет 61,4%.

К опухолевидным образованиям относятся гигромы и сухожильные ганглии. Это — кистовидные образования, возникающие вследствие дистрофических процессов в синовиальной оболочке суставной капсулы или сухожильном влагалище. В настоящее время обращает на

себя внимание тот факт, что гигромы и ганглии чаще появляются у молодых людей, преимущественно женского пола, которые много часов проводят за компьютером. Консервативное лечение даёт до 90% рецидивов. Радикальное лечение — это операция. По поводу опухолевидных образований кисти оперированы 1150 человек, что составляет 38,6%.

Третья группа оперативных пособий — это операции по поводу последствий травм кисти. В этой группе сделано 560 операций, что составляет 5,7% от общего количества. В основном они сводятся к удалению инородных тел, формированию трудоспособных культи, устранению рубцовых контрактур.

Многолетняя активная оперативная деятельность ГЦХК доказывает, что успешное лечение заболеваний кисти может осуществляться в амбулаторных условиях. С накоплением опыта неоднократно менялись объём и способы оперативных вмешательств. При этом работа Центра строится на основных принципах, справедливость которых доказана временем. Среди них:

1. индивидуальный подход к каждому пациенту;

2. бережное отношение к структурам кисти во время операции;
3. широкое применение криотерапии;
4. минимальное использование иммобилизации;
5. раннее назначение лечебной гимнастики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рассол Е.Е., Усольцева Е.В. Опыт паллиативного оперативного лечения контрактуры Дюпюитрена. Вестник хирургии. 1986; N 2: 37–42.
2. Усольцева Е.В., Мошкар К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Л.: Медицина; 1986.

REFERENSIS

1. Rassol E. E., Usol'ceva E. V. Opyt palliativnogo operativnogo lecheniya kontraktury Dyupuytrena. [The experience of palliative surgical treatment of Dupuytren's contracture]. Vestnik hirurgii. 1986; N 2: 37–42. (in Russian).
2. Usol'ceva E. V., Moshkara K. I. Hirurgiya zabolevanij i povrezhdenij kisti. [Surgery of diseases and injuries of the hand]. L.: Medicina; 1986. (in Russian).

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

© Светлана Сергеевна Москвина, Сергей Рудольфович Томс

ОБУЗ Ивановская областная клиническая больница. 153040, г. Иваново, ул. Любимова, 1

Контактная информация: Светлана Сергеевна Москвина, к. м. н., заместитель главного врача по педиатрии.
E-mail: cweta_s@mail.ru

РЕЗЮМЕ: В Ивановской области сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи детям. Первый уровень — центральные районные больницы, второй уровень — межрегиональные районные центры, третий уровень — ОБУЗ Ивановская областная клиническая больница и ОБУЗ Областная детская клиническая больница. На базе ОБУЗ Ивановская областная клиническая больница сформированы структурные подразделения по наиболее значимым нозологиям — Школа диабета, кабинет диагностики ретинопатии новорожденных, сурдологический центр. Выстраивание трехуровневой системы оказания медицинской помощи и создание узкоспециализированных структурных подразделений позволяет повысить доступность медицинской помощи и качество лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: организация специализированной медицинской помощи детям; детская поликлиника; трехуровневая система оказания медицинской помощи.

ORGANIZATION OF SPECIALIZED MEDICAL CARE FOR THE CHILDREN OF IVANOVO REGION

© Svetlana S. Moskvina, Sergei R. Toms

Ivanovo Regional Clinical Hospital. Lyubimova str., 1. Ivanovo, Russia, 153040

Contact Information: Svetlana S. Moskvina — MD, PhD, Deputy Chief Physician for Pediatrics. E-mail: cweta_s@mail.ru

ABSTRACT: A three-level system to provide medical care to children has been formed in Ivanovo region. The first level is composed by central regional hospitals, the second level is formed by interregional district centers, the third level is composed by Oblast Ivanovo Regional Clinical Hospital and the Regional Children's Clinical Hospital. Such structural subdivisions for the most significant nosologies have been formed as the School of Diabetes and the Department of Diagnostics of Newborn Retinopathy on the basis of the Municipal Educational Institution of Ivanovo Regional Clinical Hospital. The alignment of the three-level system of medical care and the creation of highly specialized structural units make it possible to increase the availability of medical care and the quality of treatment.

KEY WORDS: organization of specialized medical care for children; children's hospital; three-level system of medical care.

В статье 34 ФЗ №323 от 21.11.2012 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» указано, что специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и

лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию [1]. В этом же законе отмечено, что данный вид помощи оказывает-



Рис. 1. Трехуровневая система организации медицинской помощи детям

ся в условиях круглосуточного или дневного стационара.

В Ивановской области сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи детям. Первый уровень — центральные районные больницы, второй — 6 межрайонных центров и ОБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», 3 уровень — ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» и «ОБУЗ Областная детская клиническая больница» (рис. 1).

В соответствии с приказами Департамента здравоохранения о коечной мощности, распределение коечного фонда выглядит следующим образом: круглосуточный стационар педиатрического профиля организован в 8 районах Ивановской области: Тейковский (15 коек), Фурмановский (15 коек), Комсомольский (5 коек), Шуйский (25 коек), Вичугский (15 коек), Род-

никовский (10 коек), Южский (5 коек). В Кинешемском, самом крупном районе Ивановской области, организовано 50 коек круглосуточного стационара педиатрического профиля и 10 коек неонатологического профиля (второй этап выхаживания новорожденных). ОБУЗ Кинешемская ЦРБ обслуживает Кинешемский, Заволжский и Юрьеvecкий районы, что составляет около 30 тысяч детей. Инфекционные койки для детей располагаются в Шуйском (10 коек), Кинешемском (20 коек), Фурмановском (15 коек) районах и в ОБУЗ Ивановская городская клиническая больница № 1. В 14 из 18 районов Ивановской области развернуты койки дневного пребывания педиатрического профиля.

Первичная специализированная медицинская помощь детям сконцентрирована в двух медицинских организациях — консультативно-диагностической поликлинике для детей ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» и городском консультативно-диагностическом центре для детей ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4». Основными учреждениями Ивановской области, которые оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детям, являются ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница», ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» (рис. 2).

Консультативно-диагностическая поликлиника для детей обслуживает все детское население Ивановской области (за исключением г. Иваново), т. е. около 90 тысяч человек. Работу ведут врачи по 15 специальностям (аллерголог, гастроэнтеролог, эндокринолог, кардиолог, ревматолог, уролог, хирург, гематолог, онколог, не-



Рис. 2. Схема специализированной медицинской помощи

вролог, нефролог, лор, офтальмолог, пульмонолог, сурдолог).

За 2017 год поликлинику посетило 49489 детей в возрасте от 0 до 18 лет, что составляет 26,6% детского населения Ивановской области. Наиболее востребованные специалисты — невролог (12,6% от общего числа посещений), офтальмолог (10,5%), уролог (9,7%), лор (9,3%), гематолог (9%).

В составе ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» семь отделений для детей — кардиоревматологическое на 30 коек, гастроэндокринологическое на 30 коек круглосуточного и 5 коек дневного пребывания, психоневрологическое на 25 коек, отделение гематологии, химиотерапии и онкологии на 25 коек, уроандрологическое отделение на 20 коек круглосуточного и 5 коек дневного пребывания, офтальмологическое на 20 коек круглосуточного и 5 коек дневного пребывания, лор отделение на 30 коек, 3 койки челюстно-лицевой хирургии для детей и 1 койка по профилю сердечно-сосудистой хирургии.

За 2017 год в детские отделения госпитализировано 6846 детей, в возрасте от 28 дней до 18 лет. Наибольшее количество госпитализаций осуществлено в оториноларингологическое отделение для детей — 23,2%. Примерно в половине случаев (55,6%) пациенты поступали для проведения плановой аденэктомии. Около 17% пациентов пролечены в отделении офтальмологии для детей, где основным показанием к госпитализации являлось лечение миопии (50%). В урологическое отделение для детей количество госпитализаций составило 15% от общего числа. Т. о. востребованность хирургических отделений является наиболее высокой, что связано с централизацией данных видов помощи детям и дефицитом кадров на уровне первичной специализированной медико-санитарной помощи на амбулаторном этапе, особенно в районах Ивановской области.

Достаточно высоким в 2017 году остается показатель аномалий развития различных органов и систем — 9% от общего числа госпитализаций. Наиболее часто встречаются врожденные аномалии развития сердечно-сосудистой системы. Примерно 3% от всех госпитализаций — это травмы и отравления различной степени. Стабильно высоким остается количество госпитализаций детей с сахарным диабетом, около 95% детей, стоящих на диспансерном учете в Ивановской области с данным заболеванием, ежегодно проходят стационарное лечение.

С учетом порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология» и стандарта оказания специализированной медицинской помощи детям с инсулинозависимым сахарным диабетом, на базе гастроэндокринологического отделения в 2017 году организована Школа диабета, где проводятся занятия с детьми, страдающими сахарным диабетом, и их родителями [2,3]. Около 70% пациентов поступают с кетоацидозом, что говорит о недостаточном самоконтроле заболевания и неполном осознании важности и значимости правильного питания и режима в лечении сахарного диабета. Школа осуществляет следующие функции: оказание консультативной помощи детям и их родителям (законным представителям), обучение технике введения инсулинов, обучение проведению уровня самоконтроля уровня глюкозы в крови, обучение детей и их родителей навыкам здоровьесберегающего образа жизни, включая правильное питание. В настоящее время Всемирная Организация Здравоохранения официально признала обучение полноценным методом лечения хронических заболеваний, по значимости равным медикаментозному и хирургическому [4].

За период 2017 года в ОБУЗ Ивановская областная клиническая больница выполнено 218 случаев высокотехнологичной медицинской помощи детям, по следующим профилям — оториноларингология, гастроэнтерология, урология, онкология, гематология, офтальмология. Так, при язвенном колите и болезни Крона 3 и 4 степени активности, гормонозависимых и гормонорезистентных формах, тяжелой форме целиакии применяется поликомпонентная терапия генно-инженерными лекарственными препаратами под контролем иммунологических, морфологических, гистохимических инструментальных исследований. При онкологических заболеваниях проводится комплексная и высокодозная химиотерапия острых лейкозов, высококачественных лимфом, рецидивов и рефрактерных форм лимфопролиферативных и миелолифолиферативных заболеваний. По профилю урология выполняются реконструктивно-пластические операции на органах мочеполовой системы.

На базе консультативно-диагностической поликлиники для детей функционирует сурдологический центр, в котором проводится второй этап аудиологического скрининга новорожденных. За 2017 год скрининг прошли 93 ребенка, нарушения слуха, требую-

щего кохлеарной имплантации, выявлено не было.

В детском офтальмологическом отделении организован кабинет ретинопатии недоношенных. Ретинопатия недоношенных является одной из актуальных проблем детской офтальмологии. Это связано, в том числе, с увеличением количества преждевременных родов и выхаживанием большого числа недоношенных. Раннее выявление, динамическое наблюдение и лечение ретинопатии является фактором снижающим инвалидизацию недоношенных детей [5]. За 2017 год в кабинете ретинопатии принято 142 пациента, что составило 23% от общего количества детей, рожденных недоношенными в Ивановской области. У 30% выявлена ретинопатия, 3 ребенка прооперированы по высоким технологиям.

Выстраивание четкой модели трехуровневой системы оказания медицинской помощи, формирование отдельных структурных подразделений внутри медицинских организаций по наиболее значимым нозологиям позволяют повысить доступность и качество оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ. Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 16.01.18).
2. Приказ Министерства здравоохранения России от 12.11.2012 №908н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “детская эндокринология”». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_139609/ (дата обращения 16.01.18).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 707н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при инсулинзависимом сахарном диабете». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142196/ (дата обращения 16.01.18).
4. Терапевтическое обучение больных. Программы непрерывного обучения для работников здравоохранения в области профилактики хронических заболеваний. Отчет рабочей группы ВОЗ, 1998. М.; 2001.
5. Дегтярев Д.Н., Кан И.Г., Асташева И.Б., Дегтярева А.В. Частота и тяжесть проявления ретинопатии у недоношенных детей в зависимости от уровня

организации перинатальной и неонатологической помощи. Сб. трудов науч.-практ. конф. с международным участием «Ретинопатия недоношенных — 2013». М.; 2013: 57–61.

REFERENCES

1. Federal'nyy zakon «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii» ot 21.11.2011 N 323-FZ. [The federal law «On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation» of November 21, 2011 N 323-FZ]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (accessed 16.01.18). (in Russian).
2. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossii ot 12.11.2012 №908n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilu “detskaya endokrinologiya”». [Order of the Ministry of Health of Russia from 12.11.2012 № 908n «On approval of the order of rendering medical aid on the profile of “pediatric endocrinology”»]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_139609/ (accessed 16.01.18). (in Russian).
3. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 9 noyabrya 2012 g. № 707n «Ob utverzhdenii standarta spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi detyam pri insulinzavisimom sakharnom diabete». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 9, 2012 No. 707n «On approval of the standard of specialized medical care for children with insulin-dependent diabetes mellitus»]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142196/ (accessed 16.01.18). (in Russian).
4. Terapevticheskoe obuchenie bol'nykh. Programmy nepreynvogo obucheniya dlya rabotnikov zdravookhraneniya v oblasti profilaktiki khronicheskikh zabolevaniy. Otchet rabochey gruppy VOZ, 1998. [Therapeutic training of patients. Continuing education programs for health workers in the field of chronic disease prevention. Report of the WHO Working Group, 1998]. М.; 2001.
5. Degtyarev D. N., Kan I. G., Astasheva I. B., Degtyareva A. V. Chastota i tyazhest' proyavleniya retinopatii u nedonoshennykh detey v zavisimosti ot urovnya organizatsii perinatal'noy i neonatologicheskoy pomoshchi. Sb. trudov nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodnym uchastiem «Retinopatiya nedonoshennykh — 2013». [Degtyarev DN, Kan IG, Astasheva IB, Degtyareva AV Frequency and severity of manifestation of retinopathy in premature infants depending on the level of organization of perinatal and neonatal care. Sat. works of scientific-practical. Conf. with international participation “Retinopathy of prematurity — 2013]. М.; 2013: 57–61.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 37» С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

© Андрей Борисович Смирнов

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 37». 191126, Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 18

Контактная информация: Андрей Борисович Смирнов — врач хирург СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 37». E-mail: poliklinika37@mail.ru

РЕЗЮМЕ: Наиболее частым из дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата (ДДЗОДА) является остеоартроз (ОА), проявляющийся дегенерацией суставного хряща, развитием краевых остеофитов, деформацией сустава, создающий ряд социально-экономических проблем в виде потери трудоспособности, инвалидизации, вызывающей ухудшение качества жизни и значительные финансовые затраты. Клиническая диагностика остеоартроза затруднена. Это связано с рядом факторов: часто бессимптомностью болезни, различием между рентгенологической картиной и клиническими проявлениями, несоответствием данных артроскопии и рентгенографии пораженных суставов, отсутствием надежных биологических маркеров хрящевого метаболизма, отражающих прогрессирование остеоартроза и имеющих прогностическое значение, индивидуальными для каждой локализации остеоартроза критериями оценки. В лечении ОА ведущим является эффективное и безопасное обезболивание, противовоспалительная терапия с минимальным риском развития осложнений, замедление и/или остановка прогрессии заболевания, улучшение качества жизни пациентов. На базе хирургического отделения СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 37» было проведено лечение 180 пациентов с гонартрозом 1–3 ст., имевших сроки заболевания 6 месяцев — 10 лет. В статье представлена оценка результатов лечения данных пациентов, период наблюдения составил 2014–2016 гг., исследование имело сплошной характер.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: остеоартроз; гонартроз; полиостеоартроз; нестероидные противовоспалительные препараты.

TREATMENT OF DEGENERATIVE-DYSTROPHIC DISEASES OF MUSCULOSKELETAL APPARATUS AT SURGICAL DEPARTMENT OF SAINT-PETERSBURG «CITY HOSPITAL № 37» IN THE VIEW OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

© Andrey B. Smirnov

SPb «City polyclinic № 37». Pravdy str., 18. Saint-Petersburg, Russia, 191126

Contact information: Andrey Smirnov — surgeon, SPb “City hospital № 37”. E-mail: poliklinika37@mail.ru

ABSTRACT: The most common of degenerative-dystrophic diseases of musculoskeletal apparatus is osteoarthritis (OA) characterized by degeneration of articular cartilage, development of marginal osteophytes, joint deformation, creating a number of social-economic problems in the form of

disability causing deterioration in the quality of life and considerable financial costs. Clinical diagnosis of osteoarthritis is difficult to make. This is due to a number of factors: asymptomatic disease, some difference between the x-ray picture and clinical manifestations, nonconformity of arthroscopy and radiography of the affected joints, lack of reliable biological markers of cartilaginous metabolism, reflecting the progression of osteoarthritis and having a prognostic value, individual for each localization of osteoarthritis evaluation criteria. In the treatment of OA the main role is given to effective and safe analgesia, anti-inflammatory therapy with minimal risk of complications, slowing and/or stopping the progression of the disease, improving the quality of patients life. Surgical department of SPb "City polyclinic № 37" treated 180 patients with gonarthrosis of 1–3 degree, the duration of the disease was 6 months — 10 years. The article presents an assessment of the results of treatment of these patients, the observation period was 2014–2016, the study had a continuous character.

KEY WORDS: osteoarthrosis; gonarthrosis; polyosteoarthrosis; nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

По данным литературы, остеоартроз описывается у 6,4–12% обследованных пациентов. Заболеваемость остеоартрозом резко увеличивается с возрастом, достигая трети населения в пожилом и старческом возрастах. Среди больных остеоартрозом в молодом возрасте преобладают мужчины, а в пожилом возрасте — женщины [2, 5].

При медленно прогрессирующих манифестных формах полиостеоартроза в пожилом и старческом возрасте наиболее часто отмечено параллельное поражение дистальных межфаланговых суставов кисти, коленных суставов и суставов поясничного отдела позвоночника. Именно параллельное вовлечение суставов верхних, нижних конечностей и позвоночника отличает полиостеоартроз (ПОА) и ОА с локальной суставной патологией. За ними по частоте встречаемости следуют изменения шейного, грудного отделов позвоночника, плечевых, голеностопных, тазобедренных суставов и совсем редко — локтевых и лучезапястных.

Коморбидные состояния (артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиперхолестеринемия, заболевания почек) часто сопровождают ОА, что может быть одним из критериев его первичного выявления.

Все лекарственные средства из группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) обладают симптоматическим действием, уменьшая болевой синдром и явления воспаления, но в то же время отрицательно действуя на сердечно-сосудистую систему и органы желудочно-кишечного тракта, на процессы восстановления хряща и могут быть использованы лишь как вспомогательные.

Данное исследование основано на анализе лечения 180 пациентов с гонартрозом 1–3 ст.

в период с 2014 г. по 2016 г. Давность заболевания от 6 месяцев до 10 лет. Среди обратившихся преобладали женщины — 148 человек. Возраст больных составил от 36 до 73 лет. Больные в исследуемых группах не дифференцировались между собой по возрасту, полу, средней длительности заболевания, степени функциональных нарушений в суставах. При рентгенологическом обследовании определялась степень (стадия) гонартроза, которая в процессе лечебных мероприятий оценивалась только клинически. Из методов обследования использовались: рентгенологическое обследование по общепринятой методике в прямой и боковой проекциях (оценка результата по Келлгрону-Лоренсу), УЗИ коленных суставов [6], гониометрия для определения объема движений в коленных суставах, ВАШ — визуально-аналоговая шкала боли с оценкой интенсивности боли, индекс боли Лекена [3], клинико-биохимическое исследование крови и мочи.

При остром воспалительном процессе в виде болевого синдрома, отека и ограничения объема движений нами весьма успешно, исключая больных с наличием противопоказаний, использовалось внутрисуставное и параартикулярное введение дипропана (бетаметазона дипропионат) в дозе 1,0 мл. (n = 101) [1, 4]. Оценка результата в виде уменьшения болевого синдрома, отека и увеличения объема движений производилась через 7, 14, 60 дней после введения. Одного введения, как правило, хватало, чтобы купировать острые проявления болезни. Тем пациентам, у кого болевой синдром сохранялся, проводилось повторное введение препарата в той же дозе через 2 недели. Третье введение не проводилось, даже если клиника болезни сохранялась, для исключения

проявления возможных побочных эффектов. У 9 человек в течение 1–2 дней после введения препарата отмечались «скачки» артериального давления, снимавшиеся гипотензивными препаратами (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, более эффективным оказалось внутрисуставное введение дипроспана с наименьшим числом осложнений в виде подъема артериального давления, что можно объяснить системным глюкокортикоидным действием и быстрым всасыванием препарата при параартикулярном введении. Кристаллы дипроспана, в отличие, например, от полигональных кристаллов кеналога, имеют округлую форму, что предотвращает травмирование хрящевой ткани сустава при физической нагрузке на него.

Местно назначались мази и пероральные формы НПВП (диклофенак — табл. по 50 мг 2 раза в день, он же в виде мази, геля и ректальных суппозиториях, найз 100 мг по 1 табл. 2 раза в день) коротким курсом до 5–7 дней, сеансы физиотерапии.

После стихания остроты процесса и в «холодном» периоде ОА с хорошим результатом использовалось интрасуставное и внутримышечное введение хондропротекторов (n=73) (так называемых медленно действующих препаратов — МДП, основные из которых — хондроитин сульфат и глюкозамин гидрохлорид) курсами 2 раза в год (алфлутоп по 2 мл интрасуставно 2 раза в неделю № 6 с последующим в/м введением по 1 мл № 20) (табл. 2).

Из данных таблицы №2 следует, что при совместном последовательном применении внутрисуставных и внутримышечных инъекций алфлутопа [3] результат примерно на 23% лучше, чем при только внутримышечном введении. Осложнения в виде усиления болей при внутрисуставном введении отмечалось у 2 пациентов (4,1%), в виде местно-аллергических реакций — у 3 (6,1%), которые снимались приемом антигистаминных препаратов (кестин 20 мг 1 р/день № 7–10) и приемом НПВП (найз 100 мг 2р/д 5–7 дн.). Улучшение выражалось в уменьшении болевого синдрома, улучшении подвижности суставов, снижении боли по ВАШ и показателей индекса Лекена.

Перорально назначался терафлекс, содержащий 400 мг хондроитина сульфата и 500 мг глюкозамина гидрохлорида, в течение 3 мес. 2 р. в год в дозе, рекомендуемой производителем (в течение 3 недель по 1 капсуле 3 раза в день и далее по 1 капсуле 2 раза в день в течение 3 месяцев). Данные препараты обладают хондромодифицирующим действием, предупреждают деградацию хряща.

Кроме того, в лечении ОА нами использовались ортопедические мероприятия в виде ношения ортезов в период обострения, корригирующей ортопедической обуви при функциональном укорочении конечности при сопутствующей сколиотической деформации позвоночника и перекосе таза, а также все способы реабилитации в виде ФТЛ, ЛФК, массажа.

На фоне нормализации образа жизни в виде сбалансированного питания, качествен-

Таблица 1

Результаты лечения пациентов в зависимости от способа введения дипроспана

Способ введения дипроспана	Число пациентов	Результат					
		Улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
Интрасуставное	52	41	78,8	4	7,7	7	13,5
Параартикулярное	12	7	58,3	3	25	2	16,7
Всего	64	48	75	7	10,9	9	14,1

Таблица 2

Способы применения алфлутопа

Применение алфлутопа	Число пациентов	Результат					
		Улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Внутрисуставно и внутримышечно	17	14	82,4	2	11,8	2	11,8
Внутримышечно	22	13	59,1	6	27,3	3	13,6
Всего	49	27	55,1	8	16,3	5	10,2

Таблица 3

Результат лечения остеоартроза

Стадия ОА	Число пациентов	Результат					
		Улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1 ст.	58	53	91,4	4	6,9	1	1,7
2 ст.	41	31	75,6	8	19,5	2	4,9
3 ст.	14	6	42,9	3	21,4	5	35,7
Всего	113	90	79,6	15	13,3	8	7,1

ной питьевой воды, организации режима труда и отдыха, адекватной физической нагрузки и коррекции часто избыточного веса, а также проводимых лечебных мероприятий значительно улучшилось состояние пациентов, достоверно снизились показатели индекса ВАШ и индекса боли Лекена: у больных с ОА 1 ст. функции сустава восстановились полностью в 91,4%, с ОА 2 ст. — улучшение составило у 75,6% больных, с ОА 3 ст. — у 42,9% (табл. 3).

Из таблицы №3 видно, что наибольших успехов в лечении можно добиться у больных с незапущенными проявлениями гонартроза, в то время как у пациентов с 3 стадией процесс лечебного воздействия не всегда приводит к желаемому результату.

ВЫВОДЫ

Таким образом, раннее выявление начальных признаков ОА, рациональная комплексная терапия с применением глюкокортикоидов (дипропан) при обострении заболевания и структурно-модифицирующих препаратов (алфлутоп, терафлекс) комбинированным способом (внутриартикулярно, внутримышечно и перорально), после снятия острых проявлений, методы ФТЛ, ЛФК с коррекцией диетических пристрастий и избыточного веса, адекватная физическая нагрузка ведут к замедлению болезни, уменьшению выраженности болевого синдрома, повышают уровень доверия к врачу, улучшают прогноз заболевания, позволяют отсрочить или исключить эндопротезирование сустава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Ковалев В.Ю. Глюкокортикоиды в ревматологии. М.; 1998.
2. Мазурова В. И., Лила А. М., Стернина Ю.И. Системная энзимотерапия. СПб.; 1996.

3. Бадюкин В.В. Терапия остеоартроза. Фокус на биологическую активность и клиническую эффективность. Лечащий врач. 2017; N 4: 2–7.
4. Живолупов С.А., Самарцев И.Н. Малоинвазивная терапия (блокады) в неврологии. М.; 2016.
5. Насонова В.А., Цветкова Е.С. Современные принципы лечения остеоартроза. II Международная научно-практическая конференция «Пожилой больной. Качество жизни». М.; 1998.
6. Шастина В.Р. Значение ультразвукового двумерного сканирования в оценке состояния различных структур коленного сустава у больных ревматоидным артритом. Автореф. дис... канд. мед. наук. М.; 1988.

REFERENSIS

1. Nasonov E.L., Chichasova N. V., Kovalev V. YU. Glyukokortikoidy v revmatologii. [Glucocorticoids in rheumatology]. M.; 1998.
2. Mazurova V.I., Lila A. M, Sternina YU. I. Sistemnaya ehzimoterapiya. [Systemic enzyme therapy]. SPb.: 1996.
3. Badokin V.V. Terapiya osteoartroza. Fokus na biologicheskuyu aktivnost' i klinicheskuyu ehffektivnost'. [Focus on the biological activity and clinical efficacy]. Lechashchij vrach. 2017; N 4: 2–7.
4. Zhivolupov S. A., Samarcev I.N. Maloinvazivnaya terapiya (blokady) v nevrologii. [Minimally invasive therapy (blockade) in neurology]. M.; 2016.
5. Nasonova V.A., Cvetkova E. S. Sovremennye principy lecheniya osteoartroza. [Modern principles of treatment of osteoarthritis]. II Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferenciya «Pozhiloy bol'noj. Kachestvo zhizni». M.; 1998.
6. SHastina V.R. Znachenie ul'trazvukovogo dvumernogo skanirovaniya v ochenke sostoyaniya razlichnyh struktur kolennogo sustava u bol'nyh revmatoidnym artritom. [The value of the ultrasonic two-dimensional scanning in the assessment of the various structures of the knee joint in patients with rheumatoid arthritis]. PhD thesis. M.; 1988.

ЭТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ АНТИВАКЦИНАЛЬНОМУ ДВИЖЕНИЮ

© *Ольга Иосифовна Кубарь¹, Галина Львовна Микиртичан², Асмик Жораевна Асатрян³*

¹ ФБУН Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера. 197101, Санкт-Петербург, Петроградский р-н, ул. Мира, 14

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

³ Многопрофильная клиника ООО «Стомамедсервис». 188300, Ленинградская область, г. Гатчина, пр. 25 Октября, дом 16

Контактная информация: Галина Львовна Микиртичан — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: glm306@yandex. ru

РЕЗЮМЕ: Современное состояние и прогнозируемый успех управления инфекционным процессом помимо объективных факторов, связанных с достижениями в разработке действенных (эффективных и безопасных) вакцин, напрямую зависит от приверженности общества к принятию и осуществлению вакцинации. Существенную роль в данном процессе имеет негативное влияние антивакцинального движения, формирующего недоверие к вакцинации. В представленной работе на основе реальных примеров из истории вакцинации прослежено значение баланса этических принципов и дан анализ этических конфликтов, возникающих в ходе разработки и использования вакцин, с целью кристаллизации причин, способных спровоцировать развитие антивакцинального движения. Показана тесная взаимосвязь между соответствием данного принципа в процессе всего цикла вакцинации и уязвимостью в отношении доводов и действий антивакцинального лобби. Для формирования приверженности общества к вакцинации необходимо создание открытого информационного пространства между лицами, ответственными за вакцинацию, и обществом. Особое значение имеет гармонизация и солидарность всех лиц и структур, вовлеченных в процесс вакцинопрофилактики, на местном, национальном, региональном и глобальном уровнях в повсеместном следовании и исполнении универсальных этико-правовых принципов: научная честность и социальная целесообразность, справедливость, недискриминация, открытость и преодоление конфликта интересов. Методология данной работы построена на анализе и выявлении этических погрешностей в проведении вакцинации с точки зрения их значения для формирования почвы к антивакцинальному движению. В целом, представленная работа предусматривает поиск и обеспечение баланса этических стандартов и формирование партнерства и взаимодействия с гражданским обществом для достижения оптимальных результатов в деле защиты от инфекций путем применения вакцин.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вакцинация; антивакцинальное движение; этические стандарты; приверженность к вакцинации; информированность; права человека; региональное сотрудничество.

ETHICAL CONCEPTION OF THE COUNTERMEASURES TOWARDS ANTI-VACCINATION MOVEMENT

© *Olga I. Kubar¹, Galina L. Mikirtichan², Hasmik Zh. Asatryan³*

¹ Federal State Saint Petersburg Pasteur Research Institute of Epidemiology and Microbiology. Mira str. 14, Saint-Petersburg, Russia, 197101

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

³ Multidisciplinary clinic «Stomamedservis». 25 October Ave., 16. Gatchina, Leningrad Region, Russia, 188300

Contact Information: Galina L. Mikirtichan — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Humanities and Bioethics.
E-mail: glm306@yandex.ru

ABSTRACT: Current condition and predicted success of infectious process management besides the objective factors connected with the achievements in effective and safe vaccines development, directly depends on the society adherence to vaccination acceptance and realization. A negative influence of anti-vaccination movement that promotes mistrust to vaccination has an essential role in the process. On the basis of real examples from vaccination history the article gives the analysis of ethical principles balance significance and ethical conflicts occurring within the vaccine development and use course to identify the exact reasons capable to provoke the development of anti-vaccination movement. There is underlined a close correlation between the conformity of the principle to the course of general vaccination cycle and vulnerability concerning anti-vaccination lobby arguments and actions. To form the society adherence to vaccination it is necessary to create an open information field between the persons responsible for vaccination and the society. Harmonization and solidarity of all persons and structures involved in the process of vaccinal prevention within local, national, regional, and global levels are characterized by a specific significance in universal following up and execution of universal ethical-legal principles: scientific honesty and social expediency, justice, non-discrimination, openness and overcoming of the conflict of interests. The methodology of the work is made on the analysis and revealing of ethical errors in vaccination performance from the point of view of their value to form anti-vaccination movement. In general the article provides some search and maintenance of balance of ethical standards and formation of partnership and interaction with a society to achieve the optimum results in protection against infections by vaccination.

KEY WORDS: vaccination; anti-vaccination movement; ethical standards; adherence to vaccination; awareness; human rights; regional cooperation.

Представляя вакцинацию, как движение, направленное на профилактику инфекционных заболеваний путем применения иммунобиологических препаратов, одновременно возникает образ подразумеваемого встречного, а скорее, противоположного движения — антивакцинаторство. Во взаимодействии этих двух понятий, в определенной мере реализуется логическая суть классического третьего закона Ньютона, который, рассматривался самим Ньютоном (как и два другие его закона), как «математические начала натуральной философии» (1687), отражая философское суждение: «На каждое наше действие у Вселенной есть определенное противодействие». Согласно современной формулировке, третий закон Ньютона утверждает: «сила действия равна по модулю и противоположна по направлению силе противодействия». Сравнение закона с ситуаций «вакцинопрофилактика — антивакцинаторство», безусловно, можно считать весьма искусственным, если не учитывать исторический факт возникновения антивакцинаторства фактически одновременно с вакцинацией. Кроме того, в формате наших методологических рассуждений имеет значение разделение

формулы закона на две составляющие: «сила действия равна по модулю силе противодействия» и «сила действия и противодействия противоположна по направлению».

Касательно явлений «вакцинопрофилактика — антивакцинаторство», оба эти тезиса неабсолютные, так как в первом случае не работает равенство модулей вакцинации и антивакцинального движения, а во втором случае обе силы по заявленным целям действуют в одном направлении — охрана здоровья. На самом деле, существующая сложность взаимодействия может быть объяснена так называемым «человеческим фактором», поскольку, как истинное содержание, так и трактовка действий в обоих случаях (вакцинопрофилактика — антивакцинаторство) совершается людьми. Это позволяет говорить о базисном принципе приверженности к личностной ответственности за соблюдение морально-этических норм, правомерной в отношении отдельной личности, группы лиц и общественной формации любого типа. Именно этот принцип обосновывает с методической точки зрения построение данной статьи с ориентиром на определение возможности формирования полноценного диалога

с гражданским обществом, как единственным постоянным участником и объектом влияния в формате противостояния сторонников и противников вакцинации. Такая возможность представляется реальным и этически приемлемым шагом, ведущим к прорыву в противодействии антивакцинального движения.

Все проблемы, порожденные антивакцинальным движением, можно рассматривать в аспекте их сопряженности с универсальными этическими принципами, а реальные факты служат примером и иллюстрацией для их понимания. Это, тем более, возможно и достаточно, так как к настоящему времени существует серьезный ресурс анализа антивакцинального движения и большой массив публикаций на данную тему, включающий описание истории и современного состояния антивакцинаторства в разных странах мира и, конкретно, в Российской Федерации [9–12, 15]. Во всеобъемлющих обзорах можно найти положения, касающиеся аргументации и критики антивакцинального движения, позиции со стороны религиозных конфессий, и, в частности, РПЦ, эксплуатации проблемы безопасности и исхода эпизодов массовых отказов от вакцинации, имеющих место в истории вакцинации, начиная с XVIII века и до наших дней [1, 2, 4, 5, 14]. Не претендуя на построение хронологического ряда ситуаций, ставших основой развития антивакцинаторства, задача нашей работы сводится к проведению анализа кризисных ситуаций и этических ошибок вакцинации, которые и послужили/служат поводом для формирования антивакцинального движения. При этом важно учитывать, что шкала противодействия всегда зависит от социально-культурного и политико-экономического уровня общественной формации.

Как известно, уже на заре эры вакцинации, вскоре после разработки Э. Дженнером первой противооспенной вакцины, основным аргументом антивакцинальных протестов служили религиозные соображения. Использование сторонниками антивакцинаторства религиозных мотивов имеет место и в современности, зачастую искажая истинную позицию религиозных конфессий или эксплуатируя религиозные каноны и догмы в антигуманных целях, что всегда противоречит духовному содержанию любой религиозной школы и приводит к серьезным негативным последствиям, свидетельством чего в наши дни, в частности, служат вспышки кори в отдельных закрытых религиозных общинах (Нидерланды, 2000 г.; Бельгия, 2016–2017 гг.).

Организованные формы антивакцинального движения приняло уже во второй половине XIX века, когда в Англии в 1866 году была создана Национальная Лига Антивакцинации, а через 13 лет в США (1879) — Американское общество антивакцинации. К этому времени уже стали очевидными как позитивные результаты, так и реальные проблемы вакцинации. Изменился и основной мотив антивакцинальной агитации с упором на три главные аргумента: не всегда очевидная (или признаваемая) эффективность, небезопасность и тоталитарность (обязательность/мандатность) при организации мероприятий. Противники вакцинации уже не могли не признавать пользы профилактики инфекционных заболеваний, поэтому вместо применения вакцин все более часто рекомендовались методы альтернативной медицины. Последнее, так же как религиозный аргумент, сохраняет силу до настоящего времени, имея дифференцированную популярность в различных культурных и экономических условиях, иногда в завуалированной форме прикрывая неспособность уполномоченных на то структур и органов, по политическим, экономическим, коррупционным или другим конфликтным причинам, обеспечить население эффективной защитой от инфекций.

Поразительным является и тот факт, что в странах, где у вакцинации были самые большие успехи, сегодня отмечается и самое высокое недоверие к вакцинам. Вакцинация стала источником страха и целью дезинформации, поскольку в течение нескольких последних десятилетий эпидемиологического благополучия было забыто разрушительное влияние на человечество многих инфекций. Другими словами, главным врагом иммунизации оказался успех, продемонстрированный вакцинами, так как он заставил людей полагать, что некоторые болезни уже исчезли с лица Земли.

Сегодня, по-прежнему, причины недоверия к вакцинации имеют многофакторный характер, и поэтому должны рассматриваться с учетом разных аспектов. Сохраняя все коренные черты, присущие антивакцинаторству, заключающиеся в популяризации сомнений в духовной и правовой стороне вмешательства при вакцинации, а также гиперболизации/утрировании небезопасности вакцин, современное антивакцинаторское движение приобрело новую особенность — неконтролируемость, а зачастую и полную анонимность подачи информации, массивность ее объема, сроков и скорости распространения путем использова-

ния современных средств связи, и, прежде всего, интернета.

В то же время, следует признать, что почва антивакцинаторства питается не только и не столько благами технического прогресса, сколько, как и во все времена, строит свою политику на несовершенствах вакцинопрофилактики. Первым и фундаментальным объектом критики служит не всегда совершенная научная база создания вакцин, так как научная и социальная значимость любого препарата является каноном этики, как на стадии исследования, так и на стадии применения. Почему необходимо акцентировать внимание на данном тезисе в аспекте длительности всей «жизни» вакцины? Во-первых, в ходе любого исследования существует и работает так называемое правило «пяти ограничений»: по численности наблюдений, по выборке с учетом критериев включения/исключения, по времени наблюдения, по оценке только на основе включенных в протокол тестов и, наконец, по лимитированности мнения и выводов по результатам исследования, поскольку они основаны только на суждениях небольшого числа исследователей. Внедрение любого препарата в медицинскую практику всегда расширяет спектр его применения и таким образом не снимает задачу наблюдения, изучения и корректировки основных показаний/противопоказаний. Кроме того, возможна ситуация одновременного использования в практике разных поколений вакцин, отличающихся по совершенству научного дизайна и тем самым различных по основным характеристикам: эффект и безопасность. Из сказанного выше очевидно, что дефицит научной обоснованности, с чем бы он ни был связан, всегда представляет особый объект и повод нападок антивакцинаторов. В этом случае, справедливые упреки в адрес антивакцинального движения об отсутствии научного обоснования в распространяемой информации, могут быть парированы, поскольку ненаучная база всегда рождает ненаучную обратную реакцию. Также важно, что пробелы научного знания, допущенные при проведении вакцинации и не доведенные до сведения и понимания обществом, в равной мере, как и несвоевременный переход на новый уровень научных технологий, не может быть оправдан социальной целесообразностью использования таких препаратов. Таким образом, подобная ситуация может служить первым примером *«своеобразного равенства модулей вакцинации и антивакцинального движения»*, отмеченного ранее.

Продолжая тематику главенства знания (научной целостности информации), вновь необходимо подчеркнуть, что тезис *«неэтично не знать и рекомендовать»* относится к обеим сторонам: и сторонникам, и противникам вакцинации. Для того чтобы объективно противостоять противникам вакцинации и завоевывать ресурс доверия общества, надо постоянно накапливать знания о пользе/вреде вакцин, на этом основании оперативно совершенствовать препараты и политику вакцинации, последовательно доводить новую информацию до сведения, понимания и принятия обществом. Если нет достаточных знаний или существующие препараты сделаны на уровне научно-технологических возможностей, не обеспечивающих оптимальный баланс пользы/риска, образцом возможного решения ответственных за политику вакцинации структур может стать прекращение/приостановка применения вакцинного препарата до момента снятия риска путем направленного и приоритетного совершенствования препарата.

В истории вакцинации на государственном уровне такая ситуация имела место при введении моратория на использование вакцины против коклюша в Швеции в 1979–1996 гг. Значимым являлась согласованность действий всех лечебно-профилактических служб и населения в плане информированности об угрозе инфицирования, настороженности, следования рекомендациям, что даже при факте заболевания коклюшем более 60% детей младше 10 лет за весь период моратория, состояние медицинского обслуживания (диагностика, лечение) и исходы заболевания не достигали критических цифр.

Обратный пример, подрыва доверия гражданского общества имел место в те же годы в Великобритании (1970–1980 гг.). Проблема так же касалась вакцины против коклюша, вызывающей большое число побочных реакций. Был допущен «двойной стандарт» в отношении информирования общества. С одной стороны, все медийные каналы оповестили об опасности вакцинации, а органы здравоохранения продолжали утверждать, что вакцина соответствует стандарту эффективности и безопасности. Подобные противоречия серьезно подорвали доверие общества, охват вакцинацией снизился с 81% до 31%, в результате чего развилась тяжелая эпидемия коклюша. Только после этого уполномоченные на то органы осуществили шаги по дополнительному изучению вакцины, ввели необходимые изменения в ее использование и донесли правдивую информацию до об-

щественности, что позволило скорректировать приверженность к вакцинации и остановить эпидемию.

Некорректность научной обоснованности явилась в свое время и причиной неудачи программы ВОЗ по ликвидации малярии, которая стоила более чем 2 млрд долларов США, не привела к каким-либо результатам и породила недоверие к глобальным действиям на международном уровне. Только своевременная корректировка и несколько десятилетий углубленных последующих исследований позволили в наши дни предложить новые подходы к решению этой проблемы.

Недавние события, связанные с исследованием и регистрацией в США первой вакцины против ротавирусной инфекции RotaShield (1998), также еще раз подтвердили главные этические постулаты — научность, объективность и социальную целесообразность. В исследованиях было показано, что вакцина RotaShield вызывала тяжелые осложнения (инвагинация) у каждого 1 из 4,6–9,5 тыс. вакцинированных детей, что приводило к недопустимым рискам, несопоставимым с пользой. В результате производство RotaShield было закрыто и понадобилось еще 8 лет дополнительных исследований, прежде чем появились новые вакцины против ротавирусной инфекции: моновалентная (RV1 — «Ротарикс») и пентавалентная (RV5 — «РотаТек»), зарегистрированная в РФ [8, 16].

Помимо научной безупречности препарата по балансу польза/риск, должна быть достигнута научная безупречность в аспекте социальной целесообразности применения у конкретного контингента в определенных социально-экономических и эпидемических условиях. Решение данной проблемы нашло отражение в формировании системного подхода к изучению бремени ротавирусной инфекции в рамках типового протокола ВОЗ. Начиная с 2001 года во всех регионах мира, в 35 странах по рекомендации ВОЗ были организованы региональные сети эпидемиологического надзора за ротавирусной инфекцией у детей в возрасте до 5 лет в условиях стационаров [16].

В Российской Федерации впервые участие в реализации типового протокола ВОЗ было осуществлено в рамках международного соглашения между Норвежским институтом общественного здравоохранения и Санкт-Петербургским НИИЭМ имени Пастера на клинической базе института — Детской инфекционной больнице № 5 г. Санкт-Петербурга в 2006–2007 годах [8, 13]. Данные пилотного ис-

следования продемонстрировали, что в среднем доля ротавирусного гастроэнтерита среди детей в возрасте до 5 лет, госпитализированных с диареей, составила 33,1% (576 из 1739), с сезонным увеличением выявления ротавируса максимально до 59,2% в весенние месяцы. Не было отмечено существенной разницы в уровне заболеваемости ротавирусным гастроэнтеритом в различных возрастных группах, также не была выявлена доминирующая частота заболевания детей в возрасте от 1 месяца до года. Заболевание у госпитализированных детей преимущественно протекало в средне-тяжелой форме (93,0%), не было диагностировано осложненных форм болезни. В целом, результаты данного исследования сформировали надежную методическую базу для понимания необходимости применения стандартизованных методов клинико-диагностического обследования с целью объективного контроля инфекции и строго дифференцированного включения ротавирусной вакцинации в календарь прививок в разнообразных по климато-эпидемическим характеристикам регионов РФ.

Все эти эпизоды свидетельствуют не только о необходимости предоставления правдивой и объективной информации, но еще раз подчеркивают, что научная база вакцинации должна быть абсолютной и охватывать широкий диапазон целей. Комплекс научной ответственности со стороны государства включает: качество препарата, изучение бремени инфекции, состояние коллективного иммунитета, знание патогенеза побочных явлений и их лечение, исследование социокультурного аспекта общественной жизни, разработку специальных программ обучения профессионалов, МЕДИА, различных общественных групп.

Принципиально важно и исторически доказано, что такой подход может быть осуществлен только со стороны официальных (государственных) структур, организующих вакцинацию. При условии закрепления стандартов научно-обоснованных решений и действий в соответствующих регламентирующих и нормативных документах, такой подход призван обеспечить приоритет в вопросах научной целостности и открытости по отношению к обществу, гарантирует преимущество перед антивакцинаторством, и, главное, формирует фактор доверия различных слоев гражданского общества [3]. В этих условиях чрезвычайно велико значение научного знания и убежденности, как персонального ресурса лиц ответственных за вакцинацию, включая организаторов, врачей, весь, вовлеченный в процесс, медицинский

персонал, а также СМИ и участвующие общественные структуры.

Тем не менее, современная реальная ситуация в данной области вызывает обоснованные тревоги. По данным проведенного нами анкетирования различных потоков, непосредственно участвующих в вакцинации лиц: врачей, вакцинируемых взрослых и родителей вакцинируемых детей, были выявлены неутешительные данные. Так около 15% врачей не дали оценки своим знаниям по проблемам вакцинации, 66,8% считали их «недостаточными», 65% опрошенных лиц не были удовлетворены уровнем подготовки в этой сфере в ВУЗ-ах, а 88% — в своем последипломном образовании. В результате до 90% респондентов считали необходимым получить дополнительную подготовку. За этими цифрами, символизирующими недостаточность знаний, всегда стоят ошибки, приводящие к несоблюдению национального календаря прививок, росту числа ложных противопоказаний, необоснованных отводов и другие нарушения, дискредитирующие вакцинопрофилактику и дающие повод к критике, недоверию и росту антивакцинаторства.

Современным действенным инструментом формирования доверия к вакцинации на основе доказательной медицины служит многолетняя научно-исследовательская деятельность «Детского научно-клинического центра инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства» в части разработки индивидуальных графиков иммунизации детей и взрослых с учетом их состояния здоровья. На основе тщательного изучения эффективности применения различных вакцин при разных хронических заболеваниях; исследования структуры и патогенеза развития побочных реакций и осложнений вакцинации; разработки и обоснования схем лечения детей с поствакцинальными осложнениями создана действенная система диспансеризации и реабилитации [7]. Именно научная основа и доступность в проведении всего комплекса мер, играют несравнимо большую агитационную роль в снятии барьера доверия к вакцинации, реально сокращая противопоказания к ее осуществлению путем включения в охват прививками наиболее уязвимых с точки зрения опасности инфицирования пациентов с хроническими заболеваниями.

Помимо неопровержимости научной обоснованности мероприятий вакцинопрофилактики, для формирования приверженности общества необходимо создание открытого информационного пространства между лицами, ответственными за вакцинацию, и обществом.

В основе этих действий лежит убежденность, что любая закрытая информация (тем более, направленная на массовые и глобальные действия в отношении широких слоев общества) создает условия для недоверия, коррупции и освобождает поле для заполнения альтернативной информацией, что и используется в практике антивакцинаторства. Существенным моментом является понимание информации, как в широком, так и индивидуальном плане. В широком смысле ресурс составляют сайты уполномоченных на то государственных органов, научных и лечебно-профилактических учреждений, издание журналов и привлечение СМИ, открытые и доступные консультации по вопросам вакцинации, и этико-правовому обеспечению. Блестящим примером является деятельность Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»), объединившей крупнейших ученых, экспертов и практиков вакцинации из ведущих профильных учреждений страны [6].

В индивидуальном плане, кроме наполненности и доступности общей информационной базы, следует обеспечить соблюдение всех условий предоставления и получения индивидуального информированного согласия на любых этапах, связанных с вакцинацией (исследование, вакцинирование, консультирование и т.д.), а также формирование персональной культуры оповещения людей обо всех нюансах состояния их здоровья, связанных с проведением вакцинации. Суммарно, комплекс широкого (общественного) и индивидуального информирования способен обеспечить понимание обществом ответственности за охрану здоровья всех (закреплено Конституцией РФ: ст. 21 и ст. 55) и доверие к вакцинации за счет личной ответственности за свое здоровье (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017). Особое значение имеет социальная ответственность родителей и их прямая гражданская обязанность соблюдать гарантированные законом права детей на медицинскую помощь, предоставлять своему ребенку все возможные общественные блага (Конституция РФ, ст. 41; Законы РФ: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30.03.1999, ред. от 29.07.2017; «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» №157-ФЗ от 17.09.1998, ред. от 31.12.2014, с изм. от 19.12.2016) и Конвенция о правах ребенка, резолюция 44/25 Генеральной Ассамб-

леи ООН от 20.11. 1989, ст. 24 и 27.) и соблюдать этическую норму ответственности при принятии решения за другого человека.

Таким образом, определяются следующие, не менее важные этические принципы противодействия антивакцинаторскому движению путем построения диалога с гражданским обществом — солидарность, сотрудничество, равноправие, справедливость (индивидуальная и социальная). Международный этический стандарт научного исследования вакцин и этика правового регулирования вакцинопрофилактики в РФ определяют параметры справедливости и ответственности в юридическом и регламентирующем поле, включая не только вопросы компенсации нарушений, но в первую очередь, делая акцент на предупредительное законодательство и разъяснение позиций, что единственно приемлемо при выстраивании диалога с обществом.

Формирование доверия к вакцинации у пациентов, общества и медицинских работников в рамках сотруднических проектов научных, практических лечебно-профилактических учреждений и фармацевтических фирм включает все проблемные вопросы в многоуровневой системе взаимоотношений и дает ключ к пониманию индивидуальной и общественной ответственности за справедливое и доступное осуществление вакцинации.

Действенность глобальной солидарности, реализуемая в концепции ликвидации инфекций путем вакцинопрофилактики, служит примером некорпоративного и надгосударственного подхода к защите всего международного сообщества путем вакцинации. Это открывает возможность глобальной поддержки формирования приверженности к вакцинации в обществе вне границ отдельных народов и государств. Границы эти исчезают на основе равных принципов доступа, недискриминации, научного анализа и прогноза, что не имеет ничего общего со стиранием границ внутри антивакцинального движения путем интернета.

Таким образом, аргументированным выводом представленных рассуждений может служить тезис о том, что в современном мире для победы в противостоянии вакцинации и антивакцинаторства, целесообразно на основе соответствия этическим принципам исполнения профессионального долга, заполнить информационный вакуум недоверия путем открытого диалога с обществом. При этом важно понимать, что это вопрос не столько борьбы одной стороны с другой, сколько вопрос

осмысленного перехода противников вакцинации на сторону ее сторонников. Цель и смысл ежедневной, внимательной деятельности по образованию, размышлению и применению этических стандартов в практике работы каждого звена системы вакцинопрофилактики — сохранить первенство в списке величайших достижений здравоохранения по спасению жизни детей и взрослых во всем мире с помощью вакцин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борьба против прививок: позиция Церкви. Церковный вестник. 2009; N 23. Доступен по: <http://www.patriarchia.ru/db/text/952723.html> (дата обращения 27.01.2018)
2. Вакцинопрофилактика у детей (брошюра для родителей). Рекомендовано к публикации Издательским Советом Русской Православной Церкви (ИС 11–025-2651). Под редакцией заведующей кафедрой детских болезней Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, доктора мед. наук, профессора, заслуженного врача РФ, члена Исполкома ОПВР Н.А. Геппе и профессора кафедры детских болезней Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, доктора мед. наук А.Б. Малахова. М.; 2010.
3. Зверева В.В., Семенова Б.Ф., Хаитова Р.М., ред. Вакцины и вакцинация. М.: ГЭОТАР — Медиа; 2011.
4. Священник Сергей Филимонов, Закревская А.В. Православный взгляд на вакцинопрофилактику. СПб: ООО «Диалог»; 2007.
5. Совместное заявление Совета и Общества православных врачей России о проблемах вакцинации в России. Доступен по: <http://www.patriarchia.ru/db/text/964218.html> (дата обращения 27.01.2018)
6. Специалисты о прививках. Доступен по: <http://www.yagrivit.ru/facts-and-myths/est-li-alternativa-privivkam/> (дата обращения 27.01.2018).
7. Харит С.М., Черняева Т.В., Лакоткина Е.А., Лобзин Ю.В., ред. Вакцинопрофилактика: лекции для практических врачей. СПб.: НИИДИ, ООО «Литография»; 2012.
8. Эпидемиологический надзор, лабораторная диагностика и профилактика ротавирусной инфекции: Методические указания. М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора; 2011.
9. Andre F.E. Vaccinology: past achievements, present roadblocks and future promises. Elsevier Vaccine. 2003; N 21: 593–595.
10. Dube E., Vivion M., MacDonald N.E. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. Expert Rev. Vaccines. 2015; N 14 (1): 99–117.

11. Esparza J. Review of History of Vaccine Development. *Human Vaccines & Immunotherapeutic*. 2012; V. 8. N 3: 289–292.
12. Jesani A., Johari V. Ethical and legal challenges of vaccines and vaccination. *Indian Journal of Medical Ethics*. 2017; V. II. N 2: 71–74.
13. Kubar O.I., Susenko G.A., Kuleshova L.B., Asatrian A.G., Ferman R.S., Svarval A.V., et al. Rotavirus hospital surveillance in Saint-Petersburg, Russia. In: 8th International Rotavirus Symposium. Final programme. 2008.
14. Pelčić G., Karačić S., Mikirtichan G.L., Kubar O.I., Leavitt F.J., Cheng-tek T. M., Morishita N., Vuletić S., Tomašević L. Religious exception for vaccination or religious excuses for avoiding vaccination. *Croat Med J*. 2016; N 57: 508–513.
15. Plotkin S.A., Plotkin S.L. The development of vaccines: how the past led to the future. *Nature Reviews Microbiology*. 2011; V. 9: 889–893.
16. World Health Organization. Generic protocols for (i) hospital-based surveillance to estimate the burden of rotavirus gastroenteritis in children and (ii) a community-based survey on utilization of health care services for gastroenteritis in children. Field test version. World Health Organization. Updated 2002; cited. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67743/1/WHO_V-B_02.15_eng.pdf (accessed 27.01.2017).
5. Sovmestnoe zjavlenie Soveta i Obshhestva pravoslavnyh vrachej Rossii o problemah vakeinacii v Rossii. [A joint statement of Council and Society of orthodox doctors of Russia on vaccination problems in Russia]. Available at: <http://www.patriarchia.ru/db/text/964218.html> (accessed 27.01.2018). (in Russian).
6. Spetsialisty o privivkakh. [Specialists about vaccinations]. Available at: <http://www.yaprivit.ru/facts-and-myths/est-li-alternativa-privivkam/> (accessed 27.01.2018). (in Russian).
7. Harit S.M., Chernjaeva T.V., Lakotkina E.A. Lobzin Ju.V., red. Vakcinoprofilaktika: lekicii dlja prakticheskikh vrachej. [Vaccinal prevention: lectures for practical doctors]. SPb.: NIIDI, OOO «Litografija»; 2012. (in Russian).
8. Jepidemiologicheskij nadzor, laboratornaja diagnostika i profilaktika rotavirusnoj infekcii: Metodicheskie ukazaniya. [Epidemiological surveillance, laboratory diagnostics and prevention of a rotavirus infection: Methodical instructions]. M.: Federal'nyj centr gigieny i jepidemiologii Rospotrebnadzora; 2011. (in Russian).
9. Andre F.E. Vaccinology: past achievements, present roadblocks and future promises. *Elsevier Vaccine*. 2003; N 21: 593–595.
10. Dube E., Vivion M., MacDonald N.E. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert Rev. Vaccines*. 2015; N 14 (1): 99–117.

REFERENCES

1. Bor'ba protiv privivok: pozicija Cerkvi. Cerkovnyj vestnik. 2009; N 23. [Fight against inoculations: a position Church]. *Cerkovnyj vestnik*. 2009; N 23. Available at: <http://www.patriarchia.ru/db/text/952723.html> (accessed 10.06.2017). (in Russian).
2. Vakcinoprofilaktika u detej (broshjura dlja roditelej). Rekomendovano k publikacii Izdatel'skim Sovetom Russkoj Pravoslavnoj Cerkvi (IS 11–025-2651). Pod redakciej zavedujushhej kafedroj detskih boleznej Pervogo moskovskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. I.M. Sechenova, doktora med. nauk, professora, zaslužhennogo vracha RF, chlena Ispolkomu OPVR N.A. Gepe i professora kafedry detskih boleznej Pervogo moskovskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. I.M. Sechenova, doktora med. nauk A.B. Malahova. [Vaccinal prevention at children (the brochure for parents)]. M.; 2010. (in Russian).
3. Zvereva V.V., Semenova B.F., Haitova R.M. Vakciny i vakcinacija. [Vaccines and vaccination]. M.: GJeO-TAR- Media; 2011. (in Russian).
4. Svjashhennik Sergij Filimonov, Zakrevskaja A.V. Pravoslavnyj vzgljad na vakcinoprofilaktiku. [Orthodox view of vaccinal prevention]. SPb: OOO «Dialog»; 2007. (in Russian).
12. Jesani A., Johari V. Ethical and legal challenges of vaccines and vaccination. *Indian Journal of Medical Ethics*. 2017; V. II. N 2: 71–74.
13. Kubar O.I., Susenko G.A., Kuleshova L.B., Asatrian A.G., Ferman R.S., Svarval A.V., et al. Rotavirus hospital surveillance in Saint-Petersburg, Russia. In: 8th International Rotavirus Symposium. Final programme. 2008.
14. Pelčić G., Karačić S., Mikirtichan G.L., Kubar O.I., Leavitt F.J., Cheng-tek T. M., Morishita N., Vuletić S., Tomašević L. Religious exception for vaccination or religious excuses for avoiding vaccination. *Croat Med J*. 2016; N 57: 508–513.
15. Plotkin S.A., Plotkin S.L. The development of vaccines: how the past led to the future. *Nature Reviews Microbiology*. 2011; V. 9: 889–893.
16. World Health Organization. Generic protocols for (i) hospital-based surveillance to estimate the burden of rotavirus gastroenteritis in children and (ii) a community-based survey on utilization of health care services for gastroenteritis in children. Field test version. World Health Organization. Updated 2002; cited. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67743/1/WHO_V-B_02.15_eng.pdf (accessed 27.01.2017).

HISTORY OF MEDICINE

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

УДК 61 (91)

СУДЬБА ДЕТЕЙ ПОДКИДЫШЕЙ В АНТИЧНОМ МИРЕ

© *Ольга Александровна Джарман, Галина Львовна Микиртичан*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194352, 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 представлен анализ такого феномена как оставление детей на произвол судьбы, бывшее повседневной реальностью жизни античной Греции и Рима. Хотя против него раздавались отдельные голоса современников, долгое время ситуация не менялась, античным обществом оно воспринималось как «неизбежное зло». Исследование античного феномена «выбрасывания» или «оставления» детей приобрело особую актуальность в настоящее время в связи с возросшим интересом к античной семье и античной женщине, но дискуссия на эту тему велась учеными на протяжении нескольких веков. Среди источников самыми важными и наиболее полно дошедшими до нас являются римские правовые, а также многочисленные античные литературные, в которых надо учитывать особенности жанра. У знаменитого врача Древнего Рима Сорана Эфесского в дошедшем до нас труде «О женских болезнях» одна из глав называется «Как распознать новорожденного, которого стоит вскармливать». Оставление детей было определенной альтернативой инфантициду, распространенному у многих народов древности. Однако большинству оставленных детей также грозила смерть. Одной из причин существования и принятия обществом феномена оставления детей было то, что они пополняли рабскую рабочую силу. Свободнорожденные дети, которые были оставлены на произвол судьбы, но выжили и были выращены как рабы, сохраняли свое право свободнорожденного, и могли в дальнейшем получить свободу, доказав свой изначальный статус. Христианство значительно изменило отношение государства к детям-подкидышам в Римской империи. Примечательно, что рост влияния христианства и провозглашение его как государственной религии в конце IV века совпало по времени с нарастающей в римском обществе тенденцией более негативно воспринимать оставление детей, как с моральной точки зрения, так и в соответствии с демографической политикой императоров. В результате менее чем за три века в Римской империи произошла перемена правового отношения к оставлению детей — от нейтрального до караемого смертной казнью проступка перед государством.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: подкидыши; оставление детей; инфантицид; античность; римское законодательство; Соран Эфесский.

THE FATE OF ABANDONED CHILDREN IN THE GRECO-ROMAN WORLD

© *Olga A. Jarman, Galina L. Mikirtichan*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaua 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 is analyzing the phenomenon of children abandonment, which was everyday reality of Greco-Roman world. Although opposed by some voices, the situation didn't change for a long time, being accepted by the ancient society as 'inevitable evil'. The research in the field of children abandonment has gained actuality nowadays, as the interest increases towards Greco-Roman family and woman, nevertheless, the discussion was kept during several centuries. Among the sources the most complete and most important are the Roman laws, as well as literature evidence, where one must take into the consideration the specialty of genre. The famous ancient physician Soranus of Ephesus in his survived work 'Gynecology' one of the chapters is called 'How to recognize the newborn that is worth rearing'. The abandonment was a certain alternative to infanticide, which existed in many groups of people in the ancient times. However, death was the fate of most abandoned children. One of the reason for accepting abandonment by the society was the fact that it was a source of free slave workforce. Free-born children, that were abandoned and brought up as slave, could regain their status by proving it. Christianity changed drastically the perception of the Roman state towards the abandoned children. It is noticeable, that the growing influence of Christianity and its becoming the state religion in the 4th century coincided with the trend of frowning upon the children abandonment in Roman society, considering both the aspects of morality and demographic policy of the emperors. It resulted in the complete change in Roman law regarding abandoning children in less than 3 centuries: from a neutral one to the death penalty.

KEY WORDS: abandoned children; children abandonment; infanticide; Greco-Roman world; Roman law; Soranus of Ephesus.

Одной из характерных черт античной культуры являлась двойственность, проявлявшаяся во всех сферах жизни античного человека [1], в том числе и в отношении к ребенку. Важной частью такого отношения было оставление ребенка на произвол судьбы, являвшееся повседневной реальностью жизни античной Греции и Рима. Хотя против выбрасывания детей раздавались отдельные голоса современников, в античности оно воспринималось как «неизбежное зло». Многие из оставленных детей были и физически здоровыми, и законнорожденными, однако все равно получали эту печальную участь, так как факторов, влиявших на оставление было множество. Некоторые группы людей, например стоики, египтяне [4] или иудеи, считали, что всем детям (или, по меньшей мере, только здоровым и законнорожденным) должна быть сохранена жизнь. Выбрасывание детей, ввиду малой эффективности контрацепции и опасности для жизни, связанной с производением медицинского аборта, служило средством ограничения размеров семьи, а также пополняло ряды рабов [7]. Отрицательное отношение к этому явлению развивалось медленно [12].

Дискуссия об античном феномене «выбрасывания» или «оставления» детей велась учеными на протяжении нескольких веков. В настоящее время она снова стала актуальной. Современная эпоха характеризуется интересом к различным сторонам культурной жизни античного мира, в том числе к античной семье и ан-

тичной женщине [2]. Сам факт оставления детей на произвол судьбы в античности не оспаривается в настоящее время большинством специалистов.

В греческом и латинском языках были особые термины, описывающие феномен оставления ребенка: латинскому термину «*expositio*» (производное от глагола *exponere*: (выброшенный ребенок назывался «*expositus*») публично выставлять, выкладывать; выбрасывать, подкидывать дитя, предоставлять на произвол; предоставлять в распоряжение) и соответствующими по смыслу греческими словами «*ekthesis*» и «*apothesis*» [10].

Источники, из которых мы узнаем о возможной судьбе оставленного ребенка, следующие: литературные (художественная литература — роман, драматургия; риторические, исторические, философские и др. тексты), правовые (законы, разъяснение по законам, рескрипты (решение императором спорных случаев)), греческие папирусы, а также археологические источники. Львиную долю занимают литературные источники, в которых следует учитывать особенности жанра. Из правовых источников самыми важными являются римские, как наиболее полно дошедшие до нас, так и из-за совершенства римской системы права.

Античность отличалась довольно развитым семейным правом, среди этих законов, существовали указания, касающиеся оставления детей. В греческих Фивах, например, существовал закон (дата точно не известна), некоторые

детали которого передает писавший по-гречески римский историк Элиан в своих «Пестрых рассказах» (II. 7). В частности там написано: «если ребенок обращен в рабство, то это спасение его от оставления на произвол судьбы». Сохранился закон о воспитании детей, приписываемый легендарному основателю Рима, Ромулу, в описании древнегреческого историка, ритора и критика I в. до н. э. Дионисия Галикарнасского (Римские древности, II. 15.2). В нем от граждан требовалось воспитать всех мальчиков и старшую дочь (относительно младших дочерей ничего не сказано), и не выбрасывать детей до 3 лет, кроме имеющих какое-либо уродство. Тех детей, которые должны были все-таки быть выброшены, отец должен был показать пяти соседям, и те должны были дать свое согласие. Этот текст, по мнению современных исследователей, не имеет никакого отношения к нравам архаического Рима, и, вероятно, Дионисий вообще описывает греческие обычаи. Собрание соседей, которые должны были вынести вердикт относительно ребенка не римский, а эллинистический. Однако в рассказе Дионисия есть и римские черты. Скорее всего, «Царские законы», в т. ч. и закон Ромула, были составлены для того, чтобы выразить «*prisci mores*» («исконные нравы») и основывались на общественных традициях. Данный закон, вероятно, выражал обеспокоенность граждан времен Поздней Республики большим количеством оставляемых детей [12]. Возможно, возраст 3 года указан как срок, за который родители уже наверняка привяжутся к ребенку слишком сильно, чтобы выбросить его.

Законы империи до Константина и не наказывали, и не поощряли оставление новорожденных детей [9]. Источники римского права I–III веков н. э. провозглашали два основных принципа: 1) *patria potestas*, власть, которой пользовался глава семьи, в отношении членов своей семьи и своих рабов. Отец (*pater familias*) в римской семье обладал правом выбросить ребенка (*ius exponendi*), которое входило в его право жизни и смерти над домашними (*ius vitae ac necis*); 2) свободнорожденные дети, которые были оставлены на произвол судьбы и в дальнейшем спасены, но выращены как рабы, сохраняли свое право свободнорожденного (*ingenuitas*).

Начиная с Константина Великого (IV в. н. э.), происходит драматическая перемена — легитимация воспитания найденшей как рабов, даже если они были рождены свободными. Это должно было остановить родителей, оставляющих детей на произвол судьбы, так как статус

раба был ужасной перспективой для свободнорожденного человека. Кодекс Константина часто занимался вопросами статуса, включая обращение в рабство свободнорожденных и процедуры возвращения статуса свободного. Очевидно, закон Константина, который, как под влиянием своего христианского окружения, так и движимый желанием решить проблему оставления детей на государственном уровне, не имел желаемого эффекта, и спустя около 40 лет после смерти Константина, а именно 5 марта 374 года, императоры Валентиниан и Валент издали эдикт: «Пусть каждый питает свое потомство. Если кто оставит его на произвол судьбы, будет наказан». Грамматические формы, употребленные в латинском тексте указывают на то, что родители уже наказывались за оставление детей до выхода эдикта [12]. Это, очевидно, ссылка на эдикт от 7 февраля 374 года (Кодекс Феодосия, IX. 14. I), где оговорена смертная казнь за убийство ребенка. Сомнительно, чтобы это распространялось и на оставление ребенка. Вероятно, наказание состояло в лишении права *patria potestas*. Закон императора Гонория, правившего на Западе Римской империи повторяет запрет Константина на возможность предъявления впоследствии прав на ребенка родителями или хозяевами, и впервые отмечается роль церкви (спаситель ребенка обязан предъявить его епископу).

Наконец, в 529 году император Юстиниан провозгласил, что все оставленные на произвол судьбы дети, вне зависимости их статуса при рождении, считаются свободнорожденными (Кодекс Юстиниана, 8.51.3), в дальнейшем повторив этот закон еще раз, введя за неисполнение его смертную казнь [10].

Судьба оставленного ребенка, если он выживал, была незавидной. Об этом свидетельствуют, прежде всего, причины, по которым родители могли отказаться от воспитания своего ребенка. Это, в первую очередь, бедность, а также другие финансовые соображения (в том числе нежелание делить имущество среди многих наследников, что касалось и зажиточных семей), беременность незамужней девушки, беременность в результате супружеской измены, и, наконец, желание женщины ограничить число детей (например, это касалось проституток, актрис и лиц тому подобных профессий) [14]. Выбрасывали детей женщины, овдовевшие во время беременности, однако не всегда.

Василий Великий и Григорий Нисский (IV век) упоминают в своих речах, как во время голода в Каппадокии оставляли детей. В восточной части Римской империи церковь прини-

мала участие в судьбе подкидышей, чему есть свидетельства у свт. Григория Нисского в «Жизни Макрины» и у блж. Августина (V век) (Ер. 98.6). Однако организованной помощи государства в воспитании таких детей не было, существовал бизнес выращивания подкидышей на продажу как рабов и частные (христианские) благотворительные инициативы воспитания таких детей. В случае рождения тройни и четверни родители могли выбросить одного или более детей (рожать более двух детей было плохим предзнаменованием, но не всегда, часто это рассматривалось как хороший знак) [10].

Также ребенка, родившегося при всенародном бедствии, могли оставить на произвол судьбы, как несущего печать злого рока (например, римский историк Светоний описывает массовое оставление детей при вести о смерти любимого народом Германика (племянник и приемный сын римского императора Тиберия). Стыд перед общественным мнением также мог привести к тому, что ребенка оставляли на произвол судьбы. В сюжетах пьес Новой Комедии так поступают с детьми, родившимися у молодых незамужних женщин, например, в результате изнасилования, и это является основным нервом сюжета. Герои художественной литературы того времени также разделяют подобную участь.

Женщину-рабыню хозяин (*paterfamilias*) мог заставить выбросить ребенка, особенно, если она была кормилицей хозяйского ребенка. Хозяин не всегда хотел воспитывать ребенка-раба, рожденного в своем хозяйстве¹. Однако обратившаяся в рабство женщина могла постараться хотя бы таким образом избавить своего ребенка от тяжелой судьбы. Оратор и писатель Дион Хризостом указывал, что женщины-рабыни выбрасывали детей, так как не хотели, чтобы их ребенок вырос рабом, а героиня античного романа Харитона (Повесть о любви Херея и Каллирои) страдала при мысли, что когда-нибудь дитя свободных родителей, ее и Херея, станет рабом (Харитон. Повесть о любви Херея и Каллирои, II, 8–11).² Однако хозяин

мог потребовать выращенного ребенка назад, если узнавал его и мог доказать. Так, существует рескрипт императора Александра Севера в ответ некоему Клавдию, который выражал претензии в отношении ребенка, выброшенного его рабыней (до этого он не знал, что она его выбросила). Ответ императора — ребенка следует вернуть хозяину, но он должен заплатить за вскармливание и воспитание тому, кто этого ребенка воспитал («*alimenta*»).

Рождение ребенка с врожденными дефектами могло быть причиной его выбрасывания. Философ Сенека (О гневе 1.15) пишет, что здравый смысл, а не гнев, побуждает умерщвлять детей с врожденными дефектами, «*si debiles monstrosique editi sunt*» («если они рождены слабыми и уродливыми»). Рекомендация Аристотеля выбрасывать уродливых детей отражает тот факт, что многие его современники воспитывали, а не выбрасывали таких детей. В Риме после закона Августа о «праве трех детей» родители воспитывали детей с врожденными дефектами для того, чтобы получить льготы на государственной службе. Захоронения 449 детей в колодеце на агоре в Афинах были археологически изучены, и было выяснено, что большинство детей умерло своей смертью в первые часы или дни после рождения (среди них были дети, имевшие серьезные дефекты (*spina bifida*, волчья пасть)), а не были убиты. Вероятно, их сбрасывали в колодец повитухи уже после смерти [10].

Если женщина овдовела или развелась во время беременности, она тоже могла оставить ребенка. В кодексе Гортинских законов³ от женщины, родившей после развода с мужем, но зачавшей ребенка, еще будучи в браке, требовалось принести ребенка в дом ее бывшего мужа при трех свидетелях. Если муж отвергал ребенка, то она имела право выбора: воспитать или выбросить его. Однако если бывшая жена выбрасывала ребенка без этой процедуры, она подвергалась штрафу, за исключением случаев, если у бывшего мужа не было дома или мужа было невозможно найти, для того, чтобы показать ему ребенка. Римский закон о детях вдов и разведенных также рассматривал подобную ситуацию. Подобные законы для разведенных существовали и в Риме. Они учитывали как право отцовства, так и право ребенка как наследника. В римских преторских эдиктах женщина должна была уведомить семью своего мужа в течение месяца после его смерти о том, беременна ли она. Беременность должны были

¹ Рабы, рожденные в доме хозяина, назывались «*vepna*» или «*vernula*».

² Возможно, лучшие страницы романа — это ее (Каллирои) горестные разговоры с самой собой, когда, проданная в рабство, она чувствует, что она уже не одна и страдает при мысли, что когда-нибудь дитя свободных родителей, ее и Херея, станет рабом (Харитон. Повесть о любви Херея и Каллирои, II, 8–11). Дилите Д. Античная литература. Греко-латинский кабинет Ю. А. Шичалина. М.; 2003: 193.

³ Крит, ок. 450 г. до н. э.

признать другие женщины со стороны мужа (вероятно, включая приглашенную повитуху) и присутствовать при родах, чтобы исключить возможность принесение чужого младенца и обмана (Дигесты, 25.4.1–2, Ульпиан). О возможности подмены младенца пишет Ювенал в Шестой Сатире.

Сохранился александрийский папирус августовского периода (рубеж I в н. э.), в котором представлен договор между вдовой по имени Дионисарион и ее бывшей свекровью, Гермией. Дионисарион признает, что ей вернули приданое, и отказывается от дальнейших притязаний на имущество мужа, а Гермия в ответ позволяет ей выбросить ребенка (своего внука) и вторично выйти замуж [12].

Возможно, приглашали повитуху или врача для того, чтобы оценить жизнеспособность и пригодность ребенка к воспитанию (вскармливание), согласно критериям Сорана Эфесского, знаменитого античного врача, получившего титул «первого педиатра» [6].

Соран определяет, какого ребенка не стоит вскармливать. В одной из глав своего знаменитого труда «О женских болезнях», так и названном «Как распознать новорожденного, которого стоит вскармливать», он писал: «Она (повитуха) также должна рассудить, жизнеспособно ли дитя для вскармливания. Дитя, которое предназначено природой для вскармливания, можно отличить по тому, была ли его мать во время беременности в добром здравии, ибо состояния, требующие врачебной помощи, особенно поражающие тело, также приносят вред ребенку и сокрушают самые основания его жизни. Во-вторых, по тому самому, что он рожден в положенное время, лучше всего в конце девяти месяцев, или, если случится, позднее; но и также после всего лишь семи месяцев. Далее, по тому, что, будучи положенным на землю, он немедленно кричит с положенной силой; ибо тот, кто живет некоторое время без крика или кричит, но слабо, вызывает подозрение в том, что это с ним происходит ввиду его неудовлетворительного состояния. Так же по тому, что у него все в порядке во всех частях тела, членах и чувствах; что проходы, а именно: ушей, носа, глотки, уретры и ануса, — свободны от заграждения, что естественная функция каждого члена ни медленная и не слабая; что суставы сгибаются и разгибаются; что у него подобающая величина и облик, и он имеет полноценную во всех отношениях чувствительность. Это мы можем узнать, прижимая пальцы к поверхности его тела, потому что естественно ощущать боль от всего, что колет-

ся или сдавливает. А при состояниях, противоположным описанным, ребенок признается непригодным к вскармливанию» (Soranus, 10 [79]).⁴

Критерии Сорана (II. 10) для оценки того, стоит ли вскармливать новорожденного (или его следует оставить на произвол судьбы), очень широки и достаточно строгие. Если они действительно применялись, то на произвол судьбы должны были оставлять огромное число детей. Вероятно, особенно это касалось рабов.

Принятие и не-принятие ребенка в семью имело в античности свои особенности. Ребенок входил в античную семью не по рождению как таковому, а через определенные ритуалы [11]. Эти ритуалы в Древней Греции заключались в двух последовательных церемониях. На пятый-седьмой день после рождения проводилась амфидромия, праздник, при котором совершалось обнесение ребенка вокруг очага (отец в обнаженном виде и с ребенком на руках трижды обегал кругом семейный очаг); в этот день родильницей совершались очистительные жертвы, в дом друзьями и близкими присылались подарки; двери дома украшались оливковой ветвью (в честь рождения мальчика) или мотком шерсти (в честь рождения девочки). Амфидромия совершалась в узком семейном кругу. В этот же день в бедных семьях могли нарекать ребенку имя. Данный ритуал описан у Платона в диалоге «Теэтет», в котором, помимо всего прочего, упоминается возможность выбрасывания ребенка говорится как обыденность: «А после родов его полагается обнести вокруг очага и толком рассмотреть, не обманывает ли нас недостойное воспитания пустое и ложное порождение. Но может быть, ты думаешь, что в любом случае его нужно воспитывать, а не выбрасывать?» (Теэтет, 160e).⁵ В зажиточных семьях имя ребенку нарекали на большом празднике, с приглашением соседей, совершавшимся в десятый день после рождения, «dekathe» и сопровождавшимся жертвоприношением, танцами, приготовлением особого пирога. В Риме были свои ритуалы принятия

⁴ Temkin O., Guttmacher A.F. Soranus' Gynecology. The Johns Hopkins University Press. Baltimore and London; 1956: 79. Благодарим за помощь с вычиткой греческого текста к. ф. н. Александрову Т.Л.

⁵ Сократ сравнивает отношение к детям и свой способ обучения, «майевтику», во время которого он, словно повитуха, помогает у собеседника родиться правильным мыслям и представлениям.

ребенка в семью [8]. Они заключались в обряде поднятия новорожденного ребенка с земли⁶, и большого празднества (*dies lustricus*) с проведением особых очистительных обрядов и наречением имени (мальчикам на восьмой, а девочкам на девятый день), которое и являлось, по мнению Клёнышевой Н. Д. [5], собственно ритуалом принятия в семью: ребенок получал имя и гения (подобно тому, как сейчас в христианстве получает имя и ангела-хранителя). В дальнейшем празднование этого дня и было празднованием дня рождения (с жертвами гению, украшению его алтаря цветами, подношению ему особого пирога); его можно сопоставить с празднованием именин в христианской традиции.

Следует подчеркнуть, что убийство и выбрасывание детей после того, как они были приняты, как члены семьи, было ужасным деянием в восприятии античных людей [14].⁷

Существовали всем известные места, где оставляли детей (например, колонна (*columna lactaria*) на *forum olitorium* (овощной рынок рядом с рекой Тибр в Риме). Римский автор Фест пишет двусмысленно: «*quod ibi infants lacte alendos deferebant*» («потому что они приносят детей туда, чтобы вскормить их молоком»). Это можно интерпретировать как место, где нанимали кормилиц. Также детей оставляли «у грязных прудов» («*lacus spurcus*»), у акведуков, банях, кучах мусора за городскими стенами, перекрестках («Что говорить о подкидышах? Вместо веселых обетов Часто находят у грязных прудов их...»)⁸.

Так, маленькая героиня романа «Дафнис и Хлоя» была оставлена в «пещере нимф» — месте уединенном, но священном. По Аристофану (Лягушки, 1190) Эдип был, как и многие дети афинян, выброшен в глиняном горшке. В период поздней античности детей оставляли на пороге церкви, что нашло отражение в сирийско-римском законодательстве (в одной из новелл Юстиниана).

⁶ Мнения исследователей расходятся в том, кто именно осуществлял это поднимание — отец или повитуха (См. подробно об этом вопросе в докторской диссертации Клёнышевой Н. Д. Семейные культы и ритуалы в Древнем Риме. М.; 2011 со ссылкой, в том числе, на Köves-Zulauf T. Römische Geburtsriten. Munich; 1990).

⁷ Так возмущались поступком императора Клавдия, потребовавшего от своей бывшей жены оставить уже принятую ею дочь-младенца (как рожденную не от него).

⁸ Ювенал. Сатиры, 6.603.

Большинство оставленных детей были одеты; только в том случае, когда *paterfamilias* (отец семейства) решал, что ребенок должен умереть, его выбрасывали нагим. Некоторые родители оставляли какие-то вещи вместе с покинутым ребенком, надеясь, что он потом сможет быть узан им по оставленному талисману. Причиной оставления амулетов было подсознательное или сознательное желание сохранения возможности узнавания при встрече. В Риме иногда использовались погремушки, *strepunolia*, вероятно, амулеты, хотя есть мнение, что они играли роль погребальных даров [12].

Платон в «Государстве» (V, 460 с) говорил о выбрасывании детей «низшего класса»: «незаконнорожденного ребенка пусть...они укроют, как положено в недоступном, тайном месте; если (нежеланный) ребенок рождается, пусть распорядятся с ним так, чтобы его не пришлось выращивать»; вероятно, он описывал практику выбрасывания ребенка, существовавшую в его время и переносил ее на порядки, которые должны существовать в его идеальном государстве.

Следует различать два вида намерений людей, оставляющих детей на произвол судьбы: когда совершающий это деяние надеялся (обоснованно или нет), что ребенка спасут, и когда ребенка осознанно выбрасывали на смерть. Эти намерения и определяли то место, в котором оставляли ребенка.

Оставление в надежде на спасение было судьбой большинства детей, от которых избавлялись по экономическим причинам, а незаконнорожденные дети, как и дети с пороками развития, скорее всего, оставлялись на произвол судьбы, подразумевающий смерть. Однако иногда человек, оставляющий ребенка, колебался и не был тверд в своих намерениях.

Есть два противоположных мнения о том, кого оставляли чаще, мальчиков или девочек; невозможно с достоверностью ответить на этот вопрос [17].

Знаменитое письмо в Оксирих мужа, находящегося на заработках в Александрии, имеет смысл привести целиком:

«Иларион Алите, сестре своей, много радоваться, и госпоже моей Берузе, и Аполлонариону. Знай, что сейчас мы все еще в Александрии. Не волнуйся, если все они вернутся, а я останусь в Александрии. Прошу и умоляю тебя заботиться о ребенке, и если мы скоро получим плату, я пошлю ее тебе. Если же случится так, что ты родишь, тогда, если это будет мальчик, оставь его, если же девочка, выбрось. Ты сказа-

ла Афродисию: “Не забывай меня”. Как могу я забыть тебя? Итак, я прошу тебя не беспокоиться. Год 29 Кесаря, Паини, 23 (примерно июнь, 1 г. до н. э.)» [16].

Как видно из письма, муж нежно заботится о жене и уже имеющейся ребенке, несмотря на сложное материальное положение. Что касается второго, еще не рожденного, ребенка, то анализ сложного языка этого письма позволил S. West предположить [18], что это ребенок зависимого члена семьи, а не жены. В любом случае, инициатива о выбрасывании ребенка исходит, по-видимому, от отчаявшейся женщины, и письмо убеждает ее оставить хотя бы мальчика.

По одному этому письму сохранившемуся, хотя и часто цитируемому, нельзя делать далеко идущие выводы, что девочек выбрасывали в целом чаще. Известно много контрактов с кормилицами из Египта периода Римской империи. В них число вскармливаемых младенцев, мальчиков и девочек, бывших подкидышей (оставленных) одинаково. Из 12 «*anairetoi*» (оставленные дети, которые были подброшены и воспитаны, как рабы), согласно папирусу SPapG1 имелось 6 девочек, 4 мальчика, и 2 ребенка, чей пол не указан [10].

Есть, однако, мнение, что превалирование женской прислуги в больших хозяйствах (в 6 раз по сравнению с мужской) связано с тем, что часть их была найденышами, подобранными и воспитанными в качестве рабынь. Спрос на девочек-найденшей был высок и в бордельном бизнесе, хотя в нем использовались проститутки обоего пола [12].

В городе Ашкелоне римского периода в ходе раскопок обнаружен бордель и сточная канава рядом с баней, в ней найдены останки детей. У 20 процентов этих детей пол мог быть установлен, при этом преобладали мальчики (их выбрасывали чаще, так как девочки могли продолжить профессию матери) [10].

Для оставленного младенца всегда имелась надежда на то, что кто-нибудь его подберет и воспитает (о судьбе таких найденшей мы скажем ниже), и даже быть востребованным у своего воспитателя своими законными родителями (хотя нам кажется это неправдоподобным, в римском праве оговариваются подобные случаи) [9].

Именно рабство было самой частой судьбой найденшей. Те, кто спасали брошенных детей, были заинтересованы в выгоде, и большинство спасенных становились рабами.

Дети с врожденными, но совместимыми с жизнью уродствами, могли воспитываться для

сбора подаяния. Знаменитый ритор Сенека-старший в своем сочинении «Контroversии» описывает одного человека, подбиравшего и специально уродовавшего оставленных детей, для того, чтобы они впоследствии собирали для него милостыню, вызывая жалость у прохожих (*Controversiae*, 10,4).

Существовала вероятность симулирования вдовой беременности и выдавание за своего ребенка подкидыша для сохранения имущества мужа, также если ребенок был мертворожденный или умер вскоре после родов. Подобная ситуация могла быть и при живом муже.

Нашедшие детей могли растить их как в статусе свободных, так и рабов, при этом римское право считало, что статус свободного от выбрасывания не меняется, и может быть возвращен, если ребенок был обращен в рабство, в случае предоставления свидетельств.

Родители оспаривали своих детей в суде, сведения об этом имеются со времен Августа. Это, безусловно, было невероятно тяжело или даже невозможно для самого ребенка, если он был воспитан в рабстве. Им требовался адвокат, *adsertor*, который мог принести дело перед судьей для решения вопроса о возвращении ребенку статуса свободного человека (*causa liberalis*). Отец (или первый хозяин, если ребенок был рожден рабом и оставлен, мог тоже потребовать его назад) должен был представить доказательства относительно установления личности ребенка. Несмотря на всю сложность этой процедуры, императорские рескрипты от Траяна до времен Диоклетиана указывают на то, что подобные заявления часто делались перед судьями на местах, правителями провинций и даже перед самими императорами [9]. Известна переписка Плиния Младшего с Траяном (Ep. X 65–66). Он уточняет у императора, как поступить с «*threptoi*», т. е. «теми, кто был свободнорожден, оставлен родителями, подобран и обращен в рабство». Это было в провинции Вифиния большой проблемой (так же в провинциях Ахайя (*Achaea*) и Вифиния-Понт. Со времен Августа императоры давали указания на этот счет относительно других провинций. Специалисты по римскому праву расходятся во мнениях, требовалось ли возместить затраты на воспитание (*alimenta*) в случае востребования ставшего рабом свободного ребенка (такого ребенка) назад. Этот вопрос решался по-разному в разных провинциях, а также зависел от позиции правителя или самого императора, если таковые слушали прошение.

Случались и такие казусы, зафиксированные в документах римского права: некий Родон

воспитал найденыша-девочку и хотел женить сына на ней, но тут появился ее родной отец, и по праву, которое имел над дочерью, как *paterfamilias*, не дал свое согласие на этот брак.⁹

Юрист времен римского императора Антония Пия (II в. н. э.) по имени Сцевола (Дигесты, 40.4.29) обсуждает случай, когда оставленная мужем (муж снова женился) жена не сказала бывшему мужу, что беременна, и выбросила ребенка. Мальчика взял и воспитал некий человек, назвав его именем его отца (очевидно, он знал, кто отец ребенка). Когда отец умер, спаситель ребенка представил ребенка матери и бабушке по отцу, и по решению суда ребенок был признан наследником отца.

Светоний пишет, что талантливый учитель грамматики Юлия Цезаря, Марк Антоний Гнифон, был свободнорожденным подкидышем, которого воспитатель вырастил, отпустил на волю и дал образование. Другой грамматик, по имени Мелисс, о котором также повествует Светоний, был рожден от свободных родителей в самом конце республиканского периода и оставлен на произвол судьбы «из-за ссоры между его родителями». Он был выращен как раб, продан Меценату и снискал его благоволение. Когда он был узан и потребован своей матерью, он предпочел сохранить статус раба, в котором у него уже было твердое социальное положение и отказался признать свою мать. После этого Меценат отпустил его на волю, и, будучи уже вольноотпущенником, Мелисс вошел в доверие к императору Августу (Светоний. О грамматиках и риториках, 21).

Оставление детей происходило даже в императорских семьях (например, Августа и Клавдия).

Оставление часто приводило к смерти ребенка. Труп выброшенного ребенка мог использоваться для магических целей. Гален изучал трупы выброшенных новорожденных, вскрывая их.¹⁰

Существовали и другие свидетельства античных авторов. Источники, однако, требуют внимательного прочтения. Так, например, всем известное повествование Плутарха в «Жизни Ликурга» (16.1–2), с описанием отбора наиболее жизнеспособных детей, и сбрасыванием всех остальных в пропасть на горе Тайгет (Arothetai). Хотя это место часто цитируется в качестве иллюстрации «истинно спартанского характера», упускается из виду, что, во-первых,

из всех источников оно встречается только у Плутарха, который, во-вторых, писал на много столетий позже, чем жил полу-легендарный Ликург. Как показал Marc Huys [13], это произведение продолжает утопические модели «идеального государства», восходящие к IV веку до н. э.

Философы-стоики резко возражали против оставления детей на произвол судьбы. Стоики Музоний Руф (I в. н. э.) и Гиерокл (II в. н. э.) также свидетельствуют, что этот феномен был очень распространен «Взрастить много детей — достойно и полезно», говорил Музоний. Он пишет, что бедняк выбрасывает детей по несущественным причинам, ибо даже птицы способны питать своих чад. «Но что кажется мне самым ужасным, это то, что те, которые даже не могут найти извинения в бедности, а, напротив, люди зажиточные и даже богатые, тем не менее решаются не воспитывать более поздних детей, чтобы рожденные раньше могли наследовать большее богатство... Итак, для того, чтобы их дети имели большую долю в богатстве отцов, они убивают их братьев». Обеспеченные и даже богатые (*plousioi*) упомянутые Музонием — безусловно, не единичные случаи. Он также указывает, что бедняки («*penia*») (не нищие, а работающие за малую плату) оставляют своих детей. Согласно мнению стоика Гиерокла, (цитируемого византийским автором Иоанном Стобеем, IV. 24.14), «большинство людей отказываются воспитывать некоторых из своих детей по малому уму своему, любви к богатству и оттого, что считают бедность величайшим злом» [12].

Античные люди осознавали, что феномен оставления детей является специфической чертой их культуры. Подтверждения этому мы находим в произведениях античных авторов, где подчеркивается отличие других народов в этом отношении. Так, знаменитый философ Аристотель (384 год до н. э. — 322 год до н. э.) считал отличительной характеристикой евреев заботу о детях, постоянное внимание к ним. Историк Страбон (ок. 64/63 до н. э. — ок. 23/24 н. э.) удивлялся тому, что египтяне выкармливают всех своих детей, а историк Феопомп (IV в. до н. э.) отмечал, что этруски выращивают всех своих детей. Другие античные авторы — Диодор, Страбон, Тацит, Кассий Дион — также считали подобное поведение отличительной чертой культур, лежащих вне греко-римского мира — египетской, иудейской, германской и обычаев обитателей севера Британии (современной Шотландии) [12].

⁹ Кодекс Юстиниана 5.14.16.

¹⁰ Гален описывает это в трактате «De anatomicis administrationibus», 3.5.

В римском Египте принимались законы против усыновления детей с «навозных куч», так как бездетные египтяне таким образом пытались найти себе наследника (в противном случае их имущество отходило в казну); существовали имена, так называемые «копронимы», которые давали найденным, вероятно, в качестве апотропея (для отвращения зла) [3, 4, 10].

Авторы-иудеи, такие, как Филон Александрийский и Иосиф Флавий, в свою очередь, ясно указывали на то, что оставление детей на произвол судьбы в корне противоречило иудейским обычаям и Закону Моисееву, так как человек создан по образу и подобию Божию (Быт. 1:27). Так, Филон Александрийский — иудей, воспитанный в эллинистической культуре, писал, что божественное повеление запрещает оставлять детей на произвол судьбы и что это стало повсеместным явлением неблагочестия среди прочих народов, свидетельствующее об их природной бесчеловечности. Родители, кто совершает это, обвиняются Филоном в гедонизме, мизантропии, убийстве, и — самом страшном преступлении — детоубийстве. «Некоторые совершают это деяние собственноручно, душа детей или топя их», пишет Филон, «другие относят детей в пустынные места, оставляя их, как они говорят, с надеждой на то, что они будут спасены, но на самом деле обрекая их на самое злое из бедствий», так как они становятся пищей зверей и птиц. Иногда прохожие жалеют их и подбирают. Те же, кто убивает младенцев — жестокие и безжалостные люди, заключает Филон Александрийский [12]. Его возвышенный тон свидетельствует о некотором преувеличении жестокости нравов «прочих народов» и апологетической направленности, характерной как для иудеев, так и позже для христиан, так как обе эти группы верующих должны были оправдываться перед язычниками от подозрений в якобы совершаемых среди них непотребствах. Существуют, однако, исследования, в которых говорится о наличии феномена оставления детей и в иудейских семьях, несмотря на осуждение иудейской среды и неприятия этого явления в целом.

Христиане категорически отвергали и порицали практику оставления детей. Уже в Дидахе и Послании Варнавы, ранних памятниках христианской письменности, носящих во многом следы иудейской культуры, в лоне которой формировалось раннее христианство, порицается практика оставления детей. Мученик Иустин Философ, христианский апологет, писав-

ший в середине II в. н. э., считал, что не единично, а большинство оставленных детей выживали (и становились рабами-проститутками) (1 Апология, 27); это могло привести к инцесту.¹¹ Инцест был страшен и отвратителен для язычников, как несмыслимая религиозная скверна, и именно этим Иустин парировал обвинения в тайных грехах, которые несправедливо предъявляли христианам язычники. Тертуллиан,¹² христианский апологет, в своем сочинении «К жене» (I,5) говорит, что язычники желают избавиться от детей, как от бремени.

Как писал христианский апологет Афинагор («Предстательство за христиан», 35.6), христиане считали равнозначным детоубийство и оставление на произвол судьбы. Другой христианский апологет Лактанций (ок. 250 — ок. 325 гг.) писал: «Неужели могут считаться невинными те, кто плод свой бросают собакам, не понимая, что оказываются столь же жестокими, как если бы их задушили?.. рожденных детей или душат, или, если бывают сердобольны, подкидывают».¹³

Христианские писатели, такие как Минуций Феликс,¹⁴ Климент Александрийский, Ориген, Мефодий Патарский, авторы «Послания к Диогнету», «Апокалипсиса Петра», «Апокалипсиса Павла» также категорически осуждали оставление детей. Установление христиан, принимавших иудейские Писания Ветхого Завета, было укоренено в библейской традиции, в которой Господином человеческой жизни является только Бог, но не чело-

¹¹ «Мы, чтобы никого не беспокоить и самим не грешить, держимся таких мыслей, что подкидывать новорожденных младенцев есть дело худых людей; во-первых потому, что почти все такие — мы видим — не только девочки, но и мальчики употребляются на любодеяство, (...) кто-нибудь из пользующихся ими, сверх безбожного, нечестивого и бесстыдного смещения, совокупляется, если случится, с своим сыном, или родственником или братом» (Иустин Философ. 1-я Апология, 1, 27).

¹² «сколько таких, которые пожелают дозволить мне толкнуться к совести их с вопросом, кто умерщвляет собственных детей. Действительно, есть различие и в способе умерщвления. Во всяком случае более жестоко лишать дыхания водою, выбрасывать на холод, голод и собакам» (Тертуллиан. Апологетик, 9).

¹³ Лактанций, «Божественные установления» 6, 20, 18–26.

¹⁴ «повсюду сеете детей своих, и рожденных дома часто бросаете, рассчитывая на чужое сострадание» (Минуций Феликс. «Октавий», 32,4).

век, даже не родитель [15]. Это отличало библейский менталитет от античного, который воспринимал ребенка в категориях права и собственности родителей. Апологет христиан Лактанций, говорил о том, что каждый человек, в том числе и новорожденный, является священным существом («sacrosanctum animal»), находится под защитой Создателя и тем самым стоит вне безграничной власти родителей. В этом он был согласен с матерью мучеников Маккавеев, сказавшей: «я не знаю, как вы явились во чреве моем; не я дала вам дыхание и жизнь; не мною образовался состав каждого... Творец мира, Который образовал природу человека и устроил происхождение всех...» (2 Макк. 7: 22–23).

Таким образом, оставление детей в Древней Греции и Древнем Риме было явлением повседневной жизни. В каком-то смысле это явление было альтернативой инфантициду. Одной из причин толерантного отношения к нему общества было то, что оно давало дополнительные рабочие руки. Судьба детей подкидышей могла сложиться по-разному, но редко была счастливой. Хотя большинство современных авторов склоняются к мысли о том, что оставление детей вело не к резкому росту смертности, а к «перераспределению» и «ре-циркуляции» их в обществе, нет сомнения, что оставление часто приводило к смерти ребенка и большое количество детей погибало от холода, голода, диких зверей и уличных собак. Спасенные дети также подвергались опасности, несомненно, что они, подобно найденышам старинных приютов, умирали в течение нескольких дней. Свободнорожденные дети, которые были оставлены на произвол судьбы и в дальнейшем спасены, но выращены как рабы, сохраняли свое право свободнорожденного (*ingenuitas*) и могли в дальнейшем получить свободу, доказав свой изначальный статус. Христианство значительно изменило отношение государства к детям-подкидышам в Римской империи. Примечательно, что рост влияния христианства и провозглашение его как государственной религии в конце IV века совпало во времени с тенденцией римского общества более негативно воспринимать оставление детей, как с моральной точки зрения так и в соответствии с демографической политикой императоров. В результате менее чем за три века в Римской империи произошла перемена правового отношения к оставлению детей — от нейтрального до караемого смертной казнью проступка перед государством.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверинцев С.С. Античный риторический идеал и культура Возрождения. Риторика и истоки европейской культурной традиции. М.: ЯКМ; 1996.
2. Блаватская Т.В. Из истории греческой интеллигенции эллинистического времени. М.: Наука; 1983.
3. Джарман О.А. Статус женщины в Древнем Египте. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2 (1): 48–56.
4. Джарман О.А., Микирчичан Г.Л. Статус и отношение к ребенку в Древнем Египте. Российский педиатрический журнал. 2014; 5: 53–58.
5. Клёнышева Н.Д. Рождение ребенка в древнеримской семье: боги и ритуалы. Диалог со временем. 2010; 33: 260–273.
6. Троицкий И.В. Соран Эфесский как первый педиатр вечного города. Доклад XI Международному медицинскому конгрессу в г. Риме. Киев: тип. Ун-та Св. Владимира; 1895.
7. Boswell J. The Kindness of Strangers: The Abandonment of Children in Western Europe from Late Antiquity to the Renaissance. New York: Pantheon Books; 1988.
8. Dixon S. The Roman Mother. London-Sydney: Routledge; 1988.
9. Evans Grubbs J. Church, State, and Children: Christian and Imperial Attitudes Toward Infant Exposure in Late Antiquity. In: A. Cain, N.E. Lenski. The Power of Religion in Late Antiquity. London and New York: Routledge; 2009.
10. Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World. Oxford: Oxford University Press; 2013.
11. Golden M. Children and Childhood in Classical Athens. Baltimore and London: The John Hopkins University Press; 1993.
12. Harris W.V. Child-Exposure in the Roman Empire. The Journal of Roman Studies. 1994; 84:1–22.
13. Huys, M. The Spartan Practice of Selective Infanticide and its Parallels in Ancient Utopian Tradition. Ancient Society. 1995; 27: 47–74.
14. Kudlien F. Kindesaussetzung im antiken Roman: ein Thema zwischen Fiktionalität und Lebenswirklichkeit. Groningen Colloquia on the Ancient Novel. 1989; 2: 25–44.
15. Koskeniemi E. The Exposure of Infants among Jews and Christians in Antiquity. Sheffield Phoenix Press; 2009.
16. McKechnie, P. An Errant Husband and a Rare Idiom (P. Oxy. 744). Zeitschrift für Papyrologie und Epigraphik. 1999; 127: 157–61.
17. Rawson B. Children and Childhood in Roman Italy. Oxford: Oxford University Press; 2003.
18. West, S. Whose Baby? A Note on P. Oxy. 744. Zeitschrift für Papyrologie und Epigraphik. 1998; 121: 167–172.

REFERENCES

1. Averintsev S.S. Antichnyy ritoricheskiy ideal i kul'tura Vozrozhdeniya. Ritorika i istoki evropeyskoy kul'turnoy traditsii. [The Greco-Roman ideal and the Renaissance culture. Rhetoric and the beginning of the European cultural tradition]. M.: YAKM; 1996. (In Russian).
2. Blavatskaya T.V. Iz istorii grecheskoy intelligentsii ellinisticheskogo vremeni. [About Greco-Roman intelligentsia of Hellenistic time]. M.: Nauka; 1983. (In Russian).
3. Jarman O.A. Status zhenshchiny v Drevnem Egipte. [Status of a woman in Ancient Egypt]. Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya. 2017; 2 (1): 48–56. (In Russian).
4. Jarman O.A., Mikirtichan G.L. Status i otnoshenie k rebenku v Drevnem Egipte. [Status and treatment of the child in Ancient Egypt]. Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. 2014; 5: 53–58. (In Russian).
5. Klenysheva N.D. Rozhdenie rebenka v drevnerimskoy sem'e: bogi i ritualy. [Childbirth in the Roman Family: gods and rites]. Dialog so vremenem. 2010; 33: 260–273. (In Russian).
6. Troitskiy I.V. Soran Efesskiy kak pervyy pediatr vechnogo goroda. Doklad XI Mezhdunarodnomu meditsinskomu kongressu v g. Rime. [Soranus of Ephesus as the first pediatrician of the 'eternal city']. Kiev: tip. Un-ta Sv. Vladimira; 1895. (In Russian).
7. Boswell J. The Kindness of Strangers: The Abandonment of Children in Western Europe from Late Antiquity to the Renaissance. New York: Pantheon Books; 1988.
8. Dixon S. The Roman Mother. London-Sydney: Routledge; 1988.
9. Evans Grubbs J. Church, State, and Children: Christian and Imperial Attitudes Toward Infant Exposure in Late Antiquity. In: A. Cain, N.E. Lenski. The Power of Religion in Late Antiquity. London and New York: Routledge; 2009.
10. Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World. Oxford: Oxford University Press; 2013.
11. Golden M. Children and Childhood in Classical Athens. Baltimore and London: The John Hopkins University Press; 1993.
12. Harris W.V. Child-Exposure in the Roman Empire. The Journal of Roman Studies. 1994; 84: 1–22.
13. Huys, M. The Spartan Practice of Selective Infanticide and its Parallels in Ancient Utopian Tradition. Ancient Society. 1995; 27: 47–74.
14. Kudlien F. Kindesaussetzung im antiken Rom: ein Thema zwischen Fiktionalitat und Lebenswirklichkeit. Groningen Colloquia on the Ancient Novel. 1989; 2:25–44.
15. Koskeniemi E. The Exposure of Infants among Jews and Christians in Antiquity. Sheffield Phoenix Press; 2009.
16. McKechnie, P. An Errant Husband and a Rare Idiom (P. Oxy. 744). Zeitschrift fur Papyrologie und Epigraphik. 1999; 127: 157–61.
17. Rawson B. Children and Childhood in Roman Italy. Oxford: Oxford University Press; 2003.
18. West, S. Whose Baby? A Note on P. Oxy. 744. Zeitschrift fur Papyrologie und Epigraphik. 1998; 121: 167–172.

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 ФГБОУ ВО 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 medorgspb@yandex.ru или lt2007@inbox.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 сайте: http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization.

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности

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

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 ВИНИТИ, 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. 3rd 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 учитывайте 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://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization.