

MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2018, VOLUME 3, N 3

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 254. Подписано в печать 25.10.2018.

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. Серeda**

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, № 3

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

CONTENT

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ORIGINAL PAPERS

*Василий Иванович Орел,
Ольга Михайловна Носырева,
Ирина Николаевна Воробцова,
Ольга Львовна Гуламова,
Георгий Артемьевич Копытов,
Григорий Владиславович Латышев,
Наталья Ивановна Моторина,
Олег Васильевич Орел,
Ксения Владимировна Перевертайло,
Дина Владимировна Разумова,
Юлия Сергеевна Светличная,
Оксана Владимировна Семеркова,
Людмила Александровна Симонова,
Виктория Игоревна Смирнова,
Юрий Иванович Усенко,
Мария Михайловна Янушанец*

*Vasily I. Orel,
Olga M. Nosyreva,
Irina N. Vorobczova,
Olga L. Gulamova,
Georgij A. Kopytov,
Grigorij V. Latyshev,
Natalya I. Motorina,
Oleg V. Orel,
Kseniya V. Perevertajlo,
Dina V. Razumova,
Yuliya S. Svetlichnaya,
Oksana V. Semerkova,
Lyudmila A. Simonova,
Viktoriya I. Smirnova,
Yurij I. Usenko,
Mariya M. Yanushanecz*

Проектный подход как образовательная технология: создание службы регистрации и информационного сопровождения пациентов с подозрением и установленным диагнозом «злокачественное новообразование» 4

The creation of a registration and information tracking of suspected and diagnosed «malignant neoplasm» 5

*Константин Вадимович Павелец,
Дмитрий Сергеевич Русанов,
Мария Владимировна Антипова,
Михаил Александрович Протченков,
Павелец Михаил Константинович,
Ульяна Александровна Дрозд,
Павелец Анна Андреевна*

*Konstantin V. Pavelets,
Dmitry S. Rusanov,
Maria V. Antipova,
Mikhail A. Protchenkov,
Mikhail K. Pavelets,
Ulyana A. Drozd,
Pavelets A. Andreevna*

Эффективность использования современных методов диагностики в оценке резектабельности карциномы пищевода..... 12

Efficiency of the use of modern diagnostic methods in estimation of resectability of esophageal carcinoma 12

*Ануза Шамиловна Галикеева,
Назира Хамзиновна Шарафутдинова,
Евгений Георгиевич Степанов,
Марина Юрьевна Павлова,
Ринат Сабитович Суфияров*

*Anuza Sh. Galikeeva,
Nazira Kh. Sharafutdinova,
Evgeny G. Stepanov,
Marina Yu. Pavlova,
Rinat S. Sufiarov*

Медико-социальная и экономическая эффективность реализации программы профилактики основных стоматологических заболеваний у работников промышленных предприятий 19

Medical social and economic efficiency of implementation of the program of prevention of main dentistry diseases in workers of industrial enterprises 19

*Тамара Сергеевна Дьяченко,
Виктория Викторовна Иваненко,
Елена Владимировна Пелих*

*Tamara S. Dyachenko,
Victoria V. Ivanenko,
Elena V. Pelikh*

Оценка качества медицинской помощи при ЛОР-заболеваниях в детских поликлиниках г. Волгограда 23

Assessment of quality of medical care in otorhinolaryngological diseases in children's polyclinics in volgograd 23

Марина Сергеевна Ширишкова

Влияние здоровьесберегающих технологий
на адаптацию детей раннего возраста
к условиям детского сада 32

Marina S. Shirshikova

The influence of health technologies
on the adaptation of children of early
age to conditions of kindergarten..... 32

БИОЭТИКА

Наталья Юрьевна Раевская

Иудаизм: этика и медицина..... 44

*Татьяна Владимировна Каурова,
Галина Львовна Микиртичан*

Портрет современного
детского врача-дерматолога.
Опыт социологического исследования 52

BIOETHICS

Natalia Y. Raevskaya

Judaism: ethics and medicine..... 44

*Tatyana V. Kaurova,
Galina L. Mikirtichan*

The picture of modern
pediatrician-dermatologist.
From the result of sociologic investigation..... 52

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

*Ольга Александровна Джарман,
Галина Львовна Микиртичан*

Сравнительная характеристика
статуса ребенка в Древнем мире 59

HISTORY OF MEDICINE

*Olga Aleksandrovna Jarman,
Galina Lvovna Mikirtichan*

Comparative analysis
of the child's status in the Ancient world 59

ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов 75

INFORMATION

Rules for authors 75

ПРОЕКТНЫЙ ПОДХОД КАК ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ: СОЗДАНИЕ СЛУЖБЫ РЕГИСТРАЦИИ И ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ И УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ»

© *Василий Иванович Орел¹, Ольга Михайловна Носырева¹, Ирина Николаевна Воробцова¹, Ольга Львовна Гуламова², Георгий Артемьевич Копытов³, Григорий Владиславович Латышев³, Наталья Ивановна Моторина⁴, Олег Васильевич Орел¹, Ксения Владимировна Перевертайло⁵, Дина Владимировна Разумова⁶, Юлия Сергеевна Светличная³, Оксана Владимировна Семеркова⁷, Людмила Александровна Симонова⁸, Виктория Игоревна Смирнова¹, Юрий Иванович Усенко³, Мария Михайловна Янушанец⁹*

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

² СПб ГБУЗ «Родильный дом № 16». 192283, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Балканская, 54

³ СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр». 198095, г. Санкт-Петербург, ул. Шкапина, 30, лит А

⁴ СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 29». 195274, г. Санкт-Петербург, ул. Демьяна Бедного, 18, корп. 3, лит А

⁵ СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 73». 192177, г. Санкт-Петербург, ул. Караваевская, 30

⁶ СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44». 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, 20

⁷ СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 71». 194354, г. Санкт-Петербург, пр. Энгельса, 117, лит А

⁸ СПб ГБОУ ДОД КДЮСШ «Невские звезды». 197101, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 8

⁹ ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России. 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

Контактная информация: Ольга Михайловна Носырева — к. э. н., доцент, доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: onosyreva@list.ru

РЕЗЮМЕ: В целях совершенствования государственной политики в сфере защиты детства, учитывая результаты, достигнутые в ходе реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы, в Российской Федерации 2018–2027 годы указом Президента РФ от 29.05.2017 N 240 объявлены Десятилетием детства. Реализация плана мероприятий предполагает тесное межведомственное взаимодействие, последовательность действий, а также преемственность в решении поставленных задач, что предъявляет высокие требования к уровню знаний управленцев, в том числе в сфере здравоохранения. Кроме того, Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294, частью которой является Приоритетный проект «Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее, в том числе, развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации» с 2018 перево-

дится на проектное управление (Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 года № 1640 (ред. от 01.03.2018)). Это делает жизненно необходимым обучение руководителей медицинских организаций и их структурных подразделений основам менеджмента, в том числе проектного управления. Особенностью освоения курса профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» на кафедре социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО СПб ГПМУ является разработка и защита проектов по актуальным проблемам современного здравоохранения группой слушателей, которые представляют организации здравоохранения разного уровня подчинения, организационно-правовой формы, как государственные, так и частные. В рамках выполнения учебного проекта в 2018 году группой авторов разработан проект по созданию Службы регистрации и информационного сопровождения пациентов с подозрением и установленным диагнозом «злокачественное новообразование» в Санкт-Петербурге (далее — Служба). Целью создания Службы является минимизация сроков диагностики, совершенствование маршрутизации пациентов всех возрастов с подозрением и установленным диагнозом «злокачественное новообразование», повышение доступности (а значит и качества онкологической помощи по критерию своевременности) для жителей Санкт-Петербурга. В рамках учебного проекта была показана актуальность данной темы, статистическими данными обоснована социальная значимость злокачественных новообразований (ЗНО), так как показатели их распространенности, заболеваемости, смертности довольно высоки, а прогнозы выживаемости в ряде случаев крайне неблагоприятны. Анализ действующей практики оказания онкологической помощи в Санкт-Петербурге свидетельствует о том, что в настоящий момент представляется возможным легко провести оценку основных медико-статистических показателей по результатам деятельности онкологической службы за отчетный период. При этом сроки диагностики и ожидания лечения пациентами не всегда соответствуют нормативным требованиям, что ухудшает прогноз заболевания. В настоящее время нет инструментов оперативного реагирования при превышении длительности указанных сроков. Создание Службы регистрации и информационного сопровождения пациентов с подозрением и установленным диагнозом «ЗНО» в Санкт-Петербурге позволит повысить качество оказания медицинской помощи каждому конкретному пациенту путем оперативного реагирования на возникающие проблемы; разрабатывать противораковые мероприятия, а также оценивать эффективность организации специализированной онкологической помощи города.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: злокачественное новообразование; медико-социальная помощь; информационное сопровождение пациентов; проектное управление.

THE CREATION OF A REGISTRATION AND INFORMATION TRACKING OF SUSPECTED AND DIAGNOSED «MALIGNANT NEOPLASM»

© *Vasiliy I. Orel¹, Olga M. Nosyreva¹, Irina N. Vorobczov¹, Olga L. Gulamova², Georgij A. Kopytov³, Grigorij V. Latyshev³, Natalya I. Motorina⁴, Oleg V. Orel¹, Kseniya V. Perevertajlo⁵, Dina V. Razumova⁶, Yuliya S. Svetlichnaya³, Oksana V. Semerkova⁷, Lyudmila A. Simonova⁸, Viktoriya I. Smirnova¹, Yurij I. Usenko³, Mariya M. Yanushanecz⁹*

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

² Saint-Petersburg «Maternity home № 16». Malaya Balkanskaya str., 54. Saint-Petersburg, Russia, 1992283

³ Saint-Petersburg «Medical Information-and Analytical Center». Shkapina str., 30, Lit. A. Saint-Petersburg, Russia, 198095

⁴ Saint-Petersburg «Children's City Polyclinic N 29». Demian Bedny str., 18, building 3, Lit. A. Saint-Petersburg, Russia, 195274

⁵ Saint-Petersburg «Children's City Polyclinic N 73». Karavaevskaya str., 30. Saint-Petersburg, Russia, 192177

⁶ Saint-Petersburg «City Polyclinic N 44». Budapestskaya str., 20. Saint-Petersburg, Russia, 192071

⁷ Saint-Petersburg «Children's City Polyclinic N 71». Engels Avenue, 117, Lit. A. Saint-Petersburg, Russia, 194354

⁸ Saint-Petersburg DOD KDYUSSH «Nevsky Star». Leo Tolstoy str., 8. Saint-Petersburg, Russia, 197101

⁹ Almazov National Medical Research Centre. Akkuratova str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 197341

Contact Information: Olga M. Nosyreva — PhD, Associate Professor, Department of Social Pediatrics and Public Health Organization of the Faculty of Post-Graduate Education, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. E-mail: onosyreva@list.ru

ABSTRACT: In order to improve the state policy in the field of child protection, taking into account the results achieved in the implementation of the National Strategy for Children for 2012–2017 in the Russian Federation in 2018–2027, the decree of the President of the Russian Federation No. 240 of May 29, 2017 was declared the Decade of Childhood. The implementation of the action plan presupposes close interdepartmental interaction, the sequence of actions, as well as continuity in the solution of the tasks set, which makes high demands on the level of knowledge of managers, including in the health sector. In addition, the State Program of the Russian Federation «Development of Health», approved by the Government of the Russian Federation of April 15, 2014 No. 294, part of which is the Priority Project «Improving the organization of medical care for newborns and women during pregnancy and after childbirth, including the development of the network of perinatal centers in the Russian Federation» will be transferred to the project management from 2018 (Decree of the Government of the Russian Federation No. 1640 of December 26, 2017 (as amended on 01/03/2018)). This makes it vital to train managers of medical organizations and their structural units in the basics of management, including project management. The peculiarity of mastering the course of professional training in the specialty of «Organization of public health and public health» at the Department of Social Pediatrics and Health Organization of the FP and SPE of SPbGPMU is the development and protection of projects on topical problems of modern public health by a group of listeners who represent health organizations of different levels of subordination, organizational and legal forms, both public and private. As part of the implementation of the training project in 2018, a group of authors developed a project to create a Registration and Information Support Service for patients with suspected and established diagnosis of «malignant neoplasm» in St. Petersburg (hereinafter — the Service). The purpose of the creation of the Service is to minimize the timing of diagnosis, improve the routing of patients of all ages with suspicion and the established diagnosis of «malignant neoplasm», increase the availability (and, therefore, the quality of oncological care according to the timeliness criterion) for residents of St. Petersburg. Within the framework of the training project, the relevance of this topic was shown, statistical data substantiated the social significance of malignant neoplasms (BSE), as the prevalence, morbidity, mortality rates are rather high, and the survival forecasts are in some cases extremely unfavorable. An analysis of the current practice of providing cancer care in St. Petersburg shows that at the moment it is possible to easily assess the main medical and statistical indicators based on the results of the oncological service for the reporting period. At the same time the timing of diagnosis and waiting for treatment by patients do not always meet regulatory requirements, which worsens the prognosis of the disease. Currently, there are no tools for prompt response when the duration of the specified deadlines is exceeded. Creation of the Registration and Information Support Service for patients with suspected and established diagnosis of «malignant neoplasm» in St. Petersburg will improve the quality of medical care for each individual patient by promptly responding to emerging problems; to develop anticancer measures, as well as to evaluate the effectiveness of the organization of specialized oncological care for the city.

KEY WORDS: malignant neoplasm; medical and social assistance; information support of patients; project management.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальностью данной работы является рассмотрение одного из приоритетных направлений государственной политики Российской Федерации, направленной на решение вопросов борьбы с онкологическими заболеваниями [1, 2, 4, 9].

Устойчивый рост заболеваемости и смертности населения всех стран мира от злокаче-

ственных опухолей и связанные с этим значительные социально-экономические потери обоснованно позволяют рассматривать борьбу с онкологическими заболеваниями как одну из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. Заболеваемость новообразованиями — это медико-социальная проблема общества. Задачи, стоящие перед онкологической службой страны, сложны и масштабны [7, 8]. Одним из наиболее действенных путей в ре-

шении этой проблемы является проведение дальнейших исследований в области онкологии и разработка эффективных программ по профилактике и лечению новообразований [3, 4, 6, 8].

Органы власти различного уровня в соответствии с полномочиями разрабатывают, и реализуют программы по профилактике, раннему выявлению и лечению онкологических заболеваний, снижению смертности, формированию мотивации к здоровому образу жизни, принимаются меры по обеспечению онкологических больных лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями.

Публичная декларация целей и задач Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2018 год предусматривает повышение доступности и качества медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации по следующим направлениям:

- I. Совершенствование нормативно-правового регулирования организации медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями;
- II. Раннее выявление онкологических заболеваний;
- III. Информатизация онкологической службы;
- IV. Укрепление кадрового потенциала онкологической службы [5, 9].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках учебного проекта была рассмотрена практика регистрации и маршрутизации пациентов с ЗНО, сложившаяся в Санкт-Петербурге, проведен контент-анализ нормативно-правового и регламентного обеспечения оказания онкологической помощи, анализ статистических данных оказания онкологической помощи жителям города, обеспеченности районов Санкт-Петербурга врачами-онкологами первичных онкологических отделений (кабинетов). Только два района (Петроградский и г. Кронштадт) имеют 100% укомплектованность — 1 врач-онколог на 25 тыс. населения. В остальных — обеспеченность колеблется от 18% — Петродворцовый район, до 84% — Адмиралтейский район (рис. 1).

В настоящее время, с целью контроля маршрутов пациентов и сроков диагностики заболевания в Санкт-Петербурге сформирована система регистрации и маршрутизации пациентов при подозрении или выявлении ЗНО, включающая:

- Автоматизированную систему учета «Городской реестр карт маршрутизации» (далее ГРКМ), осуществляющую автоматизированный персональный учет карт маршрутизации пациентов при подозрении или выявлении ЗНО;
- Популяционный раковый регистр (далее ПРР) — автоматизированный персональ-

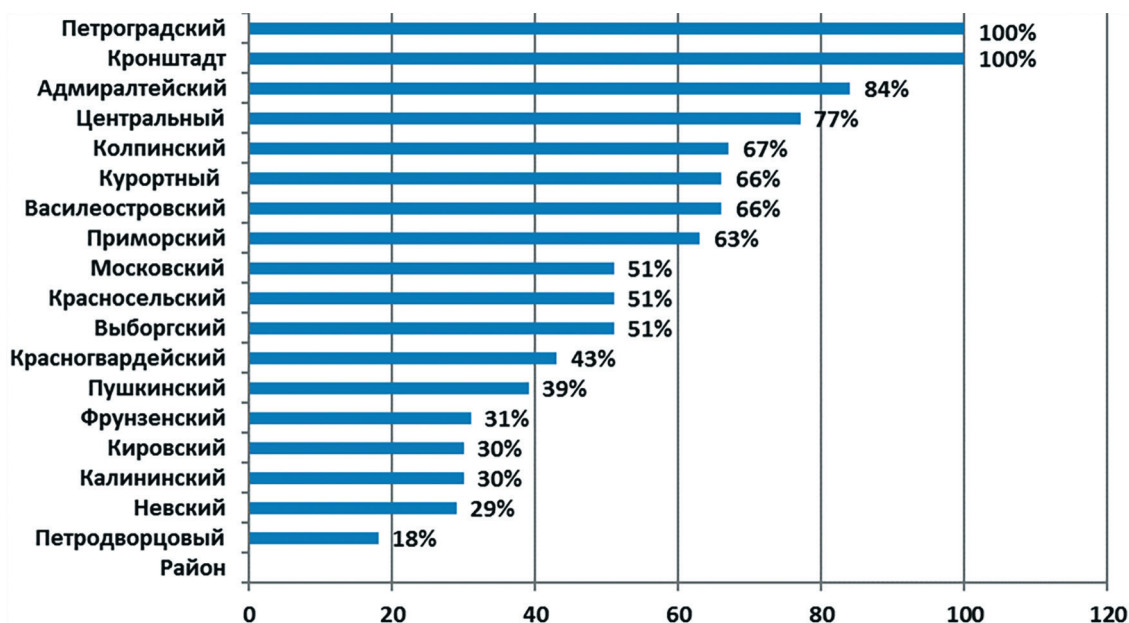


Рис. 1. Рейтинг районов Санкт-Петербурга по обеспеченности врачами-онкологами первичных онкологических отделений (кабинетов) (1 врач-онколог на 25 тыс. населения)

тельного медицинского страхования (ОМС), например, при плановой госпитализации. Особенностью данной Службы является возможность оперативно реагировать и корректировать маршрут, если что-то пошло не так при организации оказания медицинской помощи конкретному пациенту, в отличие от сопровождения в системе ОМС, где главной целью является функция контроля и применение санкций к медицинским организациям в случае отклонений [2, 7]. Вот почему представляется целесообразным создание Службы внутри системы здравоохранения (например, на базе СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»), чтобы была возможность не только контроля, но и внутриведомственного воздействия на медицинские организации.

В рамках проекта разработаны структура и функции Службы, определены этапы процесса информационного сопровождения пациентов, содержание этапов (структурированы работы), показаны контрольные точки процесса, определены риски проекта и возможные меры их предупреждения, ожидаемые результаты и показатели мониторинга проекта [8].

Так, например, функции Службы следующие:

- регистрация пациента при подозрении или выявлении ЗНО в автоматизированной системе учета (далее — АСУ);
- запись пациента на обследование, на прием к врачу;
- контроль сроков прохождения этапов маршрутизации пациента;

- информационное сопровождение пациентов (информирование о возможностях и содействие в организации оказания медицинской помощи при обследовании, лечении и диспансерном наблюдении при ЗНО);
- консультирование врачей по маршрутизации пациентов с ЗНО.

Началом сопровождения пациента (точка входа) является подозрение диагноза ЗНО, завершение сопровождения (точка выхода) осуществляется в случаях снятия диагноза ЗНО, выезда пациента из Санкт-Петербурга, по причине смерти пациента.

Этапы информационного сопровождения лиц с подозрением и установленным диагнозом ЗНО:

Первый этап — информационное сопровождение пациентов при прохождении обследования в МО первичного уровня в целях установления клинического диагноза ЗНО.

Второй этап — информационное сопровождение пациентов с установленным диагнозом ЗНО в процессе прохождения лечения в амбулаторных и стационарных условиях в МО 1-го, 2-го и 3-го уровней.

Третий этап — информационное сопровождение пациентов при диспансерном наблюдении пациентов с ЗНО в первичном онкологическом кабинете (первичном онкологическом отделении) МО 1-го уровня (рисунок 3).

Таким образом, Служба проводит оперативный мониторинг протекания процесса установления диагноза ЗНО, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с ЗНО, сравнивая с установленным регламентом.



Рис. 3. Процесс информационного сопровождения пациентов с подозрением и установленным диагнозом ЗНО

В случае отклонения от установленных норм, сотрудники службы связываются с медицинскими работниками, участниками процесса, или пациентами, принимая меры по устранению отклонений установленного регламента процесса [3].

Среди показателей мониторинга реализации проекта можно выделить результирующие: уровень удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи по профилю онкология, (%) и показатели эффективности деятельности Службы, а именно:

- количество случаев оказания медицинской помощи по профилю онкология с нарушением установленных сроков маршрутизации, (%);
- количество случаев незавершенного маршрута, (%);
- количество случаев оказания медицинской помощи по профилю онкология, у которых сроки маршрутизации меньше установленных, (%);
- количество медицинских организаций, подведомственных Комитету по здравоохранению Санкт-Петербурга, участвующих в сопровождении пациентов с подозрением и установленным диагнозом ЗНО, (%);
- доля медицинских организаций Санкт-Петербурга, подведомственных администрации районов, участвующих в информационном сопровождении пациентов с подозрением и установленным диагнозом ЗНО, (%);
- доля частных медицинских организаций Санкт-Петербурга, участвующих в информационном сопровождении пациентов с подозрением и установленным диагнозом ЗНО, (%);
- доля федеральных медицинских организаций Санкт-Петербурга, участвующих в информационном сопровождении пациентов с подозрением и установленным диагнозом ЗНО.

В проекте определены базовые и прогностические значения показателей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация проекта позволит:

- сократить сроки установления диагноза ЗНО, а значит раньше начать лечение, что улучшит прогноз лечения конкретных пациентов;
- рационально использовать ресурсы системы здравоохранения Санкт-Петербурга на основании мониторинга четкой маршрутизации пациентов;

- оперативно реагировать на возникающие проблемы доступности при оказании медицинской помощи конкретным пациентам по профилю «онкология»;
- повысить преемственность в процессе оказания медицинской помощи по профилю «онкология» между МО Санкт-Петербурга всех форм собственности и подчиненности на основе междисциплинарного взаимодействия;
- оценивать эффективность организации онкологической помощи и разрабатывать противораковые мероприятия на основе ведения корректного оперативного учета пациентов с онкологической патологией.

Реализация проекта позволит повысить доступность, а соответственно и качество (в плане своевременности) оказания специализированной медицинской помощи населению Санкт-Петербурга по профилю «онкология». Следствием этого будет снижение смертности от ЗНО и рост удовлетворенности населения Санкт-Петербурга медицинской помощью.

Опыт и знания, полученные слушателями в рамках подготовки учебного проекта, станут основой для совершенствования их управленческой практики так необходимой для реализации в жизнь государственных программ на современном этапе развития здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агарков А.И. Рационализация принятия управленческих решений на основе многоуровневого медико-социального мониторинга и классификационно-прогностического моделирования онкологической заболеваемости. Воронеж: Научная книга; 2016.
2. Гурьева Н.А., Орел В.И., Попова О.В., Орел О.В. Оперативный контроль качества организации медицинской помощи. Педиатр. 2012; 3 (1): 41–44.
3. Мошуров И.П., Кравец Б.Б., ред. Резервы управления региональной онкологической службой в снижении смертности от злокачественных новообразований. Воронеж: Научная книга; 2015.
4. Носырев С.П., Носырева О.М. От менеджмента качества медицинской помощи к качеству менеджмента. Часть 2. Менеджер здравоохранения. 2007; 7: 15–19.
5. Орел В.И., Гранатович О.В. Современные проблемы реализации прав пациента. Гуманитарные методы исследования в медицине: состояние и перспективы: сборник научных статей. Саратов; 2007: 63–65.
6. Орел В.И. Ким А.В., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л. Экспертиза в медицинской практике: учебно-методическое пособие. СПб.: СпецЛит; 2017.

7. Орлов А.Е. Егорова А.Г., Старинский В.В. Анализ онкоэпидемиологических тенденций в регионах Российской Федерации — основа успешной реализации территориальных программ профилактики рака. Самара: Изд-во Ас Гард; 2014.
8. В.И. Орел, А.В. Ким. Актуальные вопросы первичной медико-санитарной помощи: сборник материалов юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. СПб: Изд-во ABS color; 2018.
9. Публичная декларация целей и задач Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2018 год. Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_298406/ (дата обращения 28.06.2018).
5. Orel V.I., Granatovich O.V. Sovremennye problemy realizatsii prav patsienta. Gumanitarnye metody issledovaniya v meditsine: sostoyanie i perspektivy: sbornik nauchnykh statey. [Modern problems of realization of the rights of the patient. Humanitarian methods of research in medicine: state and prospects: a collection of scientific articles]. Saratov; 2007: 63–65 (in Russia).
6. Orel V.I. Kim A.V., Gur'eva N.A., Sharafutdinova L.L. Ekspertiza v meditsinskoj praktike: uchebno-metodicheskoe posobie. [Expertise in medical practice: a teaching aid]. SPb.: SpetsLit; 2017 (in Russia).

REFERENCES

1. Agarkov A.I. Ratsionalizatsiya prinyatiya upravlencheskikh resheniy na osnove mnogourovnevnogo mediko-sotsial'nogo monitoringa i klassifikatsionno-prognosticheskogo modelirovaniya onkologicheskoy zaboлеваemosti. [Rationalization of management decision-making on the basis of multilevel medico-social monitoring and classification-prognostic modeling of oncological morbidity]. Voronezh: Nauchnaya kniga; 2016. (in Russia).
2. Gur'eva N. A., Orel V.I., Popova O.V., Orel O.V. Operativnyy kontrol' kachestva organizatsii meditsinskoy pomoshchi. [Operative control of the quality of the organization of medical care]. *Pediatr.* 2012; 3 (1): 41–44 (in Russia).
3. Moshurov I.P., Kravets B.B., red. Rezervy upravleniya regional'noy onkologicheskoy sluzhboy v snizhenii smertnosti ot zlokachestvennykh novoobrazovaniy. [Reserves of management of the regional oncological service in reducing mortality from malignant neoplasms]. Voronezh: Nauchnaya kniga; 2015 (in Russia).
4. Nosyrev S.P., Nosyreva O.M. Ot menedzhmenta kachestva meditsinskoy pomoshchi k kachestvu menedzhmenta. Chast' 2. [From the quality management of medical care to the quality of management. Part 2]. *Menedzher zdravookhraneniya.* 2007; 7: 15–19 (in Russia).
7. Orlov A.E. Egorova A.G., Starinskiy V.V. Analiz onkoepidemiologicheskikh tendentsiy v regionakh Rossiyskoy Federatsii osnova uspeшной realizatsii territorial'nykh programm profilaktiki raka. [Analysis of oncoepidemiological trends in the regions of the Russian Federation — the basis for the successful implementation of territorial cancer prevention programs]. Samara: Izd-vo As Gard; 2014 (in Russia).
8. Orel V.I., Kim A.V. Aktual'nye voprosy pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi: sbornik materialov yubiley-noy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. [Actual issues of primary health care: a collection of materials of the jubilee All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation]. SPb: Izd-vo ABS color; 2018 (in Russia).
9. Publichnaya deklaratsiya tseley i zadach Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii na 2018 god. [Public Declaration of the Goals and Objectives of the Ministry of Health of the Russian Federation for 2018]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_298406/ (accessed 28.06.2018) (in Russia).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ КАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА

© Константин Вадимович Павелец, Дмитрий Сергеевич Русанов,
Мария Владимировна Антипова, Михаил Александрович Протченков,
Павелец Михаил Константинович, Ульяна Александровна Дрозд,
Павелец Анна Андреевна

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2
СПб ГБУЗ «Мариинская больница». 191014, г. Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56

Контактная информация: Русанов Дмитрий Сергеевич — к. м. н., ассистент кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», врач-хирург 6 хирургического отделения СПб ГБУЗ «Мариинская больница».
E-mail: rusanov.vergeltung@yandex.ru

РЕЗЮМЕ: На современном этапе основным методом в лечении больных раком грудного отдела пищевода является хирургический. Поздняя диагностика рака пищевода объясняется в том числе и недостаточной реализацией средств медицинской визуализации. Представлен опыт лечения 190 больных с верифицированным раком пищевода, из них 123 (64,73%) пациентам выполнена резекция пищевода с внутригрудной эзофагогастропластикой с различными вариантами лимфодиссекции. Оставшимся 67 (35,27%) больным произведены паллиативные вмешательства: стентирование пищевода 31 (16,31%) пациенту, 26 (13,68%) — аргоноплазменная реканализация опухолевого стеноза, 10 (5,28%) аргоноплазменная реканализация с последующим стентированием опухоли ввиду местной распространенности опухолевого процесса. Из 123 пациентов (I группа) 39 (31,7%) выполнена компьютерная томография (подгруппа IA), 25 (20,3%) — эндоскопическая сонография (подгруппа IB). Остальным 52 (42,3%) выполнена компьютерная томография, 7 (5,7%) — магнитно-резонансная томография грудной и брюшной полости с 3D-моделированием (подгруппа IC). Из 59 пациентов 37 (62,7%) выполнялась интеграция графических данных ЭУС в 3D-модель. Всем 67 пациентам II группы выполнялась СКТ груди и живота с реформацией графических данных в 3D-модель с последующей их интерпретацией и ретроспективной оценкой. Учитывая полученные данные, у всех пациентов IC группы, были спланированы и реализованы различные варианты лимфаденэктомии. У 15 из 59 (25,4%) пациентов был спланирован и выполнен комбинированный характер операций. Чувствительность 3D-модели в определении стадии опухолевого процесса составила 89,8%, специфичность — 67,8% ($p < 0,05$). Годичная выживаемость в группе оперированных больных составила 96,15%, 3 летняя — 42,30%, 5 лет прожили 19,6%. Суммарный показатель годичной выживаемости при использовании лишь эндоскопических методик лечения соответствовал 11,94%.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак пищевода; хирургическое вмешательство; дооперационное стадирование; комбинированные операции.

EFFICIENCY OF THE USE OF MODERN DIAGNOSTIC METHODS IN ESTIMATION OF RESECTABILITY OF ESOPHAGEAL CARCINOMA

© Konstantin V. Pavelets, Dmitry S. Rusanov, Maria V. Antipova, Mikhail A. Protchenkov,
Mikhail K. Pavelets, Ulyana A. Drozd, Pavelets A. Andreevna

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100
Saint-Petersburg State «Mariinsky hospital». Liteiny Ave., 56. Saint-Petersburg, Russia, 191014

Contact Information: Dmitry S. Rusanov — PhD, Assistant Professor of the Department of Faculty Surgery. prof.
A. A. Rusanova Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, surgeon 6 surgical department Saint-Petersburg State «Mariinsky hospital». E-mail: rusanov.vergeltung@yandex.ru

ABSTRACT: At the present stage, the main method for treating patients with breast cancer of the esophagus is surgical one. The late diagnosis of esophageal cancer is explained, among other things, by the insufficient implementation of medical imaging tools. The experience of treatment of 190 patients with verified esophageal cancer is presented, of which 123 (64.73%) patients underwent a cutting of the esophagus with intrathoracic esophagogastroplasty with different variants of lymphodissection. The remaining 67 (35.27%) patients underwent palliative interventions: esophageal stenting 31 (16.31%) to the patient, 26 (13.68%) — argon-plasma recanalization of tumor stenosis, 10 (5.28%) argon-plasma recanalization followed by tumor stenting due to the local prevalence of the tumor process. Computed tomography (subgroup IA) was performed from 123 (I group), 39 (31.7%), and 25 (20.3%) — endoscopic sonography (subgroup IB). The remaining 52 (42.3%) performed computed tomography, 7 (5.7%) — magnetic resonance imaging of the thoracic and abdominal cavity with 3D modeling (subgroup IC). Out of 59 patients, 37 (62.7%), the integration of the graphic data of the EUS into a 3D model was performed. All 67 patients in Group II underwent CTSC of the breast and abdomen with the reformation of the graphic data into the 3D model, followed by their interpretation and evaluation in retrospect. Taking into account the obtained data, various variants of lymphadenectomy were planned and implemented in all IC patients. In 15 out of 59 (25.4%) patients, the combined nature of the operations was planned and performed. The sensitivity of the 3D model in determining the stage of the tumor process was 89.8%, specificity-67.8% ($p < 0.05$). The annual survival rate in the group of operated patients was 96.15%, 3-year-old-42.30%, and 5-year-old lived 19.6%. The total annual survival rate by using only endoscopic treatment methods was 11.94%.

KEY WORDS: esophageal cancer; surgical treatment; pre-surgery staging; combined surgery.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На современном этапе основным методом в лечении больных раком грудного отдела пищевода является хирургический. Однако у 80–90% больных злокачественные опухоли данной локализации диагностируются в III–IV стадии, в связи с этим только для 10–15% больных возможно хирургическое и комбинированное лечение [2, 5, 7]. Местно-регионарное распространение опухоли является причиной отказа от выполнения радикального хирургического вмешательства. Но и среди пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству, результаты не могут удовлетворять. При инвазии опухоли T4 частота лимфогенного метастазирования составляет 88,9%, при поражении 1–4 групп лимфоузлов 5-летняя выживаемость достигает лишь 18,9%, при поражении более 7 групп — 0 [1, 3, 4, 8]. Поздняя диагностика рака пищевода объясняется в том числе и недостаточной реализацией средств медицинской визуализации. Несмотря на успехи в химиолучевой терапии, хирургический метод в лечении больных с верифицированным местно-распро-

странённым раком пищевода был и остается до настоящего времени наиболее эффективным способом воздействия на первичный очаг поражения [1, 4, 10].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты дооперационного стадирования рака пищевода и разработать алгоритм планирования хирургического вмешательства у этой категории больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2010 по 2015 гг. в 6 хирургическом отделении Мариинской больницы, во 2 хирургическом отделении НМХЦ им. Н.И. Пирогова, отделении торакальной онкологии и амбулаторно-консультативном отделении ФГБУ НИИ онкологии им. Петрова находилось на лечении 190 больных, у которых при обследовании верифицирован рак пищевода. Из 190 больных, 123 (64,73%) пациентам было выполнено хирургическое вмешательство — резекция пищевода с внутригрудной эзофагогастропластикой с различными

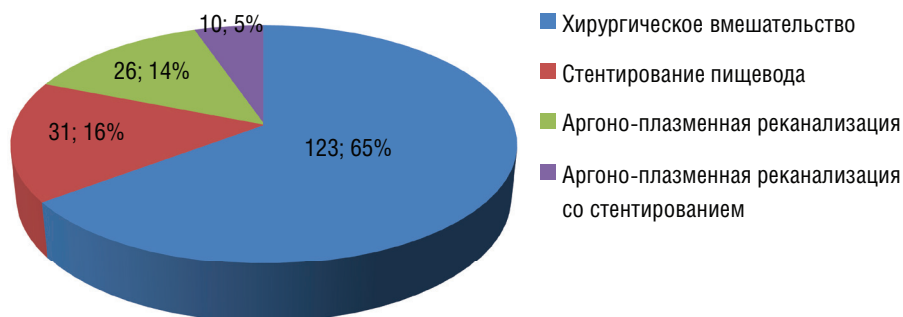


Рис. 1. Группировка больных по методу лечения рака пищевода

вариантами лимфодиссекции. Оставшимся 67 (35,27%) больным произведены паллиативные вмешательства: стентирование пищевода 31 (16,31%) пациенту, 26 (13,68%) — аргоно-плазменная реканализация опухолевого стеноза, 10 (5,28%) — аргоноплазменная реканализация с последующим стентированием опухоли ввиду местной распространенности опухолевого процесса (рис. 1).

Из 123 пациентов (I группа), находившихся в Мариинской больнице и НХМЦ им. Н. И. Пирогова и подвергшихся хирургическому лечению, 39 (31,7%) выполнена компьютерная томография (подгруппа IA), 25 (20,3%) — эндоскопическая сонография (подгруппа IB). Остальным 52 (42,3%) выполнена компьютерная томография, 7 (5,7%) — магнитно-резонансная томография грудной и брюшной полости с 3D-моделированием (подгруппа IC). Из 59 пациентов 37 (62,7%) выполнялась интеграция графических данных ЭУС в 3D-модель. Всем 67 пациентам II группы выполнялась СКТ груди и живота с реформацией графических данных в 3D-модель с последующей

их интерпретацией и ретроспективной оценкой (рис. 2).

Таким образом, 3D-моделирование выполнено 126 (66,3%) из 190 пациентов. В ходе проведенного исследования был разработан способ дооперационной оценки вовлеченности лимфатических коллекторов грудной и брюшной полостей при раке пищевода («Способ дооперационной оценки лимфогенного метастазирования рака пищевода и желудка»), патент на изобретение № 201625630 от 22.05.2018.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При оценке глубины инвазии опухоли в стенку пищевода по данным СКТ у 9 (23,1%) пациентов выявлена глубина инвазии, соответствующая T3, а у 30 (76,9%) пациентов, соответствующая критерию T4, из них у 16 (41,0%) опухоль соответствовала степени инвазии T4a. При интраоперационной диагностике и по результатам патогистологического исследования у 1 (2,6%) пациента степень инвазии соответствовала T2, у 3 (7,7%) больных — T3.

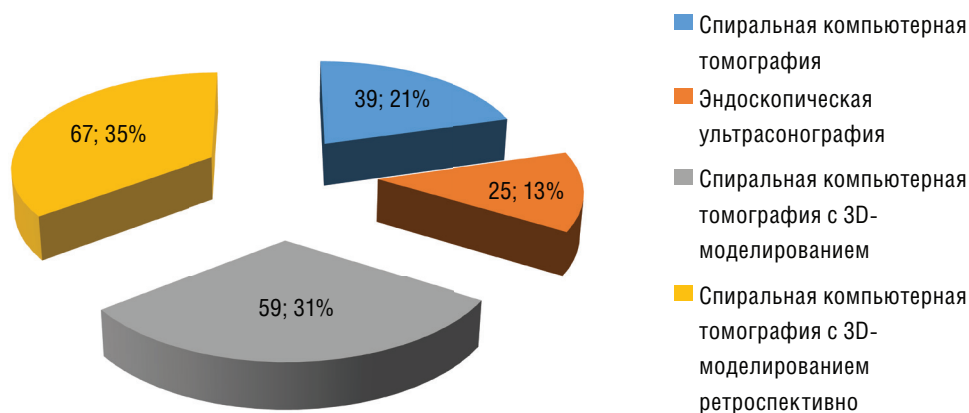


Рис. 2. Характеристика диагностических методов верификации местной распространенности рака пищевода

У остальных 35 (89,7%) пациентов степень инвазии, по данным послеоперационной диагностики стадирована как T4, из них у 25 (64,1%) глубина соответствовала T4a, а у 10 (25,6%) пациентов — T4b. Таким образом, чувствительность метода в определении глубины инвазии составила 60%, специфичность — 85,7% ($p < 0,05$).

Регионарные внутригрудные метастазы по результатам спиральной компьютерной томографии выявлены у 5 из 39 больных (12,8%) и у всех подтверждены гистологически. У 28 из 39 пациентов (71,8%) увеличение внутригрудных лимфоузлов по данным СКТ было расценено как неспецифическая лимфоаденопатия внутригрудных лимфоузлов, из них у 23 были выявлены регионарные метастазы при патогистологическом исследовании. У 6 из 39 пациентов (15,4%) изменений по данным лучевых методов исследования в лимфоузлах не обнаружено, но и у этих пациентов при патоморфологическом исследовании выявлены метастазы в регионарные лимфатические узлы. Чувствительность СКТ в выявлении регионарных внутригрудных метастазов составила 25,7%, специфичность — 58,9% ($p < 0,05$). При эндоскопической ультрасонографии опухоль пищевода подтверждена у всех 25 (100%) больных подгруппы IV, которые впоследствии перенесли хирургическое вмешательство. При этом у 3 (19,0%) пациентов степень инвазии по данным ЭУС была обозначена как T4, а при патогистологическом исследовании соответствовала T3. У 6 пациентов (14,0%) по данным ЭУС степень инвазии опухоли была меньше, чем при патогистологическом исследовании. Так, у двух больных соответствовала T2 по данным ЭУС, а при морфологическом исследовании констатирована T3. В четырех случаях выявлена T3 при ЭУС и T4 при патогистологическом исследовании (табл. 1).

Следует отметить, что у 16 больных было отмечено совпадение данных, полученных при ЭУС, с результатами патоморфологического исследования. Чувствительность ЭУС в определении степени глубины инвазии составила 56,3%, специфичность — 80% ($p < 0,05$). По данным эндоскопической ультрасонографии метастазы в лимфатических узлах средостения выявлены у 18 (72%) больных из 25 исследуемых, и у всех подтверждены при патогистологическом исследовании. У 7 (26%) пациентов степень регионарного метастазирования из-за невозможности проведения эндоскопа за опухолевую структуру при исследовании была обозначена как Nx. При патогистологическом исследовании

Таблица 1

Сравнительная характеристика данных ЭУС и патогистологического исследования в выявлении степени инвазии рака

Данные ЭУС		Патогистологическое исследование	
Степень инвазии (сТ)	Кол-во больных (n)	Степень инвазии (рТ)	Кол-во больных (n)
T2	2	T2	—
T3	4	T3	5
T4	19	T4	20

у 4-х (57,1%) из 7 больных метастазов не выявлено, а у 3-х (42,9%) из 7 пациентов обнаружены метастазы в регионарные лимфоузлы средостения (табл. 2).

Таким образом, чувствительность ЭУС в выявлении регионарных внутригрудных метастазов: 72,0%, а специфичность — 100% ($p < 0,05$).

У оперированных больных, согласно данным 3D-модели (59 пациентов), интраоперационной картины и патогистологического исследования, наиболее часто имели место протяженные опухоли (от 5 до 10 см) нижней трети грудного отдела пищевода — в 23 (38,9%) и 38 (64,4%) наблюдениях (рисунок 3).

У 40 (67,8%) по результатам 3D-моделирования, и у 38 (64,4%), интраоперационно и патогистологически, в опухолевый процесс вовлекалась параэзофагеальная и парааортальная клетчатка. У 5 (8,5%) пациентов имело место поражение главных бронхов в виде интимного предлежания карциномы к мембранозной ча-

Таблица 2

Сравнительная характеристика данных ЭУС и патогистологического исследования в выявлении метастатической лимфоаденопатии

Данные ЭУС		Патогистологическое исследование	
Кол-во пораженных л/у (сN)	Кол-во больных (n)	Кол-во пораженных л/у (рN)	Кол-во больных (n)
Nx	7	Nx	—
N0	—	N0	4
N1	6	N1	7
N2	8	N2	10
N3	4	N3	4



Рис. 3. Протяженность и локализация карциномы пищевода

Таблица 3

Поражение анатомических структур раком пищевода

Соседние структуры	3D-модель.	Интраоперационная картина
Параэзофагеальная и парааортальная клетчатка	40 (67,8%)	38 (64,4%)
Интимное предлежание к левому и правому главному бронхам	5 (8,5%)	5 (8,5%)
Перикард	1 (1,7%)	2 (3,4%)
Медиастинальная плевра противоположной стороны	7 (11,9%)	7 (11,9%)
Грудной лимфатический проток	9 (15,3%)	7 (15,3%)
Ножки диафрагмы	4 (6,8%)	5 (8,5%)
Нижняя и средняя доля правого легкого	3 (5,1%)	3 (5,1%)
Отсутствие распространения	3 (8,6%)	3 (8,6%)
Из них сочетанное поражение структур	13 (22,0%)	11 (18,7%)

сти. Вовлечение в опухолевый конгломерат нижней и средней доли правого легкого выявлено у 3 (5,1%), перикарда — у 1 (1,7%) и 2 (3,4%) пациентов соответственно. Сочетанное поражение органов средостения установлено методом 3D-моделирования у 13 (22,0%), интраоперационно — у 11 (18,7%) больных (табл. 3).

У 15 из 59 (25,4%) пациентов был спланирован и выполнен комбинированный характер операций (с резекцией мембранозной части левого и правого главных бронхов — 2 (3,4%), резекцией мембранозной части правого главного бронха и медиастинальной плевры про-

тивоположной стороны — 1 (1,7%), правосторонней нижней лобэктомией — 1 (1,7%), правосторонней нижней лобэктомией и атипичной резекции части средней доли правого легкого — 1 (1,7%), резекцией ножек диафрагмы — 4 (6,8%), иссечением участка перикарда — 2 (3,4%), с резекцией медиастинальной плевры противоположной стороны — 3 (5,0%), резекцией ножек диафрагмы и медиастинальной плевры противоположной стороны — 1 (1,7%).

Метастазы в регионарные лимфатические узлы средостения выявлены у 19 (32,2%)

по данным 3D-модели и у 20 (33,9%), по данным патогистологического исследования, сочетание метастатической лимфаденопатии грудной и брюшной полости верифицировано у 38 (64,4%) и 36 (61,1%) больных (таблица 4).

Таблица 4

Выраженность лимфаденопатии			
Метастазы в регионарные л/у	3D-модель (n=59)	3D-модель + ЭУС (n=59)	Интраоперационная картина и патогистологическое исследование. (n=59)
Л/у средостения	12 (20,3%)	19 (32,2%)	20 (33,9%)
Сочетанное поражение л/у	29 (49,2%)	38 (64,4%)	36 (61,1%)
Отсутствие метастазов	18 (30,5%)	2 (3,4%)	3 (5,0%)

Учитывая полученные данные, объем лимфодиссекции D2S выполнен у 5 (8,5%) больных, D2F у 51 (86,4%), D2F+ у 3 (5,0%) пациентов. В подавляющем количестве случаев встречались местно-распространённые формы рака пищевода: ИС, T4N1–52 (88,1%), ША, T3N1–5 (8,5%) (таблица 5).

Таблица 5

Окончательное распределение больных, которым выполнено 3D-моделирование по стадиям

Стадия	3D-модель, (n=59)	Интраоперационная картина и данные гистологического исследования, (n=59)
IB, T2N0	1 (1,7%)	1 (1,7%)
IIA, T3N0	1 (1,7%)	2 (3,4%)
IIIA, T3N1	5 (8,5%)	4 (6,7%)
IV, T4N1	52 (88,1%)	52 (88,1%)

Чувствительность 3D-модели в определении стадии опухолевого процесса составила 89,8%, специфичность — 67,8% ($p < 0,05$). Показатели 5-летней выживаемости были изучены у 112 (91,05%) из 123 оперированных больных. Годичная выживаемость в группе оперированных больных составила 96,15%, 2-летняя — 61,53%, 3-летняя — 42,30%, 4-летняя — 26,9%, 5 лет прожили 19,6% (рис. 4).

При использовании эндоскопических методик лечения показатели годичной выживаемости

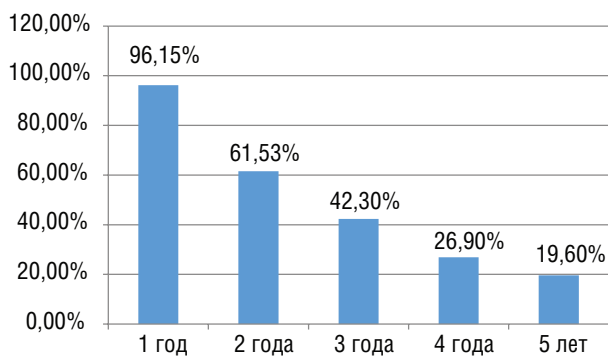


Рис. 5. Показатели выживаемости после хирургического лечения рака пищевода

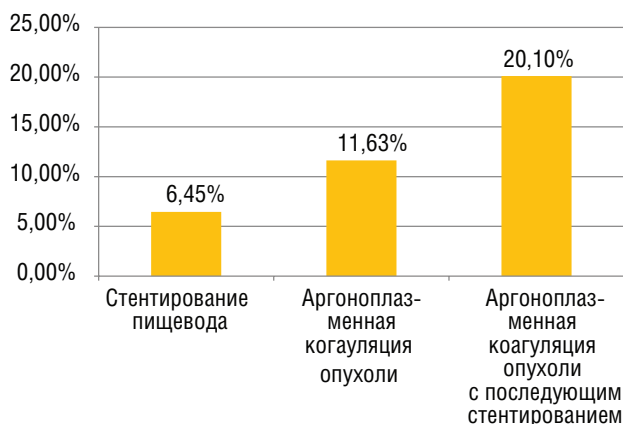


Рис. 6. Показатели годичной выживаемости при эндоскопическом лечении рака пищевода

составили: при стентировании пищевода — 6,45%, аргоно-плазменной коагуляции — 11,63%, аргоно-плазменной коагуляции с последующим стентированием пищевода — 20,10%. Суммарный показатель годичной выживаемости соответствовал 11,94% (рис. 6).

ВЫВОДЫ

Спиральная компьютерная томография и ультрасонография пищевода являются основными методами первичного стадирования рака пищевода с чувствительностью и специфичностью 25,7% и 58,9%; 72,0% и 100%, соответственно. Большая результативность данных исследований может быть достигнута лишь при одновременном использовании методик, т. к. каждый из способов устраняет недостатки другого.

3D-реконструкция средостения и верхнего этажа брюшной полости, основанная на данных спиральной компьютерной томографии и эндоскопической ультрасонографии является высокоинформативной методикой оценки местной

распространённости опухолевого процесса при раке пищевода с чувствительностью до 89,8% и специфичностью до 67,8%.

Дооперационное планирование хирургического вмешательства путем 3D-реконструкции средостения и верхнего этажа брюшной полости позволяет определить как более радикальный объем лимфодиссекции, так и обосновать последовательность этапов операции, что расширяет показания к комбинированным операциям при раке пищевода и улучшает отдалённые результаты хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода. М.: Издательская группа РОНЦ. Практическая медицина; 2007.
2. Иванов С.М. Химиолучевая терапия рака пищевода. Практическая онкология. 2008; 9 (1): 21–26.
3. Канаев С.В., Щербakov А.М., Тюрёва Е.И. Консервативное лечение местнораспространенного и неоперабельного рака пищевода: возможности и перспективы. Вопросы онкологии. 2012; 58 (2): 199–202.
4. Стилиди И.С. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода. Практическая онкология. 2003; 14: 60–67.
5. Тюляндин С.А., Носов Д.А., Переводчикова Н.И. Минимальные клинические рекомендации европейского общества медицинской онкологии (ESMO). М.: Издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; 2010.
6. Alper F., Turkyilmaz A., Kurtcan S. et al. Effectiveness of the STIR turbo spin-echo sequence MR imaging in evaluation of lymphadenopathy in esophageal cancer. *Eur. J. Radiol.* 2011; 80: 625–628.
7. Bosetti C., Levi F., Ferlay J. et al. Trends in oesophageal cancer incidence and mortality in Europe. *Int. J. Cancer.* 2008; 122: 1118–1129.
8. Choi J., Kim S.G., Kim J.S., et al. Comparison of endoscopic ultrasonography (EUS), positron emission tomography (PET) and computed tomography (CT) in the preoperative locoregional staging of resectable esophageal cancer. *Surg Endosc.* 2010; 24: 1380–1386.
9. Hiranyatheeb P., Osugi H. Radical lymphadenectomy in esophageal cancer: from the past to the present. *Dis Esophagus.* 2015; 28: 68–77.
10. Japanese Society for Esophageal Diseases. Surgical treatment. In: Guidelines for the Management of Esophageal Cancer. Tokyo: JSED; 2002: 8–15.

REFERENCES

1. Davidov M. I, Stilydi I.S. Rak pichevoda. [Esophageal cancer]. M: Izdatalskaya gruppa RONC. Prakticheskaya medicina; 2007. (In Russian).
2. Ivanov S.M. Chimiolychavaya terapia raka pichevoda. [Chemioradiation therapy of esophageal cancer]. *Practicheskaya onkologia.* 2008; 9 (1): 21–26. (In Russian).
3. Kanaev S.V., Tcherbakov A.M., Turaeva E.I. Konservativnoe lechenie mestnoraprotanennogo I neoperabelnogo paka pichevoda: vozmozhnosti i perspektivy. [Drug-treatment of local advanced esophageal cancer: possibility and prospects]. *Voprosi onkologii.* 2012; 58 (2): 199–202. (In Russian).
4. Stilydi I.S. Pezultati i perspektivy chirurgicheskogo lechenia bolnyh rakom grydnogo otdela pichevoda. [Resuits and prospects of surgical treatment of patients with cancer of thoracic part of esophagus]. *Practicheskaya onkologia.* 2003; 14: 60–67. (In Russian).
5. Tulandin S.A., Nosov D.A., Perevodchicov N.I. Mii-nalnye clinichescie rekomendacii evropeiskogo obchestva medicinskoj onkologii. [Minimally clinical recommendations of European society of clinical oncology (ESMO)]. M: Idatalskaya gruppa RONC im. N.N. Blohina; 2010. (In Russian).
6. Alper F., Turkyilmaz A., Kurtcan S. et al. Effectiveness of the STIR turbo spin-echo sequence MR imaging in evaluation of lymphadenopathy in esophageal cancer. *Eur. J. Radiol.* 2011; 80: 625–628.
7. Bosetti C., Levi F., Ferlay J. et al. Trends in oesophageal cancer incidence and mortality in Europe. *Int. J. Cancer.* 2008; 122: 1118–1129.
8. Choi J., Kim S.G., Kim J.S., et al. Comparison of endoscopic ultrasonography (EUS), positron emission tomography (PET) and computed tomography (CT) in the preoperative locoregional staging of resectable esophageal cancer. *Surg Endosc.* 2010; 24: 1380–1386.
9. Hiranyatheeb P., Osugi H. Radical lymphadenectomy in esophageal cancer: from the past to the present. *Dis Esophagus.* 2015; 28: 68–77.
10. Japanese Society for Esophageal Diseases. Surgical treatment. In: Guidelines for the Management of Esophageal. Tokyo: JSED. 2002: 8–15.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

© *Anuza Shamilovna Galikeeva*¹, *Nazira Hamziovna Sharafutdinova*¹,
*Евгений Георгиевич Степанов*², *Марина Юрьевна Павлова*¹,
*Ринат Сабитович Суфияров*³

¹ ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России. 450076, г. Уфа, ул. Заки Валиди, 32

² Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Башкортостан. 450054, Россия, г. Уфа, ул. Р. Зорге, 58

³ ГБУЗ РБ Медицинский информационно-аналитический центр Республики Башкортостан. 450057, г. Уфа, ул. Заки Валиди, 48

Контактная информация: Назира Хамзиновна Шарафутдинова — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО.
E-mail: nazira-h@rambler.ru

РЕЗЮМЕ: В статье на примере промышленных предприятий, на которых значительная часть рабочих подвергается воздействию вредных производственных факторов, в сравнении с работниками различных видов экономической деятельности, не контактирующих в процессе труда с вредными производственными факторами, показана высокая степень обусловленности, как распространенности основных стоматологических заболеваний, так и тяжести их течения от производственно-профессиональных факторов. Проведен медико-экономический анализ стоматологической помощи работникам, занятым на производстве с вредными и опасными условиями труда. Рассчитан экономический ущерб при лечении кариеса и заболеваний пародонта у работников, по сравнению со стоимостью профилактических мероприятий. Обоснована необходимость внедрения отраслевых, региональных и локальных (на уровне конкретных промышленных предприятий) профилактических программ профилактики основных стоматологических заболеваний среди работающего населения, показан экономический эффект от реализации профилактических мероприятий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: работающее население; профилактика стоматологических заболеваний; медико-экономический анализ.

MEDICAL SOCIAL AND ECONOMIC EFFICIENCY OF IMPLEMENTATION OF THE PROGRAM OF PREVENTION OF MAIN DENTISTRY DISEASES IN WORKERS OF INDUSTRIAL ENTERPRISES

© *Anuza Sh. Galikeeva*¹, *Nazira Kh. Sharafutdinova*¹, *Evgeny G. Stepanov*²,
*Marina Yu. Pavlova*¹, *Rinat S. Sufiarov*³

¹ Bashkir State Medical University. Zaki Validi str., 32. Ufa, Russia, 450076

² Management of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare in the Republic of Bashkortostan. R. Sorge str., 58. Ufa, Russia, 450054

³ Medical information-analytical center of the Republic of Bashkortostan. Zaki Validi str., 48. Ufa, Russia, 450057

Contact information: Nazira Kh. Sharafutdinova — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Public Health and Public Health Organization with the Course of the IDPO. E-mail: nazira-h@rambler.ru

ABSTRACT: The article deals with the the example of industrial enterprises, where a significant part of workers is exposed to harmful production factors, in comparison with workers of various types of economic activity, not contacting in the course of work with harmful production factors, the high degree of conditionality, both prevalence of the main dentist diseases, and severity of their course from production and professional factors is shown. Medical and economic analysis of dental care for workers engaged in production with harmful and dangerous working conditions. Calculated economic damage in the treatment of tooth decay and periodontal disease in workers, compared with the cost of preventive measures. The necessity of the implementation of sectoral, regional and local (at the level of specific industrial enterprises) prevention programmes prevention of major dental diseases among the working population, shows the economic effect of the implementation of preventive measures.

KEYWORDS: working population; prevention of dental diseases; medical and economic analysis.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Очевидно, что основу стратегического потенциала любой страны формирует работающее население, обеспечивающее в целом получение валового национального продукта. Соответственно, именно здоровье работающего населения в ближайшей и среднесрочной перспективе в значительной мере будет определять уровень национальной безопасности страны.

Однако, неудовлетворительные показатели стоматологического здоровья трудоспособного населения, а также отсутствие оптимально функционирующей системы оказания стоматологической помощи работника все же остаются не до конца решенными [1, 2]. Поскольку речь идет о работающем населении, это явилось основанием для проведения медико-социального и экономического анализа реализации программы профилактики основных стоматологических заболеваний у работников промышленного предприятия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обоснование внедрения программы профилактики основных стоматологических заболеваний среди работающего населения на основе медико-экономического анализа и с учетом фактической распространенности патологии рта.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследования выполнены на примере промышленных городов Республики Башкортостан (РБ) — Уфа и Салават. Базовым предприятием для выполнения исследований выбрано предприятие ОАО «Салаватстекло», на котором зна-

чительная часть рабочих подвергается воздействию вредных производственных факторов. В группу сравнения вошли работники различных видов экономической деятельности, не контактирующие в процессе труда с вредными производственными факторами. Общее число лиц, взятых на обследование — 630 человек.

Необходимость оказания пациентам соответствующего объема медицинских стоматологических услуг и их стоимостного выражения исчислены на основе полученных в процессе выполнения работы показателей распространенности кариеса, гингивита, и пародонтита легкой, средней и тяжелой степени с учетом средних показателей затрат на лечения по Республике Башкортостан.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные нами исследования выявили высокую степень зависимости как распространенности основных стоматологических заболеваний, так и тяжести их течения от производственно-профессиональных факторов. Так, кариес встречается от $78,7 \pm 3,1\%$ у работников с повышенной напряженностью труда до $98,1 \pm 1,5\%$ у работников, подвергающихся постоянному воздействию промышленных аэрозолей, причем для всех основных групп этот показатель достоверно ($p \leq 0,001$) выше, чем в группе сравнения ($73,7 \pm 4,9\%$). Распространенность пародонтита у работников, занятых во вредных условиях труда, практически идентична таковой для кариеса и колеблется от $90,1 \pm 3,1\%$ у работников с повышенной напряженностью труда до $98,8 \pm 1,2\%$ в группе контакта с промышленными аэрозолями; при этом для всех основных групп различия

с группой сравнения ($75,6 \pm 4,7\%$) также статистически значимы ($p \leq 0,001$) [1]. Это требует, на наш взгляд, разработки и реализации специальной системы комплексной профилактики стоматологических заболеваний среди работающего населения с учетом реальных возможностей, предоставляемых существующей в стране системой здравоохранения.

В настоящее время в нашей стране отсутствует действующий государственный механизм комплексной профилактики основных стоматологических заболеваний среди работающего населения, в том числе, болезней пародонта, хотя формально его элементы регламентированы на федеральном уровне [3]. Так к числу основных функций стоматологической поликлиники, согласно приказу Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 07.12.2011 г. № 1496н, относятся: организация и проведение профилактических медицинских осмотров и санация рта взрослого населения на предприятиях и в организациях [5].

Кроме того, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» от 12 апреля 2011 г. № 302н обязательное участие врача-стоматолога предусмотрено при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых во вредных условиях труда, при наличии на их рабочем месте ряда химических, физических и биологических вредных факторов [6]. Указанные профилактические осмотры являются обязательными и проводятся, как правило, ежегодно за счет средств работодателя.

Как показали проведенные расчеты, абсолютные затраты на каждую тысячу работников на стоматологические услуги при лечении основных стоматологических заболеваний с учетом их фактической интенсивности и распространенности возрастают в двукратном размере, от 4,0 млн. рублей в группе сравнения до 8,1 млн. рублей в группах работников, подвергающихся воздействию аэрозолей и тепловой нагрузки [4].

Очевидно, что своевременная профилактика основных стоматологических заболеваний способна обеспечить существенное снижение их интенсивности и распространенности, соответственно, и необходимых затрат на лечение.

Расчеты экономического ущерба при лечении кариеса и заболеваний пародонта у работников, занятых во вредных условиях труда, по сравнению со стоимостью профилактических мероприятий свидетельствует, что если допустить вероятность достижения оптимального варианта, т.е. предотвращения развития всех зарегистрированных в профессиональных группах случаев кариеса, гингивита и пародонтита, то суммарный итоговый эффект или предотвращенный экономический ущерб может колебаться от 3,5 до 7,6 млн. руб. на каждую тысячу работников, а в среднем 6,1 млн. руб. При рассмотрении эффекта профилактики, хотя бы от половины всех регистрируемых в настоящее время основных стоматологических болезней, ожидаемый экономический эффект может составить в среднем около 3 млн. рублей на каждую тысячу работников, занятых во вредных условиях труда [4].

Если учесть, что в среднем из всего экономически активного населения России около трети работает в неблагоприятных условиях труда, то вероятный экономический эффект от реализации научно обоснованных и грамотно спланированных системных профилактических мероприятий может достигать более полумиллиарда рублей в год.

Поскольку в современных условиях в России оказание стоматологической помощи финансируется из различных источников: бюджета, средств ОМС, ДМС, личных средств граждан, то экономический ущерб, формирующийся чрезвычайно высокой распространенностью основных стоматологических заболеваний у работников, занятых во вредных условиях труда, на фоне снижающейся доступности стоматологической помощи, ложится бременем на всех социальных партнеров — государство, работодателя и работника, что является основанием для разработки и реализации соответствующих отраслевых, региональных и локальных (на уровне конкретных промышленных предприятий) профилактических программ.

ВЫВОД

При своевременной санации и качественном оказании стоматологических услуг экономическая эффективность профилактической программы обусловлена предотвращенным

экономическим ущербом, который может колебаться от 3,5 до 7,6 млн руб. на каждую тысячу работников, в зависимости от затрат на стоматологические услуги: лечение кариеса и пародонтита, по сравнению со стоимостью профилактических мероприятий, и в среднем составляет 6,1 млн руб.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галикеева А. Ш. Научное обоснование системы организации стоматологической помощи работникам, занятым на производстве с вредными и опасными условиями труда. Дис... д-ра мед. наук. М., 2016.
2. Гарус Я. Н. Состояние зубочелюстной системы у лиц, подвергавшихся воздействию вредных производственных факторов. Дис... д-ра мед. наук. М., 2016.
3. Вагнер В. Д., Аврамова О. Г., Сарап Л. Р., Шевченко О. В., Дмитриева А. Г. Законодательное и нормативное правовое обеспечение профилактической деятельности. Институт стоматологии. 2015; N 1: 23–25.
4. Бронштейн Д. А., Олесов А. Е., Шаймиева Н. И., Заславский С. А. Клинико-экономическая эффективность профессиональной гигиены рта у молодых работников предприятия с опасными условиями труда. Стоматология для всех. 2014; N 1: 43–49.
5. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 7. 12. 2011 г. № 1496н. Доступен по: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rf-ot-07122011-n-1496n/> (дата обращения 30.01.2018).
6. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» от 12 апреля 2011 г. № 302н. Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120902/ (дата обращения 30.01.2018).
7. usloviyami truda. [Scientific basis for the organization of dental care for workers engaged in production with harmful and dangerous working conditions]. PhD dissertation. M.; 2016. (in Russian).
2. Garus YA. N. Sostoyaniye zubochelystnoy sistemy u lits, podvergavshikhsya vozdeystviyu vrednykh proizvodstvennykh faktorov. [The state of the dentoalveolar system in persons exposed to harmful production factors]. PhD dissertation. M.; 2006 (in Russian).
3. Vagner V.D., Avraamova O.G., Sarap L.R., Shevchenko O.V., Dmitrieva A.G. Zakonodatel'noye i normativnoye pravovoye obespecheniye profilakticheskoy deyatel'nosti. [Legislative and normative legal support of preventive activities]. Institut stomatologii. 2015; N 1: 23–25 (in Russian).
4. Bronshteyn D.A., Olesov A.Ye., Shaymiyeva N.I., Zaslavskiy S.A. Kliniko-ekonomicheskaya effektivnost' professional'noy gigiyeny rta u molodykh rabotnikov predpriyatiya s opasnymi usloviyami truda. [Clinical and economic efficiency of professional oral hygiene among young workers in an enterprise with hazardous working conditions]. Stomatologiya dlya vsekh. 2014; N 1: 43–49 (in Russian).
5. Prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossii «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi vzrosloму naseleniyu pri stomatologicheskikh zabollevaniyakh» [About the statement of the Order of rendering of medical aid to the adult population at stomatologic diseases] ot 7. 12. 2011 g. № 1496n. Available at: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rf-ot-07122011-n-1496n/> (accessed 30.01.2018) (in Russian).
6. Prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossii «Ob utverzhdenii perechney vrednykh i (ili) opasnykh proizvodstvennykh faktorov i rabot, pri vypolnenii kotorykh provodyatsya obyazatel'nyye predvaritel'nyye i periodicheskiye meditsinskiye osmotry (obsledovaniya), i Poryadka provedeniya obyazatel'nykh predvaritel'nykh i periodicheskikh meditsinskikh osmotrov (obsledovaniy) rabotnikov, zanyatykh na tyazhelykh rabotakh i na rabotakh s vrednymi i (ili) opasnymi usloviyami truda» [On the approval of lists of harmful and (or) dangerous production factors and work, in the performance of which mandatory preliminary and periodic medical examinations (examinations) are carried out, and the Procedure for Mandatory Preliminary and Periodical Medical Examinations (Surveys) of Workers in Heavy Work and Work with harmful and (or) dangerous working conditions] ot 12 aprelya 2011 g. № 302n. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120902/ (accessed 30.01.2018) (in Russian).

REFERENCES

1. Galikeyeva A. SH. Nauchnoye obosnovaniye sistemy organizatsii stomatologicheskoy pomoshchi rabotnikam, zanyatym na proizvodstve s vrednymi i opasnymi

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ Г. ВОЛГОГРАДА

© Тамара Сергеевна Дьяченко, Виктория Викторовна Иваненко,
Елена Владимировна Пелих

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1

Контактная информация: Тамара Сергеевна Дьяченко — к. м. н., доцент, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Волгоградского государственного медицинского университета.
E-mail: dts-volga@yandex.ru

РЕЗЮМЕ: Актуальность проблемы оценки качества медицинской помощи при заболеваниях ЛОР-органов обусловлена как высокой распространенностью данной патологии среди детского населения, так и отсутствием единых подходов к контролю качества медицинской помощи. Представленная в данной работе квантификационная модель и автоматизированная информационная система по оценке качества и технологии оказания медицинской помощи законченного случая поликлинического обслуживания позволила выявить наиболее распространенные дефекты качества ведения медицинской документации и проведения диагностических мероприятий в детских поликлиниках г. Волгограда, оказывающих медицинскую помощь детям с оториноларингологической патологией. В работе показана эффективность применения данной автоматизированной информационной системы и результаты управленческих решений, принятых в соответствии с результатами экспертиз по устранению дефектов качества медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество медицинской помощи; экспертная оценка; индикаторы; оториноларингологическая патология; детское население.

ASSESSMENT OF QUALITY OF MEDICAL CARE IN OTORHINOLARYNGOLOGICAL DISEASES IN CHILDREN'S POLYCLINICS IN VOLGOGRAD

© Tamara S. Dyachenko, Victoria V. Ivanenko, Elena V. Pelikh

Volgograd State Medical University. Pavshikh Bortsov Sq., 1. Volgograd, Russia, 400131

Contact Information: Tamara Sergeevna Dyachenko — MD, PhD, Associate Professor, Head of Department of Public Health and Healthcare. E-mail: dts-volga@yandex.ru

ABSTRACT: The relevance of the problem of assessing the quality of medical care in the otorhinolaryngological diseases is due to both high prevalence of this pathology among the child population and the lack of unified approaches to quality control of medical care. The quantification model presented in this article and the automated information system for monitoring the quality and technology of rendering medical care to a complete case of polyclinic services made it possible to identify the most common drawbacks in the quality of medical records and diagnostic activities in children's polyclinics in Volgograd that provide medical care for children with otorhinolaryngological pathology. The effectiveness of the application of this automated information system and the results of management decisions taken in accordance with the results of examinations to eliminate defects in the quality of medical care are shown in the article.

KEY WORDS: quality of medical care; expert examination; indicators; otorhinolaryngological diseases; child population.

Динамика структуры детской заболеваемости в России в последние годы свидетельствует о неуклонном росте числа заболеваний ЛОР-органов, являющихся также наиболее распространенной хронической патологией. Лечение данных заболеваний требует правильного подхода и своевременности, т. к. существует большой процент случаев рецидивирования острых воспалительных заболеваний и их хронизации [1, 4, 9]. Проблемы заболеваний ЛОР-органов выходят за рамки оториноларингологии и тесно связаны с бронхолегочной патологией, аллергизацией организма, изменениями в местном и гуморальном иммунитете [2, 6]. В большинстве случаев именно качество оказания медицинской помощи является важнейшим фактором в прогнозе исходов заболевания ЛОР-органов, что делает оценку качества медицинской помощи (КМП) одним из важнейших и актуальных вопросов в контексте ЛОР-патологии [5, 7, 8].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить качество оказания медицинской помощи детям с оториноларингологической патологией в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Волгограда с использованием квантификационной модели расчета интегрированного показателя КМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ КМП в двух детских клинических поликлиниках (ДКП № 16 и ДКП № 31) в 2015 и 2017 годах проводился при помощи экспертной карты и автоматизированной инфор-

мационной системы по оценке качества и технологии оказания медицинской помощи законченного случая поликлинического обслуживания АИС КМП «Детская поликлиника». В 2015 году общее количество экспертиз составило 102, из них 50 было проведено в ДКП № 16, а 52 — в ДКП № 31. В 2017 году было проведено 119 экспертиз: 53 и 66 в ДКП №16 и ДКП № 31 соответственно. Анализ проводился по специально определенным для оценки КМП блокам: А — качество ведения документации, В — диагностические мероприятия, С — постановка диагноза, D — лечебно-профилактические мероприятия, К — консультации и М — оценка лечебно-организационных мероприятий. По результатам анализа всех блоков вычислялся интегрированный показатель качества и технологии оказания медицинской помощи каждому несовершеннолетнему, для удобства интерпретации выражающийся в привычной пятибалльной оценке [3, 8].

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование показало, что оценки по профилям индикаторов и интегрированный показатель существенно отличались как между амбулаторно-поликлиническими учреждениями, так и внутри одного учреждения в зависимости от года (табл. 1).

Отмечается общая для поликлиник тенденция к увеличению оценок по всем профилям индикаторов в 2017 году по сравнению с 2015 годом, прирост интегрированного показателя в ДКП № 16 составил 0,7 балла, а в ДКП № 31—1,1 балла.

Таблица 1

Сравнительная оценка профилей индикаторов и интегрированного показателя КМП детям с ЛОР-патологией в ДКП №16 и ДКП № 31 в 2015 и 2017 гг.

Профили индикаторов	ДКП №16		ДКП №31	
	2015 год	2017 год	2015 год	2017 год
Блок А	2,6	3,3	2,2	3,6
Блок В	3,0	3,0	2,4	3,0
Блок С	2,7	3,5	2,8	3,1
Блок D	3,3	3,7	2,7	3,6
Блок К	4,0	4,8	3,3	4,6
Блок М	3,6	4,1	2,2	3,7
Интегрированный показатель	3,1	3,8	2,5	3,6

Данная закономерность прослеживается и при анализе структурного распределения итоговых оценок качества медицинской помощи (рис. 1).

В 2015 году доля отличных и хороших оценок составляла 26% и 6% в ДКП №16 и ДКП №31 соответственно, а неудовлетворительных — 58,0% и 81,0% соответственно. В 2017 году структура оценок изменилась в положительную сторону, и количество «5» и «4» выросло до 38% и 39%, а количество «2» значительно снизилось — 9,0% и 23,0% соответственно, что говорит о большом объеме проделанной работы и об улучшении качества медицинской помощи в целом.

При анализе отдельных профилей индикаторов выявлено, что наибольшее количество замечаний экспертов относилось к качеству ведения медицинской документации (блок А). В данный блок входили следующие вопросы: оформление медицинской документации, объем описания состояния больного при обращении в поликлинику, «информированное согласие» родителей (опекуна, представителя) несовершеннолетнего на проведение лечебно-диагностических мероприятий, оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности. Оформление медицинской документации было оценено в 2015 году на 2,6 балла в ДКП № 16 и 2,2 балла в ДКП №31, а в 2017 году оценки по блоку А возросли до 3,3 балла и 3,6 балла соответственно. В 2015 году в обоих учреждениях доля нечетко и небрежно оформленной медицинской

документации составляла 52% в ДКП № 16 и 82,7% в ДКП № 31 (рис. 2). В 2017 году данные показатели существенно снизились до 3,8% и 7,6% соответственно.

Объем описания при обращении в медицинское учреждение оценивался исходя из четырех возможных вариантов — достаточный, достаточный с замечаниями, недостаточный или отсутствует (рис. 3). Доля случаев с достаточным объемом описания при обращении в ДКП № 16 выросла с 24,0% в 2015 году до 66,0% в 2017 году, а в ДКП № 31 с критически низких 3,8% в 2015 году до 43,9% в 2017 году. Улучшение показателей обусловлено тем, что оформление медицинской документации в поликлиниках стало происходить с большей ответственностью, больше внимания уделялось как объему описания при обращении в медицинское учреждение, так и правильности ведения медицинской документации в целом, что свидетельствует о правильности принятых управленческих решений.

При анализе плана обследования и лечения больного установлено, что в 2015 году в ДКП № 31 данный раздел вообще отсутствовал в 73% случаев, а в ДКП № 16 этот дефект встречался в 2,8 раз меньше (рис. 4). Однако необходимо отметить, что в остальных случаях данный план был составлен своевременно и обоснованно. В медицинских учреждениях было также уделено достаточное внимание исправлению данного дефекта, что отразилось на полученных в 2017 году результатах —

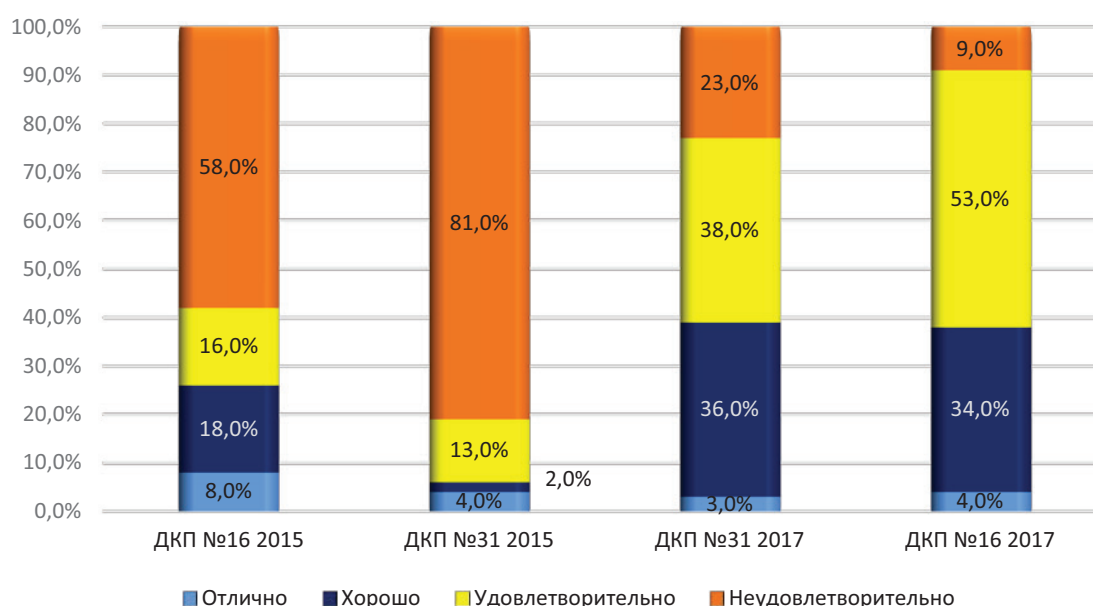


Рис. 1. Структурное распределение итоговых оценок качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене детям с ЛОР-патологией в ДКП №16 и ДКП №31 в 2015 и 2017 гг.

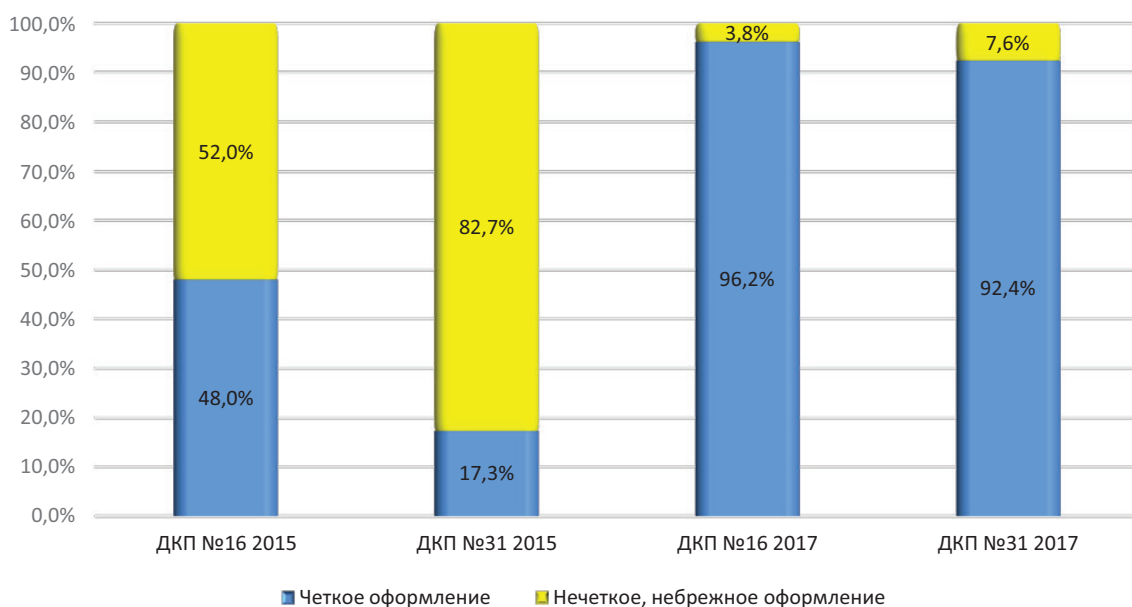


Рис. 2. Оценка оформления медицинской документации в ДКП №16 и ДКП №31 в 2015 и 2017 гг.

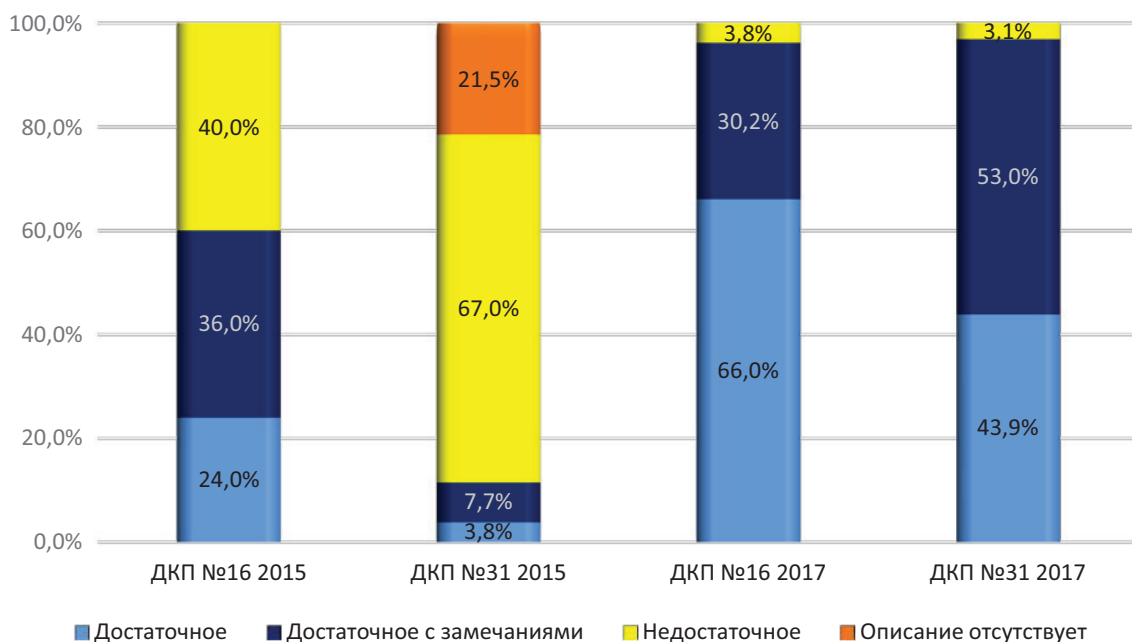


Рис. 3. Оценка объема описания при обращении в медицинское учреждение несовершеннолетнего с ЛОР-патологией в ДКП № 16 и ДКП № 31 в 2015 и 2017 гг.

в 100% случаев в ДКП № 31 план обследования и лечения больного был составлен своевременно и обоснованно.

Качество проведения диагностических мероприятий (блок В) включало оценку наличия плана обследования и лечения больного, его своевременность и обоснованность, оценку врачом тяжести состояния пациента при первом обращении, своевременность и объем диагностических мероприятий, оценку результатов диагностических методов исследования,

в т. ч. лабораторных и инструментальных. Обе поликлиники не смогли существенно улучшить результаты экспертной оценки по данному блоку, и в 2017 году их средний уровень составлял 3,0 балла.

Для оценки своевременности и объема проведенных диагностических мероприятий в распоряжении экспертов было 6 возможных вариантов ответа: своевременно, в полном объеме; несвоевременно, но в полном объеме; своевременно, но не в полном объеме; несвоевременно, но не в полном объеме; несвоевременно

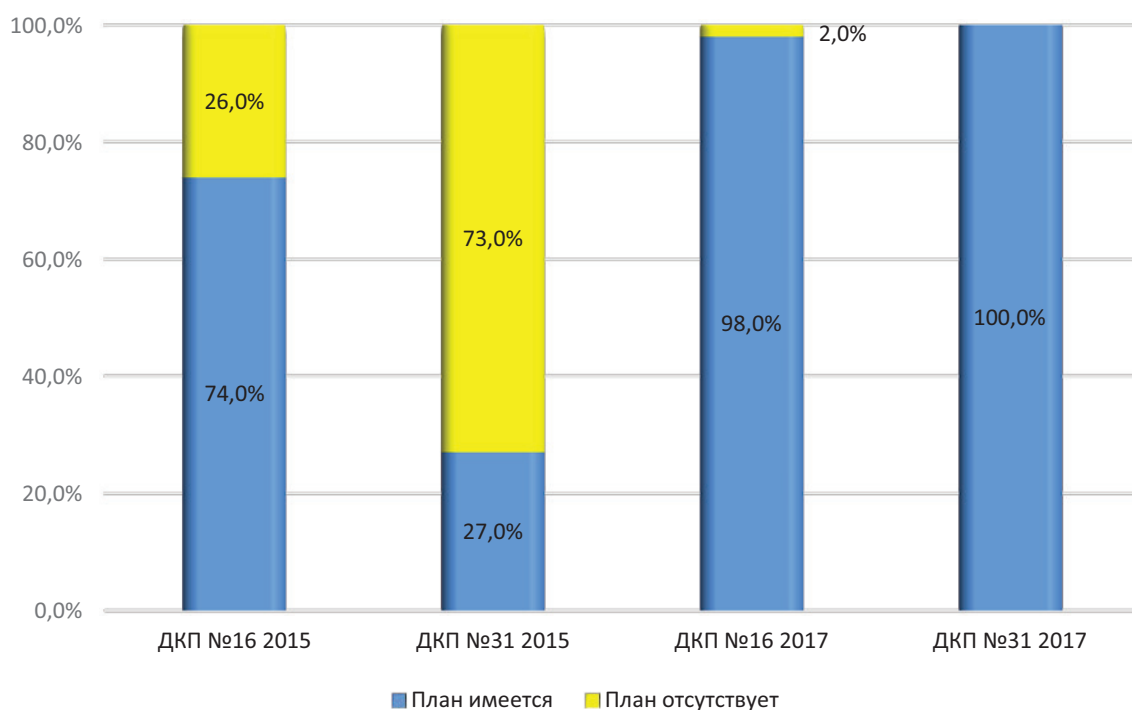


Рис. 4. Оценка наличия плана обследования и лечения несовершеннолетнего с ЛОР-патологией в ДКП № 16 и ДКП № 31 в 2015 и 2017 гг.

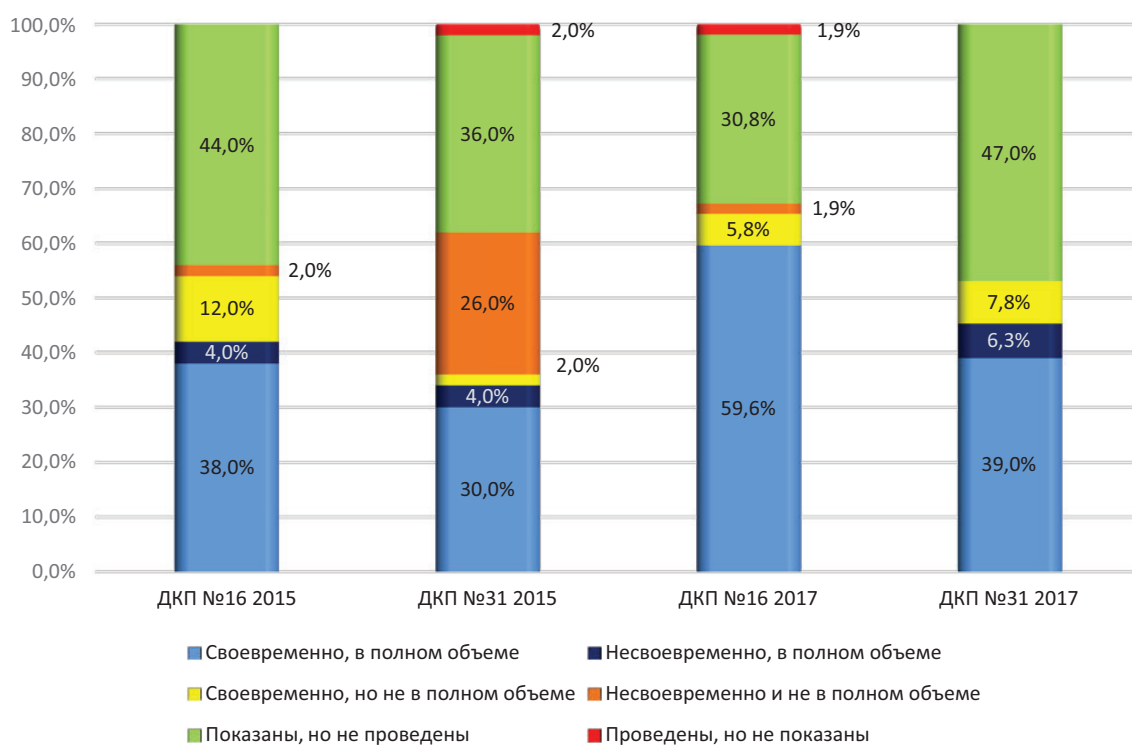


Рис. 5. Оценка своевременности и объема проведенных диагностических мероприятий в ДКП № 16 и ДКП № 31 в 2015 и 2017 гг.

и не в полном объеме; показаны, но не проведены; проведены, но не показаны. Структурное распределение полученных оценок представлено на рис. 5.

В 2015 году в ДКП № 16 и ДКП № 31 диагностические мероприятия были проведены некачественно в 58,0% и 64,0% случаев соответственно. В 2017 году данный показатель

снижился в ДКП №16 почти на 20%, а в ДКП №31 — только на 2,9%.

Анализ качества постановки диагноза (блок С) включал в себя оценку следующих параметров: совпадение предварительного и заключительного диагнозов, постановка заключительного клинического диагноза и соответствие диагнозов рубрификации МКБ-10. По оценке экспертов, в ДКП № 16 предварительный и заключительный диагнозы не совпадали или совпадали частично в 24,0% и 46,0% случаев экспертизы качества оказания медицинской помощи соответственно. В ДКП №31 предварительный и заключительный диагнозы не совпадали у 61,0% пациентов. Наиболее значимые результаты были получены при анализе соответствия заключительного клинического диагноза результатам клинического исследования (рис. 6).

В ДКП №16 в 2015 году выставленный диагноз не соответствовал результатам клинического исследования в 46,0% случаев лечения, в 2017 году процент данных случаев снижился в 3,5 раза. В ДКП № 31 в 2015 году число случаев, в которых выставленный диагноз не соответствовал результатам клинического исследования, было меньше, чем в другой поликлинике (37,8%). Однако, в 2017 оно возросло до 72,7% за счет уменьшения количества не выставленных диагнозов, которые в 2015 году составляли 29,7%.

В блоке D для оценки лечебно-профилактических мероприятий было использовано наибольшее число критериев: оценка своевре-

менности начала лечения; наличие сопутствующего заболевания, отягощающего течение основного заболевания; оценка адекватности организации лечения; регулярность наблюдения (в соответствии со стандартами, регламентами, рекомендациями, клиническими протоколами); отражают ли записи в истории развития ребенка (амбулаторной карте) эффект от проводимой терапии; проведение госпитализации ребенка в случае необходимости; соответствие проводимого лечения выставленному диагнозу; оценка рациональности комбинаций лекарственных средств, используемых при лечении; соответствие дозировки лекарственных средств возрастной группе и весовой характеристике. В ДКП № 16 в 2015 и 2017 годах оценка данного блока была удовлетворительной и составила 3,3 балла и 3,7 балла соответственно. В ДКП № 31 результатом оценки экспертов в 2015 году были 2,6 балла, которые в 2017 году улучшились до 3,6 баллов.

Своевременность начала лечения оценивалась по трем критериям, представленным на рис. 7. Лечение было начато своевременно в 94,0% случаев в ДКП № 16, и только в 43,2% случаев лечения в ДКП № 31. В 2017 году своевременное начало лечения было в 94,2% и 87,9% соответственно.

В 2015 году соответствие проводимого лечения выставленному диагнозу не вызывало замечаний экспертов в 34,0% и 21,5% случаев лечения в ДКП № 16 и ДКП № 31 соответственно (рис. 8). В 2017 году этот показатель значитель-

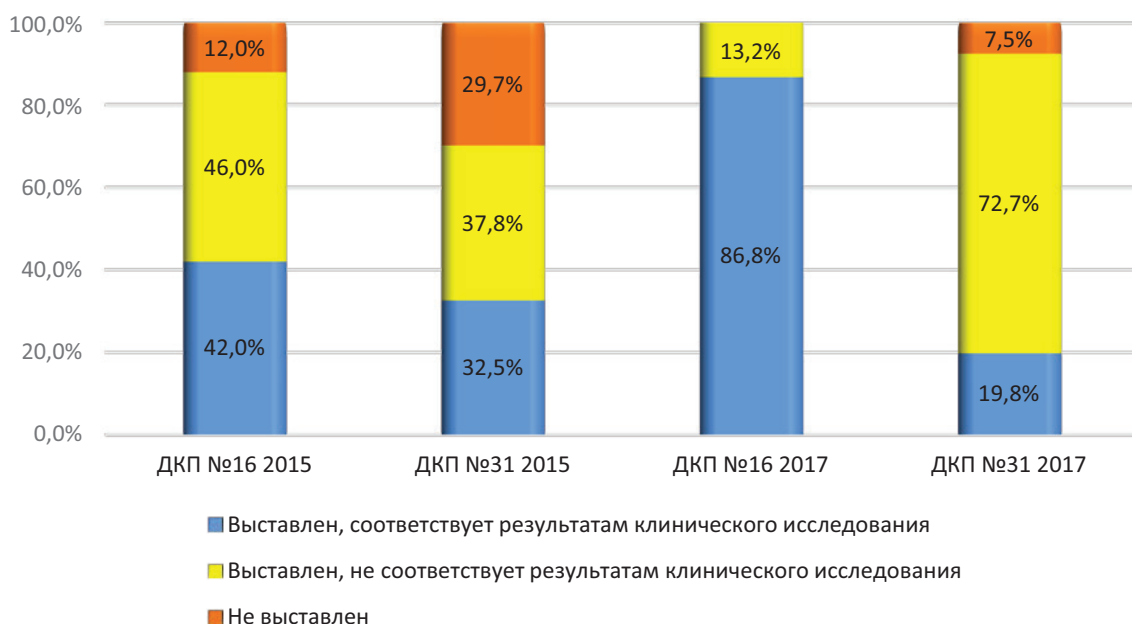


Рис. 6. Оценка постановки заключительного клинического диагноза в ДКП №16 и ДКП №31 в 2015 и 2017 гг.

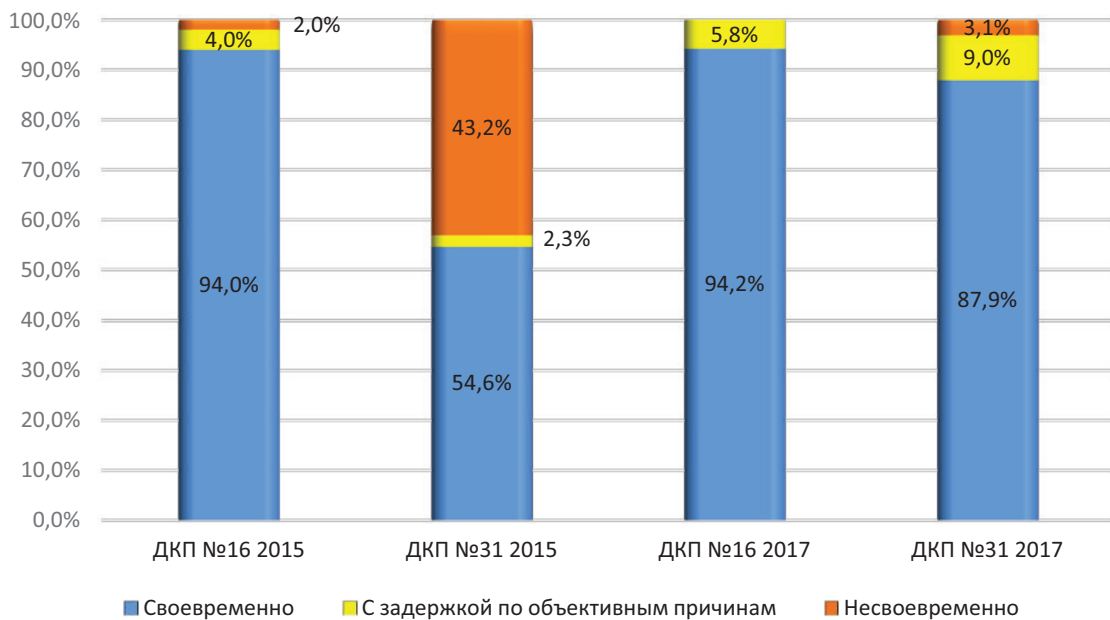


Рис. 7. Оценка своевременности начала лечения в ДКП №16 и ГУЗ ДКП №31 в 2015 и 2017 гг.

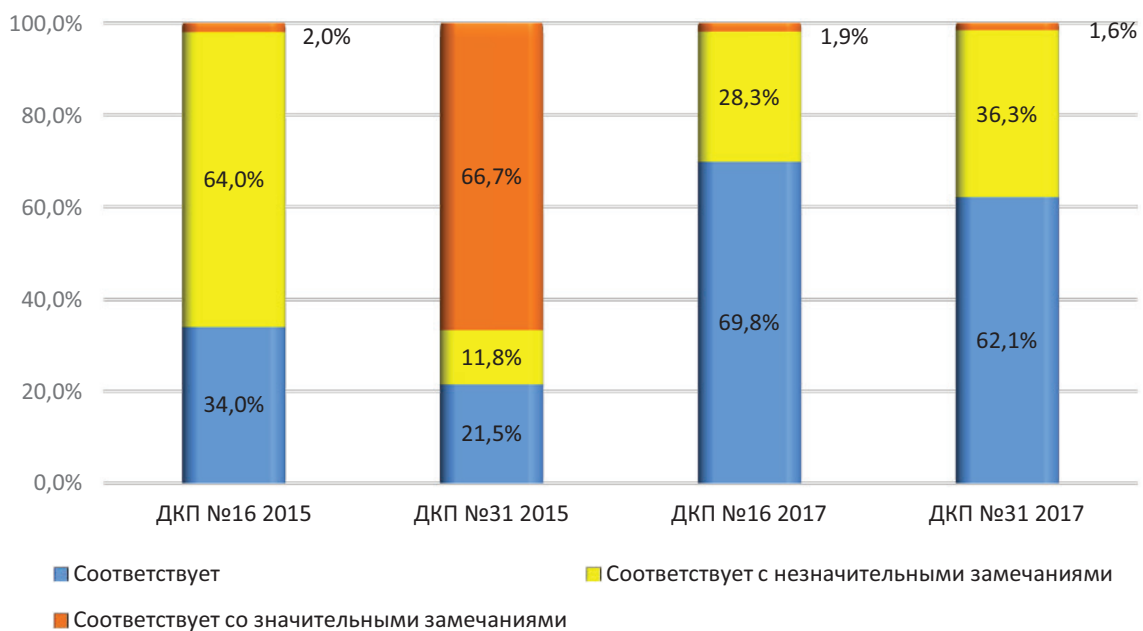


Рис. 8. Оценка соответствия проводимого лечения выставленному диагнозу в ДКП № 16 и ДКП № 31 в 2015 и 2017 гг.

но улучшился в ДКП № 16 и ДКП № 31 и составил 69,8% и 62,1% соответственно.

Оценка информативности дневниковых записей в медицинской документации и отражения эффекта от проводимой терапии также укладывалась в общую сложившуюся тенденцию. В ДКП № 31 в 2015 году дневниковые записи были неинформативны и не отражали эффект от проводимой терапии в 73,3% медицинских карт амбулаторного пациента. В ДКП

№ 16 в 2015 году таких карт выявлено не было, однако, 70% медицинских карт имели другие дефекты дневниковых записей.

Соответственно, доля дневниковых записей в медицинских картах амбулаторного пациента, отражающих полностью эффект от проводимой терапии, ни в одном из представленных лечебно-профилактических учреждений не достигала 50%. Данный показатель остается критически низким и в 2017 году, так как дневниковым

записям не уделяется достаточное внимание ввиду специфики работы амбулаторно-поликлинических лечебных учреждений.

В отличие от большинства описанных выше индикаторов качества оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, при оценке рациональности комбинаций лекарственных препаратов, используемых при лечении, наибольшее число замечаний экспертов зафиксировано в ДКП № 16: 2,3% за 2015 год и 3,9% за 2017 год. В ДКП № 31 замечаний к данному показателю практически не было.

Дефекты соответствия дозировки лекарственных препаратов возрастной группе и весовой характеристике выявлялись при экспертизе случаев лечения в ДКП № 16: дозировки лекарственных средств не соответствовали возрастной группе и весовой характеристике в 4,6% случаев в 2015 году, а в 2017 году данный показатель возрос вдвое — до 8,8%. Низкий процент случаев с замечаниями в ДКП № 31 связан в первую очередь с отсутствием информации по проводимому лечению, что уже было отражено в анализе вышеперечисленных индикаторов.

При анализе полученных оценок качества оказания медицинской помощи в части проведенных консультаций (блок К) были получены наивысшие оценки по сравнению с другими профилями индикаторов, среднее значение по блоку составило 4,2 балла, а в ДКП № 16 в 2017 году достигло 4,8 балла (рис. 1). Для оценки консультативной работы использовалось три параметра: необходимость консультативного осмотра специалистами; выполнение врачом рекомендаций консультантов; наличие заключения Врачебной комиссии в случае осложнения и/или длительного течения заболевания.

Вопросы, формирующие блок М (лечебно-организационные мероприятия), частично перекликались с другими профилями индикаторов и были проанализированы выше. В данный профиль входили следующие индикаторы: наличие «Информированного согласия» родителей (опекуна, представителя) несовершеннолетнего на проведение лечебно-диагностических мероприятий; адекватность организации лечения; регулярность наблюдения (в соответствии со стандартами, регламентами, рекомендациями, клиническими протоколами); госпитализация ребенка в случае необходимости; необходимость консультативного осмотра специалистами; оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности; наличие заключения Врачебной комиссии в случае осложнения и/или длительного тече-

ния заболевания. Оценка лечебно-организационных мероприятий составила в среднем 3,4 балла. Наибольшее число замечаний экспертов по данному блоку было в ДКП № 31, оценка лечебно-организационных мероприятий в котором составила 2,2 балла в 2015 году, а в 2017 году возросла до 3,7 балла. В работе ДКП № 16 также были выявлены дефекты в части лечебно-организационных мероприятий, но их количество было значительно меньше, и оценка по данному блоку составила 3,6 балла в 2015 и 4,1 балла в 2017 году.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного исследования подтверждено, что качество лечебно-диагностического процесса можно охарактеризовать количественными показателями. Их включение в комплекс внутреннего контроля КМП позволяет объективизировать управление уровнем профессиональной деятельности медицинского учреждения. Результаты оценки каждого блока экспертизы КМП позволили детским поликлиникам г. Волгограда, оказывающим специализированную медицинскую помощь детям с ЛОР-патологией, разработать соответствующие управленческие решения, направленные на устранение выявленных причин с привлечением минимально возможного дополнительного финансирования, что было обусловлено сложным экономическим положением лечебно-профилактических учреждений. В результате проведенной работы в обоих лечебно-профилактических учреждениях наблюдается тенденция к улучшению показателей КМП. Число дефектов оформления медицинской документации сократилось более чем в два раза, улучшилось качество описания состояния пациента при обращении в медицинское учреждение. Показатели качества обследования и лечения пациентов в 2017 году приблизились к 100% в обеих поликлиниках. Несмотря на принятые управленческие решения, в 2017 году в 40% случаев в ДКП № 16 и 60% случаев в ДКП № 31 остаются замечания к своевременности и объему проводимых диагностических мероприятий. Так же необходимо продолжать работу с медицинским персоналом в отношении правильности оформления заключительного клинического диагноза, т. к. в 2017 году показатели по данному блоку были существенно улучшены в ДКП № 16, а в ДКП № 31 только 19,8% диагнозов было без замечаний.

Таким образом, информатизация внутреннего контроля КМП с использованием квантифици-

кационной модели расчета интегрированного показателя КМП способствует выявлению проблемных зон в процессе оказания медицинской помощи любого профиля. Это позволяет значительно упростить формирование и принятие управленческих решений по устранению причин возникновения дефектов КМП, даже без привлечения дополнительных ресурсов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Девляшова О.Ф., Пелих Е.В., Дьяченко Т.С., Грибина Л.Н., Сабанов В.И. Состояние здоровья детского населения в крупной городской агломерации. Вестник ВолгГМУ. 2015; N 1: 125–129.
2. Дьяченко Т.С., Грибина Л.Н., Девляшова О.Ф. Мнение родителей о работе педиатрических амбулаторно-поликлинических организаций как важный критерий оценки качества медицинской помощи детскому населению. Педиатр. 2017; 8 (2): 50–55.
3. Дьяченко Т.С., Иваненко В.В., Гоник М.И., Куличкин А.С. Заболеваемость, смертность и качество медицинской помощи при кардиологических и гастроэнтерологических заболеваниях населения Волгоградской области в 2013–2015 гг. Вестник ВолгГМУ. 2017. 3 (63): 48–51.
4. Иванов Д.О., Орел В.И. Современные особенности здоровья детей мегаполиса. Медицина и организация здравоохранения. 2016; N1: 6–11.
5. Орел В.И., Каканов А.М., Рукавишников А.С. Риск-ориентированный подход при проведении проверок медицинских организаций. Медицина и организация здравоохранения. 2018; 3 (1): 15–19.
6. Пелих Е.В., ред. Клинические рекомендации по лечению острого тонзиллита. Волгоград: Издательство ВолгГМУ; 2016.
7. Пузырев В.Г., Глушенко В.А. Создание эффективной системы контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении. Медицина и организация здравоохранения. 2016; N1: 12–20.
8. Сабанов В.И., Иваненко В.В., Девляшова О.Ф. Автоматизированная информационная система. Волгоград: Издательство ВолгГМУ; 2015.
9. Сабанов В.И., Шахова Е.Г., Пелих Е.В., Иваненко В.В., Девляшова О.Ф. Мониторинг качества медицинской помощи детскому населению при заболеваниях верхних дыхательных путей и органа слуха в амбулаторных и стационарных условиях. Вестник Росздравнадзора. 2016; N 5: 81–87.

REFERENCES

1. Devlyashova O.F., Pelikh E.V., D'yachenko T. S., Gribina L.N., Sabanov V.I. Sostoyanie zdorov'ya detskogo naseleniya v krupnoy gorodskoy aglomeratsii.

[The state of health of children in a large urban agglomeration]. Vestnik VolgGMU. 2015; N 1: 125–129. (in Russian).

2. D'yachenko T. S., Gribina L.N., Devlyashova O.F. Mnenie roditeley o rabote pediatricheskikh ambulatorno-poliklinicheskikh organizatsiy kak vazhnyy kriteriy otsenki kachestva meditsinskoj pomoshchi detskomu naseleniyu. [Parents' opinion about the work of pediatric outpatient and polyclinic organizations as an important criterion for assessing the quality of medical care for children]. Pediatr. 2017; 8 (2): 50–55 (in Russian).
3. D'yachenko T. S., Ivanenko V.V., Gonik M.I., Kulichkin A.S. Zaboлеваemost', smertnost' i kachestvo meditsinskoj pomoshchi pri kardiologicheskikh i gastroenterologicheskikh zabolevaniyakh naseleniya Volgogradskoy oblasti v 2013–2015 gg. [Morbidity, mortality and quality of medical care in cardiological and gastroenterological diseases of the population of the Volgograd region in 2013–2015]. Vestnik VolgGMU. 2017. 3 (63): 48–51 (in Russian).
4. Ivanov D.O., Orel V.I. Sovremennyye osobennosti zdorov'ya detey megapolisa. Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya. [The modern features of health of children of the metropolis]. 2016; N1: 6–11 (in Russian).
5. Orel V.I., Kakanov A.M., Rukavishnikov A.S. Risk-orientirovanny podkhod pri provedenii proverok meditsinskikh organizatsiy. Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya. [Risk — oriented approach to carrying out audits of medical organizations]. 2018; 3 (1): 15–19 (in Russian).
6. Pelikh E.V., red. Klinicheskie rekomendatsii po lecheniyu ostrogo tonzillita. [Clinical recommendations for the treatment of acute tonsillitis]. Volgograd: Izdatel'stvo VolgGMU; 2016 (in Russian).
7. Puzyrev V.G., Glushchenko V.A. Sozdanie effektivnoy sistemy kontrolya kachestva meditsinskoj pomoshchi v lechbeno-profilakticheskom uchrezhdenii. [Creation of the effective medical care quality monitoring system in preventive healthcare institution]. Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya. 2016; N1: 12–20. (in Russian).
8. Sabanov V.I., Ivanenko V.V., Devlyashova O.F. Avtomatizirovannaya informatsionnaya sistema. [Automated Information System]. Volgograd: Izdatel'stvo VolgGMU; 2015 (in Russian).
9. Sabanov V.I., Shakhova E.G., Pelikh E.V., Ivanenko V.V., Devlyashova O.F. Monitoring kachestva meditsinskoj pomoshchi detskomu naseleniyu pri zabolevaniyakh verkhnikh dykhatel'nykh putey i organa slukha v ambulatornykh i statsionarnykh usloviyakh. [Monitoring of the quality of medical care for children in diseases of the upper respiratory tract and hearing in outpatient and inpatient settings]. Vestnik Roszdravnadzora. 2016; N 5: 81–87 (in Russian).

ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА АДАПТАЦИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА К УСЛОВИЯМ ДЕТСКОГО САДА

© *Марина Сергеевна Ширишкова*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Марина Сергеевна Ширишкова — старший преподаватель кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: vic.shir@mail.ru

РЕЗЮМЕ: В статье затронуты вопросы влияния здоровьесберегающих технологий на адаптацию детей раннего возраста в условиях детского сада, которые дополняют традиционные технологии обучения и воспитания. Представлены результаты исследования, проведенного автором, направленного на изучение процесса адаптации детей раннего возраста к условиям детского сада с включением здоровьесберегающих технологий и использованием диагностических методик Аксариной Н. М. и Каралишвили Е. А., позволившие получить данные об уровне их адаптации. Было установлено, согласно результатам констатирующего и контрольного экспериментов, что процесс адаптации детей раннего возраста к условиям детского сада с благоприятным течением адаптации составил 65% и прошел с активным использованием здоровьесберегающих технологий, также уменьшился процент детей с неблагоприятным течением адаптации в обеих группах (35% и 40%). Но количество детей с благоприятной адаптацией и условно благоприятной в экспериментальной группе с активным использованием здоровьесберегающих технологий больше на 40%. Представленные данные показывают положительную динамику в экспериментальной группе, что доказывает эффективность использования здоровьесберегающих технологий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: здоровьесберегающие технологии; адаптация; дошкольное образовательное учреждение; здоровьесберегающее пространство; здоровье детей; здоровый образ жизни; культура здорового образа жизни.

THE INFLUENCE OF HEALTH TECHNOLOGIES ON THE ADAPTATION OF CHILDREN OF EARLY AGE TO CONDITIONS OF KINDERGARTEN

© *Marina S. Shirshikova*

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

Contact Information: Marina S. Shirshikova — Senior Lecturer, Department of Humanities and Bioethics. E-mail: vic.shir@mail.ru

ABSTRACT: The article deals with the impact of health-saving technologies on the adaptation of small children in kindergarten, which complement the traditional technologies of education and upbringing. Presents the results of research conducted by the author aimed at studying the process of adaptation of children of early age to conditions of the kindergarten with inclusion of health technologies and the use of diagnostic techniques Aksarina N. M. and Karalashvili E. A., allowed to obtain data about the level of their adaptation. It was found, according to the results of ascertaining and control experiments, that the process of adaptation of young children to kindergarten conditions with a favorable course of adaptation was 65% and was held with the active use of health-saving technologies, also reduced the percentage of children with poor adaptation in both groups (35%

and 40%). But the number of children with favorable adaptation and conditionally favorable in the experimental group with the active use of health-saving technologies is 40% more. The presented data show positive dynamics in the experimental group, which proves the effectiveness of health-saving technologies.

KEY WORDS: health-saving technologies; adaptation; pre-school educational institution; health-saving space; children's health; healthy lifestyle; culture of healthy lifestyle.

ВВЕДЕНИЕ

Современный период развития общества характеризуется рядом социально-экономических и медико-демографических процессов, ориентированных на формирование здорового образа жизни детей и молодежи и активное внедрение здоровьесберегающих технологий.

Всемирная организация здравоохранения также обеспокоена здоровьем детей во всем мире и справедливо считает, что «дети — это наше будущее, и обеспечение их здорового роста и развития должно быть важнейшей задачей всех сообществ» [2]. Так, ежегодно с 1 по 7 августа проводится Всемирная неделя грудного вскармливания в целях стимулирования этой практики и улучшения здоровья детей в мире [2].

Введение и осуществление стратегии формирования здорового образа жизни детей и молодежи с использованием здоровьесберегающих технологий в странах мира является поэтапным процессом, требующим высокого уровня координации между имеющимися программами и службами здравоохранения и тесного сотрудничества с национальными правительствами и министерствами здравоохранения [7]. Также необходимо использование комплексного подхода к вопросам здоровья и развития детей в рамках национальной политики здравоохранения. Так, в соответствии с Указом президента РФ № 240 от 29 мая 2017 года период с 2018 по 2027 гг. объявлен Десятилетием детства в РФ [11].

В рамках реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни детей и молодежи и внедрение здоровьесберегающих технологий, ведется разработка федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации» [12].

Таким образом, актуальность темы исследования определяется необходимостью принятия неотложных мер по оздоровлению детей, по профилактике и коррекции различных отклонений в их здоровье с помощью создания специальных педагогических методик, программ, направленных на сохранение и укреп-

ление здоровья. В современной терминологии они называются здоровьесберегающими образовательными технологиями [10].

В соответствии с Приказом Министерства образования и науки РФ от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования» (ФГОС ДОУ) одной из главных задач является формирование «общей культуры личности детей, в том числе ценностей здорового образа жизни, развития их социальных, нравственных, эстетических, интеллектуальных, физических качеств, инициативности, самостоятельности и ответственности ребенка, формирования предпосылок учебной деятельности» [9], которая не может быть решена без использования современных здоровьесберегающих технологий.

Следует согласиться с мнением Н. К. Смирнова, который в своей работе «Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе» также отмечает, что «обучение вопросам здоровья, воспитание культуры здорового образа жизни, использование здоровьесберегающих технологий как основного инструмента педагогической работы составляют единое целое — дорогу к здоровью» [10].

Термин «здоровьесберегающие образовательные технологии», введенный Н. К. Смирновым, можно рассматривать и как «качественную характеристику любой образовательной технологии, ее «сертификат безопасности для здоровья», и как совокупность тех принципов, приемов, методов педагогической работы, которые, дополняя традиционные технологии обучения и воспитания, наделяют их признаком здоровьесбережения» [10].

Медицинский подход к здоровьесбережению, реализуемый в рамках профилактического направления, предполагает переход ответственности за здоровье детей на врачей и медицину. А здоровьесберегающая педагогика предполагает выбор в качестве приоритетного направления воспитательной работы обязательное использование здоровьесберегающего образовательного пространства для развития культуры здорового образа жизни [6].

По мнению автора, более корректным представляется следующее определение здоровьесберегающих образовательных технологий: как совокупности всех используемых в образовательном процессе приемов, методов, технологий, не только оберегающих здоровье воспитанников и педагогов, но и способствующих воспитанию у них культуры здоровья.

Адаптация детей раннего возраста к условиям ДОУ — это сложный процесс приспособления организма, который происходит на разных уровнях (физическом, психическом, социальном) и подвержен влиянию таких факторов, как: возраст ребенка; состояние здоровья; уровень развития; другие индивидуальные особенности ребенка; уровень тренированности адаптационных механизмов; опыт общения со взрослыми и сверстниками; несовпадение режимов дня в ДОУ и домашних условиях; негативный настрой ребенка к детскому саду; страх и неуверенность родителей в возможности адаптации ребенка в ДОУ [3, 5, 8].

Целью исследования является определение влияния здоровьесберегающих технологий на адаптацию детей раннего возраста к условиям дошкольного образовательного учреждения (ДОУ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе ДОУ №1, ДОУ №2 г. Кирова. В качестве экспериментальной группы (Эг) ДОУ №1, активно использующих здоровьесберегающую среду выбрана группа детей раннего возраста — 20 человек. Контрольную группу (Кг) составили дети раннего возраста другого ДОУ №2, лишь частично использующего здоровьесберегающие технологии, также 20 человек.

ДОУ №1 представляет собой дошкольное образовательное учреждение комбинированного типа и имеет 12 возрастных групп: 8 общеразвивающих групп (1 раннего возраста с 2–3 лет, 1 младшая с 3–4 лет, 2 средние с 4–5 лет, 2 старшие с 5–6 лет, 2 подготовительные с 6–7 лет), 3 группы компенсирующей направленности, 1 разновозрастная группа компенсирующей направленности для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Одной из главных задач ДОУ №1 является работа по укреплению здоровья детей через рациональное использование здоровьесберегающих технологий и формированию привычки к здоровому образу жизни.

Отличительными особенностями ДОУ №1 являются наличие специально оборудованных

кабинетов, средств для обучения, проведения практических занятий; объектов для оздоровления детей, формирующих здоровьесберегающую среду, где активно используются здоровьесберегающие технологии: музыкальный зал; кабинет педагога-психолога; кабинеты учителей-логопедов; медицинский блок, включающий в себя медицинский кабинет, изолятор, процедурный кабинет, кабинет физиотерапии; физкультурный зал с массажными тренажерами; оздоровительно-плавательный комплекс, состоящий из плавательного бассейна, сауны, фитобара, душевых кабин; зимний сад с лабораторией; кабинет изостудии; кабинет конструирования.

ДОУ №2 представляет собой дошкольное образовательное учреждение общеразвивающего типа и имеет 11 возрастных групп, имеющих следующую структуру: 10 общеразвивающих групп (2 раннего возраста с 2–3 лет, 2 младшие с 3–4 лет, 2 средние с 4–5 лет, 2 старшие с 5–6 лет, 2 подготовительные с 6–7 лет), 1 группа кратковременного пребывания для детей от 2–3 лет.

Сведения о наличии в ДОУ №2 специально оборудованных кабинетов, средств для обучения, проведения практических занятий, объектов для оздоровления детей, формирующих здоровьесберегающую среду, где частично используются здоровьесберегающие технологии: совмещенный музыкально-физкультурный зал; кабинет педагога-психолога; кабинет старшего воспитателя совмещен с кабинетом логопеда; медицинский блок, включающий в себя медицинский кабинет, изолятор, процедурный кабинет, кабинет физиотерапии.

Для реализации цели исследования была проведена опытно-экспериментальная работа, включающая следующие этапы: констатирующий эксперимент, формирующий эксперимент и контрольный эксперимент.

На основе анализа изученной литературы и с опорой на исследования Н.М. Аксариной [1], выделены основные *критерии адаптированности ребенка раннего возраста к условиям ДОУ*:

1. Эмоциональное самочувствие ребенка в детском саду.
2. Взаимодействие детей раннего возраста со взрослыми и сверстниками, поведение ребенка в детском коллективе.
3. Соответствие ребенка возрастным показателям развития.

В соответствии с выделенными критериями автором были использованы следующие диагностические методики, позволившие оценивать уровень адаптированности ребенка раннего возраста к условиям детского сада:

1. Диагностика эмоциональной адаптации дошкольников к условиям детского сада (уровень эмоциональной адаптации);
2. Индивидуальный профиль социального развития ребенка (уровень социальной адаптации);
3. Определение степени тяжести адаптации детей раннего возраста по результатам диагностирования физического и нервно-психического развития ребенка (уровень физического и нервно-психического развития).

Далее для оценки процесса адаптации детей раннего возраста к условиям ДОУ использовалась методика оценки периода адаптации — уровень адаптации в целом:

Высокий уровень адаптации соответствует благоприятному течению адаптации, полной включенности ребенка в деятельность и общение, присутствует высокая активность и дисциплина, возрастное развитие ребенка соответствует норме, что характеризуется как легкая степень тяжести адаптации.

Средний уровень адаптации соответствует условно благоприятному течению адаптации, высокой включенности ребенка в деятельность и общение, но достигнутая за счет сверхвысоких избыточных эмоциональных затрат высокая активность и дисциплина, отклонение возрастного развития в пределах допустимого, что характеризуется как средняя степень тяжести адаптации.

Низкий уровень адаптации соответствует неблагоприятному течению адаптации, сниженной активности и дисциплины, низкой включенности в деятельность и общение, отставанию от возрастной нормы по многим показателям, что характеризуется как тяжелая степень протекания адаптации.

Для определения уровня эмоционального самочувствия ребенка в ДОУ по первому критерию проводились беседы с воспитателями и анализ адаптационных листов.

Для определения уровня взаимодействия детей раннего возраста со сверстниками и взрослыми, проведен анализ поведения каждого ребенка в детском коллективе по второму критерию с целью определения навыков социального поведения по шкале индивидуального профиля социального развития.

Для определения уровня соответствия ребенка возрастным показателям развития по третьему критерию осуществлялся анализ медицинских карт и карт нервно-психического развития.

Далее для оценки процесса адаптации детей раннего возраста к условиям ДОУ использовалась методика оценки периода адаптации.

Оценка влияния здоровьесберегающих технологий на адаптацию детей раннего возраста к условиям ДОУ была осуществлена на основе сопоставления результатов диагностики констатирующего и контрольного экспериментов и проведена оценка статистической значимости различий уровней адаптации детей раннего возраста к условиям ДОУ в контрольной и экспериментальной группах на 10 день и через 2 месяца адаптации по критерию с χ^2 (хи-квадрат).

Ожидаемым результатом является наличие влияния здоровьесберегающих технологий на адаптацию детей раннего возраста к условиям дошкольного образовательного учреждения (ДОУ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Для определения уровня эмоциональной адаптации детей раннего возраста к условиям ДОУ на 10 день посещения и через 2 месяца были сделаны констатирующий и контрольные срезы эмоционального профиля адаптации в группах (табл. 1).

По данным таблицы 1 в рамках констатирующего эксперимента наблюдается снижение эмоционального профиля процесса адаптации в обеих группах. По результатам диагностики определен эмоциональный портрет каждого ребенка. Уровень нормы (40–50 баллов) нет ни у одного ребенка (контрольной и экспериментальной), количество баллов положительного уровня (от 0 до 40 баллов) набрали семь детей (35%) экспериментальной группы и пять детей (25%) контрольной группы. То есть в обеих группах на 10 день адаптации преобладает отрицательный уровень эмоциональной адаптации (от — 60 до 0), соответственно — 13 детей (65%) и 15 детей (75%) (рис. 1).

Таким образом, на 10 день адаптации большая часть детей обеих групп имеет низкий уровень эмоциональной адаптации, свидетельствующий о реальном неблагополучии их социального окружения. То есть необходимо проводить работу, направленную на повышение эмоционального фона в группах.

Через 2 месяца по итогам контрольного эксперимента видны следующие изменения. Эмоциональный профиль в группах повысился, в экспериментальной группе прослеживается положительная динамика.

Итоговый срез эмоциональной адаптации детей раннего возраста выявил, что уровень эмоциональной адаптации в обеих группах вырос, но в экспериментальной группе он значительно выше (на 40%). В экспериментальной

Таблица 1

Эмоциональный профиль адаптации

Показатели эмоционального профиля адаптации	Констатирующий эксперимент на 10 день адаптации		Контрольный эксперимент через 2 месяца адаптации	
	Экспериментальная группа, балл	Контрольная группа, балл	Экспериментальная группа, балл	Контрольная группа, балл
Настроение	-51	-49	139	113
Гнев	4	0	158	146
Страх	-59	-58	133	106
Игровая деятельность	-1	-4	108	93
Социальные контакты	-40	-44	112	79
Дисциплина	-38	-39	108	77
Моторика	-41	-45	91	89
Сон	-14	-11	156	143
Аппетит	1	-1	75	60
Познавательная деятельность	38	39	131	124
Итого:	-201	-212	1211	1030

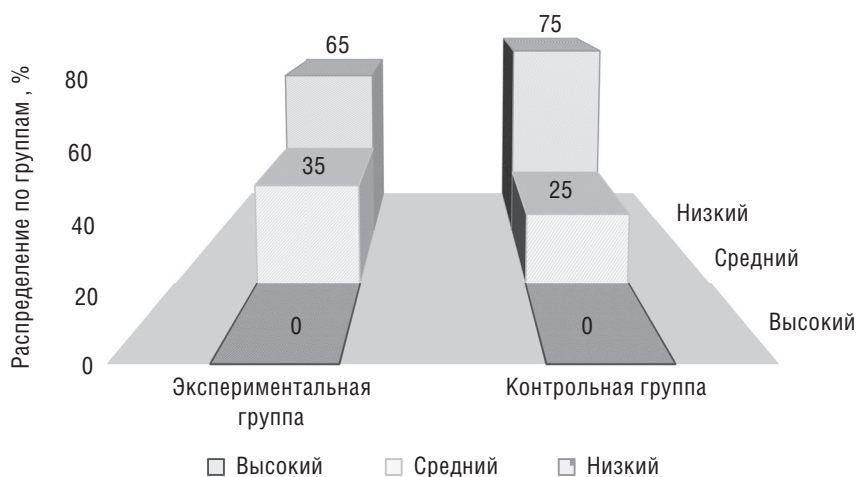


Рис. 1. Данные по уровням эмоциональной адаптации на 10 день

группе преобладает количество детей с высоким уровнем, а в контрольной группе количество детей с высоким и средним уровнем приблизительно одинаково (45% и 40%). В отличие от контрольной группы (15%), в экспериментальной группе дети с низким уровнем эмоциональной адаптации отсутствуют (0%). Выявленная динамика изменения уровня эмоциональной адаптации представлена на рис. 2

Таким образом, оценив результаты констатирующего и контрольного экспериментов, авторы показали, что в целом высокий уровень эмоциональной адаптации детей раннего возраста к условиям детского сада повысился в обеих группах, но в экспериментальной группе он повысился больше на 40%.

Для определения уровня социальной адаптации детей раннего возраста к условиям

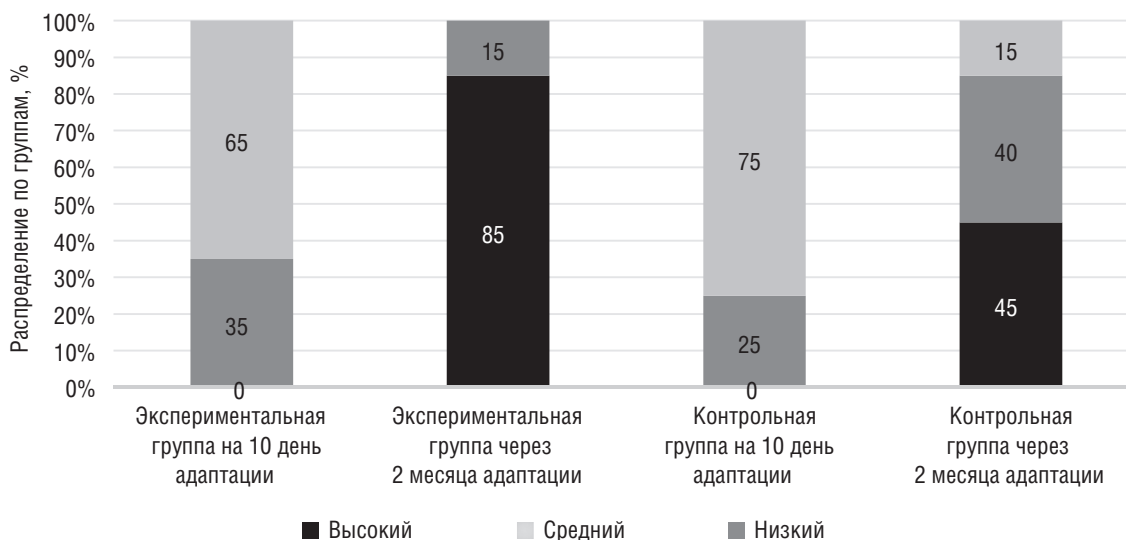


Рис. 2. Динамика изменения эмоционального самочувствия детей в ДОУ

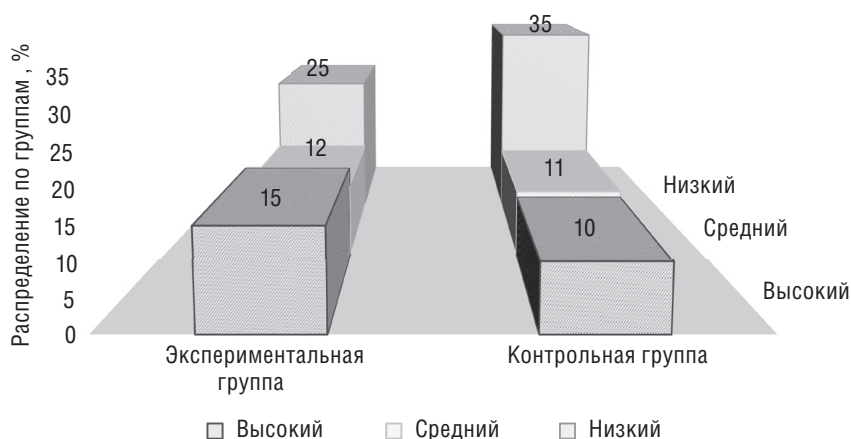


Рис. 3. Данные социальной адаптации на 10 день

ДОУ был составлен индивидуальный профиль социального развития каждого ребенка, по результатам анализа которого рассчитывался средний уровень социальной адаптации по методике Е. А. Каралашвили [4].

В результате в рамках констатирующего эксперимента, высокий уровень социальной адаптации (от 0 до 10 баллов) наблюдался у трех детей (15%) экспериментальной группы и у двух детей (10%) контрольной группы, низкий уровень (от — 30 до — 20) — у пяти детей (25%) экспериментальной и у семи детей (35%) контрольной группы. В обеих группах зафиксирован средний уровень социальной адаптации (от — 20 до 0), соответственно — 12 детей (60%) и 11 детей (55%) (рис. 3).

По полученным данным можно сделать вывод, что уровень социальной адаптации на 10 день в обеих группах недостаточно высок,

у детей наблюдаются проблемы во взаимоотношениях с детьми и взрослыми, зафиксированы поведенческие расстройства. Низкий уровень социальной адаптации на 10 день свидетельствует о необходимости проведения специальной работы, направленной на оптимизацию процесса социальной адаптации.

Сравнивая полученные результаты контрольного эксперимента через 2 месяца с результатами констатирующего эксперимента на 10 день, можно заметить следующие изменения: количество детей с высоким уровнем социальной адаптации возросло в экспериментальной группе на 55%, в контрольной на 20%. Количество детей со средним уровнем и низким уровнем уменьшилось, соответственно — на 30% (5%) и 25% в обеих группах. Выявленная динамика изменения уровня социальной адаптации детей представлена на рис. 4.

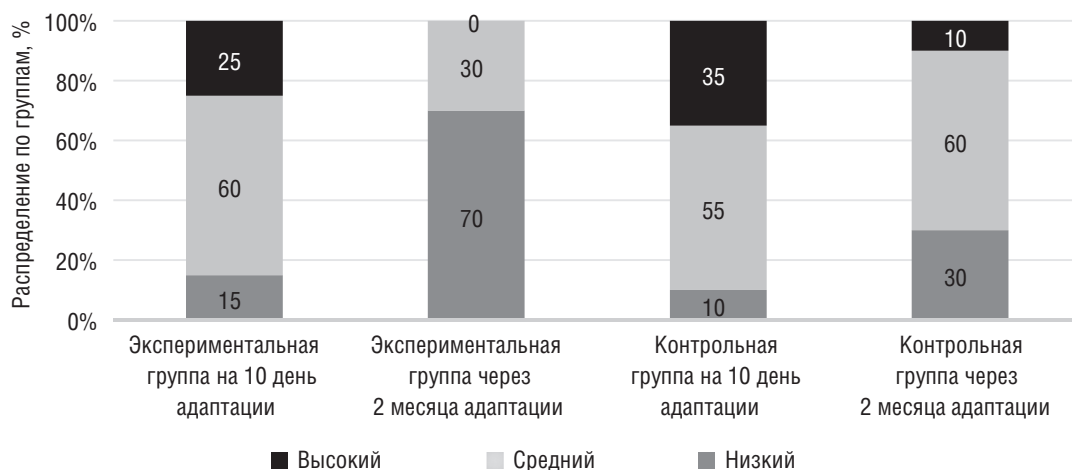


Рис. 4. Динамика роста количества детей, овладевших социальными навыками общения и поведения в группе по результатам обоих экспериментов

Таблица 2

Оценка нервно-психического развития и состояния здоровья детей раннего возраста

Показатели эмоционального профиля адаптации	Уровень нервно-психического развития, %			Перенесенные заболевания, %		
	1	2	3	нет	однократно	многократно
Констатирующий эксперимент на 10 день адаптации						
Экспериментальная группа, балл	15	50	35	10	50	40
Контрольная группа, балл	10	55	35	15	55	30
Контрольный эксперимент через 2 месяца адаптации						
Экспериментальная группа, балл	70	20	10	75	15	10
Контрольная группа, балл	45	45	10	20	70	10

Таким образом, проведя наблюдение за детьми в обеих группах и сопоставив результаты двух экспериментов, установили, что трудности в общении детей со взрослыми и детьми встречаются реже. Поведение улучшилось, активность возросла в обеих группах, но уровень социальной адаптации детей в экспериментальной группе выше.

Для определения степени тяжести адаптации детей раннего возраста к условиям ДОО (уровень физического и нервно-психического развития) был проведен анализ медицинских карт нервно-психического развития и состояния здоровья детей по частоте перенесенных заболеваний в период адаптации, динамике роста и массы тела на 10 день и через 2 месяца. Результаты анализа представлены в таблице 2.

Полученные результаты физического и нервно-психического развития детей характеризуют степень тяжести процесса адаптации детей раннего возраста к условиям ДОО в со-

ответствии с возрастными нормами развития. Полностью соответствуют возрастным нормам развития на 10 день адаптации три ребенка (15%) экспериментальной группы и два ребенка (10%) контрольной группы. Небольшие отклонения наблюдаются, соответственно у 10 детей (50%) и 11 детей (55%). Значительная задержка в развитии присутствует у семи детей (35%) в той и другой группах (рис. 5).

Таким образом, на 10 день адаптации в обеих группах преобладает средняя и высокая степень, соответственно у большинства детей присутствует задержка физического и нервно-психического развития, зафиксирован высокий уровень заболеваемости. Следовательно, необходимо использование здоровьесберегающих технологий для оздоровления и развития детей.

Сравнив результаты констатирующего и контрольного экспериментов, можно отметить в обеих группах снижение количества де-

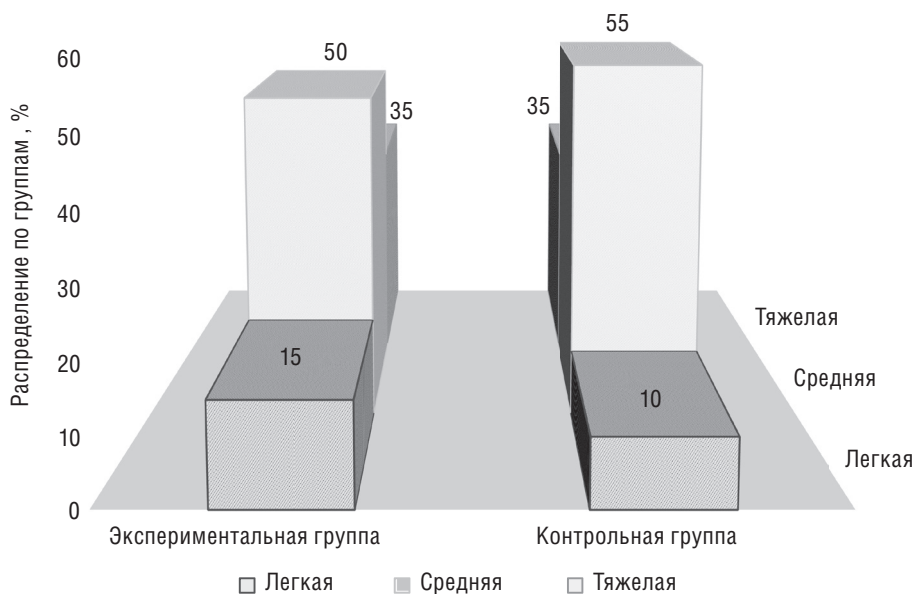


Рис. 5. Оценка степени тяжести адаптации детей раннего возраста к условиям ДОО на 10 день



Рис. 6. Данные соответствия развития детей возрастным нормам развития по результатам обоих экспериментов

тей с тяжелой степенью адаптации на 30% и, соответственно, возрастание доли детей с легкой степенью на 60% в экспериментальной группе и на 15% в контрольной группе (рис. 6).

Таким образом, возросло количество детей с легкой степенью процесса адаптации в обеих группах, но в экспериментальной группе больше на 40%, что может быть объяснено активным использованием здоровьесберегающих технологий в ДОО № 1.

Теперь, для оценки процесса адаптации детей раннего возраста к условиям ДОО определяется уровень адаптации для обоих периодов с учетом вышеуказанных критериев: уровня эмоциональной адаптации, социальной адаптации, физического и нервно-психического раз-

вития, которые позволяют произвести оценку адаптации в целом (таблица 3) и уровни адаптации по обоим экспериментам (рис. 7).

Таким образом, на 10 день адаптации было установлено, что благоприятное течение адаптации (от 13 до 15 баллов) имело место у двух детей (10%) экспериментальной группы и у одного ребенка (5%) контрольной группы (высокий уровень). Условно благоприятное течение адаптации (от 9 до 12 баллов) наблюдалось у десяти детей (50%) экспериментальной группы и девяти детей (45%) контрольной группы (средний уровень). Неблагоприятное течение адаптации (от 5 до 8 баллов) имело место у восьми детей (40%) экспериментальной группы и у 10 детей (50%) контрольной группы.

Таблица 3

Оценка процесса адаптации детей раннего возраста к условиям ДООУ для обоих периодов адаптации

Критерии оценивания		Констатирующий эксперимент на 10 день адаптации						Контрольный эксперимент через 2 месяца адаптации					
		Экспериментальная группа			Контрольная группа			Экспериментальная группа			Контрольная группа		
		Выс	Ср	Низ	Выс	Ср	Низ	Выс	Ср	Низ	Выс	Ср	Низ
Эмоциональная адаптация	Изменение эмоционального профиля	0	35	65	0	25	75	85	15	0	45	40	15
	Сроки нормализации поведенческих реалий	15	60	25	10	55	35	70	30	0	30	60	10
Социальная адаптация	Адаптированность детей раннего возраста к условиям ДООУ	10	50	40	5	45	50	15	20	5	35	60	5
	Степень адаптации по количеству детей	10	49	41	8	47	45	75	20	5	35	55	10
Степень тяжести	Уровень нервно-психического развития	15	50	35	10	55	35	70	20	10	45	45	10
	Перенесенные заболевания	10	50	40	15	55	30	75	15	10	20	70	10

Следует отметить и тот факт, что уровни адаптации на начальном его этапе в обоих ДООУ примерно одинаковы.

Сопоставив результаты констатирующего и контрольного экспериментов, было установлено, что процесс адаптации детей раннего возраста к условиям ДООУ благополучно завершился в обеих группах. Значительно увеличился процент детей с благоприятным течением адаптации — на 65% в экспериментальной группе и 30% в контрольной группе и уменьшился процент детей с неблагоприятным течением адаптации в обеих группах (35 и 40%). Но количество детей с благоприятной адаптацией и условно благоприятной в экспериментальной группе больше на 40%. Представленные данные показывают положительную динамику в экспериментальной группе, что доказывает эффективность использования здоровьесберегающих технологий.

Проведена оценка статистической значимости различий уровней адаптации детей раннего возраста к условиям ДООУ в контрольной и экспериментальной группах на 10 день и через

2 месяца адаптации по критерию χ^2 (хи-квадрат) с ν степенями свободы по данным таблицы 4.

Обозначив p_{1i} вероятность достижения детьми раннего возраста экспериментальной группы уровня благоприятности течения процесса адаптации i , p_{2i} — вероятность достижения детьми раннего возраста контрольной группы уровня благоприятности течения процесса адаптации i , сформулируем гипотезу $H_0: p_{1i} = p_{2i}$ для всех уровней (экспериментальная группа находится на том же уровне благоприятности течения процесса адаптации, что и контрольная) при альтернативе $H_0: p_{1i} \neq p_{2i}$, хотя бы для одного уровня (эксперимент дает положительный результат).

Поскольку полученное нами на начало эксперимента значение $\chi^2_{нач} < \chi^2_{критич}$, то нет достаточных оснований для отклонения нулевой гипотезы, то есть распределение детей раннего возраста экспериментальной и контрольной групп по уровням благоприятности протекания адаптации в начале эксперимента существенно не отличается. На конец эксперимента $\chi^2_{кон} > \chi^2_{критич}$, значит имеется достаточно оснований

Таблица 4

Данные расчетов исходов по уровням адаптации детей раннего возраста к условиям ДООУ в контрольной и экспериментальной группах на 10 день и через 2 месяца адаптации

Факторный признак	Результативный признак			Итого
	Высокий уровень адаптации	Средний уровень адаптации	Низкий уровень адаптации	
Констатирующий эксперимент на 10 день адаптации				
Экспериментальная группа	2	10	8	20
Контрольная группа	1	9	10	20
Итого на 10 день адаптации	3	19	18	40
Число степеней свободы равно 2. Значение критерия χ^2 составляет 0,608. Критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,05$ составляет 5,991. Уровень значимости $p=0,738$. Связь между факторным и результативным признаками статистически незначима при уровне значимости $p<0,05$.				
Контрольный эксперимент через 2 месяца адаптации				
Экспериментальная группа	15	4	1	20
Контрольная группа	7	11	2	20
Итого через 2 месяца адаптации	22	15	3	40
Число степеней свободы равно 2. Значение критерия χ^2 составляет 6,509. Критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,05$ составляет 5,991. Уровень значимости $p=0,039$. Связь между факторным и результативным признаками статистически значима при уровне значимости $p<0,05$.				

для того, чтобы отклонить нулевую гипотезу и утверждать, что уровни благоприятности протекания адаптации детей раннего возраста экспериментальной группы значительно выше уровня благоприятности протекания адаптации контрольной группы, что свидетельствует о статистической значимости полученных результатов. Связь между факторным и результативным признаками статистически значима на конец эксперимента при уровне значимости $p<0,05$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что дети раннего возраста в период адаптации к условиям ДООУ испытывают серьезные затруднения в процессе адаптации к новой среде, о чем говорят низкие показатели эмоционального профиля детей в группах, уровень социального развития и высокая степень тяжести процесса адаптации.

Невысокий уровень адаптированности детей к новой среде свидетельствует о целесообразности активного использования здоровьесберегающих технологий, формирующих

здоровьесберегающее пространство для повышения адаптированности детей раннего возраста к условиям ДООУ.

В результате проведенного исследования наблюдались следующие изменения в состоянии адаптации детей раннего возраста экспериментальной группы:

1. Улучшилось эмоциональное самочувствие детей в группе сверстников (уровень эмоциональной адаптации);
2. Сформированы навыки социального поведения и наблюдается устойчивое позитивное отношение к сверстникам и педагогам (уровень социальной адаптации);
3. Увеличилось количество детей с легкой степенью процесса адаптации (уровень физического и нервно-психического развития);
4. Увеличилось количество детей с высоким уровнем адаптации.

Таким образом, подтверждено результатами исследования, что использование здоровьесберегающих технологий в ДООУ оказывает сильное влияние на процесс адаптации детей раннего возраста к новым условиям и приобретает огромное значение в здоровьесбережении,

оздоровлении, укреплении здоровья детей и формировании привычки к здоровому образу жизни. Все это в целом способствует развитию общей культуры здоровья.

Полученные результаты исследования позволяют активизировать работу, направленную на формирование здорового образа жизни населения, на выявление дополнительных критериев адаптированности детей раннего возраста к условиям детского сада, что позволило бы более точно оценивать ее уровень, на разработку единой комплексной диагностической методики оценки адаптации детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксарина Н. М. Воспитание детей раннего возраста. М.: Медицина; 1977.
2. Всемирная организация здравоохранения. Здоровье детей и подростков. Доступен по: http://www.who.int/topics/child_health/ru/ (дата обращения 12.08.2018).
3. Гурьева Н. А., Ким А. В., Орел В. И., Серeda В. М. Организация медико-социальной помощи детям. СПб.: СПбГПМУ; 2016.
4. Данюкова О. А., Ларионова Г. Б., Е. А. Каралишвили. Работа с детьми раннего возраста в период адаптации к ДОУ. Управление ДОУ. 2003; 3: 80.
5. Дембикова Е. В., Калинина С. А., Калининchenko О. В., Петрова Н. Г. Медико-социальные особенности детей, госпитализированных в центр медицинской и социальной реабилитации. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2 (2): 31–37.
6. Еникеева Л. А., Ширшикова М. С. Теоретические и практические аспекты использования индикаторов оценки качества жизни. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2 (2): 4–15.
7. Интегрированное ведение болезней детского возраста. Доступен по: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/ru/ (дата обращения 12.08.2018).
8. Микиртичан Г. Л. Истоки изучения медико-социальных проблем детства: XVIII — первая половина XIX века. Медицина и организация здравоохранения. 2016; 1 (2): 44–53.
9. Приказ Министерства образования и науки РФ от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования». Доступен по: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70412244/#ixzz5NaC7J4jI> (дата обращения 12.08.2018).
10. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. М.: АПК и ПРО; 2002.
11. Указ президента РФ № 240 от 29 мая 2017 года «Об объявлении в Российской Федерации Десяти-

летия детства». Доступен по: <http://static.kremlin.ru/media/acts/files/0001201705290022.pdf> (дата обращения 12.08.2018).

12. План основных мероприятий до 2020 года, проводимых в рамках Десятилетия детства. Проект от 25 июля 2017 года. Доступен по: <http://xn---btbgfbav8dmbqer.xn--plai/Storage/Files/2324/%D0%B2%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%B0%BD%D1%82%2025%2007%2017%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B0%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%B0%2010%20%D0%BB%D0%B5%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20.pdf> (дата обращения 12.08.2018).

REFERENCES:

1. Aksarina N.M. Vospitanie detej rannego vozrasta. [Early childhood education]. M.: Meditsina; 1977.
2. Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya. Zdorov'e detej i podrostkov. [World Health Organization. Health of children and adolescents]. Available at: http://www.who.int/topics/child_health/ru/ (accessed 12.08.2018) (in Russia).
3. Gur'eva N. A., Kim A. V., Orel V. I., Sereda V. M. Organizaciya mediko-social'noj pomoshchi detyam. [Organization of medical and social care for children]. SPb.: SPbGPMU; 2016 (in Russia).
4. Danyukova O. A., Larionova G. B., E. A. Karalishvili. Rabota s det'mi rannego vozrasta v period adaptacii k DOU. [Work with young children in the period of adaptation to the pre-school]. Upravlenie DOU. 2003; 3: 80 (in Russia).
5. Dembikova E. V., Kalinina S. A., Kalinichenko O. V., Petrova N. G. Mediko-social'nye osobennosti detej, gospitalizirovannyh v centr medicinskoj i social'noj rehabilitacii. [Medical and social characteristics of children hospitalized in the center of medical and social rehabilitation]. Medicine and health care organization. 2017; 2 (2): 31–37 (in Russia).
6. Enikeeva L. A., SHirshikova M. S. Teoreticheskie i prakticheskie aspekty ispol'zovaniya indikatorov ocenki kachestva zhizni. [Theoretical and practical aspects of the use of indicators to assess the quality of life]. Medicine and health care organization. 2017; 2 (2): 4–15 (in Russia).
7. Integrirovannoe vedenie boleznej detskogo vozrasta. [Integrated Management of Childhood Illnesses]. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/ru/ (accessed 12.08.2018) (in Russia).
8. Mikirtichan G. L. Istoki izucheniya mediko-social'nyh problem detstva: XVIII — pervaya polovina XIX veka. [History of Research on Medical and Social Problems of Childhood: the 18th — First Part of the 19thcc]. Medicine and health care organization. 2016; 1 (2): 44–53 (in Russia).

9. Prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki RF ot 17 oktyabrya 2013 g. № 1155 «Ob utverzhdenii federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta doskol'nogo obrazovaniya». [Order of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation of October 17, 2013 No. 1155 «On the approval of the federal state educational standard of preschool education»]. Available at: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70412244/#ix-zz5NaC7J4jI> (accessed 12.08.2018) (in Russia).
10. Smirnov N. K. Zdorov'esberegayushchie obrazovatel'nye tekhnologii v sovremennoj shkole. [Health-saving educational technologies in a modern school]. M.: APK i PRO; 2002. (in Russia).
11. Ukaz prezidenta RF № 240 ot 29 maya 2017 goda «Ob ob'yavlenii v Rossiyskoy Federatsii Desyatiletiya detstva». [Decree of the President of the Russian Federation No. 240 of May 29, 2017 «On the Announcement of the Decade of Childhood in the Russian Federation»]. Available at: <http://static.kremlin.ru/media/acts/files/0001201705290022.pdf> (accessed 12.08.2018) (in Russia).
12. Plan osnovnykh meropriyatij do 2020 goda, provodimyh v ramkah Desyatiletiya detstva. Proekt ot 25 iyulya 2017 goda. [Plan of the main activities until 2020, held within the framework of the Decade of Childhood. The project of July 25, 2017]. Available at: <http://xn--btbgfbav8dmbqer.xn--plai/Storage/Files/2324/%D0%B2%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BD%D1%82%2025%2007%2017%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B0%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%B0%2010%20%D0%BB%D0%B5%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20.pdf> (accessed 12.08.2018) (in Russia).

ИУДАИЗМ: ЭТИКА И МЕДИЦИНА

© *Наталья Юрьевна Раевская*

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

Контактная информация: Наталья Юрьевна Раевская – к. ф. н., доцент кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: raev.spb@rambler.ru

РЕЗЮМЕ: Статья посвящена рассмотрению основополагающих принципов этики и философской антропологии иудаизма, оказавших влияние на понимание нравственного смысла и религиозного значения врачебной деятельности в еврейской традиции. Беспрецедентное в рамках окружающих политеистических культур внимание иудаизма к обязательности выполнения нравственных требований с самого начала было обусловлено спецификой религиозного сознания, убежденного в трансцендентности божества и одновременно его имманентном присутствии в мире, обнаруживаемом в виде проявлений божественной воли. В связи с этим огромное значение приобрело строгое выполнение воли Бога, зафиксированной в Торе в виде религиозных и нравственных императивов. Утвердилось представление о том, что слияние человеческой и божественной воли это путь к осуществлению высшей религиозной цели — достижению единства человека и Бога. В то же время необходимость беспрестанного нравственного совершенствования обосновывается здесь исходя из представлений о богосοοобразности человека. Любовь к человеку (главное нравственное требование) содержит в себе и любовь к Богу, чей образ он в себе несет. Так этические требования получают религиозное обоснование, которое подтверждает и усиливает необходимость их исполнения. Унижение человека означает оскорбление Бога, по образу которого он создан. Любовь и сострадание по отношению к человеку не только являются проявлением уважения к Богу, создавшему человека, но и выявляют божественное в самом человеке, актуализируют его богоподобие, приближая к первообразу. Деятельность врача, в которой сострадание, любовь и помощь ближнему выходят на первый план, воспринимается иудаизмом как «святая» работа, осуществляющая высшее религиозное назначение человека. С одной стороны она освящает, совершенствует в нравственном отношении человека, ей занимающегося, возвышая его над тварным и приближая к Творцу. С другой стороны совершенствует тварный мир, уменьшая боль и страдание, в нем присутствующие, и приближая его к божественному совершенству.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: иудаизм; этика иудаизма; медицинская этика.

JUDAISM: ETHICS AND MEDICINE

© *Natalia Y. Raevskaya*

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

Contact information: Natalia Y. Raevskaya — Ph. D., Associate Professor, Department of Humanities Disciplines and Bioethics. E-mail: raev.spb@rambler.ru

ABSTRACT. The article is devoted to the consideration of the fundamental principles of ethics and the philosophical anthropology of Judaism, which influenced the understanding of the moral meaning and religious significance of medical activity in the Jewish tradition. Unprecedented in the context of surrounding polytheistic cultures the attention of Judaism to the fulfillment of moral demands was originally conditioned by the specificity of religious consciousness. It was convinced of the transcendence of the deity and at the same time its immanent presence in the world revealed in the form of manifestations of divine will. In this connection the strict fulfillment of the will of God, fixed in the Torah in the form of religious and moral imperatives, became a matter of great importance. The merger of human and divine wills is the way of realization of the highest religious goal of achieving the unity of man and God — this idea was firmly established in Judaism. At the same time the necessity of moral perfection is grounded on the concept of human god-likeness. Love for man (the main moral requirement) contains love for God, whose image he carries within himself. So ethical requirements receive a religious justification, which confirms and strengthens the need for their fulfillment. Humiliation of human means an insult to God, in the image of which human was created. Love and compassion for man are not only a manifestation of respect for God, who created man, but also reveal the divine essence in man himself, actualize his god-likeness, bringing him closer to the prototype. The activity of the doctor, which connected with love and help to people, is perceived by Judaism as a "holy" work, carrying out the supreme religious purpose of man. On the one hand, it consecrates, improves morally of a person engaged in it. This work elevates him above the created one and bringing it closer to the Creator. On the other hand, it improves of the created world, reduces the pain and suffering present in it, and brings it closer to divine perfection.

KEY WORDS: Judaism; the ethics of Judaism; medical ethics.

Иудаизм — учение с многотысячелетней историей, одно из первых, в рамках которых были сформулированы, а затем получили философское обоснование этические нормы и принципы, регулирующие по сей день жизнь не только еврейства, но и, благодаря деятельности генетически связанных с иудаизмом религий — христианства и ислама, многих других народов.

Характер иудаизма как преимущественно этической религии последовательно складывался начиная с деятельности пророков VIII–VII вв. до н. э. В это время была провозглашена идея коллективной ответственности израильского народа перед Богом и, как следствие, требование строгого соблюдения всех предписаний Торы, касающихся не только отношений между Богом и народом Израиля (религиозных императивов), но и отношений между членами человеческого коллектива (этических императивов). В последующий за этим период II храма (VI в. до н. э. — II в. н. э.) взамен идеи коллективной ответственности постепенно утверждалась идея личной ответственности человека перед Богом. Представления о необходимом характере посреднических действий священства уступали место ощущению непосредственной связи человека с Богом. В связи с этим все большее значение приобретала та сторона религии, которая способствовала воспитанию, совершенствованию человеческой

личности, ощущающей себя образом Бога и стремящейся реализовать свое богоподобие через следование нравственным идеалам. Последовавший за разрушением храма период талмудического творчества (II–V вв. н. э.) дал старт развитию этической рефлексии, в ходе которой нравственные принципы, ранее провозглашенные иудаизмом, получили четкое обоснование через философскую антропологию, выявлявшую сущность и предназначение человека.

Два основных положения Торы лежат в основании иудейских представлений о человеке.

«И сотворил Бог человека по образу Своему» (Берешит (Бытие) 1:27)

«Будь свят, как я, Господь Бог твой свят» (Ваикра (Лев.) 19:2)

Это значит, что, с одной стороны, человек потенциально обладает теми же способностями, что и Бог — интеллектом, волей, способностью любить и сострадать. С другой стороны (согласно второму утверждению) это значит, что задача человека состоит в богоуподоблении. Он должен актуализировать и совершенствовать способности, данные ему Богом, все больше приближаясь к своему первообразу. При этом конечная цель человека — не просто преобразование самого себя, но и мира в целом. Сотворенный мир может и должен (по замыслу Творца) стать более совершенным благодаря деятельности человека, являющегося связую-

щим звеном между землей и небом. «Что же, собственно говоря, должны сделать «дети Всевышнего»? Да всего лишь перекинуть мост через бездонную пропасть, отделяющую Творца от Его творений» [9].

Еще на заре своего становления и впервые в истории человеческой мысли иудаизм провозглашает наличие этой пропасти, разделив бытие на два уровня — естественный и сверхъестественный, первичный и вторичный, вечный и изменчивый. Мифологическая картина мира, характерная для приверженцев языческих политеистических культов, в окружении которых существовал иудаизм, не предполагала такого удвоения. Мир представлялся единым целым, в котором естественное и сверхъестественное, божественное и природное казались тесно переплетенными и предполагали возможность взаимовлияния. Боги, люди, животные, другие объекты живой и неживой природы принадлежали к одному и тому же уровню бытия. В отличие от таких представлений иудаизм утверждает идею трансцендентного Бога, находящегося за пределами сотворенного им мира и качественно превышающего все, что есть в мире. Однако вместе с тем не отрицается и имманентное (внутреннее) присутствие Бога в мире, ведь без такого присутствия связь между двумя уровнями реальности, между Богом и человеком, становится невозможной, а религиозные упования бессмысленными.

Иудаизм признает, что Бог все же некоторым образом присутствует в своем творении, благодаря чему человек способен вступать с ним в определенные взаимоотношения. Традиционные направления иудаизма считают, что Бог присутствует в мире в виде его воли. Человек имеет дело с ее последствиями и проявлениями, и благодаря пониманию и выполнению этой высшей воли может приблизиться к Богу. Божественную волю, с одной стороны, можно увидеть проявленной в творении — каждый из элементов сотворенного мира является результатом ее объективирования. С другой стороны, человек может видеть волю Бога зафиксированной в Торе. Здесь воля (или повеления) Бога, в частности, зафиксированы в форме требований, предъявляемых Богом человеку (в форме мицвот, заповедей) Исполнение мицвот¹ (как религиозных, так и этических) имеет огромное значение для иудеев, поскольку, исполняя их, человек следует божественной воле. В этом акте человеческая

воля сливается с божественной, тем самым преодолевая пропасть между человеком и Богом.

Более того, от исполнения мицвот, как считают иудейские мыслители, зависит равновесие и гармония мира в целом. Бог дарует Израилю закон, исполнение которого способствует поддержанию порядка в мире, то есть благоденствию не только избранного народа, но в конечном итоге всего человечества. Выполнение божественных предписаний, т.е. совпадение воли человека с волей Бога, вызывает благосклонность последнего, способствующую процветанию мира. Несовпадение человеческой и божественной воли приводит к тому, что Бог отдаляется от людей, тем самым подвергая человеческий мир тяжелым испытаниям. Следствием уклонения человека от исполнения воли Бога являются войны, бедствия и природные катаклизмы.

Еврейские источники подробно описывают процесс воздействия человеческих поступков на божественное присутствие — Шхину, показывая, как благочестивые деяния народа способствуют пребыванию Шхины в его среде, и, напротив, нарушение божественных предписаний побуждает ее удаляться все дальше и дальше. Упоминание об этом можно обнаружить как в традиционной [12], так и в мистической еврейской литературе [4].

С точки зрения традиционного (талмудического) иудаизма исполнение требований Бога, предъявляемых еврейскому народу, воздействует на божество, побуждая его к благосклонности и милосердию. С точки зрения еврейской мистики, которая дополняет талмудическое понимание, исполнение мицвот не просто побуждает Бога поддерживать благоденствие народа, но и «усиливает» божество, ведет к возрастанию его могущества и тем самым способствует поддержанию установленного Богом миропорядка [3]. Следовательно педантичное исполнение иудеями множества предписаний, касающихся различных сторон жизни, и кажущихся во многих случаях необъяснимыми с рациональной точки зрения, имеет под собой глубокие основания. Исполнение мицвот, в том числе этических предписаний, содержащихся в Торе, — это основной способ приближения человека к Богу, и вместе с тем способ поддержания и усовершенствования нашего мира.

Творец не создает мир полностью совершенным, но создает человека, задача и обязанность которого состоит в усовершенствовании самого себя и мира. Иудаизм, утверждающий

¹ От ивр. מצוות — повеления, приказания, заповеди.

наличие зияния, пропасти между миром и Богом, в то же время указывает на существование мостика — единственного мостика между божественным и тварным — человеческой души, созданной Богом по своему подобию, и способной к уподоблению ему.

В мидраше Берешит Рабба читаем: «Тогда Бог сказал: “Сотворим человека по подобию нашему и да будет это творение не только продуктом земли, но также одаренным небесными, духовными элементами, которые даруют ему разум, интеллект, понимание”» [12]. После этого описывается своеобразный спор между двумя группами ангелов. Одна из них отрицательно относится к созданию разумного существа, обладающего свободой думать и поступать самостоятельно, опасаясь, что это внесет хаос в гармонию созданного Богом мира. Другая поддерживает Бога в его желании создать человека, так как полагает, что человек, созданный по образу и подобию Бога, будет стремиться «подражать Его атрибутам своими действиями» и «выполнять Его великую миссию» — утешать несчастных, укреплять тех, кто пал духом, протягивать руку помощи тем, кто в ней нуждается. Несмотря на опасения первой группы, Бог принимает решение создать человека, как существо способное к богоуподоблению через сострадание. Бог создает человека подобным себе для того, чтобы он продолжал его миссию. В Талмуде сказано, «каждому человеку следует помнить, что для него и под его ответственность сотворен мир (Сангедрин 37). Человек, достигающий богоподобия, святости посредством исполнения мицвот (среди которых огромное значение имеют нравственные требования), тем самым способствует мировой гармонии, помогает миру стать более совершенным. «Человек — это инструмент, созданный Богом для исполнения заповедей, то есть для утверждения его воли в мире и тем самым для изменения и улучшения мира» [9].

Среди 613 мицвот, которые ортодоксальный иудаизм считает обязательными для исполнения, важнейшую роль играют десять заповедей, данные Моисею на горе Синай. Первые четыре из них постулируют необходимость любви к Богу, шесть остальных — необходимость любви к человеку. С первого взгляда кажется, что первая группа имеет чисто религиозный характер, вторая — чисто этический. Между тем иудаизм не проводит четкого разграничения между любовью к человеку и любовью к Богу. Любовь к человеку содержит в себе и любовь к Богу, чей образ он в себе несет. Так этические требования получают рели-

гиозное обоснование, которое подтверждает и усиливает необходимость их исполнения.

Сообразность Бога и человека выступает обоснованием нравственного императива, который мы находим в Торе — «возлюби ближнего своего, как самого себя» (Ваикра (Лев.) 19: 18). «Ты не должен говорить — с тех пор как я был посрамлен, пусть мой сосед будет посрамлен... Если вы так делаете, известно, кого вы срамите» [12] — того, чей образ найдется в каждом человеке. Унижение человека означает оскорбление Бога, по образу которого он создан. Любовь и сострадание по отношению к человеку не только являются проявлением уважения к Богу, создавшему человека, но и выявляют божественное в самом человеке, актуализируют его богоподобие, приближая к первообразу.

Таким образом, богосообразность человека дает двойное обоснование необходимости нравственного совершенствования. Уважение и любовь к ближнему необходимы, во-первых, потому что каждый человек является образом Бога; во-вторых, потому что именно в любви и сострадании выявляются черты человеческого богоподобия. Когда этот идеал осуществляется в максимальной степени, человек и Бог пребывают в единстве, а религиозная цель иудаизма оказывается достигнутой.

В разные времена учителя иудаизма пытались сформулировать символ веры, то есть краткое выражение сути религиозного учения. Примечательны «этические трактовки», относящиеся к I в. до н.э. — I в. н.э. Талмуд повествует о том, что великий законоучитель Гилель (I до н.э. — нач. I в. н.э.), ответил язычнику, который просил его изложить суть иудаизма за то время пока он стоит на одной ноге, следующим образом: «Не делай ближнему того, чего себе не желаешь. В этом заключается вся суть Торы. Все остальное есть толкование. Иди и учись.» (Шаббат 31 а) Другой законоучитель, знаменитый рабби Акива (конец I — нач. II в. н.э.) предложил опираться на уже упоминавшийся стих из книги Ваикра (Лев.) (19:18) «Люби ближнего как самого себя» [13]. Тем самым оба мудреца утверждали в качестве основного принципа иудаизма любовь и заботу людей друг о друге.

Время появления этих формулировок относится к первым векам нашей эры, когда облик современного иудаизма был практически сформирован. В отличие от древнего иудаизма здесь на первый план вышла необходимость личного нравственного совершенствования человека взамен системы храмовых обрядов и жертво-

приношений. С точки зрения еврейских мудрецов этого периода, человек может достигнуть религиозной цели объединения с Богом лишь путем исполнения божественных заповедей, включающих в себя строгие нравственные требования. При этом уже в древних библейских текстах настойчиво звучит мысль о необходимости милосердия и сострадания, а отказ от них приравнивается к богоотступничеству. Причем обязанности перед другими людьми не исчерпываются заповедью «люби ближнего как самого себя» (Ваикра (Лев.) 19:18). Все люди (не только свои, «ближние», но и чужие) несут в себе образ Бога, все люди созданы Богом и достойны любви и сострадания. Два требования из Торы ясно выражают эту мысль: «любите и вы пришельца, ибо и сами вы были пришельцами в земле Египетской» (Дварим (Втор.) (10:19)); «закон один и одни права да будут для вас и для пришельца, живущего у вас» (Бемидбар (Чис.) 15:16). Этот универсальный принцип подчеркивается заповедью о почитании субботы, когда субботний отдых распространяется на иудеев, их слуг, неиудеев и даже домашний скот (Шемот (Исх.) 20:2). В соответствии со священным писанием даже раб в древнейшие времена никогда не считался полной собственностью хозяина. Нанесение какого-либо физического ущерба рабу влекло за собой его освобождение (Шемот (Исх.) 21:26-27). Более того беглого раба нельзя было возвращать прежнему хозяину (Бемидбар (Втор.) 23:15-16). В иудаизме постоянно подчеркивается, что Бог любит всех людей, и поэтому иудеи (народ, избранный Богом для того, чтобы изменить мир к лучшему) должны следовать этому правилу в первую очередь.

Согласно Торе обязанности человека перед окружающим миром предполагают распространение милосердия и заботы и на животный мир. Субботний отдых полагается не только человеку, но и рабочему скоту. Предписывается помогать подняться упавшим от усталости лошади или ослу, даже если они принадлежат другому лицу, в том числе неиудею. Законы о ритуальном убое скота предписывают недопустимость причинения ему страданий. С этой целью готовится особый специалист — резник. Законы милосердия касаются также и растительного мира. «Если долгое время будешь держать в осаде город, ... то не порти дерев его, от которых можно питаться, не опустошай окрестностей, ибо дерево не человек, чтобы уйти от тебя в укрепление (Бемидбар (Втор.) 20:19). Причины такого милосердия, однако, во всяком случае в древности, скорее всего

были чисто утилитарными. Заботиться о животном и растительном мире нужно было, так как и тот и другой обеспечивали человеку пропитание, а не потому что любая жизнь была столь же ценной как жизнь человека. Человеческая жизнь обладала неизмеримо большей ценностью в силу того, что человек считался несущим в себе «искру Бога», его образ.

Ценность человеческой жизни — это одно из основополагающих положений, имеющее огромное значение для иудаизма в целом, и для медицины, связанной с иудейской традицией, в частности.

Два изречения из Талмуда красноречиво демонстрируют эту идею.

«Значение человека равносильно значению всего творения, вместе взятого.» (Берахот 8а). «Человек вообще», человек как таковой, обладает величайшим значением. Все люди обладают одной и той же сущностью, все сотворены Богом и все содержат в себе божественное начало. Значит ценным является каждый человек, каждая человеческая жизнь.

Второе знаменитое изречение, которое не нуждается в комментариях: «сотворен был только **один** человек. Это должно служить указанием, что: тот, кто губит хотя **одну** человеческую душу, разрушает целый мир, и кто спасает **одну** душу, спасает целый мир» (Сангедрин 37).

Одним из важнейших принципов Галахи (иудейского религиозного законодательства) является Пиквах Нефеш (ивр. פיקוּחַ נֶפֶשׁ «спасение души»), который гласит, что ради спасения человеческой жизни или ее продления хотя бы на короткое время возможно нарушение практически всех запрещающих заповедей Торы. Талмудические мудрецы развивают эти мысли в трактатах (Йома 85а) и (Шаббат 30а), основываясь на толковании стихов Торы: «Соблюдайте постановления Мои и законы Мои, которые исполняя, человек будет жив» (Ваикра (Лев.) 18:5) и «Не стой [в бездействии] при виде крови ближнего твоего» (Ваикра (Лев.) 19:16). Примерами запретов, которые можно нарушить ради спасения жизни другого человека, являются, например, законы святости тела (в частности, иудаизм разрешает донорство органов и тканей); в субботу и религиозные праздники допускается выполнение работ, направленных на спасение жизни (например, работа врача); некошерная еда может быть применена в пищу в случае голода либо если это необходимо для лечения.

Бережное отношение к человеческой жизни, характеризовавшее иудеев уже в древние времена, наиболее ярко выражалось в отношении

к детям. Как сказано в Талмуде: «Можно нарушить Субботу ради младенца, которому день от роду, но не ради мертвого тела Давида, царя Израиля» (Шаб 151б). Такое представление о безусловной ценности жизни ребенка контрастировало с мифологическими воззрениями языческих народов, в окружении которых жили иудеи. Только что родившийся ребенок для мифологического сознания был «пришельцем из другого мира», пока еще не укорененным в этом мире и чуждым ему. Он воспринимался как «природный материал, вещество природы» [8], ценность которого для человеческого коллектива была невелика. В связи с этим, у греков и римлян физически слабые и уродливые дети, нередко просто уничтожались. Еврейские мыслители выступали с резким осуждением этого явления. В частности, знаменитый еврейский философ, Филон Александрийский (25 г. до н. э.—50 г. н.э), находившийся под сильным влиянием греческой культуры, тем не менее выражал свое недоумение и возмущение традицией «выбрасывания» детей [11].

Иудеи считали, что поскольку каждый человек создан по образу Бога, его жизнь должна уважаться в любом случае, даже в физически несовершенных детях. Иудейская религия уже в древности категорически запрещала детоубийство и гневно порицала детские жертвоприношения, которые нередко совершались западносемитскими племенами, поклонявшимися языческим божествам. В Торе упоминаются детские жертвоприношения, совершавшиеся по всей видимости в VII в. до н.э. не придерживавшимися строгого монотеизма жителями Иудейского царства (Диврей ха-ямим Б (2Пар.) 33:6; Мелахим Б (4Цар.) 23:10; Ирмияу (Ире.) 7:31–32, 19:6–14). Они приносили в жертву детей, сжигая их на огне у идолов Молоха (Ваала) в Тофете, месте на юге Иерусалима в долине Енном (в Новом Завете — Геена). Это событие было страстно осуждаемо пророками и позже в иудейской и христианской теологии Тофет, наряду с Гееной, стал поэтическим символом ада (отсюда же название ада в исламе — джаханнам).

Очевидно, что осознавая важность спасения и сохранения каждой человеческой жизни, иудеи с давних времен признавали не только практическую, но и религиозную значимость медицинской деятельности. Спасая человеческую жизнь, еврейские врачи руководствовались и руководствуются не только профессиональным, но и религиозным долгом.

Первое упоминание о медицине в Торе находится в главе Исход, и из него ясно следует,

кто на самом деле является главным доктором: «... Всякая болезнь, которую Я наслал на Египет, не буду насылать её на Вас, поскольку Я — Всевышний, ваш Врач» (Шемот (Исход 15:26). Жизнь, смерть, здоровье человека находится в руках Бога, тем не менее Тора четко прописывает, что больной должен обращаться к врачу, а врач должен лечить. Отказ от обращения к врачу — это своего рода грех гордыни. Будучи уверен, что в награду за праведность Бог сам излечит его от болезни, человек на самом деле демонстрирует, насколько одержим самоуверенностью и высокомерием. Таким образом, вместо того, чтобы избавиться от одной беды, он навлекает на себя новую, еще более страшную [5]. В свою очередь врач, должен приложить все усилия, чтобы вылечить больного. Это задача, к которой предписывается подходить с огромной ответственностью. В ряде случаев Галаха приравнивает действия врачей к действиям тех, кто проливает невинную кровь. Например, если человек берется за лечение без достаточного опыта и знаний и не добивается успеха (за исключением случаев, когда рядом нет никого, кто обладал бы большими знаниями). «[Те, кто видят себя как] лучшие врачи, попадают в ад!» (Кидушин 4:14) Эти слова из Талмуда предостерегают врачей от излишней самоуверенности, побуждая непрестанно совершенствовать свое искусство. При самой лучшей осведомленности и многоопытности врач должен осознавать своё несовершенство и способность ошибаться.

Дошедшие до наших дней средневековые источники, а также документы, относящиеся к Новому времени, свидетельствуют о том, что вопросы врачебной этики во все времена являлись важной составляющей иудейской мысли. Примечательно, что авторами большинства дошедших до нас средневековых руководств по медицинской этике были евреи [2]. В связи с этим нельзя не упомянуть «клятву» Асафа ха-Рофе, врача, жившего вероятно в VI в. н.э., с именем которого связан древнейший медицинский трактат на иврите «Сефер Асаф ха-Рофе». Он обращался к ученикам с такими словами: «Будьте осторожны, дабы не убить ни одного человека соком корней; и не давайте зелья женщине, зачавшей в прелюбодеянии и желающей скинуть; и не вождуйте к красивым женщинам, дабы не прелюбодействовать с ними; и не открывайте тайн, доверенных вам; и не принимайте даров за то, чтобы убить или причинить вред; и не ожесточайте сердца против бедного и немощного, но врачуйте его; и не зовите добро злом, а зло

доброе... Не склоняйтесь к алчности, не помогайте злодеям проливать невинную кровь... Не позволяйте духу высокомерия наполнить ваш взгляд и сердце гордостью. Не изливайте мести или ненависти на больного и не измените своих предписаний даже для тех, кто ненавидит Господа нашего Бога, но соблюдайте Его законы и заповеди и ходите лишь теми путями, которые Он одобрит. Будьте чистыми, верными и честными» [2].

Эта врачебная клятва получила в последствии большую популярность и остается актуальной по сей день. В частности, выпускники медицинского факультета Еврейского университета в Иерусалиме приносят клятву, практически совпадающую с клятвой Асафа ха-Рофе.

Важное значение также имели «Мусар ха-рофим» («Мораль врачей»), трактат написанный на иврите в IX–X вв. еврейским врачом и философом Ицхаком Исраэли; врачебная присяга Амагуса Лузитанского, португальского врача еврейского происхождения, жившего в XVI в. (находится в приложении к VI–VII книгам его «Клинических наблюдений»); 80 правил поведения врача в трактате «Введение в медицинскую практику» врача и философа Авраама Закуто (XVII в.); принципы медицинской этики, изложенные в сочинении врача и философа Якова Цахалона «Маргалийот товот» («Отборные жемчужины») (XVII в.); нормы медицинской этики, содержащиеся в Галахическом кодексе Шулхан Арух (раздел «Дин ха-рофе») («Закон для врача»), составленном крупнейшим раввином и законоучителем XVI в. Иосифом Каро; а также знаменитая «молитва врача перед посещением своих больных» долгое время приписывавшаяся великому средневековому еврейскому врачу и философу Моисею Маймониду (Рамбаму) (1135–1204)² [6]. Сам Моисей Маймонид не оставил специальных сочинений по медицинской этике, но другие его работы, в частности «Комментарий к Мишне», свидетельствуют о том, что он видел в занятиях медициной высокое, благородное искусство и одновременно религиозную обязанность. «Изучение медицины немало способствует обретению добродетелей и знания о Боге, а также достижению истинного духовного счастья. А это значит, изучение медицины и овладение ее знаниями есть исключительно важное религиозное дело», — писал он в пятой из «Восьми глав, посвящен-

ных этике», являющихся частью его комментариев к Мишне [6].

Молитва врача, ошибочно приписывавшаяся Маймониду, безусловно соответствует его собственным представлениям о смысле врачебного искусства, а также выражает общие принципы иудаизма в отношении медицинской деятельности. Один из вариантов этой молитвы, до сих пор продолжающей вдохновлять еврейских медиков, содержит следующие слова: «Всевышний Боже, перед началом своей святой работы по излечению творений рук Твоих, я возношу мольбу к Трону Славы Твоей и прошу дать мне силу духа и неутомимость выполнять мою работу в вере и чтобы стремление к богатству или к славе не лишило мои глаза способности видеть истину. Удостой меня способностью смотреть на каждого страждущего, пришедшего ко мне просить совета, просто как на человека и не разделять моих пациентов на богатых и бедных, друзей и врагов, людей хороших и плохих. В каждом пациенте дай мне видеть только страдающего человека. Да будет воля Твоя, чтобы моя любовь к врачебному знанию укрепила мой дух, чтобы только правда Твоя была бы мне путеводной звездой, ведь каждая моя врачебная ошибка может привести к тяжким болезням и страданиям Твоих творений. Молю Тебя, Всевышний, милосердный и сострадающий, укрепи меня, дай мне силы телесные и душевные и дух цельный помести во мне» [1].

С точки зрения иудаизма задача каждого человека заключается в постоянном стремлении к личному нравственному совершенству. Предполагается, что все поступки должны быть направлены на освящение жизни. В идеале сама жизнь должна превратиться в священнодействие — «освящайте себя и будете святы, ибо свят Я, Господь Бог Ваш» (Ваикра (Лев.) 20:7) Деятельность врача, как отмечает автор молитвы, есть «святая работа». В ней и через нее врач освящает себя и приближается к божественному первообразу, продолжая совершенствовать мир, в котором Творец преднамеренно оставил пространство для совершенствования, создав для этой цели человека, способного любить, сострадать, помогать больным и страждущим, продолжая «великую миссию» Создателя [12].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дацковский И. Варианты текстов молитвы врача от Рамбама. Доступен по: http://www.machanaim.org/ind_phil_klas.php. (дата обращения 23.08.2018).

² Предполагаемым автором молитвы был еврейский врач и философ, живший в Германии, Маркус Герц (1747—1803).

2. Ефимова О. Иудаизм и этические проблемы медицины. Доступен по: <http://www.machanaim.org/tor&life/medetica/efimova.htm>. (дата обращения 23.08.2018).
3. Идель М. Каббала: новые перспективы. Иерусалим-Москва: Мосты культуры / Гешарим; 2010.
4. Книга небесных дворцов. Еврейская книга Еноха. В кн.: Тантлевский И.Р. Мелхиседек и Метатрон в иудейской мистико-апокалиптической традиции. СПб: Изд-во С.-Петербург. ун-та; 2007: 129–170.
5. Мучник А. Евреи. Здоровье. Медицина. Социально-политический аспект. Доступен по: http://samlib.ru/m/muchnik_a_m/jud-1.html. (дата обращения 23.08.2018).
6. Нуланд Ш. Маймонид. М: Текст; 2010.
7. Танах. Иерусалим: Масад рав Кук; 1978.
8. Тульпе И.А. Мифология. Искусство. Религия. Спб: Наука; 2012.
9. Штейнзальц А. Понятие «свет» в философии хасидизма. Доступен по: http://www.judaicaru.org/luah/chanuka_palant.html (дата обращения 23.08.2018)
10. Babylonian Talmud. Доступен по: <http://www.halakhah.com>. (дата обращения 23.08.2018).
11. Philo. The Special Laws. Volume VII. Cambridge: Harvard University Press; 1950.
12. Rabba Genesis /Midrash Rabba. London: The Sonchino Press; 1961.
13. Sifra. Kedoshim. Доступен по: <https://www.sefaria.org/Sifra?lang=bi> (дата обращения 23.08.2018).
2. Efimova O. Iudaizm i eticheskiye problemy meditsiny [Judaism and Ethical Problems of Medicine]. Available at: <http://www.machanaim.org/tor&life/medetica/efimova.html> (accessed 23.08.2018) (in Russian).
3. Idel M. Kabbalah: novyye perspektivy. [Kabbalah: new perspectives]. Jerusalem-Moscow: Mosty kul'tury / Gesharim; 2010 (in Russian).
4. Kniga nebesnykh dvortsov. Evreyskaya kniga Enocha. [Book of heavenly palaces. The Jewish Book of Enoch]. V kn.: Tantlevskiy I.R. Melkhisedek i Metatron v iudeyskoy mistiko-apokalipticheskoy traditsii. SPb: Izd-vo S.-Peterb. un-ta; 2007: 129–170. (in Russian).
5. Muchnik A. Zdorov'ye. Meditsina. Sotsial'no-politicheskiiy aspekt. [Jews. Health. Medicine. Socio-political aspect]. Available for: http://samlib.ru/m/muchnik_a_m/jud-1.html (accessed 23.08.2018). (in Russian).
6. Nuland S. Maymonid [Maimonides]. M: Text; 2010 (in Russian).
7. Tanah. [Tanah]. Jerusalem: Masad Rav Kook; 1978 (in Russian).
8. Tulpe I.A. Mifologiya. Iskusstvo. Religiya. [Mythology. Art. Religion.] St. Petersburg: Nauka; 2012 (in Russian).
9. Steinsaltz A. Ponyatiye «svet» v filosofii khasidizma. [The concept of «light» in the philosophy of Hasidism]. Available at: http://www.judaicaru.org/luah/chanuka_palant.html (accessed 23.08.2018) (in Russian).
10. Babylonian Talmud. Available at: <http://www.halakhah.com>. (accessed 23. 08. 2018).
11. Philo. The Special Laws. Volume VII. Cambridge: Harvard University Press; 1950.
12. Rabba Genesis / Midrash Rabba. London: The Sonchino Press; 1961.
13. Sifra. Kedoshim. Available at: <https://www.sefaria.org/Sifra?lang=bi>. (accessed 23. 08. 2018).

REFERENCES

1. Datskovsky I. Varianty tekstov molitvy vracha ot Rambama. [Variants of the texts of the doctor's prayer from Rambam]. Available at: http://www.machanaim.org/ind_phil_klas.php. (accessed 23.08.2018). (in Russian).

ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО ДЕТСКОГО ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА. ОПЫТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

© Татьяна Владимировна Каурова, Галина Львовна Микиртичан

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

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

РЕЗЮМЕ: С древности к врачу предъявлялись особые требования. Значительную роль приобретают этические качества в практике врача-педиатра. В трудах отечественных детских врачей XIX–XX веков любовь к детям называется главным качеством врача, работающего с ребенком. Одним из залогов успешности лечебно-диагностического процесса также является доверие к врачу. Поскольку взаимоотношения врача с больным ребенком и его законным представителем являются центральной этической проблемой в педиатрии, анализируется содержание патерналистской и новых моделей взаимоотношений врача и пациента. Рассматриваются особенности взаимоотношений при ведении больных, страдающих хроническими дерматозами, которые помимо физических страданий (боль, жжение, зуд), влекут за собой проблемы психологического характера, оказывая заметное влияние на качество жизни больного ребенка и семьи в целом, его адаптацию в социуме. Поэтому важную роль играют не только высокие профессиональные качества врача, но и его личные характеристики. Представлены результаты опроса детей в возрасте 13–17 лет, страдающих хроническими дерматозами, их родителей и детских дерматологов, проведенного по специально разработанным анонимным анкетам с целью выяснения у всех участников лечебно-диагностического процесса, какие требования к качествам детского дерматолога они предъявляют. Исследование показало, что профессиональные качества больше всего хотели бы видеть у врача родители детей (45,2%), среди врачей назвали этот признак 38,8%, среди детей — 20,1%. Среди личностных качеств врача дети, страдающие хроническими дерматозами (33,3%), как и их родители (19,4%) больше всего ценят доброжелательность, доброту и душевность врача. Только 3,5% врачей называли такое важное качество как эмпатия, написали о нем как необходимом 12,9% родителей и каждый десятый подросток (9,9%). По ответам всех респондентов у детского дерматолога должны сочетаться профессиональные, этические и человеческие качества.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронические дерматозы; подростки; модели взаимоотношений в системе врач-пациент; любовь к детям, эмпатия.

THE PICTURE OF MODERN PEDIATRICIAN-DERMATOLOGIST. FROM THE RESULT OF SOCIOLOGIC INVESTIGATION

© Tatyana V. Kaurova, Galina L. Mikirtichan

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

Contact Information: Tatyana V. Kaurova — PhD, Senior Lecturer, Department of Humanities and Bioethics. E-mail: meditanika@gmail.com

ABSTRACT: From the times immemorial the society was very demanding to doctor's profession. The substantial part in the practice of a pediatrician take ethic qualities. In the works of Russian

pediatricians of XIX–XX centuries love to children is supposed to be the main doctor's quality. One of the causes of successful treatment is also believe in doctor's skills. As relationships of a doctor with a child's lawful representative are the central ethic problem in pediatrics, the contents of paternal and new patterns of doctor and child relationships are analysed. Peculiarities of relationships in the cause of treatment patients with chronic dermatosis are considered, what alongside physical sufferings (pain, itching) lead to psychological problems and affect the quality of life of a sick child and his family, influence his social adaptation. So very important are not only doctor's high professional skills, but also his personal characteristics. The results of questionnaire of sick children aged 13–17, their parents and pediatricians- dermatologists, conducted using special anonymous forms with the aim to learn from all the participants of treatment-diagnostic process about their demands to the pediatrician- dermatologist, are presented. The investigation showed that children's parents valued doctor's professional skills above all (45,2%), doctors –38,3%, children-20,1%. Among personal doctor's characteristics both children with chronic dermatosis (33,3) and their parents (19,4) most of all valued doctor's benevolence, kindness and cordial attitude. Only 3,5% of doctors named such important characteristic as empathy, 12,9% of parents and each tenth teen-ager (9,9%) consider this characteristic quite necessary. All participants of the survey marked that pediatrician-dermatologist must possess both professional, ethic and humane characteristics.

KEY WORDS: chronic dermatosis, teen-agers, patterns of relationships in the system doctor-patient, empathy.

Владеть собой настолько, чтоб уважать других,
как самого себя, и поступать с ними так,
как мы желаем, чтобы с нами поступали, —
вот что можно назвать учением о человеколюбии.
Конфуций

С древнейших времен наряду с основательными профессиональными знаниями высоко ценились нравственные качества врача. Основоположником и научного врачевания, и врачебной этики в Европе считается выдающийся древнегреческий врач и философ Гиппократ (460–377 до н.э.). Разработанные им нравственные требования к врачу, его отношение к больному, а также к своим коллегам становятся понятными из его представлений о медицине и врачебной профессии. «Медицина поистине есть самое благородное из всех искусств», — писал он в сочинении «Закон». В основе врачевания, по мнению Гиппократа, лежит любовь к людям: «где любовь к людям, там и любовь к своему искусству». В XVIII–XIX вв. усилилось внимание к этической деятельности врача. Великолепный портрет врача любой специальности дал в начале XIX в. основоположник клинической медицины М.Я. Мудров в своем «Слове о способе учить и учиться медицине практической или деятельному искусству при постелях больных». Кристиан Барнард в интервью, опубликованном в «Литературной газете» (1978) говорил: «Медицина столкнула, связала меня с человеческим страданием, с болью, так или иначе, любой врач страдает вместе с пациентом. Они всегда связаны ситуацией, драматической или близкой к ней. Врач по-

неволе видит душу страдающего недугом человека обнаженной, открытой. Вроде бы так же реально, как он видит при операции обнаженное сердце». Подобные мысли о необходимости проникнуть в душевный мир больного высказывали многие знаменитые врачи [5, 11].

Особенно четко признание, что главным качеством врача, работающего с ребенком, является любовь к детям, прослеживается в трудах детских врачей. На вторую четверть XIX в. падает расцвет деятельности профессора Санкт-Петербургской медико-хирургической академии (МХА) С.Ф. Хотовицкого (1796–1885), первого отечественного педиатра, обосновавшего необходимость выделения педиатрии в самостоятельную науку. В созданном им первом русском руководстве по педиатрии — «Педиатрике» (1847) он сформулировал обобщенный образ детского врача.

С.Ф. Хотовицкий перечисляет необходимые медицинские знания врача-педиатра и подчеркивает его этические качества: «...детский врач не только должен вполне ознакомиться с физиологическими отличиями детского организма, но и вместе с тем иметь особенную, врожденную привязанность к детям. Он должен находить удовольствие в обращении с детьми: он должен уметь с детьми быть как бы дитятею. Через это именно врач весьма скоро приобретает себе такую преданность детей, которая существенно содействует к легчайшему исследованию болезненного и неболезненного состояния их, притом немало уменьшает свойственную детскому возрасту, неохоту к приниманию ле-

карств, боязнь к врачам и т. п. А в первый, особливо, раз вступая в детскую комнату, врач остерегаться должен, чтобы ни видом своим, ни походкою, ни одеянием, ни голосом не возбудить неприятное впечатление в детях». Поскольку в отношении детей к врачу большую роль играют родственники ребенка, С.Ф. Хотовицкий указывал, что трудно добиться доверия ребенка, если родители «не выгодно о враче отзываются перед дитятею» [13].

Подобные взгляды на отношения родителей к врачу высказывал и врач-хирург, один из первых отечественных педиатров К.И. Грум (1794–1874): «Для всякого благоустроенного семейства нужен врач благоразумный и опытный, которому и поручить надзор за здоровьем детей, иметь к нему полную доверенность, и снискать его благорасположение в такой степени, чтобы он был искренним другом дома... Впрочем, и врач обязан поступать искренно и добросовестно во всех случаях и иметь в виду одно только благо дитяти» [1].

В работах педиатров 2-й половины XIX–XX вв. Н.А. Тольского, Н.Ф. Филатова, В.Ф. Якубовича, Г.Н. Сперанского, М.С. Маслова, А.Ф. Тура, Ю.Ф. Домбровской и др., говорилось об особенностях осмотра детей, о правильном ведении беседы с матерью, о внимательном и ласковом отношении к ребенку. Подчеркивалась необходимость при исследовании учитывать индивидуальность и психологические особенности ребенка. Рекомендовалось избегать торопливых, порывистых движений, а особенно применения насилия при осмотре ребенка. Для лучшего контакта с ребенком врачи советовали в зависимости от возраста ребенка обращаться к интересующим его вещам (устанавливать неформальный контакт). Так, например, с маленькими детьми рассматривать игрушки, с более старшими — разговаривать об их занятиях и т. д.

Признание главным качеством педиатров любви к детям в свою очередь приводило к утверждению, что они должны стать близкими людьми в семье ребенка. Обращаясь к своим молодым слушателям, Н.П. Гундобин (1860–1908) во вступительной лекции в качестве заведующего кафедрой детских болезней Военно-медицинской академии подчеркивал: «Ваша будущая задача не только лечить больных детей, но и сделаться друзьями тех семейств, где вы лечите, заботиться о здоровье маленьких существ, жизнь которых для отца и матери дороже их собственной» [2].

Большинству отечественных педиатров была присуща «деонтология в действии». Они

не только писали и говорили о высоких этических качествах врача, но подтверждали это своим каждодневным трудом. Профессор В.И. Молчанов рассказывал о своем учителе Н.Ф. Филатове, что Нил Федорович был всегда в обращении с больными детьми ровен, терпелив, старался избегать всего, что могло причинить ребенку боль [7].

Важно отметить, что взаимоотношения врача с больным ребенком и его матерью (или другими родственниками) являются центральной этической проблемой в педиатрии. Врач любой специальности наряду с семьей, сверстниками, знакомыми, учителями и другими людьми является для ребенка, как формирующейся личности, одним из агентов социализации. Хороший результат в практической медицине может дать только сочетание доверительных отношений между врачом, пациентом и его родителями с применением новейших достижений в диагностике и лечении [8].

На протяжении многих столетий в медицине господствовала патерналистская модель взаимоотношения врача и пациента, напоминающая отеческое отношение родителя к ребенку или священника к прихожанину. Такое отношение мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда. Его моральными характеристиками можно полагать любовь к ближнему, благотворительность, милосердие и справедливость. Правда, личности находятся при этом в неравном положении. Врач играет роль «отца», обладающего определенными медицинскими знаниями и умеющего их применить. Пациент играет роль несведущего ребенка, добродетель которого заключается в дисциплинированном выполнении предписаний и назначений «старшего» [12]. Однако несовершенство этой модели с моральной точки зрения заключается в том, что ущемляются права пациента как автономной личности, свободно принимающей важные решения, имеющей свои ценностные установки, контролирующей свое состояние. Новые модели акцентируют внимание на достижении согласия между врачом и пациентом (законными представителями), т. е. основаны на диалоге, с учетом мнений и пожеланий пациента и/или его законных представителей. Положительной стороной такого взаимодействия становится возможность глубже проникнуть в мир пациента. Основой этих взаимоотношений должно быть триединство: абсолютная вежливость, доброжелательность и индивидуальный подход. При использовании модели согласованных действий (concordance model) па-

циент и его родители знают, что к их взглядам относятся уважительно, допускают возможность обсудить все сложности, возникающие в ходе лечения [12]. Для достижения необходимой степени доверия врач должен уметь и любить разговаривать с больным ребенком и его родителями. Только когда больной ребенок и его родители ощущают сочувствие, понимание и поддержку врача — они могут по-настоящему ему довериться. Врач должен понимать, что основными факторами, способствующими выполнению пациентом врачебных рекомендаций, является не только информирование в понятной для пациента и его родственников форме относительно заболевания, характера терапии, ее доступности, но и понимание пациентом и его семьей предписанного режима приема препаратов и необходимости следования ему. Таким образом, доверие к врачу, как и прежде, является обязательным компонентом лечебно-диагностического процесса, однако оно основано не на слепой вере, а на осознанном принятии решения больным и/или его родителями в результате полученной от врача информации. Только тогда врач может рассчитывать не только на расположение больного к себе, но, что самое главное, на успех лечения, причем, даже если он будет и невелик, у больного, его родителей все равно останется вера во врача, а, следовательно, надежда на скорое улучшение состояния и/или излечение [3, 6, 8]. Особенно актуально это при ведении больных, страдающих хроническими заболеваниями, в частности, хроническими дерматозами. Длительность течения большинства из них, смена периодов обострения и ремиссии, нередко прогредиентное течение, несоответствие тяжести общего состояния больного и степени поражения кожи, ряд ограничений по питанию, режиму, образу жизни, необходимость постоянной поддерживающей наружной терапии — все это оказывает огромное влияние на психологический статус, качество жизни больного и его семьи. Кожные заболевания помимо физических страданий (боль, жжение, зуд), влекут за собой проблемы психологического характера, запускают ряд сложных психо-сомато-социальных отношений, изменяющих адаптационные реакции организма и, как следствие, личностные особенности ребенка. Поэтому очень важно добиться понимания и доверия со стороны родителей и самого больного ребенка [4, 8, 14]. В сложившихся условиях важную роль играют не только высокие профессиональные качества врача, но и его личные характеристики.

В связи с этим, нас интересовало, какие требования к качествам детского дерматолога предъявляют все участники лечебно-диагностического процесса. Для этого нами по специально разработанным анонимным анкетам были опрошены дети (n=298) в возрасте 13–17 лет, страдающие хроническими дерматозами, и их родители (n=273). Среди опрошенных детей преобладали больные atopическим дерматитом — 45,4%; больные псориазом составили 39,1%; больные акне — 15,5%. Кроме того, были опрошены детские дерматологи Санкт-Петербурга (n=43).

«Портрет» врача получился довольно интересным, по ответам всех респондентов в нем должны сочетаться профессиональные, этические и человеческие качества.

В таблице 1 представлены обобщенные данные, отражающие желаемые качества детского дерматолога по мнению врачей, подростков и их родителей. Действительно, все названные респондентами качества должны присутствовать у врача. Однако комплекс перечисленных качеств не был назван ни одним респондентом;

Таблица 1

Качества, необходимые детскому дерматологу, по мнению врачей, подростков и их родителей (на 100 ответов)

Качества врача	Врачи	Подростки	Родители
Профессиональная грамотность, компетентность, профессионализм	38,8	20,1	45,2
Доброжелательность, доброта, душевность	8,2	33,3	19,4
Внимательность	11,8	13,3	9,7
Чувство эмпатии (понимание, сочувствие)	3,5	9,9	12,9
Вежливость, корректность	10,6	6,7	9,6
Уравновешенность, сдержанность	3,6	10,1	–
Коммуникативные навыки, быть общительным	2,4	6,7	3,2
Терпение	17,6	–	–
Честность, добросовестность	3,5	–	–

также надо заметить, что многие очень важные качества назывались немногими респондентами.

Профессиональные качества больше всего хотели бы видеть у врача родители детей (45,2%), среди врачей назвали этот признак 38,8%, среди детей — 20,1%.

Оценивая личностные качества врача, дети первое место отвели доброжелательности, доброте, душевности врача (33,3%), второе — внимательности (13,3%), третье — уравновешенности, сдержанности (10,1%). Распределение необходимых качеств врача у родителей несколько отличалось от ответов детей: первое место — доброжелательность, доброта, душевность врача (19,4%), второе — понимание, сочувствие (12,9%), третье — внимательность (9,7%). Врачи чаще называли терпение (17,6%), внимательность (11,8%), вежливость, корректность (10,6%).

Каждый медицинский работник, а особенно детский врач, должен обладать таким важным качеством как эмпатия, т.е. способностью адекватно воспринимать и понимать мысли и чувства других людей, сопереживать, сочувствовать, реагировать на чувства и потребности пациента. Сочувствие — ключ к установлению сотрудничества между врачом и больным. Нужно уметь поставить себя на место пациента, взглянуть на мир его глазами. В детской дерматологии, где многие заболевания связаны с психосоматическими проблемами, установление контакта с ребенком и его родителями, завоевание их доверия, процесс не всегда простой. Стремление врача работать по модели эмпатического партнерства способствовало бы более плодотворному комфортному взаимодействию всех участников этого процесса, пониманию природы заболевания, человека в целом, и, как следствие — выздоровлению ребенка или достижению стойкой ремиссии хронического заболевания [4, 8]. К сожалению, только 3,5% врачей называли эмпатию; каждый десятый подросток отметил его (9,9%), а вот родители оказались наиболее чувствительными: 12,9% написали о нем как необходимом.

Безусловно, душевное состояние, удовлетворенность или неудовлетворенность условиями работы отражается на всей деятельности врача и на его взаимоотношениях с больными. Проведенный нами опрос выявил, что полностью удовлетворены своей работой 42,3% детских дерматологов, частично — 55,1% и совершенно не удовлетворены — 2,6%. Таким образом, преобладают врачи лишь частично удовлетворенные своей работой. В структуре

причин неудовлетворенности или неполной удовлетворенности на первый план выходит несоответствие нагрузки и оплаты труда (35,1% ответивших врачей), недостаточное оснащение лечебного учреждения (20,3%), 29,4% отметили большое количество документации, отчетов, 15,2% не удовлетворены повышенной нагрузкой (нормативы приемов). Больные, если они даже и знают о трудностях работы врача, требуют внимания к их заболеванию и личным проблемам, хотят неизменно видеть врача спокойным, доброжелательным, не жалеющим времени на общение с ним.

Нас также интересовало, каким подростки и их родители видят своего лечащего врача. Родители оценивали лечащего врача своего ребенка по 5-балльной шкале: профессиональные качества лечащего врача 43,6% родителей оценили на 5 баллов; 34,6% — на 4 балла; 21,8% — на 3 балла; личностные качества 45,3% — на 5 баллов; 35,8% — на 4 балла; 17,0% — на 3 балла; 1,9% — на 1–2 балла. Видно, что количественная оценка профессиональных качеств лечащего врача мало отличается от оценки личностных качеств, различие мы видим в том, что при оценке личностных качеств врача фигурирует и очень низкая оценка, хотя процент ее незначительный, но 3,6% родителей затруднились с ответом на этот вопрос.

Подростки называли, какие качества лечащего врача им нравятся и не нравятся. Нравятся подросткам следующие качества: 27,2% — назвали вежливость, корректность, ненавязчивость, гибкость; 22,9% — понимание; 19,2% — внимательность; 9,8% — внешность; 9,1% — профессионализм, грамотность; 12,8% — доброту. Среди не нравящихся качеств 54,6% подростков отметили безразличие, равнодушие, «автоматизм» работы; 33,2% — непрофессионализм (неправильная постановка диагноза, назначение большого количества лекарств, которые не помогают, нет эффекта от назначений и т.п.); 9,1% — грубость врачей, недовольство, нежелание отвечать на вопросы; 3,1% — невнимательность со стороны врачей. Не всегда испытывают доверие к лечащему врачу 52,7% опрошенных матерей и 50,1% подростков, а 2,5% подростков не доверяют вообще. Таким образом, можно отметить, что большинство родителей и детей указывают на необходимость сочетания профессиональных и этических качеств у врача. Это в свою очередь играет огромную роль в формировании комплаентного поведения пациентов, т.к. врач является самым влиятельным агентом формирования комплаентности [9]. Особенно важны

этические качества врача в детской дерматологической практике, где можно констатировать низкие показатели приверженности к лечению, связанные с затяжным течением хронических дерматозов, временными улучшениями процесса, длительностью лечения, не всегда оправдывающего ожидания больных детей и их родителей, отсутствием веры пациента в лечение, и, соответственно, провоцирующие психологический дискомфорт.

Занимаясь практической деятельностью, взаимодействуя с пациентами, врач входит в сферу, где простого упорства и твердого следования правилам и положениям науки мало; для успешной деятельности необходимы каждодневный самоанализ, совершенствование знаний, самообладание и терпение. Чем больше врач вносит в свою деятельность увлечения, творчества, тем он ценнее, желаннее для пациента. Как известно, самое действенное лекарство — сам врач, а если взглянуть на это глазами пациента, личность врача — самое мощное из всех плацебо [10]. Действия врача, работающего с детьми разного возраста с хроническими дерматозами, не должны ограничиваться только его профессиональной ролью; важно укрепить в ребенке и его родителях уверенность в своих силах и возможностях, помочь осознать пациенту ценность собственной личности, научить его принимать себя таким, как есть, со своим заболеванием, ориентировать психологически на улучшение состояния. Врачу надо все время быть чуть-чуть впереди с точки зрения прогнозов, анализа, планов, быть «психотерапевтом» для своих пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грум — Гржимайло К.И. Руководство к воспитанию, образованию и сохранению здоровых детей. В 3 т. Т 2. СПб.: типография М. Ольхина; 1844.
2. Гундобин Н.П. Область и задачи педиатрии. Больничная газета Боткина. 1899, N I: 5.
3. Иванов Д.О., Орел В.И. Современные особенности здоровья детей мегаполиса. Медицина и организация здравоохранения. 2016; N 1: 6–11.
4. Каурова Т.В., Микиртичан Г.Л. Врач, семья и пациент: некоторые проблемы взаимоотношений в детской дерматологической практике. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2 (1): 35–41.
5. Лучкевич В.С., Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В., Шепилов В.В. Проблемы медицинской этики в хирургии. СПб.: СПбГПМА; 2000.
6. Местергази Г. Врач и больной, или по-новому о старом. Учебное пособие. М.: Бином; 2012.

7. Молчанов В.И. Н. Ф. Филатов: К 100-летию со дня рождения. 1847–1947. М.: Медгиз; 1947.
8. Микиртичан Г.Л., Горланов И.А., Каурова Т.В. Проблемы медицинской этики в детской дерматологии. Пособие для врачей. СПб.: СПбГПМА; 2011.
9. Микиртичан Г.Л., Каурова Т.В., Очкур О.К. Комплаентность как медико-социальная и этическая проблема педиатрии. Вопросы современной педиатрии. 2012; 11 (6): 5–10.
10. Ригельман Р.К. Как избежать врачебных ошибок: книга практикующего врача. Пер. с англ. Ю.Л. Амченкова. Под ред. М.А. Осипова. М.: Практика; 1994.
11. Сапёров В.Н. Медицинская этика. Учебное пособие для студентов. М.: БИНОМ; 2014.
12. Седова Н.Н. Биоэтика. Учебник. М.: КноРус; 2018.
13. Хотовицкий С.Ф. Педиатрика. СПб., 1847.
14. Юрьев В.К., Заславский Д.В., Хведелидзе М.Г. Результаты оценки качества стационарной дерматологической помощи с использованием автоматизированной информационной системы. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2 (1): 4–8.

REFERENCES

1. Grum-Grzhimaylo K.I. Rukovodstvo k vospitaniyu, obrazovaniyu i sokhraneniyu zdorovykh detey. [Guide to the education and preservation of health children]. V 3 t. T 2. SPb.: tipografiya M. Ol'khina; 1844 (in Russian).
2. Gundobin N.P. Oblast' i zadachi pediatrii. [The scope and task of Pediatrics]. Bol'nichnaya gazeta Botkina. 1899, N I: 5 (in Russian).
3. Ivanov D.O., Orel V.I. Sovremennye osobennosti zdorov'ya detey megapolisa. [Modern features of the health of children of the metropolis]. Medicine and health care organization. 2016; N 1: 6–11 (in Russian).
4. Kaurova T.V., Mikirtichan G.L. Vrach, sem'ya i patient: nekotorye problemy vzaimootnosheniy v detskoj dermatologicheskoy praktike. [Doctor, family and patient: some problems of relations in children's dermatological practice]. Medicine and health care organization. 2017; 2 (1): 35–41 (in Russian).
5. Luchkevich V.S., Mikirtichan G.L., Suvorova R.V., Shepilov V.V. Problemy meditsinskoy etiki v khirurgii. [Problems of medical ethics in surgery]. SPb.: SPbGPMA; 2000.
6. Mestergazi G. Vrach i bol'noy, ili po-novomu o starom. Uchebnoe posobie. [Doctor and patient, or in a new way about the old]. M.: Binom; 2012 (in Russian).
7. Molchanov V.I. N. F. Filatov: K 100-letiyu so dnya rozhdeniya. 1847–1947. [NF Filatov: To the 100th anniversary of his birth. 1847–1947]. M.: Medgiz; 1947.
8. Mikirtichan G.L., Gorlanov I.A., Kaurova T.V. Problemy meditsinskoy etiki v detskoj dermatologii. [Problems of medical ethics in pediatric dermatology]. Posobie dlya vrachey. SPb.: SPbGPMA; 2011 (in Russian).

9. Mikirtichan G.L., Kaurova T.V., Ochkur O.K. Komplentnost' kak mediko-sotsial'naya i eticheskaya problema pediatrii. [Compliance as medical, social and ethical problem of Pediatrics]. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2012; 11 (6): 5–10 (in Russian).
10. Rigel'man R.K. Kak izbezhat' vrachebnykh oshibok: kniga praktikuyushchego vracha. [How to avoid medical errors: a practitioner's book]. Per. s angl. Yu.L. Amchenkova. Pod red. M.A. Osipova. M.: Praktika; 1994 (in Russian).
11. Saperov V.N. Meditsinskaya etika. Uchebnoe posobie dlya studentov. [Medical ethics. Textbook for students]. M.: BINOM; 2014 (in Russian).
12. Sedova N.N. Bioetika. Uchebnik. [Bioethics. Textbook]. M.: KnoRus; 2018 (in Russian).
13. Khotovitskiy S.F. Pediyatrika. [Pediatric]. SPb.; 1847 (in Russian).
14. Yur'ev V. K., Zaslavskiy D.V., Khvedelidze M.G. Rezul'taty otsenki kachestva statsionarnoy dermatologicheskoy pomoshchi s ispol'zovaniem avtomatizirovannoy informatsionnoy sistemy. [Results of assessing the quality of inpatient dermatological care using an automated information system]. *Medicine and health care organization*. 2017; 2 (1): 4–8 (in Russian).

HISTORY OF MEDICINE

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

УДК 342.4

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТАТУСА РЕБЕНКА В ДРЕВНЕМ МИРЕ

© *Ольга Александровна Джарман, Галина Львовна Микиртчичан*

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

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

РЕЗЮМЕ: В статье на основании изучения различных исторических источников проведена сравнительная оценка положения ребенка в цивилизациях древнего мира. В основном исследован статус ребенка в Древнем Египте, Древней Месопотамии и Древнем Израиле, повлиявших в дальнейшем на формирование и культуру стран Средиземноморья. Весь Древний мир был наполнен символическими смыслами, среди которых определенное место отводилось образам «детства», адекватных системе ценностей, норм, мировоззрения, традиций и культуры этих стран. Уже в те времена эти народы глубоко понимали ценность детства, видели в нем сакральную глубину. Дана сравнительная характеристика таким аспектам, как определение места ребенка в религиозных представлениях; существование в словаре этих народов слов для обозначения ребенка, положения, занимаемого ребенком в семье; традиции наречения имени; отношение к детям; наличие возрастных обрядов, легализации статуса индивида — инициации, подходов к обучению и воспитанию детей, в том числе особенности в отношении девочек; использование детского труда; социальная защищенность; изображения детей, а также существующие в отношении детей обряды жертвоприношения и погребения. Отношение к ребенку имело как отличия, так и сходные черты. Практически во всех древних обществах существовало амбивалентное отношение к детям. Наряду с любовью и трепетным отношением к желанным детям, присутствовало отвержение нежеланных, выразившееся в буквальном выбрасывании их.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: древний мир; статус ребенка; ценность детства.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CHILD'S STATUS IN THE ANCIENT WORLD

© *Olga Aleksandrovna Jarman, Galina Lvovna Mikirtichan*

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

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

ABSTRACT: The paper gives a comparative analysis of the child's status in the civilizations of the Ancient world, based on studies of a variety of historical sources. The main cultures that are looked upon in the paper are Ancient Egypt, Ancient Mesopotamia and Ancient Israel, which have

influenced enormously the culture of the Mediterranean region. The Ancient world was permeated with symbolic meanings, with the special position of 'childhood images', which were adequate to the system of values, norms, beliefs, traditions and cultures of those countries. The sacral depths and the value of childhood were known to the civilizations in those times. The comparative analysis of such aspects as the position of the child in family religion, vocabulary of terms for 'child' in the languages of those civilizations, status of the child in the family, tradition of the name giving, treating, rites of passage, legalization of the individual's status such as initiation, approaches to education of children, including girls, child labour, social security, images of children, and also rites of sacrifices and burial of children. There are both similarities and differences in treating children in ancient civilizations together with the ambivalence presented in all ancient societies, when love and touching care were found side by side with the rejection of them, climaxed in child exposure.

KEY WORDS: Ancient world; child's status; childhood value.

Крупнейшими цивилизациями Древнего мира по праву считаются Месопотамия и Древний Египет. Они являлись двумя мощными полюсами, между которыми зародился и существовал Древний Израиль. Все эти цивилизации не только оставили свой след в последующих культурах стран Средиземноморья (древнегреческой, древнеримской и последующих культурах), но и оказали серьезное влияние на их формирование. Детство в древних цивилизациях (Древняя Месопотамия, Древний Египет, библейский мир) было наполнено символическими смыслами, в которых воплощались представления человека того времени о начале жизни и сущности смерти, времени и пространстве, душе и других культурных универсалиях. Образы «детства» не являются случайными, они адекватны системе ценностей, норм, традиций культур [11].

ИСТОЧНИКИ

Сколько-нибудь целостного описания феномена детства относительно рождения детей, воспитания, обучения, доведения до самостоятельности до нас не дошло. Источниками по изучению статуса ребенка в Древнем мире являются сакральные тексты, художественная литература (сказки, легенды), поучения мудрецов (например, древнеегипетское «Почтение Ани», библейские «Притчи»), письма, медицинские и юридические тексты, изображения и статуи в усыпальницах и храмах, учебные тексты и черновики учеников, различные предметы и изображения домашнего и религиозного обихода, и прочие артефакты. Важны также свидетельства путешественников-иностранцев (например, Геродота, Диодора Сицилийского). Внимание к метафорам языка также является способом получения информации, как считается в последнее время с появлением когнитивной лингвистики [15].

Исследования различных стадий жизни ребенка и человека вообще сложная задача, в частности, из-за того, что в древности люди безразлично относились к так называемому хронологическому возрасту. Египет в этом плане является некоторым исключением, так как там существовала традиция отмечать ежегодно день рождения.

МЕСТО РЕБЕНКА В РЕЛИГИОЗНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ

Религия неотделима от культуры древнего общества, в котором невозможно выделять исключительно светские области. Наиболее это было выражено в Древнем Египте. Египтянин древности, по мнению крупнейшего специалиста-египтолога XX века, S. Morenz, был в высшей степени *homo religiosus*, и именно религия Древнего Египта была той базой, на которой развились все удивительные достижения египтян в искусствах, науках, ремеслах [16]. Известный египтолог R. H. Wilkinson пишет: «Для древних египтян их боги были значительно больше, чем просто набор мифов и изображений. Сохранившиеся памятники дают возможность нам увидеть лишь малую толику великой власти богов Египта. Когда боги Египта были живы в умах древних египтян, то влияние их было, поистине, уникальным. Для большинства египтян (если не для каждого египтянина!) боги Египта были самым дыханием жизни. Поэтому мы можем понять культуру и общество Древнего Египта только в той мере, в какой мы понимаем древние египетские божества» [21]. Древнеегипетская религия как совокупность этико-правовых норм получает в Египте особое выражение через концепцию маат (правопорядка, данного богами, творения справедливости) и, как следствие, специфическое понятие поведения и ритуалов, выступающих как единая система. Без соблюдения маат

невозможно было прожить достойную жизнь и преодолеть смерть, стать «человеком правогласным», получившим оправдание и божественную жизнь на посмертном суде Осириса, где сердце человека взвешивалось на весах и сравнивалось со страусиным пером — символом маат. Принцип «маат» проявлялся и в отношении к беременной женщине и к ребенку, которое можно характеризовать как бережное.

В так называемой «Отрицательной исповеди» (находящейся в «Книге мертвых») умерший египтянин оправдывается на загробном суде тем, что не творил зла на земле: «...я никому не причинял страданий, **я не отнимал молока от уст детей**».

В Древнем Египте зачатие, беременность и рождение ребенка были освящены богами (Атумом, Хнумом, Исидой и др.). Понятие «дитя» и «божество» были почти синонимичны. У египтян существовали божества, ассоциируемые с беременностью и родами [5]. В гимне из Амарны (относящемся к правлению Эхнатона, но отражающему более ранние воззрения египтян) бог Атон называется «тот, кто заставлял семя произрастать в утробе женщины, кто создает народ из семени, кто питает сына в утробе матери его, кто утешает его, вытирая его слезы». С Раннединастического периода (начало третьего тысячелетия до н. э.) имело место почитание богов-детей. Для египтян мир начинался с божественного ребенка; согласно мифологии, все боги были детьми, и потом повзрослели. Наиболее значимый из них был Гор, сын Исиды и Осириса. Согласно вере египтян, как повествует греческий историк Плутарх, невинные дети считались ближе к богам, у них был дар пророчества. «Я был невинным ребенком. Я был юным, тем, кто не совершал еще ошибок» — гласит надпись на одном детском надгробии. Писец Djebnthmose, отправленный в командировку, передает письменно просьбу к своим друзьям о том, чтобы они принесли его маленького сынишку в храм к богу Амону и помолились о его выздоровлении. Дети сохраняли близость к своим родителям и после их смерти [11].

В Месопотамии человек осознавал себя сотрудником богов, а впоследствии, в более поздние периоды — их слугою, который должен выполнять их волю и идти по предначертанной ими судьбе. Большую роль в появлении детей и человечества вообще играло представление о «богинях-матерях». Можно сказать, что для древних вавилонян каждый ребенок имел божественное происхождение. Личные бог и богиня входили в тела отца и матери,

и благодаря их благоволению мать зачинала дитя от своего мужа. В дальнейшем эти божества, которые, по мнению родителей, помогли зачатию, почитались как покровители семьи и изображались в виде отца и матери. Их роль выражалась в защите людей, находящихся под их опекой, от злоторных демонов, болезней, а также вдохновлении их на благие помыслы и дела. У них имелся в доме свой алтарь, на который ежедневно приносили жертву и молитвы. Считалось, что мальчики и девочки до периода полового созревания, а также старые женщины, не имеющие длительное время половых сношений, считались ритуально чистыми и принимали участие в определенных ритуалах. Их ритуальная чистота считалась несущей целительные качества и защищала их от козней ведьм. Мир жителей Месопотамии был населен демонами, которые были готовы украсть новорожденного у его матери. Мужской демон «lilu» был опасен для беременных женщин, а Ламашту, богиня колдовства, дочь Ану, внушала особый страх. Ее главными жертвами были еще не родившиеся и новорожденные дети, к ней относили выкидыши и «смерть в детской кроватке» (вероятно, синдром внезапной детской смерти). Плитки с изображением Ламашту предназначались для защиты от нее. Она была смертоносным многосоставным чудовищем с головой льва, зубами осла, обнаженными грудями, длинными пальцами с когтями, и ногами птицы. Существовало много заклинаний, призванных отогнать ее [17, 18].

Своеобразная ситуация сложилась в Древнем Израиле, где существовала особая форма религии — монотеизм. Израиль вступил в «завет» («договор») с Богом, и отказывался от почитания богов других народов, а также соблюдал прочие заповеди ритуального и нравственного характера. Хотя почитание иных богов, помимо Единого Бога, запрещалось, как запрещалось колдовство и вызывание духов умерших, ритуал и память об исполнении заповедей должны были пронизывать всю жизнь человека. Бог наделялся чертами как специфически мужскими, так и женскими (родильницы, кормилицы, няньки), особенно, когда надо было подчеркнуть Его тревогу о народе и замысел спасения. Бог, по мнению авторов Библии, создавал дитя в утробе и наблюдал за ним до рождения, созревания и старости без перемены своей любви. В более поздний период, связанный с Вавилонским пленом, на первое место выходит ожидание новорожденного ребенка — будущего Царя, избавляющего Израиль (Ис. 9:6) [10, 14].

СЛОВА ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ РЕБЕНКА

Словарь для обозначения ребенка в Древнем мире очень широк и не совпадает с нашим современным словоупотреблением, точные эквиваленты слов для терминов найти затруднительно. Выражена размытость значений слов, обозначающих ребенка — им может называться и совсем маленький ребенок, и подросток, и младший по рангу взрослый молодой человек или слуга, или же взрослый перед лицом бога или царя. Это отражает понятие детства в Древнем мире, которое было не столько возрастное, соответствующее количеству прожитых лет, как в первую очередь понятие социальное: ребенок не имел полноты прав и нуждался в защите.

Для обозначения ребенка у египтян имелось два слова: «ms/ms. w»¹ и «hrd/hrd. w». В Древнем Египте наименование «ребенок», «дитя» не имело четко очерченных возрастных границ: так мог называться и грудной ребенок, и юноша (или девушка) — подросток, и даже взрослый по отношению к своему отцу. Хотя в папирусе Insinger отмечается, что «человек живет десять лет и только потом может отличить жизнь от смерти», устойчивой терминологии в отношении детей достигших этого возраста и перешагнувших его, нет. Девушки-подростки (около возраста менархе) назывались «nfrwt» («neferut»), что буквально означало «цветущие» или «прекрасные», «юные». Египтяне с глубокой древности записывали и праздновали дни рождения. Тексты из Deir-el-Medina (поселение работников некрополя) указывают на то, что работник мог взять выходной по случаю «дня его» (видимо, дня рождения), а также «дня дочери его», что трактуется как день рождения ребенка. До наших дней дошло приглашение, написанное во времена Птолемеев, человеком, созывавшим гостей на день рождения своего сына. День рождения ребенка всегда праздновался в последующие годы его жизни до старости [8, 11].

Для названия детей жителями Месопотамии в разные исторические периоды использовался

богатый словарь. Неродившийся ребенок (плод), называется «ša libbiša», (буквально — «то, что принадлежит ее (материнской) утробе», или «плод чрева»). Мертворожденный назывался «kubu», новорожденный с пороками развития — «izbu». Его появление считалось великим знаменем беды как для его семьи, так и для всего государства. В Старо-Вавилонском царстве существовало также выражение «ina mesu» — ребенок в процессе родов, буквально «в его амниотической жидкости» («в водах его»). Шумерское слово «LÚ. TUR» («дитя, младенец, грудной ребенок»), как правило, переводилось на аккадский в прозаическом контексте словом «sehru», а в возвышенных литературных текстах (в том числе и заклинаний-колыбельных) словом «šeggu». Рост ребенка, измеряемый в локтях, мог быть также иногда заменой обозначения его возраста (например, «дитя ростом в два локтя»). В Вавилонии человек оставался социально юным (младшим) в течение многих лет, уже достигнув взрослого возраста. Роль такого «ребенка» в Месопотамии играли также часто взрослые в разных ситуациях (перед богом, отцом и другими старшими) [13, 17, 18].

В Древнем Израиле ребенка обозначали словами «yeled» и «na'ag», причем последнее распространялось и на неженатого молодого мужчину, еще не заведшего хозяйства. Оба слова имели широкий спектр значений. Так, когда мальчик Самуил стал учеником первосвященника Илия, он называется «na'ag» (1 Цар. 3:1). Первенец Гедеона не мог убить побежденных царей, потому что был еще «na'ag» (Суд. 8:20), то есть недостаточно высокого ранга, чтобы казнить царя [14]. В библейском нарративе используется широкий словарь, обозначающий ребенка разных возрастных групп, различающий последовательные стадии детства [10]. Слова, обозначающие детей, часто отражают родство, порядок рождения, пол, развитие, и сохранение в безопасности. Обозначение детства как периода тоже присутствовало: раннее детство — tsirah (Быт. 43:33), старшее детство — 'elumim (Ис. 54:4; Пс. 88:46; Иов (20:11; 33:25); поздние подростковые годы — bechurim (Числ. 11:28; Екк. 11:9; 12:1). Наиболее частое слово, употребляемое для обозначения детства и юности — ne'ugim, встречающееся в Библии 46 раз. Это слово употребляется в следующих ситуациях: дети как работники (Быт. 46:34; Ис. 47:12; Зах. 13:5), дети, живущие с родителями (Лев. 22:13, Числ. 30:4–6; Числ. 30:17) и верующие Богу (3 Цар. 18:12; Пс 70:17).

¹ Знакомое большинству египетское имя «Рамсес» означает — «бог создал его». Сам Осирис (др. егип. «Usiri») носит имя, означающее «милое дитя». Библейское имя «Моисей» («Moses») является древнееврейским эквивалентом египетского существительного 'ms' (ребенок мужского пола), производного от глагола «msi» «вынашивать, рожать». Этот корень появляется и в египетских именах Ptahmose, Tuthmosis, Ahmose, Harmose. Имя «Moses», по мнению библеистов, является лучше всего сохранившейся памятью о пребывании евреев в Египте.

Считают, что детство в библейское время не было определенной фазой жизни и что Экклесиаст, эллинистический библейский автор (300–200 до н.э.), первым именуется детство или юность («yaldut») в абстрактном значении: «Веселись, юноша, в юности твоей, и да вкушает сердце твое радости во дни юности твоей, и ходи по путям сердца твоего и по видению очей твоих; только знай, что за все это Бог приведет тебя на суд. И удаляй печаль от сердца твоего, и уклоняй злое от тела твоего, потому что детство и юность — суета». (Екклесиаст 11:9,10).

МЕСТО РЕБЕНКА В СЕМЬЕ

На Древнем Ближнем Востоке и Египте семья была патриархальной и обычно моногамной. У отца могли быть наложницы и последующие жены, их статус отражался на статусе детей. Отец был главой семьи, его власть была доминирующей над супругой, детьми и рабами. Существовало представление о роли отца и матери в зачатии. Роль супруги и матери нельзя приуменьшать, она часто могла влиять на воспитание ребенка и его судьбу, и перед ней у ребенка были определенные обязанности, как и перед отцом, закрепленные не только в традиции, но и юридические. Рождение мальчиков в целом было предпочтительнее, в разных культурах роль и место девочки-дочери варьировались. Именно в семье, в узком кругу близких родственников, начиналась социализация ребенка: усвоение норм и образцов поведения, принятых в обществе, умение строить отношения сначала в семье, затем со сверстниками. В Древнем Египте от детей требовалась любовь и почтение к родителям, дети должны были заботиться о них в старости. Погребение и сохранение памяти и имени усопшего обычно было обязанностью старшего сына, однако и у дочерей были определенные права и обязанности.

Ребенок, в мировоззрении египтян, по своему происхождению принадлежал обоим родителям. У древних египтян было представление о том, что семя исходит из костей отца и образует кости ребенка, а из молока матери формируется его плоть. В родословиях египтяне писали «такой-то сотворен отцом (имя отца)» и «такой-то рожден матерью (имя матери)». Жизнь младенца была тесно связана с жизнью матери. Египтяне очень глубоко чувствовали и подчеркивали эту связь [11]. В Древнем Египте отец был не только обязан кормить своих детей, он также должен был защищать их от физических и психологических травм и сложно-

стей. Он должен был знать о ситуации, в которую попадал его ребенок и помочь ему во время нужды. И мальчики, и девочки в Египте были желанными детьми, хотя первенцы пользовались особым преимуществом. Несмотря на то, что мальчики были более долгождан-ными детьми, в дни рождения дочерей также устраивались праздники, на которые отцу давали выходной. Не существовало отличия в распределении пищи среди детей в семье по половому принципу. Однако если сын восставал против отца, он мог быть отвергнут. Родители старались защитить своих детей от болезней с помощью молитв, амулетов, заклинаний и лекарств. Во все периоды египетской истории отношения родителей и детей отличались нежностью и теплотой. Дети, не заботившиеся о своих родителях, могли быть лишены наследства. Дети наследовали имущество родителей в равных долях, дочери также могли получить достаточно большое состояние, если семья была зажиточная. Порой мать детей могла распоряжаться их наследством, если на это имелось указание со стороны ее мужа в завещании [3].

В Древней Месопотамии отец в случае сложного материального положения (например, долга) мог продать как рабов, так и членов своей семьи. Он имел право (но не обязанность!) выкупить их назад. Нуклеарная семья, включающая в себя женатую пару и ее детей, называлась «дом»; человек должен был «построить дом» (возможно, дом воспринимался как храм, малое святилище), это строительство подразумевало рождение детей, в первую очередь, сыновей [17]. Существовала шумерская поговорка — «Сердце супруга горюет над женой, которая родила девочку, а не мальчика». В вавилонской литературе так описывается роль мужчины и женщины в зачатии ребенка: «Отец мой породил меня, мать моя выносила меня». Сын, особенно старший, должен был поддерживать своих родителей в старости и совершать обряды после их смерти. У шумеров, если у человека не было сына, наследство получала его дочь. Позже наследство стало переходить только сыновьям, и разделялось между ними. Первороденному сыну уделялась нередко наибольшая доля наследства. Если после смерти отца оставались неженатые дети, то старший сын становился главой семейства и хозяином имени. Этот сын, который обозначался словом «IBILA» (шумерск), «arlu» — (аккадск.), был ответственен за жертвоприношения в честь мертвых и отправление культа предков, возжигая священное масло в светильниках [18].

Дети жили в доме отца, пока не покидали его, устраивая собственный дом (сыновья) или переходили, в случае выхода замуж (дочери), в дом другого [13].

Если жена была бесплодна, муж мог взять вторую жену или наложницу, или же пара могла усыновить детей. Рождение ребенка, особенно первенца-мальчика, было радостным событием в жизни семьи и близких. Родившей женщине делались подарки и созывался пир (в богатых семьях). Однако в целом отношение к детям в Месопотамии было двойственное. По сравнению с любовными утехами, дети воспринимались, как тягота, бремя. Существовала шумерская пословица — «Несколько раз жениться — дело человеческое, иметь несколько детей — дело божественное», подчеркивая этим как важность рождения ребенка, так и сложность его выхаживания и воспитания.

Свидетельств о рождении как таковых не существовало. Уникальна старовавилонская запись, которую считают «свидетельством о рождении» — в ней дана дата рождения девочки — дочери рабыни. Возможно, что знаком признания ребенка в Месопотамии было его омовение после родов. Если этого не происходило, то он или выбрасывался, или мог быть усыновлен «в воде его и крови его». Также символическим действием, юридически означающим признание ребенка, было следующее — его клали на колени отца. «Рождение на колени» являлось термином юридического признания.² У хеттов также отец брал ребенка на колени в качестве признания его своим.

В XII табличке «Эпоса о Гильгамеше» слуга Энкиду, рассказывая герою Гильгамешу, о том, что он видел в преисподней, говорит о судьбе непочтительных детей в отношении матери и отца. «Того, кто слов матери и отца не читил, ты видел?» — «Да, видел». — «Каково ему там?» — «Воду мутную он пьет, насыщения не получает». — «Того, кто проклят матерью и отцом, ты видел?» — «Да, видел». — «Каково ему там?» — «Он наследника не имеет, его дух одиноко блуждает» [2].

Законы Хаммурапи (XVIII век до н. э.) (параграф 195) отражали культуру своего времени, когда указывали — «Если сын ударит своего отца, ему должно отрубить руку» (речь идет о взрослом сыне). Если выросший ребенок от-

казывался от своих отца или матери, его ждало не только порицание общества, но и наказание. (параграф 195). Признавалась и роль матери, так, древне-шумерский автор от лица богини говорит, что ситуации, когда мать проклинает своего ребенка, или взрослый ребенок оскорбляет мать, были разобраны на городском совете. Ко многим богам обращались как к «отцу» или «матери» [18].

Библия видит в детях благословение Божье (Быт. 22:17; 32:13). Семья и домашнее хозяйство образовывали основную социальную единицу Древнего Израиля — «дом отца», («bet ab»). Это выражение было также широко распространенной литературной метафорой. Родство в Древнем Израиле, как и вообще на Древнем Востоке, считалось по отцовской линии, к отцу обращались «ba'al», «господин мой», он имел полную власть над хозяйством, рабами, детьми, женами. Эта власть, однако, ограничивалась: у него не было права на казнь (Втор 21:18–21). Деторождение по библейскому предписанию — основная цель брака. Продолжение рода было одной из высших ценностей в социальной этике древних израильтян. Оставление после себя потомства в Древнем Израиле ценилось выше, чем воинская доблесть (Втор. 24:5). В Еврейской Библии перворожденный сын («bekor») получает двойную долю отцовского имения (Втор. 21:17). Он имел особый статус и авторитет. Наглядным примером этого является благословение Иакова своему первенцу Исаву (на месте которого, совершив подлог, стоял второй его сын, Иаков — Быт. 48:16). Первородство давало привилегии ребенку и было распространенной практикой как в Древнем Израиле, так и вообще на Древнем Востоке. Первенец животных и человека считался собственностью Бога (Исх. 13:2). Хотя обычно первородным считался первый сын отца, однако учитывалось первородство и по матери (термин «разверзающий утробу»). Он получал двойную долю наследства (Втор 21:17), особое благословение, старшинство над братьями. В случае рождения близнецов первородным был тот, кто раньше родился (1 Парал. 2:4). Однако первородство можно было утратить из-за тяжелой вины перед отцом, как в случае Рувима, сына Иакова (Быт. 35:22; Быт. 49:3–4; 1 Парал. 5:1) [9, 14].

В экономических целях большая семья была желательнее, а мальчики предпочтительнее. Заповедь о почитании отца и матери (Исх. 29:12) включала, помимо прижизненной заботы о престарелых родителях, погребение, и почитание их памяти. Если сын оскорблял отца,

² Это явление месопотамской культуры было характерно и для библейского мира. В Библии Ефрем и Манассия усыновлены их дедом Иаковом (Быт. 48:12; Быт. 50:23). На колени Рахили рождает ее служанка, и ребенок считается ребенком Рахили (Быт. 30:3).

то его судил совет старейшин. Дочери наследовали имущество, если не было сыновей, но они должны были остаться в своем роду (Числ 27:1–11; 36:1–12). Жертвоприношение Исаака находится в плоскости религиозных ритуалов, а не в употреблении права отца [14].

Вопросы контроля рождаемости, абортов и инфантицида прямо не рассматриваются в Библии, но, тем не менее, они могли считаться противными божественному закону. Похожие законы были в культуре Месопотамии соседних культурах — Средне-Ассирийское царство (XII век до н.э.) против абортов. В Древнем Египте, как считается современными исследователями, в медицинских текстах описания средств для аборта нет [11].

ИМЯ

Решающим шагом в принятии новорожденного в семье и социум в Древнем мире было наречение имени. Имя несло поливалентную функцию, помимо простого выделения ребенка среди других, зависело от условий рождения, переживаний и надежд матери и отца, определяло, по мнению людей, судьбу ребенка и практически всегда было религиозно нагружено (яркий пример — так называемые «теофорные» имена, включавшие имя бога или богини).

В Древнем Египте наречение имени происходило после того, как окружающие ребенка убеждались по полученным предзнаменованиям и «тестам» в том, что он жизнеспособен. Имя могло быть выбрано отцом, обоими родителями, но преимущественно матерью. Имя могло быть открыто матери во сне. Часто имя составляли из слов, произнесенных матерью в родах, которыми она зывала к богам во время родов или благодарила их. Согласно легенде, имя будущего царя (фараона) изрекалось царем и царицей, во время их супружеской близости. Во время родов богиня-покровительница царских родов поведывала это имя юной матери-царице. Нарекая «великое» или «истинное» имя ребенку, родители изменяли имя бога или правящего царя, добавляя к нему глагол или прилагательное. Оно могло относиться не только к богу, но и царю или празднику, во время которого родился ребенок. Ребенка могли назвать в честь другого члена семьи, или животного [11].

В Древней Месопотамии практически сразу после рождения ребенку давалось имя. Иногда имя соотносилось с днем, или месяцем, когда родился ребенок, с праздником. «Сын двадца-

того дня» (в честь бога Шамаша — Мар-эшре), «Рожденный в Нисан (месяц)», (Нисанум), «От жатвы» (Эбуритум). Аккадские имена собственные были уникальны, в том смысле, что большинство из них отражали чувства семьи новорожденного. Например: «Мой бог умилился надо мною» или «Син услышал мою молитву». Имя царя Сеннахериба означает «бог Син дал (мне) (другого ребенка) взамен (потерянных) братьев» или «Бог Син заменил мне (утраченного) брата» или «Син преумножил братьев»). Подобные имена указывают, что даже в царской семье часты были случаи смерти детей. Детей (мальчиков) называли также в честь их дедушек. Имена могли меняться, когда взрослые достигали административных должностей — тогда они получали имя с элементом, носящим восхваление имени царя. Надпись жены царя Рим-Сина из города Ларсы восхваляет богиню Инанну как ту, «кто знает, как брать за руку тех, кто в тяготе³ и нужде». Возможно, роженица зывала так к богине Инанне. Другие имена — «нос его пришел» («*Iksud-appasu*») или «лицо твое явилось» («*Usi-buniku*» — женское имя), видимо, имеет указание, что роды были в необычном предложении (лицевое предлежание), что делало их тяжелыми. В Месопотамии дети отцов, которые умерли до их рождения, носили имя «Я-не-знаю-отца» (*Abam-la-ide*). Есть предположения, что единственное сохранившееся выражение «сын духа» (ассир. «*hurdu*», т. е. умершего) означало то же самое. Интересно, что многие герои Месопотамии были «внебрачными», например, царь Саргон и герой Бильгамес («сын духа» или «сын ветра»)⁴. Если для шумеров родители-боги подчеркивали царственность героя, то для западных семитов (аморреев) зачатие от неизвестного или сверхъестественного отца было частью героической легенды.⁵ Подавляющее большинство имен собственных в Месопотамии — как шумерских, так и аккадских были теофорными, то есть связывали ребенка или его родителей с конкретным божеством [18].

В Древнем Израиле после рождения ребенка сразу давалось имя. Наречение имени при обрезании, в восьмой день, очевидно, от-

³ «Тягота» (по-шумерски «*la. ga. ah*») относится к тяжелым родам.

⁴ Есть вариант перевода «сына ветра» — «дурачок».

⁵ Емельянов В.В. Гильгамеш. Биография легенды. Жизнь замечательных людей. М.: Молодая гвардия, 2015.

носится уже к межзаветному времени (Лк. 1:59; 2:21). Часто имя давала мать (Быт. 4:1; 29:31–30:24; 35:18; 1Цар. 1:20). Например, Ева назвала первенца Каином от слова «qanah», так как она «приобрела человека от Господа». Имя давать мог также и отец (Быт. 16:15; 17:19; Исх. 2:22). Отец мог изменить имя, данное матерью, если оно было в его глазах плохим предзнаменованием. Так, умирающая Рахиль назвала своего сына Бен-Они («сын скорби»), но его отец, Иаков, изменил это имя на Вениамин⁶, «сын десницы» (Быт. 35:18). Анна дает имя Самуилу (1 Цар 1:20) и Руфь Овиду (Руфь 4:17).

Имена описывали особенности рождения (Иаков — «запинатель» («'akeb»), так как при рождении он держал брата за пятку), качества ребенка (Корей — лысый), качества животных и растений (Халев — пес, Девора — пчела, Иона — голубь, Рахиль — овечка, Наас — змея, Шефуфан — ядовитая змея, Аууах — хищная птица, Фамарь — пальма, Су-санна — лилия и т. д.). Имя отражало особенности ситуации в стране при рождении ребенка: Ихавод («где слава?») или «отошла слава от Израиля» — 1Цар. 4:21). Пророки часто давали своим детям имена, символизирующие судьбы народа (Осия 1:4–6:9; Ис 7:3; 8:3). Характерны имена, которыми соперничающие в чадородии Лия и Рахиль называют своих детей (глава 30 книги Бытия). Считается доказательством монотеизма в Израиле отсутствие теофорных имен, упоминающих других богов. Детей также называли в честь деда и прадеда. В поздний период появились арамейские имена (Марфа, Тавифа, Бар-Толомей (Варфоломей)) [9].

БЕЗДЕТНОСТЬ. УСЫНОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ

Наличие детей в семье увеличивало респектабельность супружеской пары в глазах общества, отсутствие детей было позором в древних обществах. Бездетность тяжело переживалась обоими супругами, при этом основная вина в Древнем мире ложилась на женщину.

Если супружеская пара в Древнем Египте оставалась бездетной, она могла усыновить ребенка. Оставаться бездетным и не усыновлять ребенка считалось проявлением эгоизма [11].

Бездетные женщины в Месопотамии метафорически назывались «бесплодным полем». Бездетность была как наказанием богов, так и судьбой, даруемой ими же. Тягостное пребывание в преисподней бездетного человека

и бесплодной женщины описано в вавилонской поэме «Гильгамеш, Энкиду и подземный мир», входящей в цикл поэм о Гильгамеше. В 12-й табличке эпоса о Гильгамеше описывается положение человека в зависимости от наличия у него детей (имеются в виду только сыновья). Чем больше сыновей, тем счастливее человек в подземном мире — например, человек с семью сыновьями сидит как друг богов, слушает музыку, а бездетный не имеет никого, кто бы заботился о нем и ест объедки, выброшенные на улицу. Судьба бездетной женщины еще хуже, она «как разбитый глиняный сосуд» [13, 17].

Бездетность в Древнем Израиле была проклятием для семьи. Существовала социальная стигматизация бесплодной женщины. «Дай мне детей, а если не так, я умираю» (Быт. 30:1) в отчаянии говорит бездетная Рахиль Иакову. В Библии свою бездетность горько оплакивают Сарра, Анна, и Бог в дальнейшем награждает их рождением детей [9].

Однако в Вавилонии существовал класс жриц аристократического происхождения, которые были обречены на бездетность. Они могли удочерить девочку [17]. Подобное явление описано и в Древнем Египте, когда одна из дочерей фараона посвящала себя религиозному служению, и не вступала в брак. Есть мнение, что дочь Иеффая в библейской книге Судей не была принесена отцом в жертву, а осталась в качестве девы служить Скинии.

Усыновление было частым в Месопотамии. Детей усыновляли, если не было наследника мужского пола. Самой простой формой было усыновление сразу после рождения ребенка. Более старших детей усыновляли, возмещая их родителям расходы по их воспитанию. Эти действия оформляли как покупки. Контракт по усыновлению содержал условия, чтобы сохранить в неприкосновенности статус наследника (формулировка была следующей: «если даже у супружеской пары будет десять сыновей, усыновленный ребенок будет все равно считаться их первенцем»). Было распространено и суррогатное материнство. Суррогатная мать-служанка рожала детей от главы семьи, и они считались детьми законной жены. Бездетная мать могла «удочерить» женщину, вернее, принять ее, как свою сестру, и позволить ей выйти замуж за своего мужа, и таким образом юридически имела детей от своего мужа через «удочеренную» женщину. При этом статус настоящей матери детей оставался низким [18].

В Древнем Израиле бездетность рассматривалась как Божие проклятие и кара. С другой

⁶ Мы используем традиционное для Синодального перевода Библии написание древнееврейских имен.

стороны, рождение детей у престарелых бездетных матерей было образом великой Божьей милости (Сарра, Анна). Так называемый закон левирата требовал, чтобы гоэл (ближайший родственник) взял жену умершего бездетным родственника, и зачал ребенка для покойного члена семьи, чтобы сохранить имя отца и его наследство («nahala»). Внуки Иакова (дети Иосифа), Ефрем и Манассия были усыновлены Иаковом, что повысило их социальный статус до других его сыновей (Быт. 48:12). Безбрачие было чуждо культуре Древнего Израиля. Когда по приказанию Бога пророк Иеремия отказался от брака и от рождения детей (Иер. 16:2), это было воспринято, как символ грядущих бед и ухода народа в вавилонский плен. Явление суррогатного материнства было и в Древнем Израиле. Женщина могла попросить мужа, отдать служанку, «чтобы она построила свой дом от нее». Бесплодные (или малодетные) женщины, например, мать пророка Самуила, Анна, жена Елканы (1 Цар. 1:16), Лия и Рахиль в книге Бытия, гл. 30, усыновляют детей мужа от рабыни. Дед мог усыновить внуков, что повышало их статус и делало равными братьям своего отца⁷ [9, 10, 14].

ВЫБРАСЫВАНИЕ ДЕТЕЙ

Двойственность отношения к детям в Древнем мире особенно ярко проявляется в феномене «выбрасывания». Наряду с трепетным отношением к желанным детям, присутствовало отвержение нежеланных, выразившееся в буквальном оставлении их на произвол судьбы. Этот феномен был характерен не только для древнего, но также и античного мира, и даже европейской цивилизации. На произвол судьбы выбрасывались нежеланные дети (по экономическим или другим причинам, например, внебрачные, чаще девочки). Родители тем самым отказывались от своих прав на них, и такие дети могли быть усыновлены или обращены в рабство любым человеком [20].

Учитывая сакральность феномена детства в культуре Древнего Египта, это явление там маловероятно, сведений о выбрасывании детей нет. Кроме того, как сообщал античный историк Диодор Сицилийский, ни один египетский ребенок, даже ребенок рабыни, не считал-

ся «незаконнорожденным». В эллинистический и римский период египтяне подбирали и растили в своих семьях тех новорожденных детей, которых оставляли среди городских нечистот греки и другие народы, поселившиеся в Египте после утраты им самостоятельности. По закону таких детей можно было либо усыновить, либо обратить в рабство [11].

В Месопотамии же существовала практика оставления нежеланного по каким-то причинам ребенка на произвол судьбы (из-за того, что ребенок имел пороки развития или из-за своей бедности). Выброшенный и спасенный усыновителями или другими людьми ребенок описывался в литературе в ярких и выразительных словах: «тот, кто был найден в колодце»; «тот, кого взяли с улицы»; «тот, кого вырвали из пасти пса»; «тот, кто освобожден из клюва ворона»; и самое простое — «тот, кто не знает своих отца и матери» [13, 18].

Народы библейского мира (хананеи, аморреи и т. п.) также практиковали выбрасывание детей, но достоверных свидетельств того, что оно имело место в Древнем Израиле, нет. Образ в книге пророка Иезекииля, повествующий о Боге, нашедшем Израиль как девочку-найденку и усыновившем ее (Иез. 16), говорит о том, что данный феномен был знаком современникам пророка [20].

ОБРЯДЫ ПЕРЕХОДА

Практически во всех древних обществах существовали возрастные обряды легализации статуса индивида в сообществе других людей — инициация. Так, в Древнем Египте существовала церемония, во время которой на голове мальчика завязывалась особая повязка («tz medh»), после чего он становился взрослым в глазах окружающих, у него появлялись соответствующие обязанности, и его детство заканчивалось. В реальной жизни юноша примерно в возрасте 21 года получал свой первый пост писца после проведения этой церемонии. Было ли обрезание⁸ частью инициации, неизвестно. Некоторые мумии имеют следы обрезания, другие — нет. Неясно, в каком возрасте и насколько систематически оно применялось. Возможно, было совершение и символического обрезания (один из царевичей, страдавший слабым здоровьем и, по-видимому, нарушением свертываемости крови, в отличие от двух

⁷ Так, Иаков благословил сыновей Иосифа (Быт. 48:16). Вероятно, дети Иосифа, рожденные от египетской жены, дочери жреца, могли не получить признания после смерти Иосифа как полноценные члены народа Израильского.

⁸ Первые данные о нем дошли до нас из Египта VI династии, 3 тысячелетие до н. э. (Саккара).

его братьев, был не обрезан). Подвергались ли девочки обрезанию, неизвестно [11].

В библейские времена обрезание существовало у западно-семитских народов (к ним относились израильтяне, аммониты, моавитяне, эдомитяне, мадианитяне), а у восточно-семитских отсутствовало (жители Месопотамии — аккадцы, ассирийцы, вавилоняне, часть хананеев); народы несемитского происхождения филистимляне (эгейского или раннего греческого) также не употребляли обрезание [14].

Израильский ребенок обрезывался в 8 день, (Быт. 17:12, Лев 12:3). Его проводил отец (Быт. 21:4), а не священник или жрец, и никогда в святилище. Указанием на глубокую древность этого обряда является использование каменного ножа. Обрезание несло функцию признания ребенка членом этнической общности, членом особого союза с Богом.

Соседние народы обрезывали мальчиков позже (в препубертате). Только обрезанный мужчина мог принять участие в ритуале праздника Песах (Исх. 12:48–49).

Обрезание носило различный характер в Египте и Израиле: евреи удаляли крайнюю плоть и обнажали согона penis, а египтяне делали дорзальный надрез, обнажая glans penis.

ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ

В Древнем Египте дети росли под опекой матери, которая заботилась о них и в раннем детстве, и когда они отправлялись в школу. Как гласит надпись на стеле в Тель-Амарне, царицы Меритатен и Мекетатен, «достигнут зрелости под руководством своей матери (Нефертити)». В эпоху Древнего Царства превалировало частное обучение, без организованных школ. Первое упоминание о египетской школе относится к 2000 г. до н. э. После Первого переходного периода и вступления Египта в период Среднего Царства (2061–1665 гг. до н.э.) возникла потребность в большем количестве образованных людей, которые заняли бы соответствующие административные посты в набирающем силу государстве. В Среднем Царстве появляется сам термин «школа». Наиболее сохранившиеся сведения о структуре образования дошли до нас с периода Нового Царства. Обычно ребенок начинал образование в 5 лет, но, если его психофизическая зрелость еще не наступила, он мог пойти в школу позже. Для ремесленника школьное обучение длилось 4 года, для претендента на должность писца еще 12 лет. Это было непосредственное обучение «на рабочем месте», доступное только де-

тям элиты. При этом ученик получал титул «помощник такого-то» (буквально это звучало как «тот, кто под рукой (руководством) такого-то»). Потом ученик получал титул писца («sš»). Таким образом, обучение заканчивалось к 21 году [8].

Методами преподавания были — слушание учителя, заучивание преподаваемого наизусть. Однако мудрец Хети говорит в поучении своему сыну: «Кто есть сын добрый, которого дает бог? Это тот, кто прибавляет к тому, что учитель говорит ему». По глиняным черепкам, на которых учились писать ученики, можно узнать, что они изучали также орфографию, спряжение, литературный стиль, геометрию, и даже иностранные языки — например, вавилонский, критский, нубийский. В образовании входило овладение системой письменности и чтение религиозных и других текстов, знакомивших ребенка и подростка с моральными и культурными ценностями своего народа. Большое значение уделялось поведению. Идеальным ребенком-учеником был «молчаливый», тот, кто внимает учению. Мальчиков обучали правилам поведения по отношению к старшим и подчиненным, а также правилам поведения за столом. Лень была строго наказуема, лентяев пороли. Некоторым чрезмерно резвым и неусидчивым ученикам запирали ноги в колоду [8].

Дети знати сопровождали своих родителей при осмотре имения, тем самым обучаясь ведению хозяйства. Со времен V династии знатные молодые люди обучались в особых школах-интернатах или во дворце фараона совместно с царевичами, чтобы стать верными соратниками будущего царя, чиновниками высшего ранга. С конца правления VI династии мальчики незнатного происхождения могли достичь высоких государственных постов. Их образованием занимался особый государственный чиновник, которого называли «отцом по разуму». Неясно, учились ли все дети вместе, независимо от уровня знаний, или было разделение на классы. Программа варьировала от того, к какой деятельности готовили учеников. Большое значение придавалось заучиванию текстов наизусть и повторением их вслух нараспев. Образование также включало обучение этике и морали, т. е. верности царю, тактике поведения в различных социальных ситуациях, поклонение богу. Все это суммировалось ключевым термином египетской культуры — «маат». Существовало множество текстов, под названием «Почтение...», в которых отец или учитель беседовал с сыновьями на вышеуказанные

темы. Наиболее известные школы Нового Царства находились в Фивах.

Помимо изучения наук, юноши из высшего класса общества занимались физическими упражнениями — плаванием, стрельбой или бегом (примером такого воспитания является личное мужество, проявленное Рамсесом II на поле битвы при Кадеше).

Те мальчики, которые собирались служить в армии, должны были покинуть своих родителей в довольно юном возрасте.

Из системы образования были исключены женщины, рабы, иноземцы. Однако многие женщины среднего класса были грамотны, возможно, они учились писать от своих отцов или братьев [11].

Практически ничего неизвестно относительно того, какое образование получало неграмотное меньшинство. По всей видимости, это было знание профессионального ремесла, которые передавались от отца к сыну. Мальчики из бедных семей помогали пасти скот, отпугивали птиц от зреющего урожая, во время сбора урожая карабкались на пальмы, помогая собирать плоды, а также помогали собирать и отжимать виноград.

В Месопотамии школьное обучение получали сыновья царского рода, а также обеспеченных лиц, имеющих профессии писцов, гадателей, врачей, экзорцистов, а также и администрация дворца и храмов. Школа называлась «eduba» («эдубба») (буквально, «дом таблички»). Учитель считал, что беречь розгу — значит баловать ребенка. Только малое количество детей в Вавилонии было обучено письму, чтению и счету, и лучшие из них продолжали обучение в «высшей школе» [1, 17].

Воспитание и образование детей в Древнем Израиле подразделялось на три категории, религиозное, по призванию и военное. Родители были обязаны объяснять детям «великие дела Божии», в первую очередь, события Исхода, связанные с празднованием Песаха. Для детей и подростков предназначалась поучительная литература жанра «премудрости» (притчи).

Дети сопровождали своих родителей в святилища и Храм, могли быть посвящены на служение Богу при Храме (история Самуила, отданного в Храм по обету его матерью Анной), а также могли стать особым классом — назорейями (как Самсон по обету родителей). Мальчики, сопровождая отца на войне и охоте, учились пользоваться луком, пращей и мечом. Есть указания на особое военное обучение мальчиков, приближенных к царскому двору (1 Цар 8:11–13) [9, 14].

ВОСПИТАНИЕ ДЕВОЧЕК

В Древнем мире девочек с детства воспитывали как будущих жен и матерей, их воспитанием преимущественно занимались матери. Девочки не получали школьного образования, но в богатых семьях они могли заниматься под руководством родителей или частного учителя. Девочки рано начинали помогать матери по хозяйству, бедные девочки могли поступать в услужение. Брак заключался рано, вскоре после менархе, разница в возрасте между супругами была различной. Особое значение придавалось отсутствию половых связей до брака [17].

Так, женщины среднего класса в Древнем Египте были грамотны (найжены письма женщин из поселка при некрополе (раскопки в Дейр Эль-Медине). Возможно, они учились писать от своих отцов или братьев. У царевен были учителя-мужчины (буквально их называли «мужчины-кормилицы»). Возможно, такие учителя были и у девочек из благородных семей. Порой они изображаются рядом со своими ученицами. Возможно, такие учителя были и у девочек из благородных семей. Есть изображения отца с дочерьми, особое место среди них занимают изображения царя Эхнатона, играющего со своими дочерьми. Феномен женщины-царя в Древнем Египте, ярким примером которого является судьба Хатшепсут, говорит о том, что дочь могла в исключительных случаях играть для своего умершего отца («Осириса» в мифологическом восприятии) роль божественного сына-спасителя («Гора»). Девочки из бедных семей не получали никакого образования. Они учились у своих матерей необходимым им после выхода замуж навыкам, помогали матерям ухаживать за домашней птицей, домашними животными, или трудились с ними вместе на поле, подбирали оставшиеся после жатвы колосья. Примерно с 5–7 лет старшие девочки ухаживали за своими младшими братьями и сестрами, сохранились изображения, где они носят их на себе. Девочки принимали участие в религиозных церемониях, например, в оплакивании умерших наряду со взрослыми женщинами [8, 11].

В Месопотамии брачный возраст составлял примерно от 14 до 20 лет для девушек (а для мужчин — от 26 до 32 лет). Исключение составляли жрицы-девственницы царского происхождения, которые становились жрицами («entu»), а также дочери высшей аристократии, которые становились затворницами и жили в «монастыре». Все они были посвящены раз-

личным богам, но условие сохранения девства было одинаково для всех [13, 17].

О возрасте вступления в брак документами в Древнем Израиле мы не располагаем. Единичные упоминания в ранних текстах и множество в поздних, свидетельствуют, что девочки выходили замуж в ранней юности, подростками, а мужчины ждали брака до 20–30 лет. Отец отвечал за религиозное воспитание и поведение дочери (Числ. 30, 4–6). Пример дочери Иеффая, вышедшей с песнями встречать отца-победителя, и его горе об утрате ее, говорит о том, что дочери могли быть очень близки к своим отцам [14].

ДЕТСКИЙ ТРУД

Мальчики больше помогали в сельском хозяйстве, а девочки — в домашнем. В Древнем Египте мальчики, которые еще не начинали учиться грамоте, также ходили с отцом на работу. Существуют изображения мальчиков в овчарне, где они играют и помогают своему отцу. Мальчики помогали пасти скот, отпугивали птиц от зреющего урожая, во время сбора урожая карабкались на пальмы, помогая собирать плоды, а также помогали собирать и отжимать виноград. Девочки из бедных семей помогали матерям ухаживать за домашней птицей, домашними животными, или трудились с ними вместе на поле. Старшие девочки носили на себе своих младших братьев и сестер. Некоторые девочки могли работать в услужении у знатных женщин. Существуют изображения, на которых девочки застилают постель госпожи, помогают госпоже наряжаться, подают пищу и танцуют на пирах. Те мальчики, которые собирались служить в армии, оставляли дом родителей рано, в 10 лет. Их служба начиналась с выполнения различных работ в военном лагере — например, они ухаживали за животными. В захоронении визиря Рехмире есть перечень детей, чьи родители были рабами, и перечень работ, которые они могли выполнять. Диодор Сицилийский писал, что дети, видимо, с 7–10 лет, работали в шахтах, протаскивая блоки через низкие галереи и проходы. Вполне возможно, что эти дети как раз и были детьми рабов. Согласно египетской традиции маат, монументальная живопись изображает детей за легкой работой, однако неизвестно, насколько в этот период общего духовного кризиса египетской культуры и правлении Птолемеев, а затем и Рима, соблюдалась маат в отношении детей-рабов. Письмо, относящееся к периоду Нового цар-

ства, содержит жалобу матери на то, что ее дочери приходится «работать», хотя она «еще ребенок». Это может означать, что мать отдала дочь в услужение, под тем условием, что она будет выполнять только легкую работу. Указание, что девочка была «заменена слугой» может указывать на то, что ей приходилось выполнять работу взрослого [8, 11].

Большинство мальчиков в Месопотамии, как и в других странах Древнего Востока, обучалось ремеслу своего отца или отдавались в ученики, или работали в поле с отцом. Считалось, что бог Энлил велел сыну следовать отцовской профессии или ремеслу.

Как и в древнем Египте, с 7 лет, если не раньше, росло участие детей в экономической жизни села. Девочки с этого возраста (и может быть раньше) должны были помогать своим матерям по хозяйству и с младшими сестрами и братьями. Из текстов Мари и других мы знаем, что дети сопровождали работающих матерей, которым давали на них дополнительный рацион. Возможно, детям поручали простые виды работы. Хотя большинство этих работ не указываются, мальчиков могли нанимать собирать комья глины («kirbanu») в полях, или даже работать в ткацких мастерских («klunsillu») с 5–6 лет, что требовало определенной ручной ловкости [13, 17].

В Древнем Израиле дети также помогали родителям в домашней работе — так, Давид был пастухом, Рахиль смотрела за овцами. Отец занимался обучением детей сельскому хозяйству, пастушескому, разным ремеслам. Сын сунамитянки, когда подрос, пошел к жнецам, очевидно, для помощи им, или для того, чтобы отнести им пищу (4 Цар 4:18). Девочки имели обязанности во время жатвы подбирать колосья (Руфь 2:8) [9, 14].

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИЩЕННОСТЬ

Сироты и вдовы из низших классов общества, несомненно, обречены были владеть жалкое существование, если у них не находилось мужчины-родственника, который взялся бы их опекать. Начиная с Первого переходного периода (2191–2061 гг до н. э.), знатные люди Древнего Египта указывали среди своих заслуг то, что они «заботились о сироте и вдове». Согласно другим текстам, много сирот было «отдано в руки бога», что предполагает наличие приюта при храме. Довольно часто, тем не менее, эти сироты были оставляемы на произвол судьбы и вели скитальческую жизнь. В Месопотамии сироту могли усыновить близкие родственники или чужие люди. Жрицы-девы усы-

новляли детей бедняков, например, вдов, оставшихся с детьми на руках, а не только своего класса. Задokumentирован случай, когда вдова не могла вырастить всех своих троих детей, но она приложила все усилия для того, чтобы её младший сын сохранил статус свободного гражданина. Она отдала своего сына на усыновление жрице, и сама осталась при ребенке кормилицей [18]. Подобная ситуация описывается в Библии в легенде о Моисее (усыновление Моисея дочерью фараона, когда Моисея вскармливает его родная мать). Специалисты утверждают, что легенда о Моисее отражает семитские (в частности, месопотамские), а не египетские реалии (как легенда о Саргоне). Возможно, плата матери-кормилице, отдавшей свое дитя, была частой реалией семитского мира [12].

О рожденном после смерти отца ребенку мог возникнуть спор. Ассирийские законы обсуждают случай, если его мать снова вступит в брак. Если его не усыновлял новый муж, он оставался членом семьи своего (умершего) отца. Существовал термин «сын вдовы» («*tag almatti*») — возможно, незаконнорожденный сын.

Законодательство Древнего Израиля от лица Бога предписывало помогать пришельцу, сироте и вдове: «Не суди превратно пришельца, сироту [и вдову], и у вдовы не бери одежды в залог; помни, что и ты был рабом в Египте, и Господь [Бог твой] освободил тебя оттуда: посему я и повелеваю тебе делать сие. Когда будешь жать на поле твоём, и забудешь сноп на поле, то не возвращайся взять его; пусть он остается пришельцу, [нищему], сироте и вдове, чтобы Господь Бог твой благословил тебя во всех делах рук твоих. Когда будешь обивать маслину твою, то не пересматривай за собою ветвей: пусть остается пришельцу, сироте и вдове. [И помни, что ты был рабом в земле Египетской: посему я и повелеваю тебе делать сие]. Когда будешь снимать плоды в винограднике твоём, не собирай остатков за собою: пусть остается пришельцу, сироте и вдове; и помни, что ты был рабом в земле Египетской: посему я и повелеваю тебе делать сие» (Втор. 24:17-21) [9].

ЖЕРТВОПРИНОШЕНИЕ ДЕТЕЙ

Феномен жертвоприношения детей, вопреки расхожему мнению, отсутствовал в двух великих цивилизациях древности — Месопотамии и Египте.

Дети в Древнем Египте, в отличие от соседних народов, следовавших иным религиозным

традициям, никогда не приносились в жертву богам на протяжении всех трех тысячелетий его истории. Более того, за убийство ребенка полагалось наказание по закону [11].

В Вавилонии при пороках развития у новорожденного, которые считались дурным предзнаменованием, надлежало совершить очистительную жертву с покаянными молитвами, воздвигнув временный «храм», а ребенка умертвить, выбросив в Евфрат [18]. Однако этот феномен, хотя и вызывает у нас содрогание, не может считаться «жертвоприношением ребенка» с точки зрения религиоведения. Ребенок умерщвлялся не в жертву (жертва, в виде драгоценных камней и цветов, приносилась отдельно, указанная в особой табличке), а как несущий печать зла. Следует отметить, что в жертву богам всегда приносили лучшее, поэтому ребенок-урод не мог быть в любом случае такой жертвой. Других сведений о детских жертвоприношениях в Месопотамии (и у восточных семитов) нет [7].

Другая ситуация имела место в культурах западных семитов, тесно соприкасавшихся с библейской. Жертвоприношения детей широко практиковались у западных семитов (хананеи, карфагеняне), чему есть свидетельства как в Библии (например, 4 Цар 3:26–27)⁹, так и по данным археологии [19].

Эти практики в Древнем Израиле были запрещены от лица Бога. Первородные принадлежали Богу, но искупались жертвой животных (Исх. 13:11–15; 22–28; 34–20). Бог запретил жертвоприношения детей и первенцев в том числе (Лев. 20:2–5), левиты (колено Левия) были посвящены на служение Богу как замещение первородных детей всего народа (Числ. 3–12–13; Числ. 8:16–18). Однако детские жертвоприношения практиковались довольно широко в допленную эпоху, хотя жарко обличались пророками Иеремией (Иер. 7:24–34) и Иезекиилем (Иез. 20:24–27). В Библии во многих местах сурово осуждается этот варварский культ (Быт. 22; II Цар. 21:6; Иер. 7:31; Иех. 23:39; Миха 6:7).

Впоследствии произошло осмысление богословской идеи о том, что Бог — творец всего,

⁹ Моавитский царь Меша принес своего первенца в жертву во время бедственного положения на войне: «И увидел царь Моавитский, что битва одолевает его, и взял с собою семьсот человек, владеющих мечом, чтобы пробиться к царю Едомскому; но не могли. И взял он сына своего первенца, которому следовало царствовать вместо него, и вознес его во всеожжение на стене... и они (израильяне) отступили от него и возвратились в свою землю» (4 Цар. 3:26–27).

в том числе и детей во чреве¹⁰. Смерть ребенка как в результате жертвоприношения, так и пассивное, без пролития крови, оставление — стала неприемлемой.

ПОГРЕБЕНИЕ ДЕТЕЙ

Если ребенок умирал, родители всегда горестно оплакивали его.

Умерших младенцев египтяне могли хоронить под полом в доме родителей, на особых детских кладбищах (некрополях), в собственных, отдельных могилах в некрополях взрослых или вместе с одним (или обоими) родителями. Последний вид захоронения подчеркивает тесное общение между родителями и детьми. Вероятно, и дети с пороками развития не убивались, и считались людьми, которых ждет светлое посмертие — об этом свидетельствует захоронение ребенка-анэнцефала с соблюдением обряда мумифицирования [11].

В Месопотамии детей погребали, закапывая прямо в доме под полом (однако так могли хоронить не только детей). Такие захоронения сохранились в городах Ур, Nuzi и др. Известный исследователь месопотамской религии и культуры Th. Jacobsen полагает, что храм Nigingar в городе Исин служил также кладбищем для мертворожденных или недоношенных детей, а также хранилищем последов детей, родившихся живыми [17, 18].

Описание оплакивания родителями умерших детей (Иосифа Иаковом и Рахилью (собирательным образом матери, всех вообще умерших детей)) описаны в Библии [14]. Сохранились западносемитские захоронения детей, трактуемые и как кладбища умерших обычной смертью, и как погребения детей, принесенных в жертву [20].

ИЗОБРАЖЕНИЯ ДЕТЕЙ

Древнеегипетские росписи изображают обнаженных мальчиков, прыгающих в высоту, занимающихся борьбой, ходящих по канату, соревнующихся в том, кто дольше удержит равновесие или дальше бросит палку. На изображениях мальчики часто несут (привязанную) за крылья птицу, а девочки — цыпленка или утенка в прижатых к груди ладонях.

¹⁰ В апокалиптической литературе, напр. Книге Еноха, оставление детей — признак апокалиптических бедствий, так поступают безбожники, за это на них грядет суд. Так же и в христианской апокалиптической литературе.

На большинстве изображений мальчики и девочки играют раздельно. Девочки всегда нарядно одеты. Они учатся танцевать, играть на музыкальных инструментах, а также принимают участие в акробатических играх или жонглируют мячами. В живописи Древнего Царства детей часто изображали вместе с родителями. На сохранившихся изображениях матерей с детьми видно, что самых младших несут в особом покрывале, закрепленном на плечах матери (слинг) или в небольшой «сумке», крепившейся на шее матери, дети постарше держатся за свою мать или старшую сестру. На барельефе в усыпальнице Хоремхеба изображена мать с ребенком в слинге. Второй ребенок сидит «верхом» на плечах матери. Известны рельефы и статуэтки, относящиеся к Древнему Царству, изображающие кормящих матерей с детьми на коленях. На изображениях, датируемых временем Нового Царства (1569–1081 г. до н.э.) мы видим, как вся семья отправляется на совместную прогулку в тростниковой лодке, охотясь на птиц и рыбака. У мальчиков волосы выбриты, за исключением локона сбоку или плетеной косы с завитым концом. Локон сбоку (на виске) был в моде у царевичей и царевен, а также у верховного жреца Мемфиса, который часто был царевичем по происхождению. Такая плетеная коса («локон юности») сначала была только у мальчиков, а с V династии (2513 г. до н.э.) ее стали носить и девочки. Боги-дети Гор, Хонсу и Ихти изображались в виде детей с локоном или косой. Волосы девочкам, как из обычных, так и из знатных семей либо полностью обривали, либо заплетали в тугие косички. Начиная со времен Древнего Царства детей изображают вкушающими заупокойную трапезу со своими родителями, принесенную для вечности; в Новом Царстве существовали изображения детей, сопровождающих своих родителей в поездке на лодке по реке в посмертии [11].

Изображения детей в Месопотамском искусстве редки, как указывалось ранее, и в основном связаны с Ранне-Династическим и Ново-Ассирийским периодом. Найдено множество терракотовых миниатюр бронзового века, изображающих женщину (очевидно, богиню-мать) с младенцем на руках. Хорошо известен раннединастический барельеф Ур-Нанше, изображающий царя Лагаша, как строителя храмов, несущего на голове корзину с глиной для изготовления первого кирпича, а его семья и придворные наблюдают. В верхнем регистре изображены его дочь и четверо сыновей, в нижнем регистре еще трое сыновей. Дочь, в обор-

чатом платье, выше ростом, чем ее братья, и, видимо, взрослая. Одежда сыновей не оборчатая, придворных тоже. Сыновья разного роста, один достигает роста придворного, стоящего позади восседающего Ур-Нанше в нижнем регистре, что совпадает с месопотамской «социальной перспективой». Сыновья изображены как миниатюрные взрослые. Возраст сыновей неизвестен, возможно, небольшая разница в росте говорит о такой же разнице в возрасте [13]. Очень драматичны изображения жертвоприношений детей [20].

Библейский запрет на изображения сыграл свою роль, и дошедшими изображениями непосредственно от эпохи Первого и Второго Храма мы не располагаем. Однако существуют образы матери или кормилицы с ребенком на руках, часто кормящей его грудью, дошедшие до нас из библейского мира — Угарита, Ханаана, Финикии. К ним относится угаритская панель из слоновой кости, хранящаяся в музее Дамаска, с изображением богини-божественной кормилицы (вероятно, Анат), в котором смешаны египетские, хеттские, минойские и ханаанские черты. На главе богини солнечный диск, у груди — двое мальчиков, вероятно, царского рода [6].

Заключая, надо отметить, что ребенок занимал в мировоззрении людей древних цивилизаций Средиземноморья определенную нишу. В рассматриваемых цивилизациях отношение к ребенку имело как отличия, так и сходные черты. Любовь к детям была характерной чертой древних цивилизаций, особенно египетской и израильской.

В Древнем Египте ребенок был живым олицетворением божественного, живым человеческим существом в процессе постоянного становления. Каждый ребенок рассматривался как будущий борец против зла за сохранение божественной справедливости, маат, иными словами, он был Гором-Младенцем. И именно оттого, что он младенец, оттого, что он слаб, он и нуждался в опеке — для того, чтобы он смог совершить замысленное о нем, осуществить сердцевину мифа в своей жизни, в своей семье и во всем Египте.

В культуре Месопотамии, не занимая центральное место, ребенок как символ, образ и феномен, пронизывал все слои культуры. В отношении к ребенку со стороны общества отмечается выраженная амбивалентность: с одной стороны, его могут выбросить сразу после родов, продать вместо платы кормилице, та же кормилица может подменить и сделать его из свободного рабом, а с другой стороны, его

могут усыновить, его права гарантируются законом, образ ребенка глубоко укоренен в религиозной мысли, от рождения и возрастания богов до царственного усыновления богиней царя. Эта полярность, порой способная шокировать современного исследователя, отражалась и на менталитете взрослого жителя Месопотамии, где центральное место занимало отношение со своим личным богом, по типу «родитель–ребенок». Эта же схема отношений сохранялась в отношении старших, начальников и царя. Полное бесправие ребенка с одной стороны, и удача (усыновление, например), составляли часть восприятия своей человеческой судьбы. Иными словами, месопотамец никогда не прекращал быть ребенком, но это состояние суживалось до отношения с богом и правителем.

В Древнем Израиле ребенок был символом возрождения народа, особенно после Вавилонского плена. Ребенок для древнего еврея — собственность Бога, а не человека. Для библейской культуры характерным является отрицание детских жертв, распространенных у соседних западно-семитских народов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева В. К., Дьяконов И. М., ред. Когда Ану сотворил небо. Литература древней Месопотамии. М.: Алетей; 2000.
2. Афанасьева В. К., ред. От начала начал. Антология шумерской поэзии. СПб.: Центр «Петербургское Востоковедение»; 1997.
3. Джарман О. Статус женщины в Древнем Египте. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2 (1): 48–56.
4. Кузицин В. И., ред. Законы Хаммурапи. История Древнего Востока. Тексты и документы: учебное пособие. М.: Высшая школа; 2002.
5. Рак И. В. Египетская мифология. СПб.: Летний сад; 2000.
6. Budin S. L. Images of Woman and Child from the Bronze Age: reconsidering fertility, maternity, and gender in the Ancient World. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
7. Bremmer J. N. The Strange World of Human Sacrifice. Leuven: Peeters; 2007.
8. Brunner H. Altaegyptische Erziehung. Wiesbaden: Harrassowitz; 1991.
9. De Vaux R., J. Les institutions de l'Ancien Testament. Israel: Les Editions du Cerf; 1958.
10. Fewel D. N. (ed.) The Oxford Handbook of Biblical Narrative. Oxford: Oxford University Press; 2016.
11. Feucht E. Das Kind im Alten Agypten. Frankfurt & New York: Campus; 1995.

12. Gunkel H. *Das Märchen im Alten Testament*. Frankfurt am Main: Athenäum; 1987.
13. Harris, R. *Gender and Aging in Mesopotamia: The Gilgamesh Epic and Other Ancient Literature*. University of Oklahoma Press; 2003.
14. King Ph.J., Stager L.E. *Life in Biblical Israel (Library of Ancient Israel)*. Louisville-London: Westminster John Knox Press; 2002.
15. Kövecses Z. *Metaphor in Culture: Universality and Variation*. Cambridge, Cambridge University; 2005.
16. Morenz S. *Egyptian Religion*. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1973.
17. Nemet Nejat K.R. *Daily Life in Ancient Mesopotamia*. London: Greenwood Publishing Group; 1998.
18. Stol M. *Birth in Babylonia and the Bible: Its Mediterranean Setting*. Groningen: Styx; 2000.
19. Stravropoulou F. *King Manasseh and Child Sacrifice (Beiheft zur Zeitschrift für die Alttestamentliche Wissenschaft)*. Berlin: De Gruyter; 2004.
20. Tuor-Kurth Ch. *Kindesaussetzung und Moral in der Antike: jüdische und christliche Kritik am Nichtaufziehen und Töten neugeborener Kinder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011.
21. Wilkinson R.H. *The Complete Gods and Goddesses of Ancient Egypt*. London: Thames & Hudson; 2003.
5. Rak I.V. *Egipetskaya mifologiya*. [Egyptian mythology]. SPb.: Letniy sad; 2000 (in Russian).
6. Budin S.L. *Images of Woman and Child from the Bronze Age: reconsidering fertility, maternity, and gender in the Ancient World*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
7. Bremmer J.N. *The Strange World of Human Sacrifice*. Leuven: Peeters; 2007.
8. Brunner H. *Altaegyptische Erziehung*. Wiesbaden: Harrassowitz; 1991.
9. De Vaux R., J. *Les institutions de l'Ancien Testament*. Israel: Les Editions du Cerf; 1958.
10. Fewel D.N. (ed.) *The Oxford Handbook of Biblical Narrative*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
11. Feucht E. *Das Kind im Alten Agypten*. Frankfurt & New York: Campus; 1995.
12. Gunkel H. *Das Märchen im Alten Testament*. Frankfurt am Main: Athenäum; 1987.
13. Harris, R. *Gender and Aging in Mesopotamia: The Gilgamesh Epic and Other Ancient Literature*. University of Oklahoma Press; 2003.
14. King Ph.J., Stager L.E. *Life in Biblical Israel (Library of Ancient Israel)*. Louisville-London: Westminster John Knox Press; 2002.
15. Kövecses Z. *Metaphor in Culture: Universality and Variation*. Cambridge, Cambridge University; 2005.
16. Morenz S. *Egyptian Religion*. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1973.
17. Nemet Nejat K.R. *Daily Life in Ancient Mesopotamia*. London: Greenwood Publishing Group; 1998.
18. Stol M. *Birth in Babylonia and the Bible: Its Mediterranean Setting*. Groningen: Styx; 2000.
19. Stravropoulou F. *King Manasseh and Child Sacrifice (Beiheft zur Zeitschrift für die Alttestamentliche Wissenschaft)*. Berlin: De Gruyter; 2004.
20. Tuor-Kurth Ch. *Kindesaussetzung und Moral in der Antike: jüdische und christliche Kritik am Nichtaufziehen und Töten neugeborener Kinder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011.
21. Wilkinson R.H. *The Complete Gods and Goddesses of Ancient Egypt*. London: Thames & Hudson; 2003.

REFERENCES

1. Afanas'eva V. K., D'yakovon I. M., red. *Kogda Anu sotvoril nebo. Literatura drevney Mesopotamii*. [When Anu created the heaven. The literature of Ancient Mesopotamia]. M.: Aleteyya; 2000. (in Russian)
2. Afanas'eva V. K., red. *Ot nachala nachal. Antologiya shumerskoy poezii*. [From the very beginning Anthology of Sumer poetry]. SPb.: Tsentr «Peterburgskoe Vostokovedenie»; 1997 (in Russian).
3. Jarman O. *Status zhenshchiny v Drevnem Egipte*. [Status of the woman in Ancient Egypt] *Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya*. 2017; 2 (1): 48–56 (in Russian).
4. Kuzishchin V.I., red. *Zakony Khammurapi. Istoriya Drevnego Vostoka. Teksty i dokumenty: uchebnoe posobie*. [The Code of Hammurabi. History of the

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

му Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;

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

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

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

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Статья должна иметь (НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. eds. Vocal cord injection with autogenous fat. 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.: Sovremennyye 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?]. Zhivyye 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 сверху 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.



Национальный конгресс с международным участием

Здоровые дети — будущее страны

Уважаемые коллеги!

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет проводит с **30 по 31 мая 2019 года** третий национальный конгресс с международным участием «Здоровые дети — будущее страны», который пройдет в Санкт-Петербурге на базе старейшего в мире вуза, специализирующегося на подготовке врачей-педиатров.

Ежегодно в конгрессе участвуют более 2000 врачей из более чем 15 стран и более 80 городов России. В рамках конгресса проводятся пленарные, секционные заседания по всем направлениям педиатрии, круглые столы и мастер-классы. Заседания в течение двух дней проходят одновременно в 14 залах. Заслушано более 200 научных докладов и лекций.

Мероприятие призвано объединить на одной информационно-коммуникационной площадке представителей органов государственной власти, образовательных, научных и медицинских организаций России, малого, среднего и крупного бизнеса, молодых ученых, ведущих российских и зарубежных экспертов в области медицины, фармацевтики и информационных технологий.

На конгрессе будут подробно рассмотрены различные вопросы педиатрии, перинатологии, неонатологии и других смежных специальностей.

В рамках конгресса:

- Пройдет совещание главных внештатных специалистов неонатологов, детских хирургов и стоматологов.
- Симпозиумы по направлениям: педиатрия; неонатология; ревматология; гастроэнтерология; нефрология; инфекционные болезни; болезни органов дыхания; детская хирургия; акушерство и гинекология; анестезиология-реаниматология; урология; клин. психология; симуляционное обучение; лор-патология; туберкулез, ВИЧ инфекция; экспериментальная хирургия; дерматология; лучевая диагностика; телемедицина; реабилитация; сердечно-сосудистая хирургия; перинатальные проблемы болезней взрослых и др.
- Конференция патоморфологов: «Актуальные вопросы в клинко-морфологической диагностике заболеваний перинатального периода».
- Клинические разборы.
- Школы и мастер-классы по разным специальностям в рамках системы НМО с возможным получением кредитов.
- Выставка производителей современных лекарственных препаратов, медицинского оборудования, детского питания, витаминов; средств по уходу за детьми, а также специализированные издания и научная литература.

Место проведения конференции:

Санкт-Петербург, ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ул. Литовская 2

Участие в конгрессе медицинских работников и публикация материалов конференции бесплатны

В рамках Конгресса планируется выставка медицинского оборудования, а также продукции фармацевтических и нутриционных компаний.

Дополнительная информация представлена на сайте университета www.gpmu.org

Для участия в научной программе конгресса в качестве докладчика просьба **до 25 марта 2019 года** отправить заявку в свободной форме на электронный адрес lt2007@inbox.ru.