

ISSN 2658-4212
eISSN 2658-4220



2021, VOLUME 6, N 1

MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2021, ТОМ 6, № 1

МЕДИЦИНА
И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2021, VOLUME 6, N 1

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL FOR DOCTORS

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

Основан в 2016 году
в Санкт-Петербурге

ISSN 2658-4212 eISSN 2658-4220

Ежеквартальное издание
Журнал реферируется РЖ ВИНТИ

Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (Распоряжение № 427-р от 9.12.2020).

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны»
Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР)
ПИ № ФС77-74238 от 02 ноября 2018 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. 12.

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 41. Подписано в печать 30.03.2021.

В оформлении обложки использовано панно из Ara Pacis Augustae (Алтарь мира Августа), созданного между VIII и IX вв. до н.э.

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

Академик РАН, д.м.н.,

проф. И.К. Романович

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.и.н., проф. И.В. Зимин

Д.м.н., проф. М.П. Королёв

Д.м.н., проф. А.Г. Кучер

З.д.н., д.м.н., проф. В.С. Лучкевич

К.ф.н., доц. И.И. Могилева

Д.м.н., проф. Р.А. Насыров

Д.м.н., доц. П.В. Павлов

К.м.н., доц. Ю.В. Петренко

Д.м.н., проф. А.Н. Редько (Краснодар)

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

Д.м.н., проф. В.Н. Филатов

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

З.д.н., д.м.н., проф. А.М. Шелепов

Редакционный совет:

Д.п.н., проф. В.А. Аверин

Д.м.н., проф. М.Б. Белокурова

Д.м.н. В.М. Болотских

Д.м.н., проф. Е.Л. Боршук (Оренбург)

Д.м.н., проф. В.В. Бржеский

Д.м.н., проф. А.А. Будко

Д.м.н., проф. Жозеф Гласа (Словакия)

Д.м.н., проф. В.И. Гузева

Д.м.н., доцент С.В. Гречаний

Д.м.н., проф. Д.П. Дербенев (Тверь)

К.м.н., доц. Т.С. Дьяченко (Волгоград)

Д.и.н., проф. Н.Т. Ерегина (Ярославль)

К.м.н., доц. Марк Зильберман (США)

Д.м.н., проф. А.А. Имамов (Казань)

Д.м.н., проф. А.В. Ким

Д.м.н., проф. Н.Ю. Коханенко

Д.м.н., проф. Л.В. Кочорова

Д.м.н., проф. О.И. Кубарь

Д.м.н., доц. Д.Е. Мохов

Д.м.н., доц. Гордана Пелчич (Хорватия)

Д.м.н., доцент В.Г. Пузырев

К.м.н., доцент В.М. Серета

Д.м.н., проф. В.М. Серета

Д.м.н., проф. Г.А. Сулова

Д.м.н., проф. Н.И. Тапильская

Д.м.н., проф. В.Ю. Тегза

Д.м.н., проф. В.Н. Тимченко

Д.м.н., проф. С.Б. Чолоян (Оренбург)

Д.и.н. О.В. Шаров

Д.м.н., проф. Е.В. Эсауленко

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 in History

Members of the Editorial Board

I.K. Romanovich Academician of the RAS

Prof., MD, PhD

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., PhD in History

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

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

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

I.I. Mogileva, Associate Prof., PhD

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

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

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

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

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

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

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

A.M. Sheleпов, Prof., MD, PhD

Editorial Council:

V.A. Averin, Prof., PhD

M.B. Belogurova, Prof., MD, PhD

V.M. Bolotских, Prof., MD, PhD

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

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

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

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

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

S.V. Grechaniy, MD, PhD

D.P. Dербenev, Prof., MD, PhD (Tver)

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

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

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

A.A. Imamov, Prof., MD, PhD (Kazan)

A.V. Kim, MD, PhD

N.Yu. Kokhanenko, Prof., MD, PhD

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

O.I. Kubar', MD, PhD

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

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

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

V.G. Puzyrev, MD, PhD., Associate Prof.

V.M. Sereta, Prof., MD, PhD

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

N.I. Tapil'skaya, Prof., MD, PhD

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

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

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

O.V. Sharov, PhD in History

E.V. Esaulenko, Prof., MD, PhD

2021, ТОМ 6, № 1

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

CONTENT

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

*Е. Е. Корчагин, И. В. Иванов, Д. Л. Ложкин,
П. С. Жегалов, О. Р. Швабский,
С. В. Дранишников, О. А. Гаврилюк*

Опыт реализации требований клинических рекомендаций в практике медицинской организации.....4

*Д. С. Русанов, А. В. Кочетков,
М. В. Антипова, А. О. Аветисян,
И. А. Табанакова, С. М. Гасанмагомедов,
Д. А. Зайцев, А. М. Спирина*

Возможности и результаты применения эндоскопической вакуумной терапии в лечении пищеводно-плевральных свищей различной этиологии 15

В. Г. Кожухарь, М. Ю. Скворцова

Учебный процесс на кафедре гистологии и эмбриологии им. профессора А.Г. Кнорре: традиции, современность и перспективы.....26

ГИГИЕНА

Д. А. Земляной, Е. А. Потапова

Влияние дистанционных технологий на образ жизни и здоровье обучающихся в медицинском вузе 35

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

*А. Д. Донцова, Т. О. Новикова,
Е. С. Маньлова*

Утилитарное отношение к заболеванию у подростков с дерматологической патологией 43

ORIGINAL PAPERS

*E. E. Korchagin, I. V. Ivanov, D. L. Lozhkin,
P. S. Zhegalov, O. R. Shwabsky,
S. V. Dranishnikov, O. A. Gavriilyuk*

The experience of implementing clinical guidelines requirements in the practice of a medical organization.....4

*D. S. Rusanov, A. V. Kochetkov,
M. V. Antipova, A. O. Avetisyan,
I. A. Tabanakova, S. M. Hasanmagomedov,
D. A. Zaitsev, A. M. Spirina*

Possibility and results of application of endoscopic vacuum therapy in the treatment of esophageal-pleural fistulas of various etiologies..... 15

V. G. Kozhukhar, M. Y. Skvortsova

The educational process at the Department of Histology and Embryology named after professor A.G. Knorre: traditions, modernity and prospects....26

HYGIENE

D. A. Zemlyanoy, E. A. Potapova

The impact of distance learning technologies on the lifestyle and health of students at a medical university..... 35

MEDICAL PSYCHOLOGY

*A. D. Dontsova, T. O. Novikova,
E. S. Manylova*

The utilitarian attitude towards disease among the adolescents with dermatological pathology..... 43

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Г. Л. Микиртчян, О. А. Джарман

Взгляды на ребенка, его права и защиту от жестокого обращения в период античности и в Византии 55

С. Б. Маньшев, К. Б. Маньшева

Из истории кафедры нервных болезней Дагестанского медицинского института в годы Великой Отечественной войны (1941–1945) 81

ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов 91

HISTORY OF MEDICINE

G. L. Mikirtichan, O. A. Jarman

Views on the children, their rights and protection from abuse in Greco-Roman Antiquity and in Byzantium 55

S. B. Manyshev, K. B. Manysheva

From the history of the Department of Nervous Diseases of the Daghestan Medical Institute during the Great Patriotic war (1941–1945) 81

INFORMATION

Rules for Authors 91

УДК 616.34-071+616.33-002.44-005.1-08+614.255.1+006.03

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

© Егор Евгеньевич Корчагин¹, Игорь Владимирович Иванов², Дмитрий Леонидович Ложкин¹, Павел Сергеевич Жегалов¹, Олег Рудольфович Швабский², Сергей Владимирович Дранишников¹, Оксана Александровна Гаврилюк³

¹ Краевая клиническая больница. 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3а

² Национальный институт качества Росздравнадзора. 109074, Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1

³ Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1

Контактная информация: Егор Евгеньевич Корчагин — главный врач больницы. E-mail: eekor@medgorod.ru

Поступила: 02.02.2021

Одобрена: 25.02.2021

Принята к печати: 25.03.2021

РЕЗЮМЕ: В Российской Федерации медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на всей территории РФ. Каждая медицинская организация должна обязательно в своей деятельности опираться на утвержденные клинические рекомендации (КР). Однако требуется переработка КР под условия каждой медицинской организации с учетом имеющихся ресурсов, инфраструктуры, обученных специалистов и т.п. В Краевой клинической больнице № 1 г. Красноярска разрабатываются стандарты учреждения (СТУ), базирующиеся на утвержденных клинических рекомендациях. В статье приведен пример разработки стандарта Краевой клинической больницы «Порядок оказания медицинской помощи при гастродуоденальных кровотечениях» на основе клинических рекомендаций. С введением стандарта в действие улучшилось взаимодействие врачей при поступлении пациентов с подозрением на язвенные гастродуоденальные кровотечения. Все врачи хорошо знают и выполняют требования СТУ. В результате удастся обеспечить выполнение более строгих временных нормативов, чем установлено в Приказе Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», а также оказывать медицинскую помощь в полном соответствии с требованиями клинических рекомендаций.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: клинические рекомендации; язвенные гастродуоденальные и гастроэюнальные кровотечения; порядки и стандарты оказания медицинской помощи; медицинская помощь; медицинская организация; стандарты учреждения.

THE EXPERIENCE OF IMPLEMENTING CLINICAL GUIDELINES REQUIREMENTS IN THE PRACTICE OF A MEDICAL ORGANIZATION

© Egor E. Korchagin¹, Igor V. Ivanov², Dmitry L. Lozhkin¹, Pavel S. Zhegalov¹, Oleg R. Shwabsky², Sergey V. Dranishnikov¹, Oksana A. Gavrilyuk³

¹Regional Clinical Hospital. 660022, Partizana Zheleznyaka str., 3a, Krasnoyarsk, Russia

²National Quality Institute of Roszdravnadzor. 1109074, Slavianskaya square, 4, building 1, Moscow, Russia

³Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky. 660022, Partizana Zheleznyaka str., 1, Krasnoyarsk, Russia

Contact information: Egor E. Korchagin — chief physician of the hospital. E-mail: eekor@medgorod.ru

Received: 02.02.2021

Revised: 25.02.2021

Accepted: 25.03.2021

ABSTRACT: Medical care in the Russian Federation is organized and provided in accordance with the procedures and standards for the provision of medical care, which are obligatory throughout the Russian Federation. Each healthcare organization is required to follow approved clinical guidelines in its activities. However, the clinical guidelines need to be revised to suit the conditions of each healthcare organization, taking into account available resources, infrastructure, qualified specialists, etc. The Regional Clinical Hospital develops institutional standards (IS) based on approved clinical guidelines. The article provides an example of the development of a regional clinical hospital standard «Procedure for medical care for gastroduodenal bleeding» based on the clinical guidelines. All doctors are well aware of and comply with the institutional standards. As a result, compliance with stricter time limits than those set out in Order 203n, as well as providing care in full compliance with clinical guidelines, can be ensured.

KEY WORDS: clinical guidelines; gastroduodenal ulcers and gastrojejunal bleedings; the rules and standards of medical care; medical care; healthcare organization; institutional standards.

Бурное развитие медицинской науки, появление новых методов диагностики и лечения требуют от врачей применения технологий с наиболее предсказуемым результатом. Наиболее эффективный и безопасный метод диагностики или лечения должен определяться не на богатом опыте конкретного врача, а на основе исследований, построенных на определенных правилах, в которых задействованы многие медицинские организации. Такой подход применяется в медицинской практике многих стран. В 2015 году в Российской Федерации впервые введен Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 56034-2014 «Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения» [2].

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепляет, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на всей территории РФ [9]. Клинические рекомендации могут служить основой для доказательной медицинской практики.

Клинические рекомендации (КР) — это систематически разрабатываемые документы с целью поддержки принятия решения практикующим врачом и пациентом для обеспечения надлежащей медицинской помощи в конкретной клинической ситуации [6].

В соответствии с ч. 2 ст. 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ клинические рекомендации разрабатывают и утверждают меди-

The rapid development of medical science, the emergence of new diagnosis and treatment methods require doctors to use technologies with the most predictable results. The most effective and safe diagnostic and treatment methods should be based on the results of standardized research in which many health care institutions are involved rather than on personal experience of medical practitioners. This approach is used in the medical practice of many countries. In 2015, the Russian Federation introduced for the first time the National Standard of the Russian Federation GOST R 56034-2014 «Clinical guidelines (treatment protocols). General provisions» [2].

Federal Law No. 323 dated 21.11.2011. «On the Basics of Public health protection in the Russian Federation» stipulates that medical care is organized and provided in accordance with the procedures and standards that are mandatory throughout the Russian Federation [9]. Clinical guidelines can serve as a basis for evidence-based medical practice.

Clinical guidelines (CGs) are systematically developed documents to support decision-making by the practitioner and the patient to ensure appropriate medical care in a specific clinical situation [6].

In accordance with Part 2 of Article 76 of the Russian Federation Federal Law No. 323-FZ dated 21.11.2011., clinical guidelines are developed and approved by non-profit professional medical institutions. The requirements for CGs registration are

цинские профессиональные некоммерческие организации. Требования к оформлению КР устанавливаются Минздравом России [8].

Целью клинических рекомендаций является определение алгоритма ведения больного, диагностики и лечения. В соответствии с разъяснениями Минздрава России, КР не устанавливают единообразных «шаблонных» требований к лечению всех пациентов, а содержат логистическую структуру действий врача, с использованием доказавших свою эффективность методов диагностики и лечения, выбор которых определяется индивидуальными особенностями течения болезни, сопутствующими заболеваниями, половозрастными характеристиками пациента и другими факторами [5]. Они дают возможность лечащему врачу выбрать необходимую тактику в каждом конкретном случае, не допустив серьезных ошибок.

Кроме клинических рекомендаций существуют стандарты медицинской помощи, которые используются для планирования и экономических расчетов, в частности при подготовке программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Стандарты — это технологические карты, разработанные на основе клинических рекомендаций, представляющие собой перечень услуг, лекарств, медицинских изделий и других компонентов лечения, которые могут использоваться при конкретном заболевании, с усредненными частотой и кратностью их представления в группе больных с данным заболеванием.

Кроме клинических рекомендаций, разрабатываемых российскими специалистами, весьма полезными довольно часто бывают клинические рекомендации, консенсусы, разрабатываемые и принимаемые ассоциациями специалистов других стран [1]. Использование их требований позволяет вносить изменения в текущие алгоритмы на основе доказательной базы мирового уровня.

Клинические рекомендации активно используются в мировой практике. Они помогают врачу в каждом конкретном случае выработать правильную тактику диагностики и лечения. Вместе с тем перечень их пока ограничен, а скорость внесения изменений в них довольно высока, так как медицинская наука развивается очень быстро.

Каждая медицинская организация должна обязательно в своей деятельности опираться на утвержденные КР. Однако зачастую эти документы объемны, некоторые их требования могут быть не применимы в конкретной медицинской организации, что зависит от инфраструктуры, оснащения, наличия специалистов. В этих КР говорится, что нужно делать, но не указывается, кто это будет делать, когда, в какой последовательности и т.д.

established by the Russian Federation Health Ministry [8].

The purpose of the clinical guidelines is to determine the algorithm of patient management, diagnosis and treatment. According to the Russian Federation Health Ministry, the CGs do not establish uniform «template» requirements for the treatment of all patients; they provide a logistical structure for the doctor's actions through the use of proven methods of diagnosis and treatment, the choice of which is determined by the individual characteristics of the course of the disease, concomitant disorders, gender and age characteristics of the patient, and other factors [5]. They allow the attending physician to choose the necessary tactics in each specific case without making serious mistakes.

In addition to clinical guidelines, there are standards of medical care that are used for planning and economic calculations, in particular when preparing a program of state guarantees for providing free medical care to citizens. Standards are technological maps developed on the basis of clinical guidelines, representing a list of services, medicines, medical devices and other components of treatment that can be used for a particular disease, with an average frequency and frequency of their presentation in a group of patients with this disease.

In addition to the clinical guidelines developed by Russian specialists, clinical guidelines and consensus developed and adopted by associations of specialists from other countries are often very useful [1]. Using their requirements allows medical practitioners to make changes to current algorithms based on world-class evidence.

Clinical guidelines are widely used in the world practice. They help the doctor in each specific case to develop the correct tactics of diagnosis and treatment. At the same time, the list of them is still limited, and the speed of making changes to them is quite high, since medical science is developing very quickly.

Each healthcare institution must rely on the approved CGs in its activities. However, these documents are often voluminous, and some of their requirements may not be applicable in a particular healthcare institution, which depends on the infrastructure, equipment, and availability of specialists. These CGs state what needs to be done, but do not specify who will do it, when, in what order, etc.

Sometimes it is not easy to understand a multi-page document for a practicing doctor, correctly choosing the necessary actions for a specific situ-

Для практического врача порой непросто разобраться в многостраничном документе, правильно выбрав необходимые действия при конкретной возникшей ситуации. Как показывает опыт, в медицинских организациях федеральные КР есть в наличии. При этом далеко не все сотрудники могут продемонстрировать путь доступа к электронной базе КР: обучение персонала и адаптация документов к возможностям медицинской организации не проводятся, в связи с чем врачи плохо знают требования КР.

Именно поэтому требуется переработка КР под условия каждой медицинской организации с учетом имеющихся ресурсов, инфраструктуры, обученных специалистов и т.п. Для того чтобы сделать эту работу правильно, чтобы врач в результате имел актуальный алгоритм действий при диагностике заболевания у конкретного пациента и его лечении, в Краевой клинической больнице № 1 г. Красноярска с 2014 года разрабатываются стандарты учреждения (СТУ), базирующиеся на утвержденных клинических рекомендациях.

СТУ содержат текстовое описание КР, алгоритмы действий врача в графическом виде, справочные материалы. СТУ разрабатываются ведущими специалистами медицинской организации совместно со специалистами, которые далее будут выполнять эту работу (дежурные врачи, медсестры, сотрудники различных подразделений).

Далее в статье приведен пример разработки стандарта краевой клинической больницы «Порядок оказания медицинской помощи при гастродуоденальных кровотечениях» на основе клинических рекомендаций [3, 6].

ПОРЯДОК РАЗРАБОТКИ СТАНДАРТА УЧРЕЖДЕНИЯ

Для разработки порядка оказания медицинской помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях была создана рабочая группа под руководством заместителя главного врача по хирургии. В рабочую группу вошли заведующие хирургическим отделением и отделением эндоскопии, а также сотрудник службы качества и специалисты других подразделений больницы.

На первом совещании члены рабочей группы на основе клинических рекомендаций, информации о лучшей практике и опыта врачей краевой клинической больницы составляют схему последовательности действий медицинского персонала при поступлении пациента с признаками язвенного гастродуоденального кровотечения.

Затем сотрудник службы качества оформляет графическую схему в соответствии с правилами, принятыми в краевой клинической больнице, и

ation. As experience shows, the federal CGs are available in healthcare institutions. Herewith not all employees can demonstrate the way to access the electronic database of the CGs, staff training and documents adjustment to the healthcare institution potential are not carried out, and therefore, doctors are not fully aware of the requirements of the CGs.

That is why it is necessary to revise the CGs trying to make them fit each particular healthcare institution environment, taking into account available resources, infrastructure, the level of specialists' qualification, etc. In order to do this work correctly and provide the doctors with an up-to-date algorithm of actions to diagnose and treat the disease in a particular patient, institutional standards (ISs) based on approved clinical recommendations have been developed in Krasnoyarsk Regional Clinical Hospital since 2014.

The ISs contain a text description of the CGs, algorithms of the doctor's actions in a graphic form, and reference materials. The ISs are developed by the leading specialists of the healthcare institution together with the specialists who will continue to perform this work (on-duty doctors, nurses, employees of various departments).

The article provides an example of the development of the regional clinical hospital standard «Procedure for providing medical care for gastroduodenal bleeding» which is based on clinical guidelines [3, 6].

THE PROCEDURE FOR THE DEVELOPMENT OF INSTITUTIONAL STANDARDS

To develop the procedure for providing medical care for ulcerative gastroduodenal bleeding, there was established a working group under the leadership of the Deputy Chief Physician for Surgery. The working group included the Heads of the Surgical Department and the Endoscopy Department, as well as the employees of the quality service and other departments of the hospital.

Taking into account the existing clinical guidelines (CGs), information about the best clinical practices and the experience of the doctors of the Regional Clinical Hospital, at the first meeting the members of the working group draw up a diagram of the sequence of the medical personnel's actions when in a situation where a patient with the signs of ulcerative gastroduodenal bleeding is admitted.

направляет ее каждому члену рабочей группы. Получив оформленную схему, члены рабочей группы анализируют ее и при необходимости вносят изменения и дополнения. Как правило, в первом варианте схемы трудно учесть все аспекты (моменты) процесса оказания медицинской помощи.

На следующем заседании рабочей группы обсуждаются внесенные каждым членом рабочей группы замечания и дополнения, составляется второй вариант схемы. Сотрудник службы качества снова оформляет схему последовательности действий персонала и направляет ее членам рабочей группы. Сопровождения рабочей группы проводятся до достижения полного согласия всех ее участников.

Руководитель группы следит за тем, чтобы все требования клинических рекомендаций были включены в схему последовательности действий. Кроме того, важно, чтобы критерии качества в соответствии с Приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (табл. 1) также были учтены при составлении графической схемы (включены в графическую схему) [7].

В таблице 2 приведен фрагмент клинических рекомендаций, а на рисунке 1 — фрагмент схемы, составленный в соответствии с этими рекомендациями и практикой/опытом врачей краевой клинической больницы.

Then the quality service employee draws up a graphical scheme of the process of medical care provision in accordance with the rules adopted at the Regional Clinical Hospital, and sends it to each member of the working group. Having received the formalized scheme, the members of the working group analyze it and, if necessary, make changes and additions. As a rule, it is difficult to take into account all aspects of the process of medical care provision in the first version of the scheme.

At the next meeting of the working group, the comments and additions made by each member of the working group are discussed, and the second version of the scheme is elaborated. The employee of the quality service modifies the scheme of the sequence of the medical personnel's actions and sends it to the members of the working group. Meetings of the working group are held until the full agreement of all its participants is reached.

The team leader ensures that all the requirements of the clinical guidelines are included in the sequence of actions diagram. In addition, it is important that the quality criteria in accordance with the Order of the Russian Health Ministry dated 10.05.2017. N 203n "On approval of criteria for assessing the quality of medical care" (Table 1) are also taken into account when drawing up the graphical scheme (or included in the scheme) [7].

Таблица 1

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при язвенных гастродуоденальных и гастроэюнальных кровотечениях

Table 1

Quality criteria for specialized medical care for adults with gastroduodenal ulcers and gastrojejunal bleedings

Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	The examination was performed by a surgeon no later than 1 hour from the moment of admission to the hospital
Выполнена эзофагогастродуоденоскопия не позднее 1,5 часа от момента поступления в стационар	Esophagogastroduodenoscopy was performed no later than 1.5 hours from the moment of admission to the hospital
Выполнен эндоскопический гемостаз не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Endoscopic hemostasis was performed no later than 2 hours after admission to the hospital
Выполнена оценка риска рецидива кровотечения по Форресту	The risk of recurrent bleeding assessment according to Forrest was performed
Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 12 часов от момента поступления в стационар (при неэффективности эндоскопического гемостаза)	Surgical intervention was performed no later than 12 hours from the moment of admission to the hospital (if endoscopic hemostasis is ineffective)
Выполнено внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией на протяжении не менее 72 часов от момента выполнения эндоскопического гемостаза (при отсутствии медицинских противопоказаний и при высоком риске рецидива кровотечения и/или при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству)	Intravenous bolus administration of proton pump inhibitors followed by continuous infusion was being performed for at least 72 hours from the moment of endoscopic hemostasis (in the absence of medical contraindications and with a high risk of recurrent bleeding and/or in the presence of medical contraindications to surgical intervention)
Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Infusion-transfusion therapy was performed (in the absence of medical contraindications)

Таблица 2

Фрагмент клинических рекомендаций «Язвенные гастродуоденальные кровотечения»

Table 2

Fragment of the clinical guidelines “Ulcerative gastroduodenal bleeding”

<p>Раздел I. Клинические рекомендации по ведению больных на догоспитальном этапе</p> <p>Все пациенты с язвенными гастродуоденальными кровотечениями должны быть госпитализированы в хирургический стационар или ОРИТ.</p> <p>Возможно введение ингибиторов протонной помпы на догоспитальном этапе.</p> <p>Рекомендуется постоянная назогастральная интубация. Для оценки тяжести кровопотери рекомендуется использовать оценочные шкалы (Горбашко А.И., 1974) и определение параметров ОЦК.</p> <p>При тяжелой кровопотере необходима госпитализация пациента в ОРИТ.</p> <p>Протоколы клинического обследования пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, необходимых лабораторных и инструментальных исследований должны быть стандартизированы каждым лечебным учреждением самостоятельно</p>	<p>Section I. Clinical guidelines for the patients care at the prehospital stage</p> <p>All patients with ulcerative gastroduodenal bleeding should be admitted to a surgery department or ICU.</p> <p>It is possible to administer proton pump inhibitors at the prehospital stage.</p> <p>Permanent nasogastric intubation is recommended.</p> <p>To assess the severity of blood loss, it is recommended to use evaluation scales (A. I. Gorbashko, 1974) and the determination of CBV parameters.</p> <p>In case of severe blood loss, the patient must be hospitalized in the ICU.</p> <p>Protocols for clinical examination of patients with ulcerative gastroduodenal bleeding, necessary laboratory and instrumental studies should be standardized by each medical institution independently</p>
<p>Раздел II. Диагностическая и лечебная эндоскопия</p> <p>Пациентам с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано выполнение ЭГДС в течение первых двух часов от госпитализации.</p> <p>Рекомендована стратификация пациентов по классификации J.F. Forrest (1974).</p> <p>При продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FII-B) необходим эндоскопический гемостаз.</p> <p>При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения.</p> <p>При наличии сгустка в дне язвы рекомендуется полностью его удалить с помощью орошения с последующей обработкой язвы</p>	<p>Section II. Diagnostic and therapeutic endoscopy</p> <p>It is recommended to perform EGDS within the first two hours of hospitalization for the patients with ulcerative gastroduodenal bleeding.</p> <p>It is recommended to stratificate patients according to the J.F. Forrest (1974) classification.</p> <p>In case of continued bleeding from the ulcer (FI-A, FII-B), endoscopic hemostasis is required.</p> <p>In case of FII-A, FII-B bleeding, endoscopic prevention of recurrent bleeding is recommended.</p> <p>If there is a clot in the bottom of the ulcer, it is recommended to completely remove it by irrigation with subsequent treatment of the ulcer</p>

На рисунке 1 приведены ссылки на клинические рекомендации из таблицы 2. Как мы видим, все пункты клинических рекомендаций и критерии качества в соответствии с Приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» в схеме учтены.

После того, как подготовлен окончательный вариант графической схемы, руководитель рабочей группы составляет текстовое описание каждого действия, приведенного в схеме. В таблице 3 приведен фрагмент текстового описания порядка оказания медицинской помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, соответствующий схеме на рисунке 1. Окончательное оформление стандарта учреждения осуществляет служба качества.

После согласования и утверждения стандарта главным врачом руководитель команды разработчиков документа проводит обучение сотрудников, на которых распространяются требования данного локального документа.

Table 2 shows a fragment of the clinical guidelines, and Figure 1 shows a fragment of the scheme, drawn up in accordance with these recommendations and the practice / experience of the doctors of the Regional Clinical Hospital.

The figure shows the links to the clinical guidelines from Table 2. As we can see, all the points of the clinical guidelines and the quality criteria in accordance with the Order of Russian Health Ministry from 10.05.2017. N 203n «On approval of criteria for assessing the quality of medical care» are taken into account in the scheme.

After the final version of the graphic flowchart is prepared, the head of the working group makes a text description of each action shown in the scheme. Table 3 shows a fragment of the text description of the procedure for providing medical care for the ulcerative gastroduodenal bleeding, corresponding to the scheme in Figure 1. The final design of the institution's standard is carried out by the quality service.

After the standard is agreed and approved by the chief medical officer, the head of the document

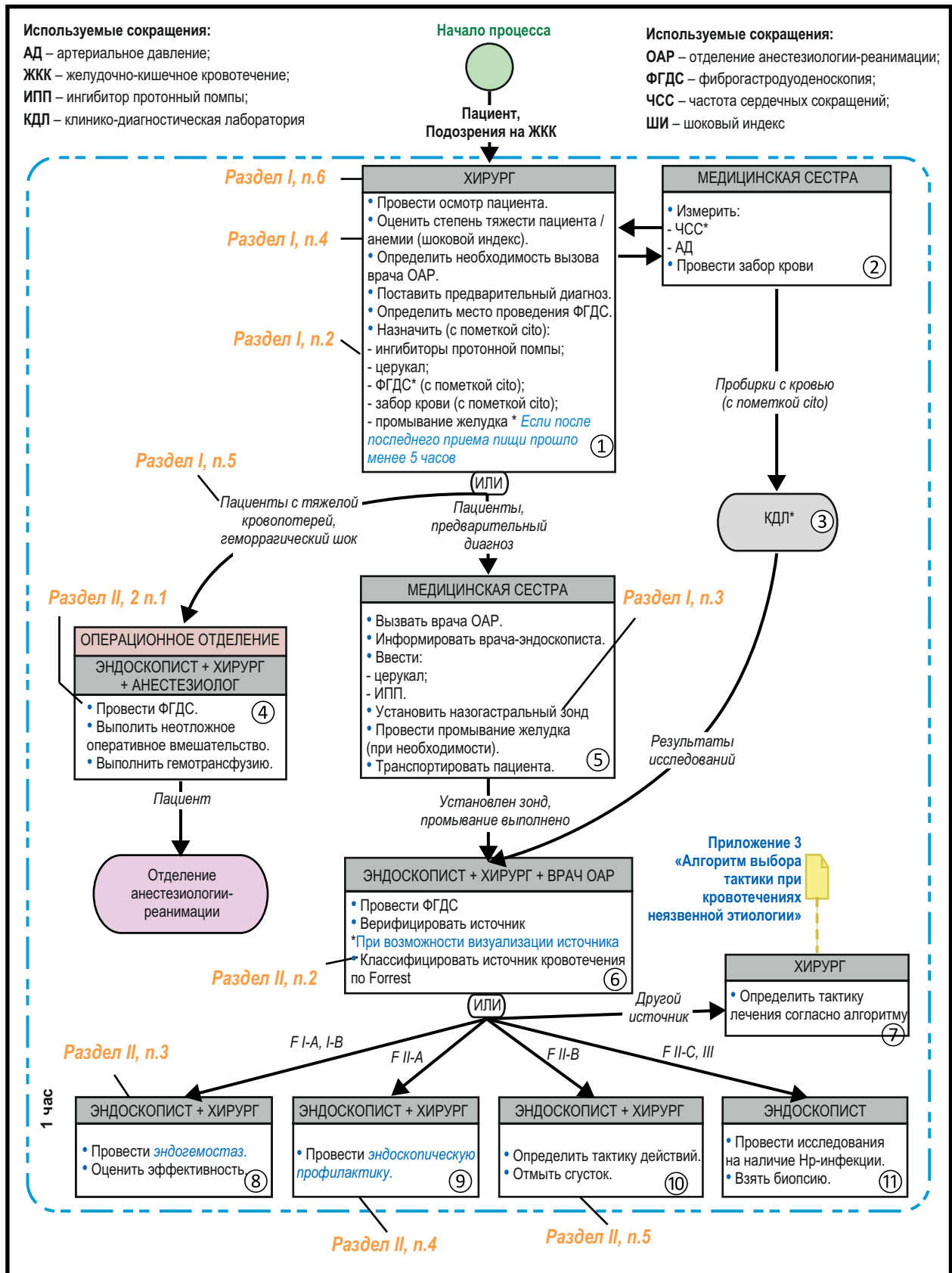


Рис. 1. Фрагмент схемы процесса «Порядок оказания медицинской помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях»

Fig. 1. Fragment of the process flowchart “Procedures for medical care for gastroduodenal ulcer bleeding”

С введением стандарта в действие улучшилось взаимодействие врачей при поступлении пациентов с подозрением на язвенные гастроудоденальные кровотечения. Все врачи хорошо знают и выполняют требования СТУ. В результате удастся обеспечить выполнение более строгих временных нормативов, чем установлено в Приказе № 203н, а также оказывать медицинскую помощь в полном соответствии с требованиями клинических рекомендаций.

Структурирование медицинской помощи пациентам с помощью стандартов учреждения СТУ,

development team trains the employees who are subject to the requirements of this local document.

With the introduction of the standard, the interaction of doctors in the admission of patients with suspected ulcerative gastroduodenal bleeding has improved. All doctors are knowledgeable and adhere to the IS (Institutional Standards) requirements. As a result, it is possible to ensure the implementation of more stringent time standards than established by Order N 203n, as well as to provide medical care in full compliance with the requirements of clinical guidelines.

Таблица 3

Пример тестового описания фрагмента схемы процесса «Порядок оказания медицинской помощи при язвенных гастроудоденальных кровотечениях»

Table 3

An example of test description of the scheme fragment for the process “Procedure of medical care for gastroduodenal ulcer bleedings”

<p>1. При поступлении пациента с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение врач-хирург осматривает пациента в приемном/стационарном отделении в соответствии со стандартом осмотра неотложного хирургического пациента.</p> <p>По результатам осмотра врач-хирург:</p> <ul style="list-style-type: none"> • определяет шоковый индекс Альговера. Для оценки степени кровопотери и степени тяжести пациента (Приложение 1); • устанавливает предварительный диагноз (желудочно-кишечное кровотечение, язвенная болезнь, осложненная кровотечением, анемия и т.п.); • определяет место дальнейшего обследования пациента в зависимости от тяжести состояния. При шоковом индексе более 1,5 дальнейшие действия выполняются в соответствии с п. 4 данного стандарта учреждения. При наличии шокового индекса более 1, но менее 1,5 необходимо вызвать реаниматолога и дальнейшее обследование пациента необходимо проводить в сопровождении реаниматологической бригады; • назначает с пометкой СИТО!: <ul style="list-style-type: none"> – ИПП в дозе 80 мг в/в болюсно; – церукал 2 мл в/в болюсно; – установку желудочного зонда; при наличии факта употребления пациентом пищи в течение последних 5 часов необходимо назначить промывание желудка; – назначает ФГДС и забор крови для лабораторного исследования с пометкой СИТО! Минимальный объем для лабораторного исследования: гемоглобин, эритроциты, гематокрит, тромбоциты, группа крови, резус-фактор, фенотип 	<p>1. When a patient is admitted with suspected gastrointestinal bleeding, the surgeon examines the patient in the emergency/ inpatient department in accordance with the standard of examination of an emergency surgical patient.</p> <p>According to the results of the examination, the surgeon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • determines the Algover shock index; • to assess the degree of blood loss and the severity of the patient (Appendix 1); • establishes a preliminary diagnosis (gastrointestinal bleeding, peptic ulcer disease, complicated by bleeding, anemia, etc.); • determines the place of further examination of the patient, depending on the severity of the condition. If the shock index is more than 1.5, further actions are performed in accordance with point 4 of this organization standard. If the shock index is more than 1, but less than 1.5, it is necessary to call a resuscitator and further examination of the patient should be carried out accompanied by a resuscitation team. • appoints marked CITO!: <ul style="list-style-type: none"> – PPIs at a dose of 80 mg iv bolus; – cerucal 2 ml i.v. bolus; – installation of a gastric tube. If there is a fact that the patient has consumed food within the last 5 hours, it is necessary to prescribe gastric lavage. – prescribes FGDS and blood sampling for laboratory testing marked CITO! The minimum laboratory test includes: hemoglobin, red blood cells, hematocrit, platelets, blood type, Rh factor, and phenotype
<p>2. Одновременно с осмотром врача-хирурга медицинская сестра отделения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • производит измерение АД, ЧСС; • проводит забор крови для лабораторного исследования. <p>Пробирки с кровью медицинская сестра направляет в экспресс-отдел клиничко-диагностической лаборатории (далее — КДЛ) с пометкой СИТО!</p>	<p>2. Simultaneously with the examination of the surgeon, the nurse of the department:</p> <ul style="list-style-type: none"> • measures blood pressure, heart rate; • conducts blood sampling for laboratory testing. <p>The test tubes with blood are sent by the nurse to the express department of the clinical and diagnostic laboratory (hereinafter referred to as the CDL) marked CITO!</p>
<p>3. Специалист-лаборант экспресс-отдела КДЛ, получив биоматериал, проводит исследования. Результаты исследования вносит в qMS</p>	<p>3. A specialist-laboratory assistant of the express department of the CDL, having received the biomaterial, conducts research. The results of the study are included in the qMS</p>

Таблица 3. Окончание
Table 3. Ending

<p>4. При выявлении у пациента клинической картины продолжающегося кровотечения и тяжелого геморрагического шока (шоковый индекс более 1,5, рвота кровью, анемия средней или тяжелой степени) врач-хирург обязан в экстренном порядке организовать транспортировку пациента в операционную для проведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • экстренной диагностической ФГДС с целью верификации источника кровотечения; • оперативного вмешательства. <p>Одновременно с направлением пациента в операционную врач-хирург информирует врача-эндоскописта и трансфузиолога о предстоящих мероприятиях. Объем хирургического пособия минимально необходимый — прошивание источника кровотечения (по показаниям допускается оставление лапаростомы для последующей радикальной операции). При невозможности закончить операцию прошиванием (каллезная язва с краевой перфорацией) необходимо стабилизировать состояние пациента на операционном столе и выполнить необходимый объем.</p> <p>Во всех случаях для определения тактики необходимо получить консультацию абдоминального врача-хирурга (в том числе дистанционно).</p> <p>После завершения оперативного вмешательства пациент переводится в отделение анестезиологии-реанимации для проведения интенсивной терапии.</p> <p>Вопрос о месте проведения гемотрансфузии принимается индивидуально</p>	<p>4. If the patient has a clinical picture of continuing bleeding and severe hemorrhagic shock (shock index greater than 1.5, vomiting of blood, anemia of moderate or severe degree), the surgeon must urgently arrange for the patient to be transported to the operating room for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • emergency diagnostic FGDS to verify the source of bleeding; • surgical intervention. <p>Simultaneously with the patient's referral to the operating room, the surgeon informs the endoscopist and the transfusionologist about the upcoming events. Minimal surgical care includes suturing the source of bleeding (according to the indications, it is allowed to leave the laparostomy for subsequent radical surgery).</p> <p>If it is impossible to finish the operation by stitching (callous ulcer with marginal perforation), it is necessary to stabilize the patient's condition on the operating table and perform the necessary actions.</p> <p>In all cases, to determine the tactics, it is necessary to consult an abdominal surgeon (including remotely).</p> <p>After the surgical intervention is completed, the patient is transferred to the department of anesthesiology-resuscitation for intensive care.</p> <p>The issue of the blood transfusion performing is taken individually</p>
<p>5. Если у пациента нет клинической картины тяжелого геморрагического шока, то медицинская сестра, получив назначения врача-хирурга:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вызывает врача — анестезиолога-реаниматолога; • информирует сотрудников эндоскопического кабинета; • вводит препараты (церукал, ИПП); • устанавливает зонд, промывает желудок; • транспортирует пациента в эндоскопический кабинет 	<p>5. If the patient does not have a clinical picture of severe hemorrhagic shock, the nurse, having received the appointment of a surgeon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • calls the anesthesiologist-resuscitator; • informs the staff of the endoscopy room; • introduces drugs (cerucal, PPIs); • installs the probe, cleans the stomach; • transports the patient to the endoscopy room
<p>6. Врач-эндоскопист проводит ФГДС. При этом обязан присутствовать врач-хирург (врач — анестезиолог-реаниматолог). При проведении эндогемостаза врач-эндоскопист:</p> <ul style="list-style-type: none"> • верифицирует источник кровотечения; • при выявлении язвенного кровотечения классифицирует источник кровотечения по Forrest (Приложение 2) 	<p>6. The endoscopist performs FGDS. At the same time, a surgeon (an anesthesiologist-resuscitator) must be present there. When performing endohemostasis, an endoscopist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verifies the source of bleeding; • when detecting ulcerative bleeding, classifies the source of bleeding according to Forrest (see Appendix 2)
<p>7. При выявлении скрытого кровотечения или неязвенного характера кровотечения врач-хирург определяет дальнейшую тактику лечения в соответствии с Приложением 3</p>	<p>7. If latent bleeding or non-ulcer nature of bleeding is detected, the surgeon determines the further treatment tactics in accordance with Appendix 3</p>

основанных на клинических рекомендациях и по другим нозологиям, позволяет сократить время обследования за счет лучшего взаимодействия персонала при оказании медицинской помощи, а также снизить количество ошибок, допускаемых персоналом при оказании помощи [4, 10].

ВЫВОДЫ

Прямое использование КР в клинической практике конкретной медицинской организации без адаптации к конкретным условиям затруднительно.

Structuring medical care for patients using the institution's standards (IS), based on clinical guidelines and other nosologies, allows to reduce the examination time due to better interaction of the staff in providing medical care, as well as to reduce the number of errors made by the staff in providing care [4, 10].

CONCLUSIONS

Direct use of CGs in the clinical practice of a particular healthcare institution is difficult without their adjustment to specific institutional environment.

Для успешного внедрения требований КР в учреждении необходимо с участием всех заинтересованных специалистов разработать локальные документы, учитывающие требования актуальных КР, иных нормативно-правовых актов.

Для успешного применения требований КР необходимо активное обучение этим документам врачей, с регулярным контролем со стороны руководителей, отвечающих за организацию медицинской помощи по конкретному направлению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркун Алан Н., Алмади Маджид., Ernst J. Kuipers, Лорейн Лейн. Оказание медицинской помощи при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта не связанных с варикозным расширением вен. Рекомендации Международной консенсусной группы. 2019. Доступен по: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-1795> (дата обращения: 12.01.2021)
2. ГОСТ Р 56034-2014. Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения. Доступен по: <https://base.garant.ru/71003526/> (дата обращения: 12.01.2021).
3. Клинические рекомендации. М.: ФГБУ «ЦЭКМП»; 2018. Доступен по: <https://rosmedex.ru/standart/clinrec/> (дата обращения: 13.01.2021).
4. Корчагин Е.Е., Головина Н.И., Дранишников С.В. и др. Опыт внедрения системы менеджмента качества в краевой клинической больнице — от теории к практике. Вестник Росздравнадзора. 2017; 6: 17–24.
5. Кулаков А.А., Вагнер В.Д., Брайловская Т.В. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи: их значение и общие подходы к созданию. Вестник Росздравнадзора. 2017; 6: 57–60.
6. Общероссийская общественная организация Российское общество хирургов. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Клинические рекомендации. Москва–Воронеж; 2014.
7. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи. Доступен по: <https://www.ano-nrc.ru/upload/iblock/prikaz-minzdrava-rossii-ot-10-05-2017-n203n.pdf> (дата обращения: 12.01.2021).
8. Требования к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2018. Доступен по: <https://rosmedex.ru/wp-content/uploads/2017/09/Trebovaniya-k-KR.pdf> (дата обращения: 13.01.2021).
9. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Доступен по: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (дата обращения: 12.01.2021).

For the successful implementation of the CGs requirements in a healthcare institution, it is necessary to develop local documents with the participation of all stakeholders, taking into account the requirements of the current CGs and other regulatory legal acts.

For the successful application of the CGs requirements, it is necessary to train doctors to work with these documents under regular supervision of managers who are responsible for medical care provision in a specific area.

10. Шнякин П.Г., Корчагин Е.Е., Николаева Н.М. и др. Результаты внедрения стандартизации процесса госпитализации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в региональном сосудистом центре. Нервные болезни. 2017; 1: 3–9.

REFERENCES

1. Barkun Alan N., Almadi Madzhid., Ernst J. Kuipers, Loreyn Leyn. Okazanie meditsinskoj pomoshchi pri krvotecheniyakh iz verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta ne svyazannykh s varikozyem rasshireniem ven. Rekomendatsii Mezhdunarodnoy konsensusnoy gruppy. 2019. [Providing medical care for bleeding from the upper gastrointestinal tract that is not associated with varicose veins. Recommendations of the International Consensus Group. 2019]. Available at: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-1795> (accessed: 12.01.2021) (in Russian)
2. GOST R 56034-2014. Klinicheskie rekomendatsii (protokoly lecheniya). Obschie polozheniya. [Clinical guidelines (treatment protocols). General Provisions]. Available at: <https://base.garant.ru/71003526/> (accessed: 12.01.2021). (in Russian)
3. Klinicheskie rekomendatsii. [Clinical guidelines]. M.: The Health Care Expertise and Quality Control Centre; 2018. Available at: <https://rosmedex.ru/standart/clinrec/> (accessed 13.01.2021). (in Russian)
4. Korchagin E., Golovina N., Dranishnikov S. i dr. Opyt vnedreniya sistemy menedzhmenta kachestva v kraevoy klinicheskoy bol'nitse — ot teorii k praktike. [Experience of implementing a quality management system in a regional teaching hospital — from theory to practice]. Vestnik Roszdravnadzor. 2017; 6: 17–24. (in Russian)
5. Kulakov A., Wagner V., Brailovskaya T. Klinicheskie rekomendatsii (protokoly lecheniya) po voprosam okazaniya meditsinskoj pomoshchi: ikh znachenie i obshchie podkhody k sozdaniyu. [Clinical guidelines (treatment protocols) for health care delivery: their significance and general approaches to establishment]. Vestnik Roszdravnadzor. 2017; 6: 57–60. (in Russian)
6. Obshcherossiyskaya obshchestvennaya organizatsiya Rossiyskoe obshchestvo khirurgov. Yazvennye gastroduodenal'nye krvotecheniya. [All-Russian non-govern-

- mental organization. Russian Society of Surgeons. Gastroduodenal ulcer bleeding]. *Klinicheskie rekomendatsii*. Moscow-Voronezh; 2014. (in Russian)
7. Prikaz Minzdrava Rossii ot 10.05.2017 N 203H. Ob utverzhdenii kriteriev otsenki kachestva medicinskoj pomoschi [On the approval of the criteria for assessing the quality of medical care]. Available at: <https://www.anoprc.ru/upload/iblock/prikaz-minzdrava-rossii-ot-10-05-2017-n203n.pdf> (accessed: 12.01.2021). (in Russian)
 8. Trebovaniya k oformleniyu klinicheskikh rekomendatsiy dlya razmeshcheniya v Rubrikatore. [Requirements on the design of clinical guidelines for listing in the Rubricator]. M.: Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii; 2018. Available at: <https://rosmedex.ru/wp-content/uploads/2017/09/Trebovaniya-k-KR.pdf> (accessed 13.01.2021). (in Russian)
 9. Federal'nyy zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ. Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v RF. [On the Basics of Public Health Protection in the Russian Federation]. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (accessed: 12.01.2021). (in Russian)
 10. Shnyakin P., Korchagin E., Nikolaeva N. i dr. Rezul'taty vnedreniya standartizatsii protsessa gospitalizatsii patsientov s ostrym narusheniem mozgovogo krovoobrashcheniya v regional'nom sosudistom tsentre. [Results of implementing standardisation of the hospitalisation process for patients with acute cerebral blood circulation disorder in a regional vascular centre]. *Nerve diseases*. 2017; 1: 3–9. (in Russian)

ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

© Дмитрий Сергеевич Русанов^{2,4}, Александр Владимирович Кочетков¹, Мария Владимировна Антипова^{2,4}, Армен Оникович Аветисян³, Ирина Андреевна Табанакова³, Султан Магомедович Гасанмагомедов², Давид Александрович Зайцев¹, Александра Михайловна Спирина⁵

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины А.М. Никифорова МЧС России. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2

² Городская Мариинская больница. 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56

³ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Минздрава России. 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2–4

⁴ Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

⁵ Городская больница № 26. 196247, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, д. 2

Контактная информация: Дмитрий Сергеевич Русанов — к.м.н., врач-эндоскопист эндоскопического отделения, ассистент кафедры факультетской хирургии им. А.А. Русанова. E-mail: rusanov.vergeltung@yandex.ru

Поступила: 09.02.2021

Одобрена: 19.03.21

Принята к печати: 25.03.2021

РЕЗЮМЕ: В настоящий момент применение различных эндоскопических методов закрытия эзофагоплевральных свищей имеет свои недостатки, ограничения и осложнения. Цель работы — оценка эффективности метода эндоскопической вакуумной терапии в лечении «острых» и «хронических» эзофагоплевральных свищей различной этиологии. В данной работе представлен опыт лечения 9 пациентов с эзофагоплевральными свищами различной этиологии с применением методики эндоскопической вакуумной терапии. У 7 (77,8%) пациентов с «острыми» эзофагоплевральными свищами отмечено полное устранение дефекта верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), у 2 (22,2%) больных с «хроническими» свищами удалось добиться закрытия фистулы лишь на время проведения сеансов терапии, что позволило подготовить пациентов ко второму этапу — стентированию пищевода с последующим хирургическим вмешательством. В 5 (55,5%) случаях лечения свищей по предложенной методике отмечено выздоровление, полное восстановление адекватного перорального питания. В 4 (44,5%) случаях отмечены «поздние» летальные исходы: в двух случаях развитие фибрилляции желудочков, острой сердечно-сосудистой недостаточности и в двух случаях массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). При этом по результатам аутопсии у погибших больных отмечено заживление дефектов стенки пищевода, локализация эмпиемы плевры. Применение эндоскопической вакуумной терапии для лечения «острых» дефектов пищевода различной этиологии является перспективным методом, который ввиду своей безопасности и малой травматичности может быть использован как альтернатива открытому хирургическому вмешательству. При лечении «хронических» свищей метод рассматривается как лечебный этап, предшествующий реконструктивному хирургическому вмешательству.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: несостоятельность ЭГА; эндоскопическая вакуум-терапия; синдром Бурхаве; резекция пищевода.

POSSIBILITY AND RESULTS OF APPLICATION OF ENDOSCOPIC VACUUM THERAPY IN THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL-PLEURAL FISTULAS OF VARIOUS ETIOLOGUES

© *Dmitry S. Rusanov*^{2, 4}, *Alexander V. Kochetkov*¹, *Mariia V. Antipova*^{2, 4}, *Armen O. Avetisyan*³, *Irina A. Tabanakova*³, *Sultan M. Hasanmagomedov*², *David A. Zaitsev*¹, *Alrxandra M. Spirina*⁵

¹ A.M. Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation Medicine of EMERCOM of Russia. 194044, Russia, Saint-Petersburg, Akademika Lebedeva str., 4/2

² City Mariinsky Hospital. 191014, Russia, Saint-Petersburg, Liteiny pr., 56

³ Saint-Petersburg State Research Institute of Phthisiopulmonology of the Ministry of Health of the Russian Federation. 191036, Russia, Saint-Petersburg, Ligovsky pr., 2–4

⁴ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Russia, Saint-Petersburg, Litovskaua str., 2

⁵ City hospital № 26. 196247, Russia, Saint-Petersburg, Kostyshko str., 2

Contact information: Dmitry S. Rusanov — MD, PhD, Endoscopist of the Endoscopic Department, Assistant of the Department of Faculty Surgery named after A.A. Rusanov. E-mail: rusanov.vergeltung@yandex.ru

ABSTRACT: Currently, the use of various endoscopic methods for closing esophagopleural fistulas of various etiologies has its drawbacks, limitations and complications. Purpose of this work is to evaluate the effectiveness of endoscopic vacuum therapy in the treatment of “acute” and “chronic” esophagopleural fistulas of various etiologies. This paper presents the experience of treating 9 patients with esophagopleural fistulas of various etiologies with the use of endosocortical vacuum therapy. In all 7 (77,8%) patients with “acute” esophagopleural fistulas, complete elimination of the defect of the upper gastrointestinal tract was noted, in 2 (20%) patients with “chronic” fistulas, it was possible to close the fistula only for the duration of therapy sessions, which made it possible to prepare patients for the second stage — esophageal stenting with subsequent surgical intervention. In 4 (44,5%) cases, there was a fatal outcome due to increasing cardiovascular insufficiency and pulmonary embolism, while during the pathoanatomic study, complete restoration of the integrity of the esophageal wall and localization of pleural empyema was noted, in 5 (55,5%) — recovery and complete restoration of adequate oral nutrition. The use of endoscopic vacuum therapy for the treatment of “acute” esophageal defects of various etiologies is a promising method, which, due to its safety and low trauma, can be used as an alternative to surgical intervention, in the treatment of “chronic” ones, as a stage preceding reconstructive surgery.

KEY WORDS: anastomotic leakage; endoscopic vacuum therapy; Boerhave syndrome; esophageal resection.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время лечение эзофагоплевральных свищей — многогранная проблема, решение которой возможно лишь объединенными усилиями мультидисциплинарной команды, зачастую объединяющей хирургов, онкологов, фтизиатров, эндоскопистов, реаниматологов. Открытые доступы, эндовидеохирургические подходы и эндоскопические методики лечения эзофагоплевральных фистул различной этиологии имеют свои преимущества, недостатки, ограничения и осложнения. Лечение «острых» эзофагоплевральных свищей как следствие несостоятельности эзофагогастроанастомоза (ЭГА) является краеугольным камнем хирургии рака пищевода. Частота несостоятельности ЭГА при использовании аппаратных анастомозов варьирует от 4,1 до 36,0%, а при использовании ручной техники от 1,6 до 22,0% при показателе летальности 11–45% [2, 7, 11, 13]. Синдром Бурхаве встречается до-

BACKGROUND

At present, the treatment of esophagopleural fistulas is a multifaceted problem, the solution of which is possible only by the combined efforts of a multidisciplinary team, often uniting surgeons, oncologists, phthisiatricians, endoscopists, resuscitators. Open approaches, endovideosurgical approaches, and endoscopic methods of treating esophagopleural fistulas of various etiologies have their own advantages, disadvantages, limitations and complications. Treatment of “acute” esophagopleural fistulas, as a consequence of the failure of esophageal anastomosis, is the cornerstone of esophageal cancer surgery. The incidence of esophageal anastomosis failure when using hardware anastomoses varies from 4.1 to 36.0%, and when using manual techniques from 1.6 to 22.0% with a mortality rate of 11–45% [2, 7, 11, 13]. Boerhaave’s syndrome is quite rare, about

статочно редко, примерно 15% всех случаев разрывов стенки пищевода вне зависимости от этиологии, но в то же время сопровождается достаточно большой летальностью: несмотря на возможности хирургического и консервативного лечения на современном этапе летальность составляет до 35% [8, 14, 16]. При эндоскопических исследованиях и манипуляциях наиболее часто нарушение целостности стенки пищевода в 7–11% наблюдений происходит при внутрисветном стентировании опухолевых стриктур пищевода, а в 1–6% случаев — после эндоскопического склерозирования и лигирования варикозно расширенных вен [1, 3]. Формирование эзофагоплеврального свища реже является осложнением туберкулеза легких и освещено в единичных публикациях [6, 10, 12].

Впервые термин вакуум-ассистированное закрытие — Vacuum Assisted Closure (VAC) — прозвучал в компании Kinetis Concepts, которая стала первопроходцем в производстве профессионального оборудования для лечения отрицательным давлением. С 1990-х гг. XX века вакуумная терапия ран — широко распространенный метод лечения инфицированных ран. Разрежение, передаваемое через специальную пористую губку, позволяет очистить рану от раневого отделяемого, уменьшает отек, стимулирует микроциркуляцию и рост грануляций, способствует уменьшению раневой полости. К настоящему времени во многих странах накопился достаточный опыт применения эндоскопической вакуумной терапии различных состояний, заболеваний, осложнений. Так, R. Weidenhagen и соавт. (2006) впервые эндоскопически применили VAC (EVAC) для лечения несостоятельности ректальных анастомозов, T. Wiecken и соавт. (2008) применили систему для лечения несостоятельности пищеводных и ректальных анастомозов Endo SPONGE [12, 13, 15]. В 2013 г. M. Brangewitz и соавт. опубликовали данные о EndoVAC лечении 32 пациентов с достижением 85% успеха [5]. N. Heits и соавт. представили описание лечения 9 из 10 пациентов методом EVAC [9]. В современной отечественной литературе встречаются лишь единичные результаты и материалы об опыте использования данной методики, а практические аспекты методики, позволяющие добиваться ее максимальной эффективности, точности и безопасности, в настоящее время детально не проработаны [4].

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Оценить эффективность метода эндоскопической вакуумной терапии в лечении «острых»

15% of all cases of rupture of the esophageal wall, regardless of etiology, but at the same time it is accompanied by a rather high mortality rate, despite the possibilities of surgical and conservative treatment at the present stage, the mortality rate is up to 35% [8, 14, 16]. In endoscopic examinations and manipulations, most often violation of the integrity of the esophageal wall occurs in 7–11% of cases with intraluminal stenting of tumor strictures of the esophagus, and in 1–6% of cases — after endoscopic sclerotherapy and ligation of varicose veins [1, 3]. The formation of an esophagopleural fistula is less often a complication of pulmonary tuberculosis and is covered in a few publications [6, 10, 12].

For the first time, the term Vacuum Assisted Closure (VAC) was used by Kinetis Concepts, a pioneer in the production of professional equipment for the treatment of negative pressure. Since the 1990s of the 20th century, vacuum wound therapy is a widespread method of treating infected wounds. Vacuum, transmitted through a special porous sponge, allows you to cleanse the wound from wound discharge, reduces edema, stimulates microcirculation and the growth of granulations, and helps to reduce the wound cavity. To date, many countries have accumulated sufficient experience in the use of endoscopic vacuum therapy for various conditions, diseases, complications. So R. Weidenhagen et al. (2006) first endoscopically used VAC (EVAC) for the treatment of rectal anastomoses leak, Wiecken T et al. (2008) used the Endo SPONGE system for the treatment of esophageal and rectal anastomoses leak [12, 13, 15]. In 2013 M. Brangewitz et al. published data on EndoVAC treatment of 32 patients with an 85% success rate [5]. N. Heits et al. presented a description of the treatment of 9 out of 10 patients with the EVAC method [9]. In the modern domestic literature, there are only a few results and materials about the experience of using this technique, and the practical aspects of the technique, which make it possible to achieve its maximum efficiency, accuracy and safety, have not been worked out in detail at present [4].

AIMS AND OBJECTIVES

To assess the effectiveness of the method of endoscopic vacuum therapy in the treatment of

и «хронических» эзофагоплевральных свищей различной этиологии, показать возможности оптимизации техники доставки EVAC-системы к месту дефекта в стенке пищевода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ лечения 9 (100%) пациентов с полностенными дефектами пищевода, развившимися вследствие перенесенных операций, обострения хронических заболеваний или травм, к которым применен метод VAC-терапии. В период с 2016 по 2020 гг. в различных стационарах Санкт-Петербурга — СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», ФГБУ «НИИ фтизиопульмонологии», ФГБУ «ВЦРЭМ им. А.М. Никифорова» и СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» — пролечено 7 (77,8%) пациентов с «острыми» эзофагоплевральными свищами: трое с несостоятельностью внутриплеврального ЭГА, наложенного при траплевральной резекции пищевода по поводу рака, двое пациентов с синдромом Бурхава. Один больной лечился по поводу травмы пищевода, полученной при эндоскопическом исследовании. Один пациент пролечен по поводу несостоятельности гастроэнтероанастомоза и килы желудка после субтотальной дистальной резекции по поводу рака. Двум больным (22,2%) изучаемый метод применен для закрытия «хронических» эзофагоплевральных свищей туберкулезной этиологии при длительно существующей эмпиеме плевры, ранее неоднократно оперированных по поводу фибринозно-кавернозного туберкулеза. Средний возраст больных составил $53,5 \pm 1,6$ года.

В анамнезе одному (11,1%) пациенту с синдромом Бурхава выполнена попытка ушивания дефекта из лапаротомного доступа на 2-е сутки, что осложнилось несостоятельностью швов. В случае несостоятельности швов килы желудка больному выполнены две релапаротомии с ушиванием зоны дефекта двухрядным швом, которые не привели к успеху.

У всех пациентов наличие дефекта стенки пищевода подтверждено спиральной компьютерной томографией с пероральной контрастной усилением и при помощи рентгеноскопии пищевода с водорастворимым контрастом. Средний размер дефекта стенки пищевода варьировал от 10×4 см до 5×2 см. Наиболее крупным являлся травматический дефект на $2/3$ окружности по правой стенке пищевода протяженностью 10 см у пациентки 82 лет. Самый малый дефект протяженностью 1 см выявлен у пациента с хронической фистулой

“acute” and “chronic” esophagopleural fistulas of various etiologies, to show the possibilities of optimizing the delivery technique of the EVAC system to the defect site in the esophageal wall.

MATERIALS AND METHODS

The analysis of the treatment of 9 (100%) patients with full-wall defects of the esophagus, which developed as a result of previous operations, exacerbation of chronic diseases or injuries, to which the VAC-therapy method was applied. In the period from 2016 to 2020 in various hospitals of St. Petersburg: St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution “City Mariinsky Hospital”, Federal State Budgetary Institution “Research Institute of Phthisiopulmonology”, A.M. Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation Medicine of EMERCOM of Russia and St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution City Hospital № 26 treated 7 (77.8%) patients with “acute” esophagopleural fistulas: three with failure of intrapleural esophageal anastomosis, imposed during trapeural resection of the esophagus for cancer, two patients with Boerhaave syndrome. One patient was treated for a trauma to the esophagus from endoscopic examination. One patient was treated for failure of gastroenteroanastomosis and gastric carina after subtotal distal resection for cancer. In two patients (22.2%), the studied method was used to close “chronic” esophagopleural fistulas of tuberculous etiology with long-standing empyema of the pleura, previously repeatedly operated on for fibrinous-cavernous tuberculosis. The average age of the patients was 53.5 ± 1.6 years.

In the anamnesis, one (11.1%) patient with Boerhaave’s syndrome underwent an attempt to suture the defect from the laparotomic approach on the 2nd day, which was complicated by inconsistency of the sutures. In case of incompetence of the sutures of the stomach keel, the patient underwent two relaparotomies with suturing of the defect zone with a two-row suture, which did not lead to success.

In all patients, the presence of a defect in the esophageal wall was confirmed by spiral computed tomography with oral contrast enhancement and by fluoroscopy of the esophagus with water-soluble contrast. The average size of the defect in the esophageal wall varied from 10×4 cm to 5×2 cm. The largest one was a traumatic defect at $2/3$ of the circumference along the right wall of

туберкулезной этиологии. Все визуализированные дефекты являлись полностенными, у 6 (66,7%) пациентов они открывались в правую плевральную полость, у 1 (11,1%) — в левую, у двух (22,2%) больных имел место наружный свищевой ход, который сообщался через переднее средостение с внешней средой и открывался в правую плевральную полость. Средний срок от момента перфорации до начала эндоскопической вакуумной терапии составил $5 \pm 1,8$ дней. Эндоскопические вмешательства проводили с использованием эндоскопов серии Gif Q180, Q165, H190 и на видеоэндоскопических системах Olympus Exera III, Exera II в условиях общей анестезии. Для фиксации VAC-системы параллельно эндоскопу использовался захват типа «крокодил». Система для эндоскопической вакуумной терапии моделировалась исходя из размеров дефекта, размер полиуретановой губки варьировал от 4 до 7 см в длину. Из стандартной пластины пористой губки с помощью ножниц моделировали первичную губчатую систему, придавая ей цилиндрическую форму. Диаметр губчатого цилиндра соответствовал размерам дефекта, но не превышал диаметр пищевода. Длина моделируемого имплантата определялась протяженностью дефекта с перекрытием края дефекта на 3 см. С помощью зажима желудочный зонд проводили внутрь губки вдоль продольной оси, не доходя 50 мм до ее дистального края. Фиксацию пористой системы осуществляли двумя сквозными П-образными швами, проходящими через ось желудочного зонда и губки. Из свободных концов дистальной нити формировали петлю длиной 2,0–2,5 см для фиксации пористой системы. Доставка до места дефекта параллельно эндоскопу осуществлялась при помощи захвата за предварительно фиксированную к концу системы нить. В 6 (66,7%) случаях доставка VAC-системы к месту дефекта стенки пищевода осуществлялась по методике «за направляющую нить», предварительно фиксированную к концу пористой губки, под рентген-контролем. Способ применялся при размерах дефекта, позволяющих манипулировать эндоскопом в плевральной полости, обязательно при наличии дренажей в плевральной полости или при сформированной торакостоме. Методика обеспечивала безопасное и более точное позиционирование пористой губки относительно стенок дефекта. В дальнейшем система подключалась к источнику постоянного отрицательного давления 80–110 мм рт.ст. Кроме того, у 5 (55,6%) больных проводилась постоянная аспирация из правой

the esophagus with a length of 10 cm in a patient of 82 years old. The smallest defect with a length of 1 cm was found in a patient with a chronic fistula of tuberculous etiology. All visualized defects were full-walled, in 6 (66.7%) patients they opened into the right pleural cavity, in 1 (11.1%) in the left, two (22.2%) patients had an external fistulous tract, which was reported through the anterior mediastinum with the external environment and opened into the right pleural cavity. The average time from the moment of perforation to the start of endoscopic vacuum therapy was 5 ± 1.8 days. Endoscopic interventions were performed using endoscopes of the Gif Q180, Q165, H190 series and on video endoscopic systems Olympus Exera III, Exera II under general anesthesia. To fix the VAC-system parallel to the endoscope, a crocodile grip was used. The endoscopic vacuum therapy system was modeled based on the size of the defect; the size of the polyurethane sponge varied from 4 to 7 cm in length. The primary spongy system was modeled from a standard porous sponge plate using scissors, giving it a cylindrical shape. The diameter of the spongy cylinder corresponded to the size of the defect, but did not exceed the diameter of the esophagus. The length of the simulated implant was determined by the length of the defect overlapping the edge of the defect by 3 cm. Using a clamp, the gastric tube was passed into the sponge along the longitudinal axis, not reaching 50 mm to its distal edge. The fixation of the porous system was carried out with 2 through U-shaped sutures passing through the axis of the gastric tube and the sponge. A loop with a length of 2.0–2.5 cm was formed from the free ends of the distal thread to fix the porous system. Delivery to the site of the defect parallel to the endoscope was carried out using a grip on a thread preliminarily fixed to the end of the system. In 6 (66.7%) cases, the delivery of the VAC system to the site of the esophageal wall defect was carried out using the “guide thread” technique, previously fixed to the end of the porous sponge, under X-ray control. The method was used when the size of the defect allows manipulation of the endoscope in the pleural cavity, necessarily in the presence of drains in the pleural cavity or with a formed thoracostomy. The technique provided a safe and more accurate positioning of the porous sponge relative to the walls of the defect. Subsequently, the system was connected to a constant negative pressure source of 80–110 mm. rt. Art. In addition, 5 (55.6%) patients

плевральной полости, у 2 (22,2%) осуществлялась программированная санация плевральной полости, заднего средостения через торакопостом.

Местными критериями эффективности проводимой терапии являлись:

- 1) уменьшение размеров дефекта по данным эндоскопического и рентгенологического исследований;
- 2) дни полного очищения стенок дефекта от гнойно-фибринозных наложений и появление грануляций;
- 3) дни восстановления энтерального питания;
- 4) характер и объем экссудата, получаемый из просвета пищевода и плевральных полостей.

Системными критериями эффективности проводимой терапии являлась балльная оценка по шкале SOFA.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У 7 (77,8%) пациентов с «острыми» эзофагоплевральными свищами достигнуто заживление дефектов, у 2 (22,2%) пациентов с «хроническими» свищами удалось добиться закрытия фистулы на время проведения сеансов терапии, что обеспечило подготовку больных к стентированию пищевода с последующим хирургическим вмешательством — лестничной торакопластикой с пластикой заднего средостения мышечными лоскутом. Для 4 (44,5%) больных с «острыми» свищами потребовалось 5 сеансов смены VAC-системы до полного закрытия дефекта, для 3 (33,3%) пациентов потребовалось 8 сеансов. Двум (22,2%) больным с хроническими свищами выполнено 9 установок VAC-системы с последующим стентированием саморасправляющимся полупокрытым стентом Boston Scientific 150×18 мм за 7 дней до хирургического вмешательства. Среднее количество смены VAC-системы составило $6 \pm 1,3$ раза. Первые три сеанса всем больным выполнялись с интервалом в трое суток, затем время работы системы увеличивали до 5 дней. Среднее время одного сеанса составляло $4 \pm 1,7$ дней. Исходя из опыта зарубежных коллег, представленных в литературе, на 3-й замене вакуумной системы в двенадцатиперстную кишку проводился назоинтестинальный зонд для энтерального питания (рис. 1).

Если при первичной эзофагоскопии в случае «острых» свищей в краях и на дне дефекта отчетливо определялись некротические массы с наложениями фибрина с большим количеством гнойного экссудата, то уже к 3-й смене VAC-системы отмечалось очищение полости дефекта от гнойного экссудата, ликвидация налетов

underwent constant aspiration from the right pleural cavity, 2 (22.2%) patients underwent programmed sanitation of the pleural cavity and posterior mediastinum through a thoracostomy.

The local criteria for the effectiveness of the therapy were:

- 1) reducing the size of the defect according to endoscopic and X-ray studies;
- 2) days of complete cleansing of the walls of the defect from purulent-fibrinous overlays and the appearance of granulations;
- 3) days of restoration of enteral nutrition;
- 4) the nature and volume of exudate obtained from the lumen of the esophagus and pleural cavities.

The systemic criteria for the effectiveness of the therapy was the SOFA score.

RESULTS AND DISCUSSION

In 7 (77.8%) patients with “acute” esophago-pleural fistulas, healing of defects was achieved, in 2 (22.2%) patients with “chronic” fistulas it was possible to achieve closure of the fistula during therapy sessions, which patients for esophageal stenting followed by surgical intervention — scalene thoracoplasty with plasty of the posterior mediastinum with muscle flaps. For 4 (44.5%) patients with “acute” fistulas, it took 5 sessions of changing the VAC system until the defect was completely closed, for 3 (33.3%) patients it took 8 sessions. Two (22.2%) patients with chronic fistulas underwent 9 installations of the VAC system, followed by stenting with a self-expanding semi-covered Boston Scientific 150×18 mm stent 7 days before surgery. The average number of changes in the VAC system was 6 ± 1.3 times. The first three sessions were performed in all patients with an interval of 3 days, then the operating time of the system was increased to 5 days. The average time for one session was 4 ± 1.7 days. Based on the experience of foreign colleagues presented in the literature, a nasointestinal tube in the duodenum for enteral feeding was carried out on the 3rd replacement of the vacuum system (Fig. 1).

If during the primary esophagoscopy in the case of “acute” fistulas in the edges and at the bottom of the defect, necrotic masses with fibrin overlays with a large amount of purulent exudate were clearly determined, then by the 3rd change of the VAC system, the cavity of the defect was cleared of purulent exudate, the elimination of fibrin

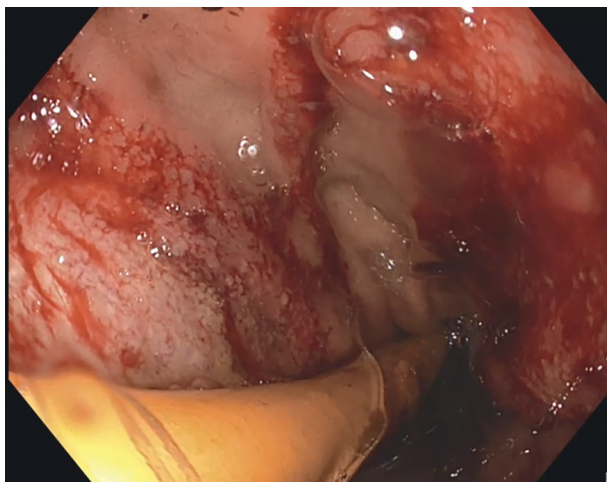


Рис. 1. Назоинтестинальный зонд для питания, проведенный в двенадцатиперстную кишку ниже дефекта

Fig. 1. Nasointestinal feeding probe inserted into the duodenum below the defect

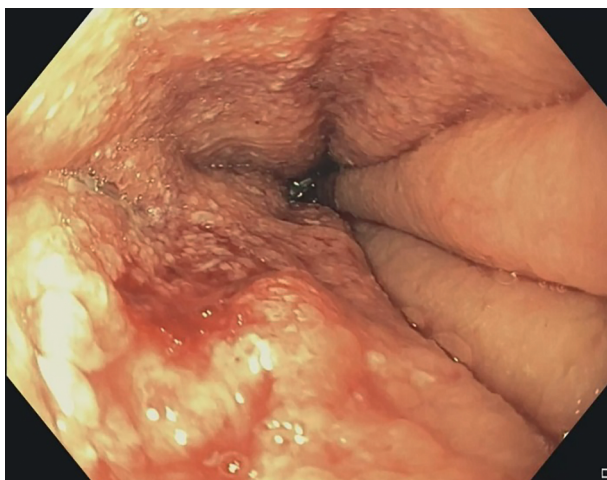


Рис. 3. Эндоскопическая картина после 5-й смены VAC-системы: зона дефекта выполнена свежими грануляциями, сброса углекислого газа за пределы стенки пищевода не получен

Fig. 3. Endoscopic picture after the 5th shift of the VAC: the defect zone was made with fresh granulations, no release of carbon dioxide outside the esophageal wall was obtained

фибрина, появление грануляций при уменьшении размеров дефекта на 50% (рис. 2).

После адекватной работы VAC-системы на 10-е сутки отмечалось уменьшение объема экссудата на 50%, смена отделяемого с гнойного на серозное. У 3 (33,3%) пациентов дренажи из плевральной полости удалены на 18-е сутки после начала лечения, в 2 (22,2%) случаях — на 30-е и 35-е сутки соответственно.

При «острых» эзофагоплевральных фистулах в 7 (77,8%) случаях завершение сеансов VAC-



Рис. 2. Эндоскопическая картина свищевого хода в правую плевральную полость, отмечается рост нежных грануляций, контактная кровоточивость тканей

Fig. 2. Endoscopic picture of the fistula passage into the right pleural cavity, the growth of delicate granulations, contact bleeding of tissues is noted

deposits, the appearance of granulations while reducing the size of the defect by 50% (Fig. 2).

After adequate work of the VAC-system on the 10th day, there was a decrease in the volume of exudate by 50%, a change in the discharge from purulent to serous. In 3 (33.3%) patients, the drains from the pleural cavity were removed on the 18th day after the start of treatment, in 2 (22.2%) cases — on the 30th and 35th days, respectively.

In “acute” esophagopleural fistulas in 7 (77.8%) cases, the completion of VAC-therapy sessions occurred on the 20th day from its beginning, in 1 (11.1%) — on the 35th day. Control examination of the defect zone revealed areas of epithelizing connective tissue with a cavity of pseudodiverticulum of various sizes (Fig. 3, 4).

In 2 patients with esophagopleural fistulas of tuberculous etiology, after the end of treatment, the defect zone was represented by a pseudodiverticulum cavity with dull granulations against the background of epithelization of the defect zone (Fig. 5).

In all patients, the onset of oral feeding began after a control X-ray examination of the esophagus with a water-soluble contrast agent and verification of the fact of closure of the fistula (Fig. 6). In 4 (44.5%) patients with “acute” wall defects, adequate nutrition was started at the 20th knock of treatment, and in 2 (22.2%) patients it was continued through a tube. Three patients continued feeding through previously formed gastrostomy tubes.

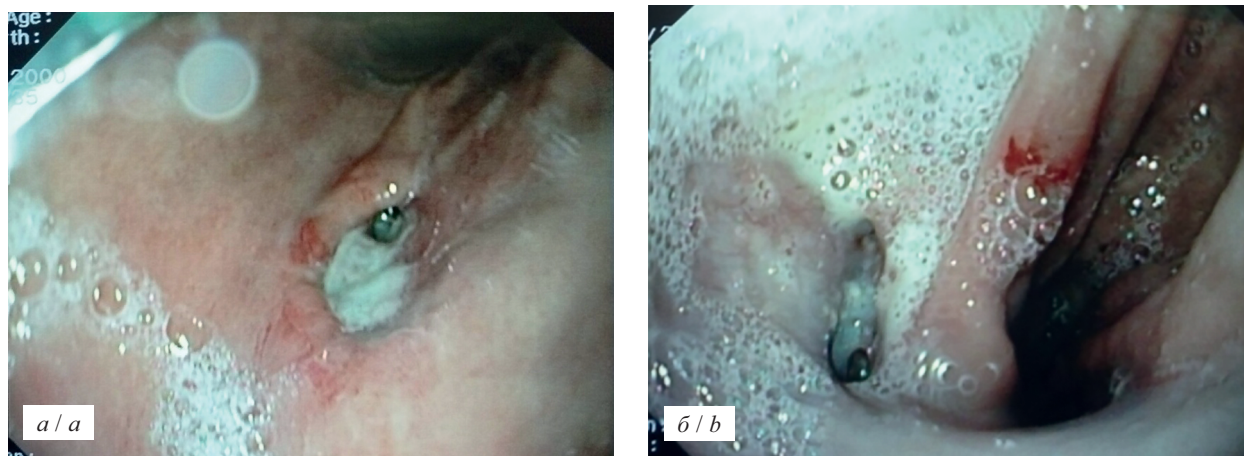


Рис. 4. Эндоскопическая картина после 5-й (а) и 7-й (б) смены VAC-системы: зона дефекта уменьшается и эпителизируется, однако сохраняется сообщение с плевральной полостью, остаточная полость псевдивертикула, сообщение с плевральной полостью ликвидировано

Fig. 4. Endoscopic picture after the 5th (a) and 7th (b) changes of the VAC: the defect zone decreases and epithelizes, but the communication with the pleural cavity remains, the residual cavity of the pseudodiverticle, the communication with the pleural cavity is eliminated

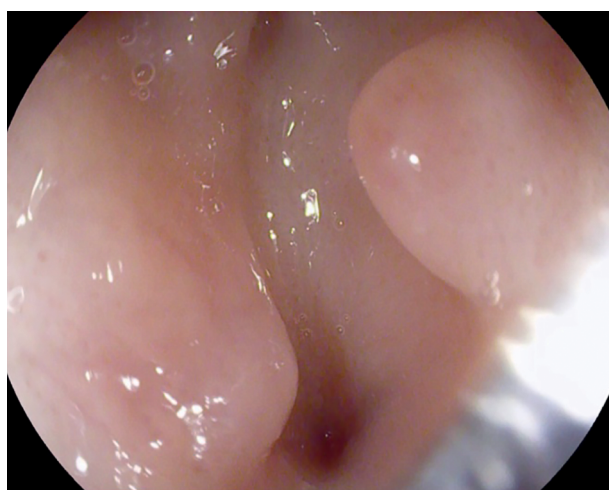


Рис. 5. Эндоскопическая картина у пациента «хроническим» эзофагоплевральным свищом после 9 сеансов VAC-терапии. Свищевой ход отчетливо не визуализируется, поступления пузырьков воздуха не отмечено, имеется полость псевдивертикула

Fig. 5. Endoscopic picture of a patient with “chronic” esophagopleural fistula after 9 sessions of VAC therapy. The fistula course is not clearly visualized, the intake of air bubbles is not noted, there is a pseudodiverticular cavity

терапии произошло на 20-е сутки от его начала, в 1 (11,1%) — на 35-е сутки. Контрольный осмотр зоны дефекта выявлял участки эпителизирующейся соединительной ткани с полостью псевдивертикула различных размеров (рис. 3, 4).

У двух пациентов с эзофагоплевральными свищами туберкулезной этиологии после окончания лечения зона дефекта была представлена полостью псевдивертикула с тусклыми грануляциями на фоне эпителизации зоны дефекта (рис. 5).

У всех больных начало перорального питания начиналось после контрольного рентгенологического исследования пищевода с водорастворимым контрастным веществом и верификации факта закрытия фистулы (рис. 6). У 4 (44,5%) больных с «острыми» дефектами стенки полноценное питание начато на 20-е сутки

All patients with “acute” esophagopleural fistulas at the stage received systemic antibiotic therapy according to the antibiogram. Correction of metabolic, water-electrolyte disorders, cardiotropic and respiratory therapy was carried out in the intensive care unit.

To assess the dynamics of the general condition in a patient with “acute” esophagopleural fistulas, the SOFA organ dysfunction scale was used. One patient (11.1%) had a cumulative indicator of 0 points, which indicated the absence of organ dysfunction and sepsis, which indicates the localization of the inflammatory process only in the paraesophageal tissue of the posterior mediastinum directly in the zone of the defect in the esophagus wall. The decrease in the scale values correlated with the number of changes in the VAC system. 1 (11.1%) patient had a cumulative indi-

лечения, а у 2 (22,2%) продолжалось через зонд. Трое больных продолжили питание через ранее сформированные гастростомы.

Все пациенты с «острыми» эзофагоплевральными свищами получали системную антибактериальную терапию согласно антибиотикограмме. Коррекцию метаболических, водно-электролитных расстройств, кардиотропную и респираторную терапию проводили в условиях отделения интенсивной терапии.

Для оценки динамики общего состояния у пациентов с «острыми» эзофагоплевральными фистулами использовалась шкала органной дисфункции SOFA. Один больной (11,1%) имел совокупный показатель 0 баллов, что свидетельствовало об отсутствии органной дисфункции и сепсиса и говорило о локализации воспалительного процесса только лишь в параэзофагеальной клетчатке заднего средостения непосредственно в зоне дефекта в стенке пищевода. Снижение значений шкалы коррелировали с количеством смен VAC-системы. Один (11,1%) пациент имел совокупный показатель 7 баллов из 24, что указывало на прогноз 30–53% летальности в условиях гнойного медиастинита и сепсиса, однако уже после 2-й смены VAC-системы совокупный показатель уменьшился до 3, а к 3-му сеансу смены данный показатель был равен 1, что говорит о компенсации органной дисфункции, в дальнейшем пациент выписан с благоприятным исходом.

Остальные 5 (55,6%) пациентов имели интегративный показатель более 15 баллов, что обуславливало их неблагоприятный прогноз с возможностью летальности 50–89%, однако к моменту 3-й смены VAC-системы (на 9-е сутки от начала лечения) уменьшение значения шкалы SOFA до значения менее 10 баллов достигнуто у 4 (44,5%) из 5 (55,6%) больных, а уже к 5-й смене (на 20-е сутки лечения) интегративный показатель у 3 (30%) пациентов был равен нулю, что говорило о полном отсутствии полиорганной недостаточности.

В 4 (44,5%) случаях отмечены «поздние» летальные исходы в период более 30 суток от начала заболевания: в двух случаях вследствие развития фибрилляции желудочков, острой сердечно-сосудистой недостаточности, и в двух случаях от массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). При этом по результатам аутопсии у погибших больных отмечено заживление дефектов стенки пищевода, локализация эмпиемы плевры, в 5 (55,5%) — выздоровление и восстановление перорального питания.

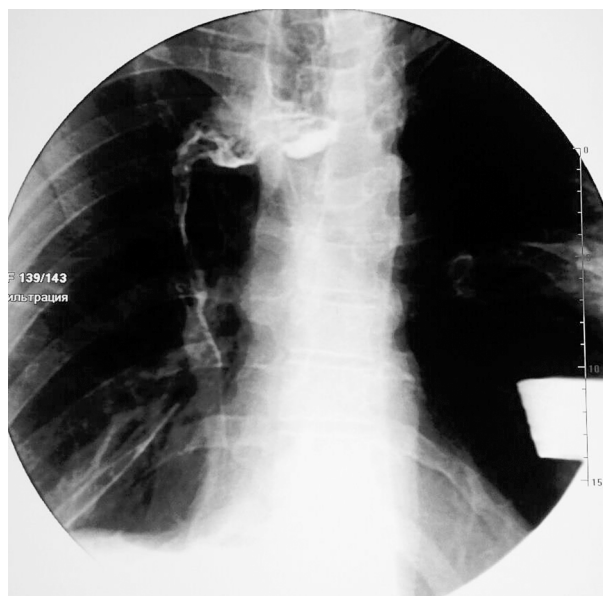


Рис. 6. Контрольная рентгеноскопия пищевода. ЭГА проходима, пассаж по верхним отделам ЖКТ не нарушен, затеков контрастного вещества не выявлено

Fig. 6. Control X-ray examination of the esophagus. The EGA is passable, the passage through the upper gastrointestinal tract is not disturbed, no contrast leaks were detected

cator of 7 points out of 24, which indicated a prognosis of 30–53% mortality in conditions of purulent mediastinitis and sepsis, but after the second change of the VAC system, the cumulative indicator decreased to 3, and by the 3rd session of the shift, this indicator was equal to 1, which indicates the compensation of organ dysfunction; later, the patient was discharged with a favorable outcome.

The remaining 5 (55.6%) patients had an integrative indicator of more than 15 points, which caused an unfavorable prognosis with a possible mortality of 50–89%, however, by the time of the 3rd change of the VAC system (on the 9th day from the start of treatment), a decrease in the value the SOFA scale to a value of less than 10 points was achieved in 4 (44.5%) out of 5 (55.6%) patients, and by the 5th shift (on the 20th day of treatment) the integrative indicator in 3 (30%) patients was equal to 0, which indicated the complete absence of multiple organ failure.

In 4 (44.5%) cases, there were “late” deaths within more than 30 days from the onset of the disease: in two cases of ventricular fibrillation, acute cardiovascular failure, and in two cases of massive pulmonary embolism (PE). At the same time, according to the results of autopsy, the deceased patients showed healing of defects in the esophageal wall, localization of pleural empyema, in 5 (55.5%) patients — recovery and restoration of oral nutrition.

ВЫВОДЫ

Применение эндоскопической вакуумной терапии для лечения «острых» дефектов пищевода при несостоятельности внутриплевральных эзофагогастроанастомозов, анастомозов области пищеводно-желудочного перехода, при синдроме Бурхааве и повреждениях пищевода является эффективным малоинвазивным лечебным методом, который может быть использован после или вместо открытых хирургических вмешательств.

В лечении «хронических» эзофагоплевральных свищей методика может использоваться как подготовительный этап перед реконструктивным хирургическим вмешательством.

Доставка VAC-системы к зоне дефекта пищевода по «направляющей нити» под рентгеноскопическим контролем повышает эффективность методики за счет более точного позиционирования пористой губки в области дефекта.

Метод требует высокотехнологичного эндоскопического оборудования, обеспеченности специфическим расходным материалом, инструментами, специальной подготовки мультидисциплинарной бригады стационара, предусматривает длительные сроки лечения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бреднев А.О., Котив Б.Н., Дзидзава И.И. Повреждения пищевода: диагностика и современная тактика лечения. Вестник Российской Военно-Медицинской Академии. 2015; 3: 255–60.
2. Мирошников Б.И., Белый Г.А. Повреждения пищевода. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1998; 157(6): 68–71.
3. Пермякова Е.С., Карпеева Ю.С., Невская Е.А. Методы выявления заболеланий пищевода у пациентов в разном возрасте. Медицина: теория и практика. 2020; 5 (1): 102–11.
4. Хатьков И.Е., Шишин К.В., Недолужко И.Ю. и др. Эндоскопическая вакуумная терапия в лечении несостоятельности анастомозов верхних отделов пищеварительного тракта. Первый опыт и обзор литературы. Раны и раневые инфекции. 2016; 1: 32–43.
5. Brangewitz M., Voigtlander T., Helfritz F.A. Endoscopic closure of esophageal intrathoracic leaks: stent versus endoscopic vacuum-assisted closure, a retrospective analysis. Endoscopy. 2013; 45: 433–8.
6. Dash M. et al. An unusual case of spontaneous esophagopleural fistula. Lung India: official organ of Indian Chest Society. 2017; 34(3): 287–90.
7. Dent B., Griffin S.M., Jones R., Wahed S., Immanuel A., Hayes N. Management and outcomes of anastomotic leaks after oesophagectomy. Br. J. Surg. 2016; 103(8): 1033–8. DOI: 10.1002/bjs.10175.

CONCLUSIONS

The use of endoscopic vacuum therapy for the treatment of “acute” defects of the esophagus with incompetence of intrapleural esophagogastranastomoses, anastomoses of the esophageal-gastric junction, with Boerhaave’s syndrome and esophageal injuries is an effective minimally invasive therapeutic method that can be used after or instead of open surgical interventions.

In the treatment of “chronic” esophagopleural fistulas, the technique can be used as a preparatory stage before reconstructive surgery.

The delivery of the VAC-system to the zone of the esophageal defect along the “guide thread” under fluoroscopic control increases the efficiency of the technique due to more accurate positioning of the porous sponge in the defect area.

The method requires high-tech endoscopic equipment, provision of specific consumables, instruments, special training of a multidisciplinary hospital team, and provides for long periods of treatment of patients.

8. De Schipper J.P., Pull ter Gunne A.F., Oostvogel H.J., van Laarhoven C.J. Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave’s syndrome in 2008. Literature review and treatment algorithm. Dig Surg. 2009; 26 (1): 1–6.
9. Heits N. Endoscopic Endoluminal Vacuum Therapy in Esophageal Perforation. The Annals of Thoracic Surgery. 2015; 97 (3): 1029–35.
10. Kim J.J. et al. A new surgical technique for spontaneous esophagopleural fistula after pneumonectomy: cervical esophagogastrostomy via presternal and subcutaneous route, using a thoracic esophageal mucosal stripping. The Thoracic and cardiovascular surgeon. 2013; 61 (6): 496–8.
11. Lainas P., Fuks D., Gaujoux S. et al. Preoperative imaging and prediction of oesophageal conduit necrosis after oesophagectomy for cancer. Br. J. Surg. 2017; 104(10): 1346–54. DOI: 10.1002/bjs.10558.
12. Shama D.M., Odell J.A. Esophagopleural fistula after pneumonectomy for inflammatory disease. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. 1985; 89 (1): 77–81.
13. Saluja S.S., Ray S., Pal S. et. al. Randomized trial comparing side-to-side stapled and hand-sewn esophagogastric anastomosis in neck. J Gastrointest Surg. 2012; 16 (7): 1287–95. DOI: 10.1007/s11605-012-1885-7.
14. Weidenhagen R., Grützner K.U., Kopp R. Possibilities of vacuum therapy for the management of the septic abdomen. Viszeralchirurgie. 2006; 41: 59–68.

15. Weidenhagen R., Gruetzner K.U., Wiecken T. et al. Endoscopic vacuum-assisted closure of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a new method. *Surg Endosc.* 2008; 22 (8): 1818–25.
16. Younes Z., Johnson D.A.: The spectrum of spontaneous and iatrogenic esophageal injury. *J. Clin. Gastroenterol.* 1999; 29: 306–17.

REFERENCES

1. Brednev A.O., Kotiv B.N. Dzidzava I.I. Povrezhdeniya pischevoda; diagnostika i sovremennaya taktika lecheniya. [Esophageal failure: diagnosis and modern tactic of treatment]. *Journal of Russian Military Medical Academy.* 2015; 3: 255–60. (In Russian).
2. Miroshnikov B.I., Belyy G.A. Povrezhdeniya pischevoda. [Damage to the esophagus]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova.* 1998; 157 (6): 68–71. (in Russian).
3. Permyakova E.S., Karpeeva Yu.S., Nevskaya E.A. Metody vyyavleniya zabolevaniy pischevoda u patsientov v raznom vozraste. [Methods for detecting diseases of the esophagus in patients at different ages]. *Medicine: theory and practice.* 2020; 5 (1): 102–111. (in Russian).
4. Hat'kov I.E., Shishin K.V., Nedoluzhko I.Yu. i dr. Endoskopicheskaya vakuumnaya terapiya v lechenii nesostoyatel'nosti anastomozov verhnih otdelov pishchevaritel'nogo trakta. [Endoscopic-vacuum therapy in treatment of anastomotic leakage at upper gastrointestinal tract]. *Pervyj opyt i obzor literatury. Wounds and wound infections.* 2016; 1: 32–43. (in Russian).
5. Brangewitz M., Voigtlander T., Helfritz F.A. Endoscopic closure of esophageal intrathoracic leaks: stent versus endoscopic vacuum-assisted closure, a retrospective analysis. *Endoscopy.* 2013; 45: 433–8.
6. Dash M. et al. An unusual case of spontaneous esophagopleural fistula. *Lung India: official organ of Indian Chest Society.* 2017; 34(3): 287–90.
7. Dent B., Griffin S.M., Jones R., Wahed S., Immanuel A., Hayes N. Management and outcomes of anastomotic leaks after oesophagectomy. *Br. J. Surg.* 2016; 103(8): 1033–8. DOI: 10.1002/bjs.10175.
8. De Schipper J.P., Pull ter Gunne A.F., Oostvogel H.J., van Laarhoven C.J. Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave's syndrome in 2008. Literature review and treatment algorithm. *Dig Surg.* 2009; 26 (1): 1–6.
9. Heits N. Endoscopic Endoluminal Vacuum Therapy in Esophageal Perforation. *The Annals of Thoracic Surgery.* 2015; 97 (3): 1029–35.
10. Kim J.J. et al. A new surgical technique for spontaneous esophagopleural fistula after pneumonectomy: cervical esophagogastrostomy via presternal and subcutaneous route, using a thoracic esophageal mucosal stripping. *The Thoracic and cardiovascular surgeon.* 2013; 61 (6): 496–8.
11. Lainas P., Fuks D., Gaujoux S. et al. Preoperative imaging and prediction of oesophageal conduit necrosis after oesophagectomy for cancer. *Br. J. Surg.* 2017; 104(10): 1346–54. DOI: 10.1002/bjs.10558.
12. Shama D.M., Odell J.A. Esophagopleural fistula after pneumonectomy for inflammatory disease. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery.* 1985; 89 (1): 77–81.
13. Saluja S.S., Ray S., Pal S. et al. Randomized trial comparing side-to-side stapled and hand-sewn esophagogastric anastomosis in neck. *J Gastrointest Surg.* 2012; 16 (7): 1287–95. DOI: 10.1007/s11605-012-1885-7.
14. Weidenhagen R., Grütznert K.U., Kopp R. Possibilities of vacuum therapy for the management of the septic abdomen. *Viszeralchirurgie.* 2006; 41: 59–68.
15. Weidenhagen R., Gruetzner K.U., Wiecken T. et al. Endoscopic vacuum-assisted closure of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a new method. *Surg Endosc.* 2008; 22 (8): 1818–25.
16. Younes Z., Johnson D.A. The spectrum of spontaneous and iatrogenic esophageal injury. *J. Clin. Gastroenterol.* 1999; 29: 306–17.

УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ ИМ. ПРОФЕССОРА А.Г. КНОРРЕ: ТРАДИЦИИ, СОВРЕМЕННОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

© Владимир Гарибальдиевич Кожухарь, Марина Юрьевна Скворцова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Контактная информация: Владимир Гарибальдиевич Кожухарь — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой гистологии и эмбриологии им. профессора А.Г. Кнорре. E-mail: v.kojukhar@yandex.ru

Поступила: 10.02.2021

Одобрена: 18.03.2021

Принята к печати: 25.03.2021

РЕЗЮМЕ: Кафедра гистологии и эмбриологии Ленинградского педиатрического медицинского института (в настоящее время — Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет) была основана в 1932 году. Кафедра прошла большой путь, ее возглавляли многие выдающиеся морфологи, но наибольший вклад в становление и совершенствование учебного процесса на кафедре внес профессор А.Г. Кнорре. В статье раскрыта его роль в изменениях, которые были привнесены в преподавание как гистологии, так и эмбриологии на медицинских факультетах. В два раза было увеличено количество часов курса эмбриологии по сравнению с программой, преподавание эмбриологии было поставлено после раздела частной гистологии, был сделан акцент на развитие человека в эволюционном аспекте. А.Г. Кнорре также внес изменения в лекционный курс собственно гистологии: вместо ряда лекций по частной гистологии в план были внесены лекции по некоторым дискуссионным проблемам. В статье также обсуждается роль А.Г. Кнорре в руководстве кружком студенческого научного общества на кафедре и работа со слушателями факультета повышения квалификации. В заключении статьи обозначены основные проблемы, которые предстоит решить сотрудникам кафедры в ближайшей перспективе для дальнейшего совершенствования учебного процесса. Прежде всего речь идет о работе с гистологическими микропрепаратами в цифровом формате и о написании современного учебника по эмбриологии человека.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: А.Г. Кнорре; кафедра гистологии и эмбриологии; учебный процесс; микропрепараты; эмбриология человека.

THE EDUCATIONAL PROCESS AT THE DEPARTMENT OF HISTOLOGY AND EMBRYOLOGY NAMED AFTER PROFESSOR A.G. KNORRE: TRADITIONS, MODERNITY AND PROSPECTS

© Vladimir G. Kozhukhar, Marina Yu. Skvortsova

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

Contact information: Vladimir G. Kozhukhar — MD, PhD, head of the Department of Histology and Embryology named after professor A.G. Knorre. E-mail: v.kojukhar@yandex.ru

Received: 10.02.2021

Revised: 18.03.2021

Accepted: 25.03.2021

ABSTRACT: Department of Histology and Embryology of the Leningrad Pediatric Medical Institute (at present Saint-Petersburg State Pediatric Medical University) was founded in 1932. The department has come a long way, it was headed by many outstanding morphologists, but the greatest contribution to the formation and improvement of the educational process at the department was

made by Professor A.G. Knorre. The article reveals his role in the changes that have been introduced to the teaching of both histology and embryology in medical faculties. The number of hours of the embryology course was doubled in comparison with the program, the teaching of embryology was put after the section of special histology, the emphasis was placed on human development in evolutionary aspect. A.G. Knorre also made changes to the lecture course of histology proper: instead of a series of lectures on special histology, lectures on some debatable problems were added to the plan. The article also discusses the role of A.G. Knorre in the leadership of the student scientific society circle at the department and the work with students of the faculty of advanced training. In conclusion, the article outlines the main problems that the department staff will have to solve in the near future for further improvement of the educational process. First of all, we are talking about working with histological slides in digital format and writing a modern textbook on human embryology.

KEY WORDS: A.G. Knorre; department of histology and embryology; educational process; histological slides; human embryology.

Кафедра гистологии и эмбриологии имени профессора А.Г. Кнорре Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ) была организована в 1932 г. в числе 12 кафедр, созданных специально для обучения студентов, пришедших на младшие курсы. Именно тогда произошло преобразование Научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества в высшее учебное заведение «больница–медвуз» и был осуществлен первый прием студентов. Кафедра прошла большой путь (в 2022 г. отметит свое девяностолетие), ее возглавляли многие выдающиеся морфологи, признанные как в нашей стране, так и за рубежом, но заведующим, внесшим наибольший вклад в формирование кафедры и организацию учебного процесса, несомненно, был Алексей Георгиевич Кнорре [6].

А.Г. Кнорре пришел на заведование кафедрой гистологии в Ленинградский педиатрический медицинский институт (ЛПМИ) в сентябре 1955 г., будучи уже достаточно известным и вполне сформировавшимся морфологом-эволюционистом. С 1945 по 1955 гг. он работал на кафедре гистологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова под руководством выдающегося отечественного гистолога академика АМН СССР Н.Г. Хлопина, защитил там докторскую диссертацию на тему «Дифференцировка клеточного материала эмбриональных зачатков», стал признанным исследователем и вошел в группу виднейших представителей хлопинской школы эволюционной гистологии, а также приобрел большой педагогический опыт. Возглавив кафедру в ЛПМИ, А.Г. Кнорре получил возможность реализовать свои идеи относительно преподавания гистологии и эмбриологии в медицинском вузе и построить в соответствии с ними учебный процесс. Прежде всего, он лично начал участвовать во всех его формах: не только

читал полный лекционный курс, но сам стал проводить практические занятия со студентами. Алексей Георгиевич со временем изменил структуру преподавания предмета. Он перенес изучение эмбриологии (традиционно предваряющее раздел общей гистологии) на самый конец курса после раздела частной гистологии. Эти изменения он мотивировал важностью данного раздела при подготовке студентов именно в педиатрическом институте, а также сложностью восприятия эмбриологического материала студентами первого курса. Алексей Георгиевич считал, что более успешное освоение эмбриологии возможно лишь при знании гистологии и ряда смежных дисциплин, что отчасти достигается студентами только к середине второго года обучения. Кроме того, он в два раза увеличил количество часов курса эмбриологии по сравнению с программой и сложившейся в медицинских вузах традицией; ввел преподавание эмбриогенеза разных классов хордовых животных от ланцетника (подтип бесчерепные) до млекопитающих (включая человека) в эволюционном аспекте. Надо отметить, что эмбриология в медицинских вузах в те годы (впрочем, как и теперь) преподавалась весьма поверхностно и кратко, этапы эмбриогенеза обсуждались главным образом на примере ланцетника. Эмбриология человека изучалась в очень малом объеме, не было ни одного современного учебника для медицинских учебных заведений. Краткое руководство А.А. Заварзина «Эмбриология человека и позвоночных животных», изданное в 1939 г., к середине 1950-х гг. во многом устарело [3]. Обстановка требовала написания нового учебника по эмбриологии.

Опыт преподавания эмбриологии в Военно-медицинской академии, но главным образом — в Педиатрическом институте, был обобщен профессором А.Г. Кнорре в учебнике «Краткий очерк эмбриологии человека с эле-

ментами общей, сравнительной и экспериментальной эмбриологии» [4]. Учебник получил высокую оценку специалистов, и эта книга, по словам известных отечественных эмбриологов Б.П. Токина, О.М. Ивановой-Казас и Н.С. Габавой «...была доброжелательно встречена как в медицинских, так и в университетских кругах и прочно вошла в список научно-учебных пособий высших учебных заведений нашей страны» [10]. В течение многих лет это был единственный в СССР учебник по эмбриологии для медицинских институтов, и довольно быстро он стал раритетом. В 1967 г. вышло второе и, к сожалению, последнее его издание. В течение ряда лет А.Г. Кнорре работал и над созданием учебника по гистологии, предназначенного для педиатрических факультетов. Он успел написать большую часть учебника и подготовить иллюстрации, но смерть не позволила завершить начатое.

А.Г. Кнорре также изменил структуру лекционного курса по гистологии: он отказался от чтения лекций по всем темам частной гистологии, включив в план лекции по наиболее сложным или дискуссионным вопросам, высвободив время для ряда обзорных и проблемных лекций. В качестве примера последних можно назвать «Взаимодействие эмбриональных зачатков», «Камбиальность и регенерация тканей», «Детерминация и дифференцировка клеток и тканей», «Происхождение многоклеточных животных и эволюция тканей», «Аномалии развития в эмбриогенезе человека» [6]. Алексей Георгиевич читал специальную лекцию по сосудистому эндотелию, который он рассматривал не как эпителиальную ткань, а как ткань особого рода, занимающую промежуточное положение между эпителиями и тканями внутренней среды (на основании особенностей роста в культуре и в процессе регенерации).

Следует особо подчеркнуть, что, будучи последовательным сторонником хлопинской генетической системы в подходе к изучению тканей, А.Г. Кнорре стоял на этих позициях и в педагогическом процессе. С данных позиций рассматривались прежде всего классификации тканей, и преподавание курса гистологии было наполнено эволюционными взглядами хлопинской школы. Алексей Георгиевич даже полшутя называл своих учеников и молодых коллег «внучатыми учениками» Н.Г. Хлопина.

Главной книгой жизни профессора А.Г. Кнорре стал «Эмбриональный гистогенез» [5]. Это уникальный труд, в котором впервые в мировой литературе обсуждены теоретические основы эмбрионального гистогенеза и изложе-

ны данные по гистогенезу тканей всех типов, а также по дифференцировке полового зачатка (гонобласта) в эволюционном аспекте. В книге обобщен опыт почти тридцатилетней работы самого Алексея Георгиевича, а также руководимого им коллектива. Монография вошла в золотой фонд отечественной и мировой литературы, а ее автор по праву был признан основоположником учения об эмбриональном гистогенезе. Как уже упоминалось, будучи сторонником хлопинского подхода к изучению тканей, А.Г. Кнорре придавал особое значение их происхождению и дифференцировке в эмбриогенезе. Он считал, что эмбриональный зачаток, из которого развивается ткань, оказывает самое значительное влияние на свойства данной ткани в дифференцированном состоянии в организме, а также при различных патологических процессах (прежде всего, при опухолевом росте) и при культивировании *in vitro*. По этой причине, хотя «Эмбриональный гистогенез» был научной монографией, а не учебным руководством, Алексей Георгиевич активно использовал материалы этой книги в преподавании: как при чтении лекций, так и при проведении практических занятий.

За время заведования кафедрой А.Г. Кнорре учебный процесс стал представлять собой полностью сформированную единую систему, оставаясь вместе с тем динамичным и подверженным совершенствованию. Именно тогда, примерно к 70-м гг. XX в., сложился тот тип практических занятий, который в ряде моментов сохранился до настоящего времени. Учебно-методическая работа на кафедре становится в те годы приоритетным направлением; если посмотреть архивные протоколы кафедральных заседаний, видно, какое внимание уделялось методике учебного процесса, как часто обсуждались эти вопросы. Перед проведением практических занятий по каждой новой теме проводилось учебно-методическое заседание кафедры, на котором обсуждались особенности преподавания данной темы, используемые микропрепараты для самостоятельной работы студентов и демонстрационные препараты, особенности трактовок тех или иных вопросов.

Прилагалось много усилий и для материального обеспечения учебного процесса. В 60–70-е гг. XX в. силами кафедрального коллектива было изготовлено большое количество учебных плакатов по всем разделам курса, был подготовлен ценнейший препаратный фонд. Вообще качеству учебных препаратов придавалось большое значение: перед каждой новой темой практических занятий преподаватели тщательно

проверяли микропрепараты и отбирали для занятий те, что отвечали самым высоким требованиям. Надо отметить, что коллекция учебных препаратов кафедры гистологии и эмбриологии ЛПМИ была лучшей среди кафедр медицинских вузов Ленинграда. Последнее признавалось сотрудниками всех профильных кафедр города.

На кафедре при непосредственном руководстве Алексея Георгиевича активно функционировало студенческое научное общество (СНО). Вероятно, многих привлекал туда не только интерес к гистологии как таковой, но и сама яркая личность заведующего кафедрой (рис. 1). А.Г. Кнорре не жалел времени на привитие студентам навыков самостоятельной научной работы. Он любил повторять, что настоящий исследователь начинается лишь после получения пусть самого маленького, но нового факта. Уместно вспомнить, что свой путь в науку со студенческого кружка кафедры гистологии ЛПМИ начинали такие известные морфологи, как профессор С.Н. Оленев (заведующий кафедрой общей биологии СПбГПМА) и член-корреспондент АН СССР, директор института цитологии АН СССР П.П. Румянцев. Автор этих строк также, начиная со второго курса и до окончания

ЛПМИ, был членом СНО кафедры гистологии и эмбриологии.

С 1968 г. на кафедре гистологии и эмбриологии ЛПМИ началось обучение слушателей факультета повышения квалификации (ФПК) — преподавателей гистологии из всех уголков СССР. Алексей Георгиевич с интересом и удовольствием работал со слушателями ФПК, придавая этому направлению очень большое значение. Он считал, что таким образом можно не только обменяться информацией о научной работе различных кафедр, но и донести до них свои взгляды на учебный процесс, на дискуссионные вопросы в преподавании. Этим во многом определялась тематика лекций и семинаров для слушателей ФПК. Вот некоторые из тем: «Клеточная теория, ее методологические аспекты, значение для медицины и отражение в курсе гистологии и эмбриологии», «Детерминация тканей в свете данных генетики соматических клеток», «Классификация тканей, спорные вопросы», «Эмбриональное развитие человека в сравнительно-эмбриологическом аспекте», «Гонобласт (половой зачаток), его происхождение и эволюция. Медицинские аспекты». Помимо лекций и семинаров на кафедре ЛПМИ слушателям



Рис. 1. Алексей Георгиевич Кнорре со студентами кафедрального кружка студенческого научного общества (начало 60-х годов XX века)

Fig. 1. Aleksey Georgievich Knorre with students of the department's circle of the student scientific society (early 60s of the 20th century)

ФПК предоставлялась возможность ознакомиться с работой всех самых известных лабораторий и кафедр морфологического профиля в Ленинграде, так как авторитет профессора А.Г. Кнорре был огромен, и весь научный мир города считал сотрудничество с его кафедрой честью для себя. В завершение цикла Алексей Георгиевич обычно проводил для слушателей ФПК знаменитую шестичасовую экскурсию «Гистологические и эмбриологические особенности типов и классов животного мира» по Зоологическому музею АН. Отзывы слушателей всегда были восторженные, поскольку А.Г. Кнорре, будучи не только гистологом, эмбриологом, но и блестящим зоологом, умел совмещать огромный объем информации с нестандартным взглядом на предмет обсуждения и прекрасной формой изложения. Последнюю такую экскурсию он провел за 4 дня до смерти [7].

Работа со слушателями ФПК приносила известность кафедре гистологии ЛПМИ и ее заведующему. Со всего тогдашнего Советского Союза преподаватели, начиная от молодых ассистентов и до известных профессоров, стремились приехать на повышение квалификации в педиатрический институт, иногда по нескольку раз. Особенно многочисленными по количеству слушателей были как раз доцентские и профессорские циклы. Так, цикл ФПК, проходивший в мае 1981 г. (во время которого внезапно умер профессор А.Г. Кнорре), насчитывал 28 слушателей, среди которых были такие известные морфологи, как профессор Ю.К. Елецкий, Н.Н. Кочетов, А.А. Волощенко, Е.П. Володина, В.Д. Новиков и др. Всего за годы работы Алексея Георгиевича через ФПК на кафедре прошло около 400 слушателей (36 циклов) практически из всех медицинских институтов и факультетов страны.

Кафедра гистологии и эмбриологии бережно хранит традиции, сформировавшиеся за многие годы ее работы под руководством Алексея Георгиевича Кнорре. Сотрудники кафедры (Э.И. Валькович и В.Г. Кожухарь) были приглашены в состав авторского коллектива для написания двух глав (соответственно «Выделительная система» и «Мужская половая система») второго тома дважды переизданного Российского руководства по гистологии [8, 9]. В 2014 г. кафедра отметила 100-летие со дня его рождения. В честь этой даты была проведена конференция и издан сборник научных статей «Актуальные проблемы морфологии: эмбриональный и репаративный гистогенез, филогистогенез». Учитывая неоценимый вклад А.Г. Кнорре в отечественную науку, а также в становление и формирование кафедры гистологии и эмбриологии

СПбГПМУ решением Ученого совета университета кафедре было присвоено его имя.

Конечно, за годы, прошедшие после смерти Алексея Георгиевича (1981), многое изменилось. Произошла (и не один раз) смена поколений сотрудников кафедры, почти не осталось тех, кто работал с профессором А.Г. Кнорре. Начиная с 2017 г. кафедра пополнилась новыми преподавателями, в том числе молодыми выпускниками Санкт-Петербургского государственного университета. Чтобы сохранить все лучшее, что было накоплено за многие годы, на кафедре работает система наставничества: преподаватели с большим стажем передают свой опыт молодым, сохраняя преемственность и сложившиеся традиции в процессе обучения студентов. Вместе с тем жизнь вносит в учебный процесс свои коррективы. Во-первых, современные студенты — люди нового поколения и с другим типом мышления и восприятия окружающего мира, так называемые зуммеры (поколение Z). Они практически с рождения живут отчасти в виртуальном мире, не расставаясь со своими гаджетами, ориентируются, прежде всего, на визуальные образы, в связи с чем их запрос на получение знаний существенно отличается от того, что был 15–20 лет тому назад. Во-вторых, большая часть препаратного фонда, собранного во времена А.Г. Кнорре, не сохранилась до наших дней. Микропрепараты очень хорошего качества, иногда уникальные, присутствуют в кафедральной коллекции в малом количестве — их явно недостаточно для полноценного учебного процесса, когда препараты выдаются для самостоятельной работы студентов. Именно поэтому, чтобы продемонстрировать такие препараты без опасности их безвозвратной потери на практических занятиях, была проведена большая работа по их переводу в цифровой формат. Благодаря новым техническим возможностям занятия стали сопровождаться презентациями, которые студенты видят на большом экране. Таким образом, вынужденная мера (перевод препаратов в цифровой формат) совпала с предпочтениями студентов нового поколения и была позитивно ими воспринята. Однако изучение микропрепарата на экране является лишь дополнением к самостоятельной работе студента с микроскопом. В настоящее время ведется работа по подготовке методического пособия нового типа для студентов, оно будет богато иллюстрировано фотографиями гистологических препаратов из собрания кафедры и должно определять алгоритм работы студента с микропрепаратом, делая упор на визуализацию. За несколько последних лет также

был переработан лекционный курс и сделаны презентации лекций с использованием материалов самых известных иностранных руководств по гистологии и эмбриологии,

В 2019 г. все помещения кафедры были отремонтированы, проведена перепланировка с учетом увеличивающегося числа обучающихся, организована новая учебная комната. Кафедра полностью оснащена оборудованием для демонстрации микропрепаратов на экранах плазменных панелей и новой мебелью для учебных комнат (рис. 2, 3).

19 декабря 2019 г. в СПбГПМУ была проведена Всероссийская научная конференция с международным участием по эволюционной гистологии и эмбриологии, посвященная 105-й годовщине со дня рождения профессора А.Г. Кнорре (рис. 4). В конференции приняли участие представители всех известных кафедр гистологии университетов РФ и ряда зарубежных государств, материалы конференции опубликованы в специальном выпуске журнала

«Морфология». Это старейший отраслевой журнал в нашей стране, который был основан в 1916 г. знаменитым отечественным морфологом А.С. Догелем. Кафедра приняла решение сделать кнорровские конференции традиционными и проводить их раз в пять лет в соответствии с юбилейными датами со дня рождения А.Г. Кнорре. В день проведения конференции на стене здания анатомического корпуса, в котором находится кафедра гистологии и эмбриологии, была открыта мемориальная доска в честь Алексея Георгиевича Кнорре (рис. 5, 6).

Однако далеко не все проблемы, связанные с организацией учебного процесса на кафедре, решены. Учитывая увеличивающуюся численность студентов, кафедре необходимо и большее количество микроскопов. Использование цифровых методов демонстрации микропрепаратов не решает вопроса обучения студентов самостоятельной работе с микроскопом, что является необходимым навыком, вырабатываемым в процессе практических занятий. Учитывая техническое со-



Рис. 2. Ассистент Г.Н. Визичканич проводит занятие по эмбриологии человека

Fig. 2. Assistant G.N. Vizichkanich conducts a class on human embryology

стояние и возраст имеющихся на кафедре микроскопов, эта проблема приобретает особую остроту. Кроме того, в настоящее время назрела необходимость если не в новом учебнике, то хотя бы в учебном пособии по эмбриологии человека, отражающем новые данные и трактовки процессов развития зародыша. Традиционно в медицинских вузах было принято изучать эмбриологию в эволюционном аспекте: достаточно подробно рассматривались этапы развития зародыша (и их эволюционные изменения) на примерах различных классов хордовых животных, начиная с ланцетника (бесчерепные), и далее у амфибий, птиц (рептилий) и млекопитающих. Именно так были построены учебники по эмбриологии для медицинских вузов [1]. Однако в настоящее время данный подход к изучению эмбриологии стал непродуктивен. С одной стороны, уменьшилось количество часов, отведенное министерской программой на изучение эмбриологии, т.е. нет возможности подробно изучать эмбриогенез различных классов животных, а с другой стороны, накопился большой объем новой информации по развитию человека. Были открыты многие транскрипцион-



Рис. 3. Преподаватель Ю.С. Лукаш в процессе подготовки препаратов к практическому занятию

Fig. 3. Lecturer Y.S. Lukash in the process of preparing slides for a practical lesson

ные факторы и описаны сигнальные пути, определяющие развитие зародыша. Раньше события антенатального онтогенеза описывались чисто механически, без понимания причин, их вызывающих. Такой традиционный подход имел место в старых учебниках эмбриологии, представляющих последнюю только как описательную эмбриологию или механику развития. Теперь принято излагать материал с точки зрения биологии развития, вскрывающей механизмы эмбриогенеза животных и человека. Именно так озаглавлен вышедший недавно современный фундаментальный учебник для студентов биологических факультетов, автором которого является живой классик отечественной эмбриологии — А.К. Дондуа [2]. Это прекрасный учебник, предназначенный, однако, для биологов-эмбриологов и описывающий в основном развитие различных животных, почти не уделяя внимания человеку. Таким образом, перед нами стоит задача создания краткого учебника, соответствующего современному уровню развития науки и содержащего информацию преимущественно по развитию человека, что и требуется для студентов-медиков.

Кафедра имеет богатые традиции в вопросах преподавания гистологии и эмбриологии, учебный процесс за многие годы хорошо отлажен, наши предшественники вложили в эту работу много сил, знаний и опыта. Но жизнь не стоит на месте, она постоянно ставит перед нами новые задачи, которые предстоит решать уже новым поколениям преподавателей. И хорошо, что они имеют возможность опереться на тот фундамент, на те основы, что были заложены Алексеем Георгиевичем Кнорре и его школой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валькович Э.И., Батюто Т.Д., Кожухарь В.Г. и др. Общая и медицинская эмбриология. Учебное пособие для медицинских вузов. СПб.: Фолиант; 2003.
2. Дондуа А.К. Биология развития. Учебник. 2-е издание исправленное и дополненное. СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета; 2018.
3. Заварзин А.А. Краткое руководство по эмбриологии человека и позвоночных животных. Л.: Медгиз. Ленинградское отделение; 1939.
4. Кнорре А.Г. Краткий очерк эмбриологии человека с элементами общей, сравнительной и экспериментальной эмбриологии. Л.: Медгиз. Ленинградское отделение; 1959.
5. Кнорре А.Г. Эмбриональный гистогенез (морфологические очерки). Л.: Медицина; 1971.
6. Кожухарь В.Г. Алексей Георгиевич Кнорре на кафедре гистологии и эмбриологии Ленинградского педи-



Рис. 4. Открытие конференции, посвященной 105-летию со дня рождения профессора А.Г. Кнорре (19 декабря 2019 г.). Слева направо: заведующий кафедрой гистологии и эмбриологии имени профессора А.Г. Кнорре В.Г. Кожухарь, академик А.Д. Ноздрачев, ректор Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Д.О. Иванов.

Fig. 4. Opening of the conference dedicated to the 105th anniversary of the birth of Professor A.G. Knorre (December 19, 2019). From left to right: head of the Department of Histology and Embryology named after Professor A.G. Knorre Vladimir G. Kozhukhar, Academician Alexander D. Nozdrachev, Rector of Saint-Petersburg State Pediatric Medical University Dmitriy O. Ivanov

трического медицинского института (1955–1981 гг.). Морфология. 2002; 121(1): 101–2.

7. Кожухарь В.Г., Валькович Э.И. К 100-летию со дня рождения Алексея Георгиевича Кнорре. Сборник научных статей, посвященный 100-летию со дня рождения чл.-корр. АМН СССР профессора Алексея Георгиевича Кнорре «Актуальные проблемы морфологии: эмбриональный и репаративный гистогенез, филогистогенез». СПб.: 2014; 5–16.
8. Руководство по гистологии в 2-х томах. Частная гистология органов и систем. СПб.: Спецлит. 2001; 2.
9. Руководство по гистологии в 2-х томах. Учебное пособие для студентов медицинских вузов и факультетов, аспирантов и слушателей системы дополнительного медицинского образования. В двух томах. 2-е издание исправленное и дополненное. СПб.: Спецлит. 2011; 2.

10. Токин Б.П., Иванова-Казас О.М., Габаева Н.С. Вклад А.Г. Кнорре в развитие современной эмбриологии. Арх. Анат. 1984; 87(2): 92–4.

REFERENCES

1. Valkovich E.I., Batyuto T.D., Kozhukhar V.G. i dr. Obshchaya i meditsinskaya embriologiya. [General and medical embryology]. Uchebnoe posobie dlya meditsinskikh vuzov. St. Petersburg: Foliant Publ.; 2003. (in Russian).
2. Dondua A.K. Biologiya razvitiya. [Developmental biology]. Uchebник. 2-e izdanie ispravlennoe i dopolnennoe. St. Petersburg: Izdatel'stvo Sankt-Peterburgskogo universiteta; 2018. (in Russian).
3. Zavarzin A.A. Kratkoye rukovodstvo po embriologii cheloveka i pozvonochnih zhivotnih. [Brief guide to human and vertebrate embryology]. Leningrad: Medgiz Publ. Leningradskoye otdeleniye; 1939. (in Russian).



Рис. 5. Открытие мемориальной доски А.Г. Кнорре 19 декабря 2019 г. Заведующий кафедрой гистологии и эмбриологии имени профессора А.Г. Кнорре Владимир Гарibaldiевич Кожухарь

Fig. 5. Opening of the A.G. Knorre memorial plaque on December 19, 2019. Head of the Department of Histology and Embryology named after A.G. Knorre Vladimir G. Kozhukhar



Рис. 6. Открытие мемориальной доски А.Г. Кнорре 19 декабря 2019 г. Слева направо: ректор Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Дмитрий Олегович Иванов, дочь А.Г. Кнорре Ирина Алексеевна Ферсман (урожденная Кнорре), доцент кафедры гистологии (с курсом эмбриологии) Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова Светлана Эдуардовна Русакова, ведущий научный сотрудник лаборатории морфологии клетки Института цитологии РАН Ирина Олеговна Боголюбова, профессор кафедры морфологии человека Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова Владимир Константинович Верин

Fig. 6. Opening of the A.G. Knorre memorial plaque on December 19, 2019. From left to right: Rector of the Saint-Petersburg State Pediatric Medical University Dmitry O. Ivanov; Alexey G. Knorre's daughter Irina A. Fersman (nee Knorre); Associate Professor of the Department of Histology (with the course of Embryology) of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov Svetlana E. Rusakova; Senior Researcher of Laboratory of Cell Morphology of the Institute of Cytology of the Russian Academy of Sciences Irina O. Bogolyubova; Professor of the Department of Human Morphology of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov Vladimir K. Verin

4. Knorre A.G. Kratkiy ocherk embriologii cheloveka s elementami obshchey, sravnitelnoy i eksperimentalnoy embriologii. [Brief outline of human embryology with elements of general, comparative, and experimental embryology]. Leningrad: Medgiz Publ. Leningradskoye ot-deleniye; 1959. (in Russian).
5. Knorre A.G. Embrionalniy gistogenes (morfologicheskie ocherki). [Embryonic histogenesis (morphological essays)]. Leningrad: Medicina Publ; 1971. (in Russian).
6. Kozhukhar V.G. Aleksey Georgievich Knorre na kafedre gistologii i embriologii Leningradskogo pediatricheskogo meditsinskogo institute (1955–1981 gg.). [Aleksey Georgievich Knorre at the Department of Histology and Embryology of the Leningrad Pediatric Medical Institute (1955–1981)]. *Morfologiya*. 2002; 121 (1): 101–2. (in Russian).
7. Kozhukhar V.G., Valkovich E.I. K 100-letiyu so dnya rozhdeniya Aleksey Georgievicha Knorre. [On the 100th anniversary of Aleksey Georgievich Knorre's birth].

Sbornik nauchnih statey, posvyaschenniy 100-letiyu so dnya rozhdeniya chl.-corr. AMN SSSR professora Aleksey Georgievicha Knorre "Aktualnie problemi morfologii: embrionalniy i reparativniy gistogenes, filogistogenes". St. Petersburg: 2914; 5–16. (in Russian).

8. *Rukovodstvo po gistologii v 2 tomah. Chastnaya gistologiya organov i sistem*. [Guide to histology in 2 volumes. Special histology of organs and systems]. St. Petersburg: Speclit Publ. 2001; 2. (in Russian).
9. *Rukovodstvo po gistologii v 2 tomah*. [Guide to histology in 2 volumes]. *Uchebnoe posobie dlya studentov medicinskih vuzov i fakultetov, aspirantov i slushateley sistemi dopolnitelnogo medicinskogo obrazovaniya. V dvuh tomah*. St. Petersburg: Speclit Publ. 2011; 2. (in Russian).
10. Tokin B.P., Ivanova-Kazas O.M., Gabaeva N.S. Vklad A.G. Knorre v razvitiye sovremennoy embriologii. [A.G. Knorre's contribution to the development of modern embryology]. *Arch. Anat.* 1984; 87 (2): 92–4. (in Russian).

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

© Дмитрий Алексеевич Земляной, Елена Александровна Потапова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Контактная информация: Дмитрий Алексеевич Земляной — к.м.н., доцент, доцент кафедры общей гигиены.
E-mail: zemlianoj@mail.ru

Поступила: 07.02.2021

Одобрена: 12.03.2021

Принята к печати: 25.03.2021

РЕЗЮМЕ: В рамках исследования произведено анонимное анкетирование студентов I–VI курсов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Медико-профилактическое дело» в медицинских вузах Санкт-Петербурга. Цель исследования — изучение особенностей режима дня, питания и физической активности студентов, а также оценка учебной и зрительной нагрузки в условиях дистанционного обучения. Материал собран дистанционным образом в течение октября-ноября 2020 года. Математический анализ производился с помощью программы SPSS 23.0. Интерпретация данных произведена с помощью качественного анализа ответов респондентов и выявления значимых расхождений с помощью критерия согласия Хи-квадрат Пирсона, коррекционный анализ шкальных параметров произведен с помощью коэффициента Пирсона. Анализ полученных ответов показал, что режимные моменты значительной доли обучающихся характеризуются выраженными отклонениями от рекомендуемых величин: продолжительность сна составила менее 7 часов у 51,3% опрошенных студентов, а суммарное время использования электронных устройств у 77,8% студентов составило более 5 часов в день. Более чем у половины респондентов (64,6%) рацион оказался не сбалансирован, при этом питание студентов, проживающих с родителями, более разнообразно по набору продуктов, чем у студентов, проживающих самостоятельно. Треть студентов (33,8%) отметили, что за период дистанционного обучения их физическое самочувствие ухудшилось. Также выявлено, что уровень физического благополучия связан с образом жизни студентов, их физической активностью и выраженностью учебной нагрузки. Исследование показало, что в условиях дистанционного обучения студенты младших (I–III) курсов посвящают учебному процессу большее количество времени, что в сочетании с депривацией сна и отсутствием потребного уровня физической активности может приводить к ухудшению самочувствия учащихся.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: режим дня; физическая активность; питание; электронные устройства; учебная нагрузка; дистанционное обучение; самоизоляция.

THE IMPACT OF DISTANCE LEARNING TECHNOLOGIES ON THE LIFESTYLE AND HEALTH OF STUDENTS AT A MEDICAL UNIVERSITY

© Dmitry A. Zemlyanoy, Elena A. Potapova

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

Contact information: Dmitry A. Zemlyanoy — MD, PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of General Hygiene. E-mail: zemlianoj@mail.ru

Received: 07.02.2021

Revised: 12.03.2021

Accepted: 25.03.2021

ABSTRACT: In the course of this study there was conducted an anonymous survey of students of I–VI courses studying in the specialties “Medical Care”, “Pediatrics” and “Medical and Preventive Care” in medical universities of St. Petersburg. The purpose of the study is to study the features of the daily routine, nutrition and physical activity of students, as well as to assess the learning load and visual load in the conditions of distance learning. The material was collected remotely during October–November 2020. The mathematical analysis was performed using the SPSS 23.0 program. The data were interpreted using the qualitative analysis of the respondents’ responses and the identification of significant discrepancies using the Pearson Chi-square agreement criterion, and the correction analysis of the scale parameters was performed using the Pearson coefficient. The analysis of the received answers showed that the regime moments of a significant proportion of students are characterized by pronounced deviations from the recommended values: the sleep duration was less than 7 hours in 51.3% of the surveyed students, and the total time of using electronic devices in 77.8% of students was more than 5 hours a day. More than half of the respondents (64.6%) did not have a balanced diet, while the diet of students living with their parents is more diverse in terms of the set of products than that of students living on their own. A third of all respondents (33.8%) noted that their physical well-being deteriorated during the distance learning period. It was also revealed that the level of physical well-being is associated with the lifestyle of students, their physical activity and the severity of the academic load. The study showed that in the conditions of distance learning, students of junior (I–III) courses devote more time to the educational process, which, combined with sleep deprivation and lack of the required level of physical activity, can lead to a deterioration in the well-being of students.

KEY WORDS: daily regime; physical activity; nutrition; electronic devices; academic amount of work; distance learning; self-isolation.

ВВЕДЕНИЕ

Эпидемическая ситуация, возникшая в марте 2020 года в результате масштабного распространения вируса SARS-CoV-2, потребовала введения целого ряда противоэпидемических мероприятий, среди которых одним из самых значимых для системы медицинского образования оказался переход на обучение с использованием дистанционных образовательных технологий. Такой вид реализации образовательных программ указан в статьях 13, 16 Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (редакция от 08.12.2020) [13].

Известно, что специфика обучения медицинским специальностям не предусматривает возможности заочного обучения на этапе дипломного образования, так как помимо освоения теоретического материала включает необходимость отработки практических навыков и постоянного общения с пациентами, которое в условиях дистанционной формы обучения недоступно для студентов [3].

При реализации образовательных программ на постдипломном этапе для снижения воздействия таких ограничений заслуживает внима-

ния внедрение в образовательный процесс симуляционных технологий с организацией выезда к обучающимся, однако такой подход имеет ограничения как по количеству обучающихся, так и по направлениям подготовки [1, 12].

В сложившихся эпидемических условиях основным и единственным видом коммуникаций преподавателей и обучающихся остается использование дистанционных образовательных технологий [1, 7].

По данным исследования, проведенного на начальном этапе ограничений, вызванных пандемией, большинство студентов отмечают ряд сложностей, вызванных переходом на дистанционную форму обучения: нехватка общения с преподавателями, увеличение объема самостоятельной работы, сложности организации учебного процесса в домашних условиях [5, 11].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель нашего исследования — провести гигиеническую оценку организации жизнедеятельности и учебного процесса студентов медицинских специальностей в условиях дистанционного обучения в период пандемии COVID-19.

МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках данного исследования было произведено анонимное анкетирование студентов I–VI курсов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Медико-профилактическое дело» в медицинских вузах Санкт-Петербурга. Исследование проводилось дистанционным образом в ноябре–декабре 2020 года.

Разработанная анкета состояла из 28 вопросов, характеризующих социально-демографические характеристики респондентов, условия проживания и занятости в период дистанционного обучения и таких важных с гигиенической точки зрения параметров, как продолжительность сна, особенности питания, наличие вредных привычек, частота и характер физической активности, выраженность учебной нагрузки. Ряд вопросов посвящен самооценке студентами своего физического и психологического состояний в этот период, их отношению к процессу дистанционного обучения и указанию тех сложностей, с которыми они столкнулись. Анкетирование, помимо выбора одного или нескольких вариантов ответов из числа предложенных, предполагало возможность дать свой вариант ответа и добавить комментарий.

Математический анализ производился с помощью программы SPSS 23.0. Интерпретация полученных данных произведена с помощью качественного анализа различий содержательных составляющих ответов респондентов и выявления значимых расхождений с помощью критерия согласия Хи-квадрат Пирсона. Коррекционный анализ шкальных параметров произведен с помощью коэффициента Пирсона.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫБОРКИ

В исследовании приняли участие 189 студентов (84,6% женщин, 15,4% мужчин). Возрастной диапазон респондентов — от 17 до 27 лет. Среди респондентов обучающихся I–III курсов было 102 человека (54,0%), IV–VI курсов — 87 человек (46%).

Характеризуя место пребывания опрошенных студентов в период дистанционного обучения, необходимо отметить, что половина студентов (51,9%) проживали с родителями, треть (30,7%) — самостоятельно, 13,2% находились в общежитиях, остальные (4,2%) указали, что в данный период меняли место жительства в зависимости от обстоятельств, чередуя самостоятельное проживание и поездки к родителям.

Около половины опрошенных студентов нигде не работали (49,7%); более трети (35,4%) совмещали учебу с работой на постоянной основе, остальные (14,8%) имели эпизодические подработки. Большую часть из тех, кто на постоянной основе совмещал учебу с работой, составили студенты V курса (40,3% из всех работающих) и первокурсники (19,4%). Среди тех, кто указал эпизодические подработки, преобладали студенты III–IV курсов (42,8% из всех ответивших данным образом).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Отмечая имеющиеся вредные привычки, только 3,1% опрошенных студентов (6 человек) указали, что не имеют ни одной из перечисленных и не добавили иных.

Частота встречаемости вредных привычек среди опрошенных студентов представлена на рис. 1.

Как видно из данных, представленного на гистограмме, подавляющее большинство опрошенных студентов (72,3%) отметили в качестве вредной привычки «залипание» в социальных сетях, интернет-серфинг. Весьма распространенными вредными привычками также являются недосыпание (60,8%) и пристрастие к «вредной» еде (50,3%). Курение как вредную привычку отметили 19,7%, причем 6,9% из них указали, что количество выкуренных сигарет в период дистанционного обучения увеличилось; 5,8% отметили, что стали курить меньше; у 7,4% количество выкуренных сигарет не изменилось. На присутствие у себя зависимости от компьютерных игр указали 4,2%.



Рис. 1. Распространенность вредных привычек (%)

Fig. 1. Prevalence of harmful habits (%)

Статистически значимых различий в количестве вредных привычек в зависимости от пола не выявлено. При этом девушки среди вредных привычек чаще отмечали «залипание в социальных сетях» ($\chi^2=4,999$; $p=0,025$) и «недосыпание» ($\chi^2=5,133$; $p=0,023$), а юноши — «курение» ($\chi^2=4,408$; $p=0,036$) и «игровую зависимость» ($\chi^2=6,161$; $p=0,033$).

Длительность сна студентов в последний месяц (по отношению к срокам анкетирования) представлена на диаграмме (рис. 2).

Оценивая продолжительность сна в период дистанционного обучения, необходимо отметить, что половина из опрошенных студентов спали менее положенной нормы: 11,6% указали, что спят менее 6 часов, 39,7% — 6–7 часов. Остальные студенты (48,6%), принявшие участие в исследовании, спали от 8 часов и более. При этом статистически значимых различий по длительности сна в зависимости от пола и условий проживания студентов (с родителями или самостоятельно) в рамках данного исследования не выявлено. Однако обнаружена корреляционная связь между продолжительностью сна и курсом обучения: студенты старших курсов, как правило, спят дольше ($r=0,249$; $p=0,001$).

Важно отметить, что среди тех, кто указал, что в последний месяц спит менее 6 часов в сутки, постоянно работали лишь треть студентов (31,8%), остальные не совмещали учебу и работу (59,1%) или делали это эпизодически (9,1%). Из тех, кто работал, 49,3% спали по 6–7 часов в сутки; сон продолжительностью 8 часов и более отметили 40,3% работающих студентов. Стоит добавить, что в период очного обучения студенты тратили на дорогу до образовательной организации от 10 минут до 2,5 часов ($M=67,5 \pm 32,8$ мин).

Характеризуя процесс засыпания в период дистанционного обучения, 36% отметили, что, как правило, засыпают быстро, 22,2% отметили, что сложности с засыпанием возникают перед проверочными и контрольными работами, 21,2% указали, что долго не могут уснуть, 14,3% — хронически не высыпаются, остальные студенты (6,3%) указали на эпизодические сложности с засыпанием.

Таким образом, несмотря на значительное сокращение временных затрат на дорогу, у каждого второго студента продолжительность сна составила менее 7 часов.

В период дистанционного обучения, по мнению большинства студентов (68,3%), их рацион был сбалансирован и разнообразен, остальные 31,7% отметили злоупотребление полуфабрика-

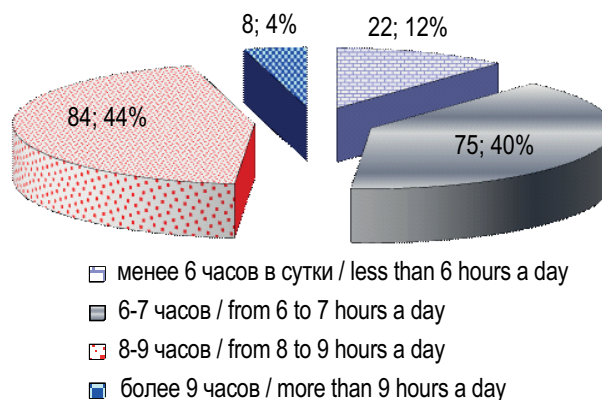


Рис. 2. Продолжительность сна обучающихся в течение последнего месяца (абс., %)

Fig. 2. The duration of sleep of students during the last month (abs., %)

тами, готовой едой быстрого приготовления (фаст-фуд).

Отмечая группы продуктов, присутствующих в рационе, только треть респондентов (35,4%) отметили, что в их рационе присутствуют все обозначенные группы продуктов, представленных в пирамиде рационального питания. Рацион остальных респондентов был дефицитен по следующим группам продуктов: чаще всего отсутствовали фрукты и ягоды (38,1%), молочные и кисломолочные продукты (21,7%), далее овощи и зерновые (крупы, хлеб, макароны) — по 16,4%. Рыба и морепродукты регулярно (2 раза в неделю и чаще) присутствовали в рационе у 10,1%; 1 раз в неделю употребляли рыбу 32,3%; реже одного раза в неделю — 57,7%. Похожие «дефекты» рациона, касающиеся частоты потребления молочных продуктов и рыбы, выявлены у студентов и в исследованиях, проведенных в 2014–2018 годах [4, 9].

Большинство (71,5%) употребляли пищу 3–4 раза в день, 10,1% — 5 раз и более, 18,5% — 1–2 раза в день. Отмечая регулярность приемов пищи, 52,4% указали, что питаются регулярно, 4,8% отметили, что всегда питаются нерегулярно, 41,3% отметили, что «бывает по-разному», но скорее нерегулярно. В комментариях отдельные студенты указали, что «благодаря дистанционному обучению начали питаться правильно».

Таким образом, более чем у половины респондентов рацион не сбалансирован (снижено потребление продуктов животного происхождения: рыбы и гидробионтов, молока и молочных продуктов), при этом питание студентов, проживающих с родителями, более разнообразно ($\chi^2=18,778$; $p=0,007$).

Оценивая характер физической нагрузки, которая имела место в период дистанционного обучения, 36% отметили, что она присутствовала в виде легкой разминки в домашних условиях; у 22,3% это были полноценные тренировки дома, на улице или в спортивных залах; у 8,5% физическая нагрузка была в виде занятий определенным видом спорта; 5,7% отметили, что физическая нагрузка заключалась в прогулках по парку, до работы или по магазинам; 27,5% указали, что физическая активность в данный период отсутствовала.

Отмечая частоту занятий физическими упражнениями, 24,9% указали, что целенаправленно не занимаются физическими упражнениями, 28,6% — эпизодически, 31,7% — 1–2 раза в неделю, 7,4% занимаются физическими упражнениями 3–5 раз в неделю, 7,4% — ежедневно. Результаты, полученные в ходе исследования уровня физической активности студентов Дальневосточного федерального университета, также свидетельствуют, что около двух третей обучающихся (63%) самостоятельно выполняют физические упражнения [2, 8, 10].

Из опрошенных студентов 33,8% отметили, что за период дистанционного обучения их физическое самочувствие ухудшилось, 48,7% указали, что состояние осталось без изменений, 17,5% утверждают, что их физическое состояние в период дистанционного обучения улучшилось. При этом студенты I–III курсов чаще отмечали, что в данный период их самочувствие ухудшилось ($\chi^2=13,312$; $p=0,011$), студенты IV–VI курсов — что их физическое состояние не изменилось.

Необходимо отметить, что также существуют статистически значимые различия в самооценке физического состояния в зависимости от характера ($\chi^2=40,194$; $p=0,017$) и интенсивности ($\chi^2=33,271$; $p=0,000$) физической активности.

Оценивая ежедневную учебную нагрузку (дистанционные занятия и самоподготовка), 23,8% указали, что она занимает до 5 часов, 32,3% отметили, что их учебная нагрузка составила от 5 до 7 час, 24,9% занимались 8–10 часов в сутки, 14,8% — 10–14 часов.

Важно отметить статистически значимые различия по длительности учебной нагрузки в зависимости от курса обучения ($\chi^2=99,445$; $p=0,000$). Так, студенты I курса в большинстве своем занимались от 8 часов и более: 8–10 часов — 37%; 10–14 часов — 43,5%. Студенты II курса в основном посвящали учебной деятельности 5–10 часов: 5–7 часов — 36,4%; 8–10 часов — 45,5%. Та же тенденция присут-

ствует и среди студентов III курса: 5–7 часов — 26,5%; 8–10 часов — 35,3%.

Студенты же старших курсов в большинстве своем занимались до 7 часов в день. На IV курсе 41,7% указали, что их учебная нагрузка не превышает 5 часов; 37,5% занимались от 5 до 7 часов. Студенты V курса посвящали учебной деятельности до 5 часов в 48,7%, 5–7 часов — 43,6%. Половина из опрошенных студентов VI курса занималась по 5–7 часов — 50,0%, до 5 часов — 37,5%.

Поскольку учебный процесс при дистанционной форме обучения в основном осуществляется с использованием электронных устройств, мы попросили студентов указать, какова продолжительность использования в рамках учебного процесса компьютера, планшета, смартфона. Экранное время в учебных целях у 22,2% ограничивалось 5 часами, у 33,3% работа с электронными устройствами занимала 5–7 часов, 30,2% отметили, что занимаются с использованием гаджетов от 8 до 10 часов, 11,6% отметили, что это 10–14 часов в сутки, 2,6% использовали электронные устройства 15 часов и более.

Выявлены статистически значимые различия в длительности использования гаджетов в учебных целях в зависимости от курса обучения: студенты младших курсов тратят на учебный процесс больше времени, чем старшекурсники ($\chi^2=74,649$; $p=0,000$).

Помимо учебной нагрузки студенты используют электронные устройства для просмотра видео и текстового контента в Интернете (89,4%), общения с друзьями в социальных сетях и мессенджерах (84,7%), чтения электронных книг (42,3%), компьютерных игр (18%), просмотра телевизора (14,3%). Это, несомненно, увеличивает общую нагрузку на глаза.

Корреляционный анализ полученных данных показал, что самооценка студентами своего физического состояния в период дистанционного обучения взаимосвязана с образом жизни учащихся, а также интенсивностью учебной нагрузки. Так, с ухудшением физического состояния связаны такие параметры, как недостаток сна ($r=-0,161$; $p=0,05$), большое количество вредных привычек ($r=0,288$; $p=0,01$), учебная нагрузка в целом ($r=0,163$; $p=0,05$), а также усталость от работы за электронными устройствами ($r=0,148$; $p=0,05$). Положительная связь физического благополучия отмечена с такими параметрами, как интенсивность физической нагрузки ($r=0,191$; $p=0,01$) и частота занятий физическими упражнениями ($r=0,289$; $p=0,01$).

Мы попросили студентов указать: «Чего вам не хватает в рамках обучения в дистанционном

формате?» Частота выбора студентами тех или иных вариантов представлена на рисунке 3.

Как видно из данных рисунка 3, в период дистанционного обучения основной дискомфорт студентам доставляет отсутствие движения (61,9%), а также нехватка общения с одногруппниками (61,4%) и преподавателями (60,3%). Схожие результаты были получены в результатах исследования рейтингового агентства RAEX в начале периода самоизоляции [6]. Около половины студентов (48,7%) указали, что в процессе организации обучения им не хватало самоорганизации. Для трети студентов (31,7%) были важными сами поездки в вуз, причастность к студенческой жизни. Четверть студентов (25,9%) отмечают, что в этот период им не хватает чувства стабильности. В комментариях студенты также отмечали, что им не хватает клинической практики (6,9%). Отдельные студенты (4,8%) отметили, что им всего хватает.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на изменение распорядка дня в связи с самоизоляцией, в том числе отсутствие необходимости тратить время на дорогу до места учебы и обратно до дома, основные компоненты режима дня у большей части обучающихся характеризуются отклонениями от рекомендуемых величин. Так, у каждого второго студента продолжительность сна составила менее 7 часов, а суммарное время использования электронных устройств у 77,8% студентов составило более 5 часов в день.

2. Более чем у половины респондентов (64,6%) рацион оказался не сбалансирован (снижено потребление продуктов животного происхождения: рыбы и гидробионтов, молока и молочных продуктов). При этом выявлено, что питание студентов, проживающих с родителями, разнообразнее, чем у студентов, проживающих отдельно ($\chi^2 = 18,778$; $p = 0,007$), что, скорее всего, определяется сформировавшимися пищевыми стереотипами в семьях и напрямую не зависит от появившихся в условиях самоизоляции возможностей для самостоятельной организации правильного питания.

3. Выявлено, что уровень физического благополучия связан с образом жизни студентов, их физической активностью и выраженностью учебной нагрузки. Исследование показало, что в условиях самоизоляции студенты младших (I–III) курсов посвящают учебному процессу большее количество времени, что в сочетании с депривацией сна и отсутствием потребного

В рамках дистанционного обучения студентам не хватает:
In the context of distance learning, students do not have enough:

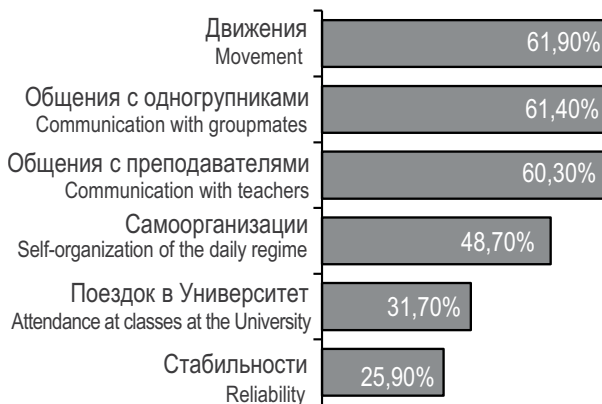


Рис. 3. Основные социальные и психологические потребности обучающихся в период дистанционного обучения (%)

Fig. 3. The main social and psychological needs of students during distance learning (%)

уровня физической активности может приводить к ухудшению самочувствия учащихся.

Таким образом, период обучения с применением технологий дистанционного обучения по-разному отразился на образе жизни и здоровье студентов. Среди общих тенденций можно отметить депривацию общения (как с одногруппниками, так и с преподавателями), увеличение времени, проведенного за электронными устройствами в рамках учебного процесса и выраженное снижение физической активности. Весьма актуальными также стали вопросы самоорганизации учебного процесса и дисциплины в режимных моментах жизни студентов. Все это определяет необходимость более детальной проработки организации учебного процесса, в том числе активизации кураторской поддержки студентов, а также выработки и донесения до студентов рекомендаций по организации режимных моментов в период дистанционного обучения, в том числе поддержание должного уровня физической активности в домашних условиях, контроль общего времени работы с электронными носителями информации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева А.Ю., Балкизов З.З. Медицинское образование в период пандемии COVID-19: проблемы и пути решения. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020; 11 (2): 8–24. DOI: 10.24411/2220-8453-2020-12001.
2. Банку Т.А., Якимович Е.П., Коноплев В.В. и др. Влияние дистанционного обучения на физическое состо-

яние студентов. Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2020; 5: 40–2.

3. Бухарина Т.Л., Аверин В.А. Психолого-педагогические аспекты медицинского образования. Екатеринбург; 2002.
4. Васильев Ю.В., Васильева И.В., Истомина Ф.Ю., Козлов А.К. Основные тенденции фактического питания студентов педиатрического факультета за последние годы. В кн.: Здоровое питание с рождения: медицина, образование, пищевые технологии: сб. матер. СПб.; 2018: 23–5.
5. Груздев И.А., Камальдинова Л.Р., Калинин Р.Г. Результаты опроса студентов российских вузов, осуществляющих переход на дистанционный формат обучения. Шторм первых недель: как высшее образование шагнуло в реальность пандемии. Современная аналитика образования. 2020; 6(36): 62–7.
6. Дефицит общения и рост учебной нагрузки — следствия перехода студентов на «удаленку» Доступен по: <https://raex-a.ru/releases/2020/05June> (дата обращения: 06.02.2021).
7. Иванов Д.О., Александрович Ю.С., Орел В.И. и др. Пандемия коронавирусной инфекции: вызовы высшему медицинскому образованию и реагирование. Педиатр. 2020; 11(3): 5–12. DOI: 10.17816/PED1135-12.
8. Криворотов С.К. Влияние дистанционного обучения на физическую активность студентов в период пандемии 2020 года. Казанский педагогический журнал. 2020; 4 (141): 173–7. DOI: 10.34772/KPJ.2020.141.4.024.
9. Львов С.Н., Земляной Д.А., Васильева И.В. и др. Гигиеническая характеристика фактического питания студентов педиатрического университета. Педиатр. 2017; 8 (S1): M202–3.
10. Милько М.М., Гуремина Н.В. Исследование физической активности студентов в условиях дистанционного обучения и самоизоляции. Современные наукоемкие технологии. 2020; 5: 195–200. DOI: 10.17513/snt.38056.
11. Потапова Е.А., Земляной Д.А., Антонов А.А. и др. Влияние самоизоляции на режим дня и тренировок спортсменов-подростков. Медицина и организация здравоохранения. 2020; 5 (4): 34–43.
12. Хайруллин И.И., Парамонова Д.Р., Казанфарова М.А. и др. Роль обучения с использованием симуляционных технологий в период пандемии: практические шаги и ресурсы на примере проекта Выездного симуляционного центра Фонда международного медицинского кластера. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020; 11 (3): 68–83. DOI: 10.24411/2220-8453-2020-13006.
13. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ (в редакции от 08.12.2020). Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (дата обращения: 17.02.2021).

REFERENCES

1. Alekseeva A.Yu., Balkizov Z.Z. Meditsinskoe obrazovanie v period pandemii COVID-19: problemy-putiresheniya. [Medical education during the COVID-19 pandemic: problems and solutions]. Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie. 2020; 11 (2): 8–24. DOI: 10.24411/2220-8453-2020-12001 (in Russian).
2. Banku T.A., Yakimovich E.P., Konoplev V.V. i dr. Vliyanie distantsionnogo obucheniya na fizicheskoe sostoyanie studentov. [Effect of distance learning on students' physical condition]. Fizicheskaya kul'tura: vospitanie, obrazovanie, trenirovka. 2020; 5: 40–2. (in Russian).
3. Bukharina T.L., Averin V.A. Psikhologo-pedagogicheskie aspekty meditsinskogo obrazovaniya. [Psychological and pedagogical aspects of medical education]. Ekaterinburg; 2002. (in Russian).
4. Vasil'ev Yu.V., Vasil'eva I.V., Istomina F.Yu., Kozlov A.K. Osnovnye tendentsii fakticheskogo pitaniya studentov pediatricheskogo fakul'teta za poslednie gody. [The main trends in the actual nutrition of students of the Pediatric Faculty in recent years]. In.: Zdorovoe pitaniye s rozhdeniya: meditsina, obrazovanie, pishchevye tekhnologii: sb. mater. St. Petersburg; 2018: 23–5. (in Russian).
5. Gruzdev I.A., Kamal'dinova L.R., Kalinin R.G. Rezul'taty oprosa studentov rossiyskikh vuzov, osushchestvlyayushchikh perekhod na distantsionnyy format obucheniya. [Results of a survey of students of Russian universities who are switching to a distance learning format]. Shtorm pervykh nedel': kak vysshee obrazovanie shagnulo v real'nost' pandemii. Sovremennaya analitika obrazovaniya. 2020; 6(36): 62–7. (in Russian).
6. Defitsit obshcheniya i rost uchebnoy nagruzki — sledstviya perekhoda studentov na “udalenuku” [The lack of communication and the growth of the academic load—the consequences of the transition of students to “distance learning”]. Available at: <https://raex-a.ru/releases/2020/05June> (accessed: 06.02.2021). (in Russian).
7. Ivanov D.O., Aleksandrovich Yu.S., Orel V.I. i dr. Pandemiya koronavirusnoy infektsii: vyzov vysshemu meditsinskomu obrazovaniyu i reagirovanie. [The COVID-19 pandemic: higher medical education challenges and responses]. Pедиатрия. 2020; 11 (3): 5–12. DOI: 10.17816/PED1135-12 (in Russian).
8. Krivorotov S.K. Vliyanie distantsionnogo obucheniya na fizicheskuyu aktivnost' studentov v period pandemii 2020 goda. [Impact of distance learning on student physical activity during the 2020 pandemic]. Kazanskiy pedagogicheskiy zhurnal. 2020; 4 (141): 173–7. DOI: 10.34772/KPJ.2020.141.4.024 (in Russian).
9. L'vov S.N., Zemlyanoy D.A., Vasil'eva I.V. i dr. Gigenicheskaya kharakteristika fakticheskogo pitaniya studentov pediatricheskogo universiteta. [Hygienic characteristics of the actual nutrition of students of the pediatric University]. Pедиатрия. 2017; 8 (S1): M202–3. (in Russian).

10. Mil'ko M.M., Guremina N.V. Issledovanie fizicheskoy aktivnosti studentov v usloviyakh distantsionnogo obucheniya i samoizolyatsii. *Sovremennye naukoemkie tekhnologii*. [Students physical activity investigation in conditions of distance learning and self-isolation]. 2020; 5: 195–200. DOI: 10.17513/snt.38056 (in Russian).
11. Potapova E.A., Zemlyanoy D.A., Antonov A.A. i dr. Vliyaniye samoizolyatsii na rezhim dnya i trenirovok sportsmenov-podrostkov. [The effect of self-isolation on the daily regimen and training of adolescent athletes]. *Medicine and health care organization*. 2020; 5 (4): 34–43. (in Russian).
12. Khayrullin I.I., Paramonova D.R., Kazanfarova M.A. i dr. Rol' obucheniya s ispol'zovaniem simulyatsionnykh tekhnologiy v period pandemii: prakticheskie shagi i resursy na primere proekta Vyezdnogo simulyatsionnogo tsentra Fonda mezhdunarodnogo meditsinskogo klastera. [The role of training using simulation technologies during the pandemic: practical steps and resources on the example of the project of the Field Simulation Center of the International Medical Cluster Foundation]. *Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie*. 2020; 11 (3): 68–83. DOI: 10.24411/2220-8453-2020-13006 (in Russian).
13. Federal Law "On Education in the Russian Federation" of 29.12.2012 N 273-FZ (as amended on 08.12.2020). Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (date of access: 17.02.2021). (in Russian).

MEDICAL PSYCHOLOGY

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.517.8+616.5-002.2+159.9+616-053.71+303.4.025+612-085+371.78

УТИЛИТАРНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ У ПОДРОСТКОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

© Александра Дмитриевна Донцова, Татьяна Олеговна Новикова,
Елена Сергеевна Маньлова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург,
ул. Литовская, д. 2

Контактная информация: Татьяна Олеговна Новикова — канд. филос. наук, доцент кафедры общей и прикладной
психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики. E-mail: tatiana.o.novikova@gmail.com

Поступила: 07.02.2021

Одобрена: 18.03.2021

Принята к печати: 25.03.2021

РЕЗЮМЕ: В статье рассмотрен вопрос утилитарного отношения подростков с дерматологической патологией к заболеванию. При этом под утилитарным отношением в статье понимается использование подростками собственной болезни для получения выгоды в виде дополнительного внимания и заботы со стороны значимого окружения и возможности ухода с помощью заболевания от решения проблемных ситуаций. **Целью** эмпирического исследования стало выявление содержательных характеристик утилитарного отношения к заболеванию у подростков с дерматологической патологией. Исследование проводилось на базе кожно-венерологического отделения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Общий объем выборки — 60 человек. Объектом исследования стали юноши и девушки в возрасте от 14 до 17 лет с псориазом и атопическим дерматитом. Эмпирическое исследование включало интервью с использованием авторской анкеты «Особенности отношения подростков к собственному заболеванию» (А.Д. Донцова, Т.О. Новикова), методику «Дерматологический индекс качества жизни» (взрослый и детский варианты) и «Цветовые метафоры» И.Л. Соломина. **Основные результаты исследования:** существует различие между субъективным восприятием подростками заболевания и объективной тяжестью его протекания. Утилитарный тип реакции на болезнь не связан с тяжестью заболевания. В большей степени утилитарное отношение к заболеванию соотносится с поиском подростками социальной поддержки и стремлением избежать неблагоприятных ситуаций, действий. Утилитарное отношение к болезни скорее свойственно подросткам с атопическим дерматитом, чем подросткам с псориазом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: утилитарное отношение; рентная установка; реакция на болезнь; вторичная выгода; атопический дерматит; псориаз; подростковый возраст.

THE UTILITARIAN ATTITUDE TOWARDS DISEASE AMONG THE ADOLESCENTS WITH DERMATOLOGICAL PATHOLOGY

© Aleksandra D. Dontsova, Tatiana O. Novikova, Elena S. Manylova

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

Contact information: Tatiana O. Novikova — PhD in Philosophy, Associate Professor, Department of General and Practical Psychology with Courses in Biomedical Disciplines and Pedagogy. E-mail: tatiana.o.novikova@gmail.com

Received: 07.02.2021

Revised: 18.03.2021

Accepted: 25.03.2021

ABSTRACT: The article addresses the utilitarian attitude to disease among adolescents with dermatological pathology. Utilitarian attitudes mean the use of illness to gain additional attention and care from a meaningful environment. Also, it means the possibility of escaping the problem situations with a disease as an argument. Empirical research aimed to discover the substantive characteristics of utilitarian attitudes to disease in adolescents with dermatological pathology. The study was carried out based on the skin-venereal department of Saint Petersburg State Pediatric Medical University. The total sample size is 60 persons. The respondents were young men and women aged from 14 to 17 years with psoriasis and atopic dermatitis. The empirical study included:

- the author's questionnaire "Characteristics of teenagers' attitudes to their disease" (A. Dontsova, T. Novikova);
- dermatological index of quality of life (DLQI and CDLQI);
- the Color Metaphors (I.L. Solomin).

Main results of the study. There is a difference between the subjective perception of the disease and the objective gravity of the disease. The utilitarian type of reaction to a disease is not related to the severity of the disease. A utilitarian attitude towards the disease is related to the adolescents' search for social support. It is also a basement of the desire to avoid unfavorable situations and actions. Utilitarian attitudes towards the disease are more common among adolescents with atopic dermatitis than among adolescents with psoriasis.

KEY WORDS: utilitarian attitudes; rental aim; disease response; secondary gain; atopic dermatitis; psoriasis; adolescence.

ВВЕДЕНИЕ

Подростковый возраст — период существенных изменений как в сфере физического, так и социально-психологического функционирования. Большое значение для подростков имеет то, как они выглядят, какое производят впечатление на окружающих. Самоидентификация личности подростка во многом связана с принятием им собственного тела, своего физического облика. Наличие дерматологического заболевания может влиять на особенности самооценки и самоотношения подростков, а также на субъективную оценку ими качества жизни [4, 13, 14, 19]. Представления подростков о себе, о своем заболевании, их жизненные цели и предпочтения, а также персональный опыт совладания с болезнью — все это может осложнять процесс выздоровления и снижать комплаентность к лечению. Более того, существенную роль в лечении может играть осознанное или неосознаваемое сопротивление пациентов выздоровлению. Часто осознанное нежелание выздоравливать бывает связано со стремлением пациента получить определенные личные выгоды из своего заболевания. В этом случае можно говорить о наличии у больного так называемой рентной установки. Содержательно рентная установка рассматривается в

психологии как внутренняя направленность личности на получение выгоды (как моральной, так и материальной) от своего неблагоприятного положения [8, 12]. При этом пациент выстраивает свое поведение в отношении микро- и макрокруга таким образом, чтобы получить максимально возможную помощь и поддержку. «Человек может ощущать себя несчастным, фокусировать всю свою психическую активность на страдании. Для него могут быть характерны иждивенческие стратегии поведения» [12]. Р. Конечный и М. Боухал отмечают, что рентная установка реализуется в различных формах рентного поведения, которое обозначается ими как тип реакций на заболевание [5]. Одной из выделяемых является утилитарная реакция на заболевание. Авторы замечают, что это более или менее сознательная реакция на болезнь, которая может наблюдаться как при легком, так и при тяжелом течении заболевания. В основе утилитарного реагирования лежат различные мотивы: получение дополнительного внимания, сочувствия, избавление от неблагоприятной ситуации, получение различных материальных выгод и компенсаций [2]. Утилитарное отношение пациентов к своему заболеванию не провоцирует формирование новых симптомов, но способствует закреплению болезни и сопротивлению лечению. И хотя

существуют определенные психологические техники работы с вторичной выгодой и рентными установками, проблема психологической работы с такими пациентами в настоящий момент не решена полностью [7, 11, 16]. Мы полагаем, что своевременное выявление утилитарного типа реагирования подростков на заболевание может способствовать более успешному выстраиванию взаимодействия в системе «врач–пациент» и повышать комплаентность пациентов к лечению.

Именно с позиций утилитарного реагирования подростками в рамках данной статьи нами будет рассмотрен вопрос их отношения к заболеванию.

При этом под утилитарным отношением нами понимается использование подростками собственной болезни для получения выгоды в виде дополнительного внимания и заботы со стороны значимого окружения и возможности ухода с помощью заболевания от решения проблемных ситуаций.

В данном исследовании мы придерживаемся положения, что утилитарное использование собственного заболевания подростками с дерматологической патологией является сознательной поведенческой стратегией и способом сосуществования подростков со своим заболеванием.

Таким образом, нами была поставлена цель — выявить содержательные характеристики утилитарного отношения к заболеванию у подростков с дерматологической патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Организация исследования

Исследование проводилось на базе кожно-венерологического отделения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ). Все испытуемые в выборке находились на стационарном лечении дерматологического отделения СПбГПМУ в период обострения дерматологического заболевания. Подростки имели тяжелое течение кожного заболевания с захватом открытых участков тела, кистей рук, лица и волосистой части головы, что было установлено лечащим врачом и подтверждено при помощи дерматологических индексов тяжести и распространенности заболевания PASI (Psoriasis Area and Severity Index) и SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) [6, 15, 17].

Перед проведением психологического исследования было получено информированное со-

гласие у всех испытуемых старше 15 лет, а также согласие родителей испытуемых младше 15 лет. Все испытуемые были информированы о целях и методах исследования. Им была гарантирована конфиденциальность и анонимность персональных данных. Респонденты были уведомлены о возможности прервать по собственному желанию исследование на любом этапе без каких-либо негативных последствий для них.

Выборка

Общий объем выборки — 60 человек. Объектом исследования стали юноши и девушки в возрасте от 14 до 17 лет с псориазом и атопическим дерматитом (АД). Средний возраст: юноши с псориазом — $15,15 \pm 1,04$, девушки — $14,95 \pm 0,999$; юноши с атопическим дерматитом — $15,88 \pm 1,126$, девушки — $15,17 \pm 0,937$. Выборку составили 20 девушек и 20 юношей с псориазом, а также 12 девушек и 8 юношей с атопическим дерматитом. Исследование социально-демографических характеристик подростков с кожными заболеваниями показало, что у большинства испытуемых (67,93%) в обеих группах отсутствуют сопутствующие заболевания и семейная отягощенность псориазом и атопическим дерматитом. Большинство испытуемых с псориазом (70% юношей и 60% девушек) и большинство девушек с атопическим дерматитом (83,3%) живут в полных семьях, а 50% юношей с атопическим дерматитом проживают только с матерью. У 90% юношей и у 50% девушек в выборке псориаз начался в подростковом возрасте, а у 50% испытуемых (и девушек, и юношей) с атопическим дерматитом заболевание началось в младенческом возрасте. 35% юношей и 20% девушек с псориазом отмечают, что данное обострение заболевания является первым. У подростков с атопическим дерматитом о периодичности обострений заявляют лишь 8,3% девушек. Остальные подростки с атопическим дерматитом отмечают регулярный характер обострений, при этом 25% юношей и 16,7% девушек в данной выборке говорят о том, что обострения происходят 2 раза в месяц или чаще, т.е. являются постоянными. В группе подростков с псориазом постоянный характер обострений наблюдаются у 30% девушек и 5% юношей.

Методы исследования

Эмпирическое исследование субъективной тяжести заболевания у подростков с дерматологической патологией и определение утилитарного отношения к собственному заболеванию включало интервью с использованием авторской анкеты «Особенности отношения подростков к собственному заболеванию»

(А.Д. Донцова, Т.О. Новикова). В статье будут представлены результаты анализа блока вопросов, касающихся непосредственно определения отношения к заболеванию (желание подростков скрыть наличие у себя заболевания, представления подростков о положительных аспектах заболевания, опыт использования кожного заболевания как причины для отказа от деятельности, общения, или использования заболевания для получения сочувствия и жалости от окружающих). В анкете были включены как закрытые, так и открытые вопросы, ответы на которые могут косвенно указать на использование подростками своего заболевания с целью получения определенной выгоды и на возможные причины этого использования.

Психодиагностический инструментальный исследования включал также методику «Дерматологический индекс качества жизни» для лиц старше 16 лет (ДИКЖ или The Dermatology Life Quality Index (DLQI), детский вариант (CDLQI) до 16 лет) и «Цветовые метафоры» И.Л. Соломина [10, 18, 20].

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью SPSS Statistic 25.0 (IBM SPSS Statistics, New York, NY, United States). Для анализа данных использовались следующие непараметрические критерии: а) критерий Краскелла–Уоллиса (H) — для межгруппового сравнения; б) U-критерий Манна–Уитни (U) — для попарного межгруппового сравнения; в) метод иерархической кластеризации — для выделения кластеров напряженных понятий повседневного функционирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Субъективная оценка тяжести заболевания и его влияния на повседневное функционирование

Для определения специфики реагирования подростками на заболевание нам необходимо было выяснить, насколько субъективно тяжелым воспринимается респондентами течение болезни. По результатам, полученным с помощью методики «Дерматологический индекс качества жизни», было установлено, что заболевание кожи оказывает от субъективно умеренного до очень сильного влияния на качество жизни подростков. При этом наибольшее влияние заболевания на повседневное функционирование отмечают юноши с atopическим дерматитом (среднее значение индекса ДИКЖ в указанной группе — 13,3).

При помощи авторской анкеты «Особенности отношения подростков к собственному заболеванию» (А.Д. Донцова, Т.О. Новикова) оценивалось, насколько заболевание мешает нормальному функционированию, и насколько сильно болезнь вызывает психологический дискомфорт (данный пункт отсутствовал в анкете в ее начальном варианте, поэтому влияние на психологическое благополучие не исследовалось у подростков с atopическим дерматитом). Респондентам предлагалось оценить выраженность этих параметров по шкале от 0 до 10. При проведении анализа в обеих нозологических группах при помощи U-критерия Манна–Уитни статистически значимых различий по шкале «Субъективная выраженность заболевания» выявлено не было. Все подростки в выборке демонстрируют средний уровень (определение уровня условно) субъективной выраженности симптомов кожного заболевания.

В результате сравнительного анализа было установлено, что кожное заболевание субъективно более сильно влияет на ежедневное функционирование девушек с дерматологическими заболеваниями, чем на жизнь юношей (достоверные различия на 1% уровне значимости ($p=0,005$ (atopический дерматит) и $p=0,01$ (псориаз)) по шкале «Насколько заболевание мешает нормальному функционированию»).

В группе подростков с псориазом были выявлены значимые различия на 5% в уровне значимости ($p=0,017$) по показателю «Насколько псориаз вызывает психологический дискомфорт». Таким образом, девушки с псориазом субъективно выше оценивают негативное влияние заболевания на их эмоциональное состояние, что может свидетельствовать о более высоком (условно) уровне дискомфорта вследствие кожного заболевания.

Субъективно напряженные сферы повседневного функционирования подростков

Одно из наших исследовательских предположений касается того, что подростки демонстрируют утилитарную реакцию на заболевание с целью избавления/избегания неблагоприятной ситуации/событий. Для проверки выдвинутого предположения мы провели анализ напряженности понятий, относящихся к сферам повседневного функционирования. Для этого применялся анализ методики цветовой метафор И.Л. Соломина с последующей кластеризацией. Под напряженностью понимался уровень аффективного отношения подростков к предложенным понятиям (сферам повседневного функционирования), который

определялся отклонением раскладки предложенных цветов подростками от нормативной раскладки (в среднем) [9]. Полученные результаты представлены в таблице 1. Наиболее напряженные сферы функционирования подростков выделены жирным шрифтом (выделение условно — значения напряженности выше или равные 25).

Поскольку в исследовательские задачи входило определение влияния заболевания на повседневное функционирование, то нам представляется значимым раскрыть связь понятий в контексте временной перспективы «прошлое — настоящее — будущее». Для этого был проведен кластерный анализ по методу иерархической кластеризации. Наиболее значимые результаты кластеризации понятий представлены в виде фрагментов дендрограммы (рис. 1–7).

В кластер «Мое прошлое» (рис. 1) у девушек с atopическим дерматитом вошли такие понятия, как «мое прошлое», «какой (какая) я на самом деле», «любовь», «радость», «мои обязанности», «мой отец», «мой друг (моя подруга)», «врач», «успех». Можно предположить, что девушки с atopическим дерматитом ассоциируют все положительные события своей жизни с прошлым. Показательным является то, что в этот кластер входит понятие «врач». Можно предположить, что фигура врача ассоциируется у девушек с чем-то позитивным.

Кластер «Мое настоящее» (рис. 2) у юношей с atopическим дерматитом составляют понятия «мое настоящее — мои обязанности — жизнь — врач». Связь этих понятий можно объяснить тем, что юноши воспринимают указания врачей

Таблица 1

Уровень аффективного отношения подростков к понятиям различных систем отношений и ценностей

Table 1

The level of affective attitudes in adolescents to meaningful notions and the systems of relations and values

Категория / Category	Юноши с АД / Boys with AD	Девушки с АД / Girls with AD	Юноши с псориазом / Boys with psoriasis	Девушки с псориазом / Girls with psoriasis
Мое прошлое / My Past	23	24	22	20
Мое настоящее / My Present	12	21	13	10
Мое будущее / My Future	8	20	13	9
Какой я на самом деле / Me Real	17	15	13	24
Каким я хочу быть / Me Ideal	24	12	11	15
Мои обязанности / My responsibilities	23	27	19	21
Моя учеба / My Studies	19	25	20	30
Моя мать / My Mother	14	12	10	10
Мой отец / My Father	25	19	20	18
Семья / Family	12	19	16	19
Моя девушка / молодой человек / My Ggirlfriend / My Boyfriend	20	23	16	11
Мой друг (моя подруга) / My Friend	18	10	17	12
Все девушки / All Girls	10	14	8	12
Все юноши / All boys	24	20	9	16
Любовь / Love	17	17	14	15
Жизнь / Life	15	20	8	18
Смерть / Death	25	25	28	31
Здоровье / Health	15	20	9	17
Болезнь / Disease	27	25	26	30
Врач / Doctor	20	14	21	11
Больница / Hospital	15	19	21	23
Успех / Success	12	12	14	13
Неудача / Failure	26	29	28	27
Радость / Happiness	20	11	8	17
Неприятности / Problems	30	30	28	29

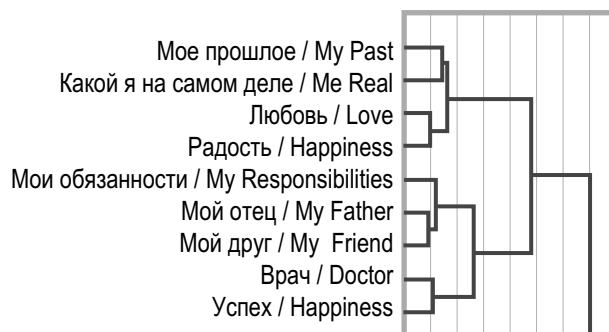


Рис. 1. Кластер «Мое прошлое» (девушки с АД)

Fig. 1. Cluster “My Past” (girls with AD)

и лечение заболевания в качестве своих актуальных обязанностей.

Включение фигуры матери в кластер «Мое будущее» у подростков с псориазом (рис. 3) наряду с понятиями «больница», «мои обязанности» обусловлено тем, что именно мать чаще всего участвует в организации лечения своих детей и контролирует приверженность к лечению и выполнение подростками повседневных обязанностей.

Связь понятий «Мое будущее — мои обязанности — больница — успех» можно объяснить тем, что для подростков достижение успеха в будущем связано с достижением успеха в лечении псориаза, которое воспринимается в качестве их прямой обязанности. С другой стороны, включение понятий «больница — успех» в данный «подкластер» демонстрирует положительное отношение к ситуации госпитализации, что может снижать мотивацию к выздоровлению.

Еще одна значимая связь для исследования — это кластеры, включающие понятия «Болезнь/больница». Ассоциативная связь этих понятий с различными сферами повседневного функционирования, а также понятиями, относящимися к системе ценностей респондентов, может прояснить специфику отношения к заболеванию и включения его в контекст жизни подростков.

Так, связь понятий «моя учеба» и «болезнь» в одну подгруппу у девушек с atopическим дерматитом (рис. 4) может указывать на использование atopического дерматита в ситуациях, связанных с учебой.

Связь понятий «моя мать», «семья», «больница» (рис. 5) подтверждает гипотезу об использовании кожного заболевания для получения дополнительного внимания со стороны значимого окружения: подросток хочет получить внимание и заботу, в результате чего происходит обострение заболевания и госпитализация.

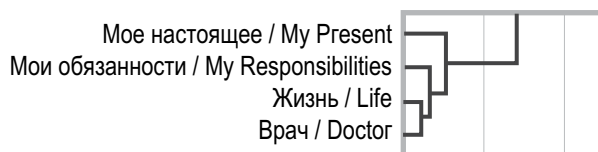


Рис. 2. Кластер «Мое настоящее» (юноши с АД)

Fig. 2. Cluster “My Present” (boys with AD)

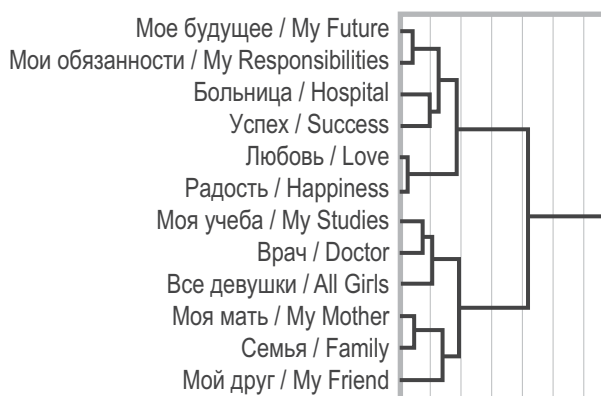


Рис. 3. Кластер «Мое будущее» (подростки с псориазом)

Fig. 3. Cluster “My Future” (adolescents with psoriasis)

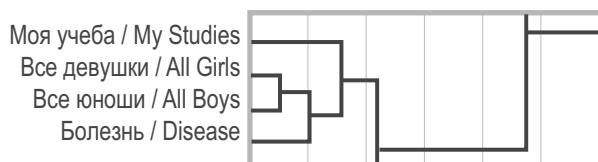


Рис. 4. Кластер «Моя учеба — болезнь» (девушки с АД)

Fig. 4. Cluster “My studies — Disease” (girls with AD)

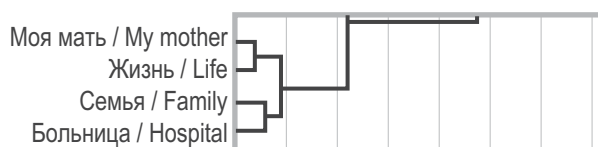


Рис. 5. Кластер «Моя мать — семья — больница» (девушки с АД)

Fig. 5. Cluster “My mother — family — hospital” (girls with AD)

Кластер «Больница» у юношей с atopическим дерматитом (рис. 6) составили понятия «смерть», «больница», «неудача», «успех», «болезнь», «неприятности». Связь этих понятий можно объяснить тем, что юноши воспринимают свое заболевание негативно и можно говорить о риске суицидальных тенденций. С другой стороны, наличие понятия «успех» в данном кластере свидетельствует о том, что юноши осознают положительные стороны в своем заболевании и возможность использовать заболевание для достижения целей, что подтверждает гипотезу об использовании собственного заболевания подростками.

Связь стимулов «Смерть — болезнь — неудача — неприятности» в рамках одного кластера у подростков с псориазом (рис. 7) может указывать на негативное отношение респондентов к своей болезни и наличие суицидальных тенденций в связи с заболеванием.

Включение в кластеры временной перспективы понятия «больница» актуализирует вопрос о роли врача в выстраивании таких взаимоотношений с пациентом и его родителями, которые бы способствовали восприятию ситуации госпитализации как необходимой для достижения успеха в лечении и формированию надежной комплаентности [3, 4].

Позитивные и негативные аспекты кожного заболевания с точки зрения подростков

Утилитарное отношение к заболеванию предполагает, что подростки осознают как позитивные, так и негативные аспекты, связанные с заболеванием. При анализе результатов интервью было установлено, что большинство подростков во всей выборке предпочли бы скрыть наличие у себя кожного заболевания (50% девушек с atopическим дерматитом, 75% юношей с atopическим дерматитом, 75% девушек с псориазом и 50% юношей с псориазом). Выраженные проявления кожного заболевания затрудняют процесс общения с окружающими у подростков с псориазом. Они считают, что их внешность может отталкивать собеседников. При этом в интервью многие подростки указывали, что им не нравится открытое проявление жалости к их состоянию со стороны окружающих. Подростки не хотят выглядеть в глазах других людей непривлекательными и беспомощными. Мы предполагаем, что наличие видимых кожных дефектов приводит к несоответствию реального образа себя и субъективного идеала физической привлекательности, поэтому подросткам с дерматологическими заболеваниями характерно маскировать кожные дефекты и скрывать их от окружающих. При этом девушки для достижения данной цели чаще пользуются различными косметическими средствами, а юноши маскируют дефекты с помощью одежды, причёски.

На прямой вопрос о возможных плюсах заболевания большинство подростков в обеих нозологических группах (табл. 2) ответили, что не видят положительных сторон в своем заболевании (66,7% девушек и 75% юношей с atopическим дерматитом и 100% девушек и 85% юношей с псориазом). Как правило, лечение дерматологических заболеваний достаточно длительное. Оно требует от пациента жесткого соблюдения рекомендаций врачей. Отсутствие

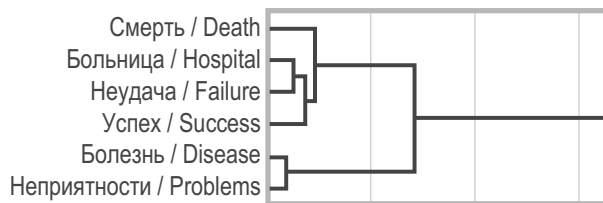


Рис. 6. Кластер «Больница» (юноши с АД)

Fig. 6. Cluster "Hospital" (boys with AD)

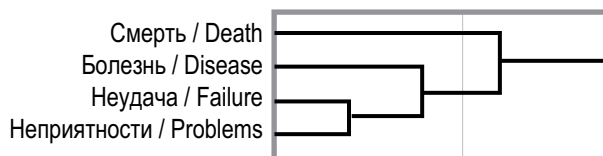


Рис. 7. Кластер «Болезнь» (подростки с псориазом)

Fig. 7. Cluster "Disease" (adolescents with psoriasis)

быстрых видимых позитивных изменений в состоянии кожи в результате лечения может приводить к негативизму со стороны подростков в отношении врачей и приводить к катастрофизации пациентами своего состояния [3].

Те же подростки, которые говорят, что наличие кожного заболевания имеет положительные стороны, чаще указывают на такие плюсы как: возможность не ходить в школу в случае обострения заболевания, не посещать уроки физической культуры, не мыть школьные парты и посуду дома, не писать на доске мелом. Кроме того, подростки отмечают, что госпитализация дает им возможность заводить новые знакомства или отдыхать от повседневных обязанностей.

Сознательное использование заболевания для получения субъективной выгоды

Субъективное представление подростков о возможных позитивных и негативных последствиях заболевания интересным образом преломляется в ответах респондентов, касающихся факта использования заболевания как причины для отказа от какой-либо деятельности. Большинство подростков с псориазом (80% среди юношей и 90% среди девушек) действительно не имеют опыта использования псориаза для отказа от деятельности, а 58,3% девушек и 75% юношей с atopическим дерматитом отмечают наличие подобного опыта (табл. 3). Можно предположить, что получаемые преимущества в результате избегания деятельности с использованием заболевания как причины отказа от нее не воспринимаются подростками с atopическим дерматитом как положительные стороны болезни. С другой стороны, использование заболевания может не осознаваться подростками.

Но это предположение требует дальнейшей эмпирической проверки.

При уточнении вопроса об опыте использования заболевания как причины для отказа от общения или для получения сочувствия или жалости от окружающих, положительный ответ дали уже большее количество подростков с псориазом (в более раннем исследовании подростков с атопическим дерматитом эти показатели исследованы не были). Однако чаще всего испытуемые не указывают ситуации использования заболевания (80% среди юношей и 60% среди девушек) для отказа от общения или для получения сочувствия и жалости. Подростки, имеющие опыт использования заболевания в качестве аргумента для отказа от деятельности (и указавшие его), отметили ситуации, связанные с моментами жизни, когда они хотели избежать социального взаимодействия (не хотели идти гулять со сверстниками, не хотели общаться с людьми — 10% среди юношей и 25% среди девушек), или ситуации, в которых они использовали заболевание как аргумент в связи с эмоциональным состоянием (плохое настроение, депрессивное состояние, обида на друзей или родных — 10% среди юношей, 15% среди девушек). Кроме того, 5% среди юношей в выборке и 10% среди девушек указали в анкете,

что использовали свое заболевание как аргумент в связи с нехваткой внимания и общения.

Для прояснения частоты использования подростками заболевания в качестве причины для отказа от деятельности использовалась условная шкала с градацией от 0 до 10 баллов, где 10 баллов — постоянное использование заболевания в качестве аргумента.

Большинство опрошенных девушек (75%) и юношей (70%) с псориазом оценили эту шкалу в 0 баллов (табл. 4). Это может подразумевать, что респонденты никогда не использовали заболевание в качестве причины отказа от нежелательной деятельности. Иная ситуация наблюдается при анализе результатов подростков с атопическим дерматитом: только 16,7% среди опрошенных девушек и 37,5% среди юношей с атопическим дерматитом указали 0. Большинство подростков с атопическим дерматитом (83,3% среди девушек и 50% юношей) хотя бы раз в жизни использовали заболевание для избегания неблагоприятной ситуации/деятельности (табл. 4).

Обращает внимание вариативность ответов по данной шкале внутри выборок. Так, для всех подростков с псориазом и девушек с атопическим дерматитом при указании частоты использования заболевания характерен незна-

Таблица 2

Наличие субъективных плюсов в заболевании

Table 2

Existence of subjective benefits in disease

Наличие субъективных плюсов в заболевании / Existence of subjective benefits in disease	Юноши с АД / Boys with AD	Девушки с АД / Girls with AD	Юноши с псориазом / Boys with psoriasis	Девушки с псориазом / Girls with psoriasis
Видят плюсы в заболевании / See the benefits of being sick	33,3%	25%	0%	15%
Считают, что плюсов нет / Do not see the benefits of being sick	66,7%	75%	100%	85%

Таблица 3

Наличие опыта использования заболевания в качестве аргумента для отказа от деятельности

Table 3

Experience in using the disease as an argument to abandon the activity

Наличие опыта использования заболевания / Experience in using the disease as an argument to abandon the activity	Юноши с АД / Boys with AD	Девушки с АД / Girls with AD	Юноши с псориазом / Boys with psoriasis	Девушки с псориазом / Girls with psoriasis
Имеют подобный опыт / Have such experience	58,6%	75%	10%	20%
Не имеют опыта использования заболевания / Do not have such experience	41,4%	25%	90%	80%

Таблица 4

Частота использования кожного заболевания для отказа от деятельности по шкале от 0 до 10

Table 4

The frequency of using skin disease as an argument for abandonment by the scale from 0 to 10

Частота использования заболевания для отказа от деятельности / The frequency of using skin disease as an argument for abandonment	Юноши с АД / Boys with AD	Девушки с АД / Girls with AD	Юноши с псориазом / Boys with psoriasis	Девушки с псориазом / Girls with psoriasis
Никогда не использовали (0) / Never used (0)	16,7%	37,5%	75%	70%
Используют редко (1–4) / Use rarely (1–4)	83,3%	50%	25%	30%
Периодически используют (5–7) / Use periodically (5–7)	0%	0%	0%	0%
Используют часто (8–10) / Use frequently (8–10)	0%	12,5%	0%	0%

чительный разброс вариантов ответов. В среднем подростки указывали частоту использования заболевания как аргумент для отказа от деятельности от 0 до 3. Иная картина наблюдается в ответах юношей с атопическим дерматитом. Для них характерен разброс частоты использования заболевания как аргумент от 0 до 8. Результаты можно проинтерпретировать двояко. С одной стороны, можно говорить о критичности юношей с атопическим дерматитом к собственному состоянию и соотнесении степени тяжести заболевания с возможностью/невозможностью выполнения определенных видов деятельности (например, писать на доске мелом в ситуации обострения атопического дерматита на руках). С другой стороны, подобного рода ответы могут косвенно говорить и о том, что юноши осознают возможность получения определенной выгоды из своего заболевания.

Анализ ответов респондентов показал, что ситуации, в которых кожное заболевание используется для получения выгоды или отказа от деятельности, чаще всего связаны с учебой, домашними обязанностями, возможностью завести новые знакомства в условиях госпитализации и получить медицинский отвод от деятельности (освобождение от физической культуры или от воинской службы). Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство подростков с псориазом (90% девушек и 70% юношей) и большинство девушек с атопическим дерматитом (66,6%) не указывают ситуации использования заболевания, а большинство юношей с атопическим дерматитом (62,5%) указывают ситуации, связанные с учебой: возможность не ходить в школу, возможность не писать на доске мелом, не мыть школьные парты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного исследования мы можем заключить:

1. Для подростков с дерматологической патологией характерно субъективно оценивать влияние заболевания на качество жизни как «среднее» (определение уровня условно). Они субъективно отмечают умеренную выраженность симптомов кожного заболевания при объективно тяжелом течении болезни. Различия в субъективной оценке тяжести заболевания и влияние его на субъективное ощущение физического и психологического дискомфорта в мужской и женской выборках, а также в различных нозологических группах может быть связано с особенностями копинг-механизмов, используемых подростками, или со спецификой протекания самого заболевания [1].

2. Сфера здоровья и связанные с ней негативные переживания относятся к субъективно напряженным понятиям. Кроме того, для всех девушек с дерматологическими заболеваниями значимой является сфера учебной деятельности. Для девушек с атопическим дерматитом напряженными сферами их жизни являются также сфера их отношения к себе в прошлом и сфера повседневных обязанностей. В отличие от них девушки с псориазом в большей степени ориентированы на свое будущее. Определенное напряжение у них вызывает страх перед будущими неудачами. Можно предположить, что негативные переживания у девушек с псориазом и атопическим дерматитом, связанные с актуальностью проблемы наличия каких-то обязательств, могут приводить к использованию кожного заболевания для снятия доли ответственности за них. Наиболее значимой сферой для юношей с атопическим дерматитом

является сфера отношений с отцом или актуальная гендерная идентификация, а также сфера переживаний по поводу видения себя в будущем. Было также выявлено, что юноши осознают положительные стороны заболевания и возможности использовать его для достижения своих целей.

3. Кластеризация понятий косвенно указала на использование девушками с atopическим дерматитом собственного заболевания в ситуациях, связанных с учебной, а также для получения дополнительного внимания и заботы. Результаты кластерного анализа в группе подростков с псориазом не подтверждают гипотезу об использовании ими заболевания, однако косвенно указывают на положительное отношение подростков к ситуации госпитализации, что может быть связано с низкой или неустойчивой мотивацией к лечению у подростков в выборке.

4. Большинство подростков не видят положительных сторон в своем заболевании, стремятся скрыть его наличие от окружающих. Вместе с тем в представленных нозологических группах подростки по-разному относятся к возможности утилитарного использования заболевания. Так, большинство испытуемых с псориазом указывают на отсутствие опыта использования заболевания как аргумента для отказа от деятельности. Большинство же подростков с atopическим дерматитом отмечают, что хотя бы единожды прибегали к утилитарному использованию заболевания.

Таким образом, на основе полученных данных мы можем говорить, что утилитарный тип реакции на заболевание в большей степени характерен для подростков с atopическим дерматитом. Вместе с тем результатов исследования оказалось недостаточно для подтверждения гипотезы об утилитарном отношении подростков к своему заболеванию на сознательном уровне. Мы в большей степени можем говорить, что утилитарное отношение к заболеванию выражается в использовании его в качестве причины для избегания нежелательной деятельности/ситуации. Однако респонденты отрицают, что подобное поведение сулит им определенные плюсы. Здесь можно предполагать либо предъявление социально желательных ответов со стороны подростков, либо использование заболевания ими не осознается. На основе полученных данных мы можем заключить, что утилитарный тип реакции на заболевания не характерен для подростков с псориазом.

Тем не менее мы предполагаем, что дальнейшие исследования феномена утилитарного

отношения к заболеванию у пациентов с кожной патологией позволят расширить имеющиеся теоретические знания как в области психологического изучения данного феномена, так и в области дерматологии и психодерматологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билецкая М.П., Голикова М.А. Защитно-совладающее поведение мужчин и женщин с atopическим дерматитом. Педиатр. 2019; 10 (6): 79–84. DOI:10.17816/PED10679-84
2. Жмуров В.Л. Психопатология. М.: Медицинская книга; 2002.
3. Горланов И.А., Микиртычан Г.Л., Заславский Д.В. и др. Клинико-социологические проблемы комплаентности в детской дерматологии. Вестник дерматологии и венерологии. 2011; 1: 36–40.
4. Каурова Т.В., Микиртычан Г.Л. Врач, семья и пациент: некоторые проблемы взаимоотношений в детской дерматологической практике. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 1: 35–41.
5. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум; 1983.
6. Кубанов А.А., Карамова А.Э., Знаменская Л.Ф. и др. Индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) в оценке клинических проявлений псориаза. Вестник дерматологии и венерологии. 2016; 4: 33–8.
7. Одинцова М.А. Практика психологической помощи рентным подросткам. Школа Будущего. 2011; 5: 84–8.
8. Одинцова М.А. Специфика проявления рентной установки в поведении человека. Ярославский педагогический вестник. 2010; 2: 192–6.
9. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М.: ПЕР СЭ; 2004.
10. Соломин И.Л. О «цветовых метафорах» и не только о них. Психологическая газета. 2001; 2: 16–9.
11. Ушакова В.Р., Приходько Н.А. Психологические аспекты отношения к болезни детей с соматическими заболеваниями. Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета. Серия: Педагогика. Психология. 2017; 4(10): 135–40.
12. Ушатиков А.А., Дежурова Е.В. Рентная установка как препятствие в формировании готовности к применению инновационных технологий в педагогической деятельности образовательных организаций федеральной службы исполнения наказаний. Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний. Теоретические и практические проблемы развития уголовно-исполнительной системы в российской федерации и за рубежом. Сборник тезисов выступлений и докладов участников Международной научно-практической конференции. Рязань; 2018: 785–9.
13. Яурова А.С. Взаимосвязь жизнестойкости и самоотношения у подростков с акне (угревой болезнью).

- Педиатр. 2017; 8(5): 110–6. DOI:10.17816/PED85110-116
14. Brown M.M., Chamlin S.L., Smidt A.C. Quality of life in pediatric dermatology. *Dermatologic Clinics*. 2013; 31(2): 211–21. DOI: 10.1016/j.det.2012.12.010.
 15. Coutanceau C., Stalder J.F. Analysis of correlations between patient-oriented SCORAD (PO-SCORAD) and other assessment scores of atopic dermatitis severity and quality of life. *Dermatology*. 2014; 229(3): 248–55. DOI: 10.1159/000365075.
 16. Davidhizar R. The pursuit of illness for secondary gain. *Health Care Superv*. 1994; 13(1): 10–5.
 17. Eichenfield L.F., Tom W.L., Chamlin S.L. et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 70(2): 338–51. DOI: 10.1016/j.jaad.2013.10.010.
 18. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994; 19(3): 210–6. DOI: 10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x.
 19. Kosse R.C., Bouvy M.L., Daanen M., de Vries TW, Koster ES. Adolescents' Perspectives on Atopic Dermatitis Treatment-Experiences, Preferences, and Beliefs. *JAMA Dermatol*. 2018; 154: 824–7. DOI: 10.1001/jamadermatol.2018.1096.
 20. Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol*. 1995; 132(6): 942–9. DOI: 10.1111/j.1365-2133.1995.tb16953.x.
- ## REFERENCES
1. Biletskaya M.P., Golikova M.A. Zashchitno-sovkladayushchee povedenie muzhchin i zhenshchin s atopicheskimi dermatitom. [Defensive-coping Behaviour of Patients with Atopic Dermatitis]. *Pediatr*. 2019; 10(6): 79–84. DOI: 10.17816/PED10679-84(in Russian).
 2. Zhmurov V.L. *Psikhopatologiya*. [Psychopathology]. Moscow: Meditsinskaya kniga Publ.; 2002. (in Russian).
 3. Gorlanov I.A., Mikirtichan G.L., Zaslavskiy D.V. i dr. Kliniko-sotsiologicheskie problem komplaentnosti v detskoj dermatologii. [Clinical and social problems of compliance in pediatric dermatology]. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2011; 1: 36–40. (in Russian).
 4. Kaurova T.V., Mikirtichan G.L. Vrach, sem'yaipatsient: nekotorye problem vzaimootnosheniy v detskoj dermatologicheskoy praktike [Doctor, family, and patient: some problems of relationships in pediatric dermatological practice]. *Medicine and health care organization*. 2017; 1: 35–41. (in Russian).
 5. Konechnyy R., Boukhal M. *Psikhologiya v meditsine*. [Psychology in Medicine]. Praga: Avitsenum; 1983. (in Russian).
 6. Kubanov A.A., Karamova A.E., Znamenskaya L.F. i dr. Indeks PASI (Psoriasis Area and Severity Index) v otsenke klinicheskikh proyavleniy psoriaza. [The PASI index (Psoriasis Area and Severity Index) in the Evaluation of Clinical Manifestations of Psoriasis]. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2016; 4: 33–8. (in Russian).
 7. Odintsova M.A. Praktika psikhologicheskoy pomoshchi rentnym podrostkam. [Psychosocial Care for rented adolescents]. *Shkola Budushchego*. 2011; 5: 84–88 (in Russian).
 8. Odintsova M.A. Spetsifika proyavleniya rentnoy ustanovki v povedenii cheloveka. [The specificity of the Rental Aim in Human Behaviour]. *Yaroslavskiy pedagogicheskij vestnik*. 2010; 2: 192–6. (in Russian).
 9. Prokhorov A.O. Metodiki diagnostiki i izmereniya psikhicheskikh sostoyaniy lichnosti [Methods of diagnostic the personal psychological state]. Moscow: PER SE Publ.; 2004. (in Russian).
 10. Solomin I.L. O «tsvetovykh metaforakh» i ne tol'ko o nikh. [About the «Color Metaphors» and Not Just About Them]. *Psikhologicheskaya gazeta*. 2001; 2: 16–9. (in Russian).
 11. Ushakova V.R., Prikhod'ko N.A. Psikhologicheskie aspekty otnosheniya k bolezni detey s somaticheskimi zabolevaniyami. [Psychological Aspects of the Treatment of Children with Somatic Diseases] *Uchenye zapiski Krymskogo inzhenerno-pedagogicheskogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya*. 2017; 4 (10): 135–40. (in Russian).
 12. Ushatikov A.A., Dezhurova E.V. Rentnaya ustanovka kak prepyatstviye v formirovanii gotovnosti k primeniyu innovatsionnykh tekhnologiy v pedagogicheskoy deyatel'nosti obrazovatel'nykh organizatsiy federal'noy sluzhby ispolneniya nakazaniy. [The Rental Aim as an Obstacle to the Preparation for the Use of Innovative Technologies in the Educational Activities of Educational Institutions of the Federal Prison Service]. *Akademiya prava i upravleniya Federal'noy sluzhby ispolneniya nakazaniy. Teoreticheskiye i prakticheskiye problemy razvitiya ugovolno-ispolnitel'noy sistemy v rossiyskoy federatsii i za rubezhom. Sbornik tezisev vystupleniy i dokladov uchastnikov Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. Ryazan'*; 2018: 785–9. (in Russian).
 13. Yaurova A.S. Vzaimocvyaz' zhiznestoykosti i samootnosheniya u podrostkov s akne (ugrevoy boleznyu). [The relationship of resilience and self-reliance in adolescents with acne (acne)]. *Pediatrician*. 2017; 8(5): 110–6. DOI:10.17816/PED85110-116 (in Russian).
 14. Brown M.M., Chamlin S.L., Smidt A.C. Quality of life in pediatric dermatology. *Dermatologic Clinics*. 2013; 31(2): 211–21. DOI: 10.1016/j.det.2012.12.010.
 15. Coutanceau C., Stalder J.F. Analysis of correlations between patient-oriented SCORAD (PO-SCORAD) and other assessment scores of atopic dermatitis severity and quality of life. *Dermatology*. 2014; 229(3): 248–55. DOI: 10.1159/000365075.
 16. Davidhizar R. The pursuit of illness for secondary gain. *Health Care Superv*. 1994; 13(1): 10–5.

17. Eichenfield L.F., Tom W.L., Chamlin S.L. et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2014; 70(2): 338–51. DOI: 10.1016/j.jaad.2013.10.010.
18. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* 1994; 19(3): 210–6. DOI: 10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x.
19. Kosse R.C., Bouvy M.L., Daanen M., de Vries TW, Koster ES. Adolescents' Perspectives on Atopic Dermatitis Treatment-Experiences, Preferences, and Beliefs. *JAMA Dermatol.* 2018; 154: 824–7. DOI: 10.1001/jamadermatol.2018.1096.
20. Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol.* 1995; 132(6): 942–9. DOI: 10.1111/j.1365-2133.1995.tb16953.x.

HISTORY OF MEDICINE

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

УДК 347.63/.133+37.014.52+94+348.58+314.148/.42+930.272+292.11/.21

ВЗГЛЯДЫ НА РЕБЕНКА, ЕГО ПРАВА И ЗАЩИТУ ОТ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ В ПЕРИОД АНТИЧНОСТИ И В ВИЗАНТИИ¹

© Галина Львовна Микиртичан, Ольга Александровна Джарман

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

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

Поступила: 09.02.2021

Одобрена: 18.03.2021

Принята к печати: 25.03.2021

РЕЗЮМЕ: Статья продолжает исследование различных форм насилия и жестокого обращения с ребенком в истории, в данном случае в культурах античности — Древней Греции, Древнем Риме, а также в Византии — христианизированном продолжении Римской империи. Положение детей в этих обществах и отношение к ним, включая заботу и пренебрежение их нуждами, можно представить по разнообразным источникам — произведениям искусства и архитектуры, артефактам, погребальным посвящениям, литературным и юридическим памятникам, агиографическим и этнографическим материалам и др. Однако текстовые источники, в которых упоминаются дети, относительно редки, часто противоречивы, и в своем большинстве дают представление о жизни детей из высших слоев общества. Отношение к детям и системы их воспитания в Древней Греции — Афинах и Спарте, Древнем Риме и Византии значительно различались, что определялось социокультурными, экономическими и религиозными факторами, в том числе традициями и ритуалами, связанными с определенными периодами жизни людей. Исследования, проведенные в последние годы и основанные на выявлении новых фактов, ведут к пересмотру отношения к детям, особенно в Древнем Риме, дают представление о нем как более эмоциональном и заботливом. Однако насилие и жестокое обращение с детьми в греко-римском мире существовало, дети были беззащитны и бесправны, вся власть сосредотачивалась в руках отца. Прослежены такие формы насилия, как оставление новорожденного ребенка на произвол судьбы (часто приводящее к смерти или к воспитанию как рабов, спрос на которых был очень высок); физические наказания; сексуальное насилие; тяжелый труд; насилие, связанное с военными конфликтами; пренебрежение нуждами ребенка и др. Государственный характер христианства в Византии изменил взгляды на воспитание и образование детей: оставление детей было приравнено к убийству.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: жестокое обращение; положение детей; отношение к детству; оставление на произвол судьбы; Древняя Греция; Древний Рим; Византия.

¹ Данная статья продолжает исследование отношения к ребенку в разные эпохи и проявления жестокости к детям. См. статью Микиртичан Г.Л., Джарман О.А. Взгляды на ребенка, его права и защиту от жестокого обращения в древнем мире. Медицина и организация здравоохранения. 2020; 5(3): 40–56.

VIEWS ON THE CHILDREN, THEIR RIGHTS AND PROTECTION FROM ABUSE IN GRECO-ROMAN ANTIQUITY AND IN BYZANTIUM²

© Galina L. Mikirtichan, Olga A. Jarman

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

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

Received: 09.02.2021

Revised: 18.03.2021

Accepted: 25.03.2021

ABSTRACT: The article continues our studies of various forms of violence and child abuse in history, in this case in the cultures of ancient Greece and Rome, and in the Byzantium, as an Christian extension of the Roman Empire. The status and treatment of children in these societies, including care and neglect of their needs, can be presented from a variety of sources — works of art and architecture, artifacts, funeral rites, legal monuments, literature, hagiographic and ethnographic materials, etc. However, text sources that refer to children are relatively rare, often contradictory, and mostly provide a picture of the lives of children from the upper strata of society. The attitudes and systems of their upbringing in ancient Greece — Athens and Sparta, Ancient Rome and Byzantium — differed considerably, depending on sociocultural, economic and religious factors, including traditions and rituals, related to certain periods of human life. Research carried out in recent years, based on the discovery of new facts, has led to a re-examination of attitudes towards children, especially in ancient Rome, which are perceived as more emotional and caring. However, violence and abuse of children in the Greco-Roman world existed, children were defenseless and powerless, all power was concentrated in the father's hands. Forms of violence have been identified such as abandonment of a newborn child, often leading to death or to education as slaves as for those there was a high demand; physical punishment; sexual violence; heavy labour; violence associated with armed conflict; neglect of the needs of the child, etc. The statehood of Christianity in the Byzantium changed the views on the upbringing and education of children, abandonment of children was equated with murder.

KEY WORDS: child abuse; status of minors; abandonment; perception of childhood; Ancient Greece; Ancient Rome; Byzantium.

В ряду средиземноморских античных государств именно Древняя Греция и Древний Рим оказали наибольшее влияние на развитие европейской и мировой культуры, оставили богатое историческое наследие, в том числе в области нравственно-этических категорий, гражданско-правовых норм, научного знания, философских систем, канонов художественного творчества. Положение детей в обществе и отношение к ним в период греческой и римской античности отражено в разнообразных источниках: произведениях искусства и архитектуры, археологических артефактах, юридических и медицинских текстах, художественной литературе, частной переписке, погребальных посвящениях. Однако эти данные носят лакунар-

ный характер, что существенно затрудняет исследование. Материальные свидетельства (игрушки, рожки, амулеты) частично заполняют эту лакуну, но интерпретация их сложна (относятся ли они к погребению, к вотивам, к предметам домашней утвари и т.д.). Ограничены и текстуальные свидетельства о раннем возрасте ребенка, так как он находился преимущественно среди женщин, то есть той социальной группы, которая в античности не оставляла прямых письменных свидетельств о себе. Сами тексты, в которых упоминаются дети, относительно редки. Кроме того, они отражают в основном взгляды мужчин, относящихся к элите общества, и дают представление преимущественно о детях элиты. Таким образом, дети

² This article continues the study of attitudes towards the children and child abuse in different periods. Vide in the article: Child in the Ancient world: perspective, rights and protection from abuse. Mikirtichan G.L., Jarman O.A. *Medicine and Health Care Organization*. 2020; 5 (3): 40–56.

входят в так называемую «молчащую группу», к которой относятся женщины, бедняки, рабы и другие (маргинальные) группы населения [19, 32].

Являясь христианизированным продолжением Римской империи, Византийская империя (330–1453) со столицей в Константинополе сохранила в своей основе греческий язык и античную культуру, римский закон и христианство в качестве государственной религии. Как следствие, античное отношение к детям сочеталось в ней с библейскими, христианскими взглядами [67]. Источники о детях в Византии скудны и рассеяны, в хрониках им уделено мало места, больше информации содержится в агиографических источниках, так как в житиях святых часто рассказывается о детстве будущих подвижников, мальчиков и девочек, относящихся к разным социальным группам, как знати, так и простолюдинам, горожанам и жителям сельской местности. Также источниками информации служат медицинские трактаты, надгробные слова, письма, юридические источники, предметы материальной культуры. Оценивая всю группу источников, многочисленные исследователи отмечают, что между описаниями в источниках и реальной практикой существовала значительная напряженность и, возможно, даже конфликт: реальность могла быть гораздо более или менее суровой и существенно отличаться от дошедших до нас сведений.

В античности рост и развитие ребенка воспринимались не как некий континуум, но как последовательность определенных стадий, отражавшие его интеграцию в общество и часто сопровождавшиеся ритуальными актами, так называемыми обрядами перехода. Учитывая крайне высокую детскую смертность, каждый такой этап был одновременно и новой ступенькой надежды для родителей, и этапом усиления связи между родителями и ребенком. Ребенок в античности воспринимался как существо, связанное с игрой [31]. Это отразилось в том, что однокоренными словами к слову «pais» («ребенок») являются слова «paizoo» («играть»), «paigma» («игра, спорт»), «paignion» («игрушка») [42]. Социальная бесправность ребенка отражалась в переносе именованного рабов и слуг любого возраста, даже престарелого, словами, обозначающими детей: «paidion» и «paidarion» [43].

В Греции детьми считались девочки до замужества (12–14 лет), а мальчики — до принятия в демос, общину, территориальный округ, в 17–18 лет [42]. В Риме совершеннолетие в том отношении, что юноша становился полностью

дееспособным, наступало довольно поздно — в 25 лет. Девушки никогда не получали полных юридических прав (за исключением дев-весталок).

Смертность детей была высокой: примерно 25–30% новорожденных умирало в течение 1-го года жизни, около 30% умирало до 10 лет [39]. Таким образом, количество выживших детей было низким, несмотря на большое количество беременностей. В Византии также многие дети не доживали до взрослого возраста. Историк и государственный деятель XV века Георгий Сфрандзи потерял двух своих детей в раннем детстве, а третьего — в возрасте пяти лет. Димитрий Ласкарис Леонтарис, государственный деятель и военачальник XV века имел 12 детей, из которых 6 не дожили до взрослого возраста. Изучение налоговых записей в Македонии XIV века показало, что 50% детей в деревнях умирало к возрасту пяти лет [67].

Как в Греции, так и в Риме важным моментом было принятие ребенка в семью. Рождение наследника было главной целью заключаемого брака, а бесплодие было одной из основных причин развода. Идеальной считалась семья, в которой было один или двое детей, и хотя бы один из них — мальчик. Из-за высокой детской смертности многодетных семей было мало [52]. Роды протекали в присутствии повитухи, без мужчин. В Риме иногда мог присутствовать и врач. Повитуха осматривала ребенка и оценивала его жизнеспособность, также она совершала перерезание пуповины и омовение ребенка, носившие выраженную ритуальную окраску. В случае родов у овдовевшей во время беременности женщины для защиты юридических прав ребенка (чтобы в дальнейшем никто не мог оспорить его права как наследника и не заподозрил подлог ребенка) соблюдался ряд предписаний, отраженных в римском законодательстве. В частности, вдова должна рожать в помещении с только одним выходом, в присутствии женщин, представляющих как родню покойного мужа, так и с ее стороны [62].

Ребенок входил в античную семью не по рождению как таковому, а через определенные ритуалы [42]. В Древней Греции эти ритуалы заключались в двух последовательно проводимых церемониях. На пятый-седьмой день в узком семейном кругу совершался ритуал «амфидромия». Название церемонии означало «обойти или объехать кругом», поэтому предполагается, что отец в обнаженном виде и с ребенком на руках трижды обегал кругом семейный очаг, или ребенка обносила мать, или, возможно, даже повитуха. В этот день родиль-

ницей, повитухами и другими присутствовавшими при родах женщинами совершались очистительные жертвы, в дом друзьями и близкими присылалась подарки — «*orteria*», от слов «быть увиденным» (новорожденный был впервые ими увиден). Двери дома украшались оливковой ветвью (в честь рождения мальчика) или мотком шерсти (в честь рождения девочки). Вероятно, целью амфидромии было поместить ребенка под покровительство Гестии, богини домашнего очага.

В зажиточных семьях имя ребенку нарекали на большом празднике, открытом для всех соседей. Он совершался в десятый день после рождения, «*dekate*», и сопровождался жертвоприношением, танцами, приготовлением особого пирога. «*Декате*», очевидно, было более официальной церемонией — отец публично признавал новорожденного как законнорожденного потомка.

Через год или немногим позже отец представлял ребенка ближайшим для своей семьи социальным группам: геносу, дему и фратрии. На них ребенок признавался гражданином, и его статус не мог быть оспорен. Дальнейшие ритуалы (как для мальчиков, так и для девочек) сопровождалась участием в религиозных праздниках, в хорах и танцах, которые вводили детей и подростков во все более расширяющийся круг людей [40]. Реальной целью была защита ребенка, а в случае новорожденного — пережить кризис рождения, когда ребенок наиболее раним. Хотя мы не знаем, насколько широко практиковались эти ритуалы вне Аттики, но, по всей видимости, они существовали во всем грекоязычном мире.

В Древнем Риме детей высоко ценили, их рождение было общепризнанной социальной добродетелью. Повитуха первой осматривала новорожденного, делала особый жест, в зависимости от пола ребенка, и вследствие этого выносила предварительное решение, пригоден ли ребенок для воспитания. Важную информацию о восприятии младенчества, об уходе за ребенком и его лечении с момента рождения оставил римский врач и педиатр Соран Эфесский (98–138) [20]. По словам Сорана, при рождении ребенка следует немедленно положить на землю, а акушерке (повивальной бабке) произвести осмотр для оценки его физического благополучия.

Родившись, ребенок сразу оказывался под юридической властью отца «*patria potestas*». Далее отец принимал решение о том, воспитывать ли ребенка в семье или бросить на произвол судьбы. В Риме были свои ритуалы приня-

тия ребенка в семью [34]. В последние десятилетия вопрос, поднимал ли отец ребенка с земли, как это традиционно считалось, вызвал большой академический интерес. Ряд зарубежных исследователей в настоящее время разделяют мнение Т. Köves-Zulauf о том, что отец не поднимал младенца, и это выражение является метафорическим [51]. Отечественный исследователь Н.Д. Клёнышева настаивает на буквальном поднятии новорожденного ребенка с земли, проведении праздника «день ритуального очищения» («*dies lustricus*»), особых очистительных обрядов и наречения имени (мальчикам на восьмой, а девочкам на девятый день), которые и являлись, собственно, ритуалом принятия в семью [12]. Ребенок получал имя и гения (подобно тому, как сейчас в христианстве получает имя и ангела-хранителя). В дальнейшем празднование этого дня и было празднованием дня рождения (с жертвами гению, украшением его алтаря цветами, подношением ему особого пирога). Его можно сопоставить с празднованием именин в христианской традиции. Дверь дома, где родился ребенок, украшалась лавровым венком, на стене дома могли делать надпись об этом событии. К отцу приходили друзья поздравить его, вдоль дома выставлялись скамьи, чтобы прохожие могли присоединиться к празднованию [31]. Ребенку давалась булла — кожаный или золотой шарик, внутри которого был амулет. Он показывал свободный статус ребенка (как правило, мальчика) и делал запретным любые попытки к сексуальному насилию над ним (в отношении ребенка-раба это не возбранялось). Кроме буллы ребенок из аристократической семьи носил особую одежду, «*toga praetexta*», тогу с пурпурной полосой, до совершеннолетия [59].

В Афинах, согласно законам Перикла о гражданстве в 451 г. до н.э. только ребенок, оба родителя которого были гражданами, мог стать гражданином Афин. Дети, прижитые от рабынь или от незаконной связи, а также от женщины, не являющейся афинской гражданкой, рассматривались как незаконнорожденные. Они не могли претендовать на гражданство и лишались права на наследование. Перикл, принявший этот закон, позже вынужден был просить афинян сделать исключение для его сына, чья мать, Аспасия, была родом из Милета и считалась в Афинах иностранкой [69]. В то же время для граждан существовала возможность официального усыновления ребенка [42].

Воспитание детей в Греции, или «*пайдейя*», было сложным и многогранным понятием в античности и не сводилось только к школьному

обучению. Идеалом пайдеи было воспитание в молодом человеке калокагатии (от древнегреческих слов «kalos» — «прекрасный» и «agathos» — «добрый, хороший»). Это касалось только воспитания мальчиков. Мальчики и девочки за пределами дома практически не пересекались. Традиционно принято противопоставлять концепции воспитания в Афинах и Спарте, двух государствах, о которых из источников мы знаем больше всего. Как в Афинах, так и в Спарте первые шесть лет жизни ребенка проходили исключительно под покровом ойкоса (дома), на женской его половине. Эти годы были временем социализации и инкультурации ребенка, осознания своей роли в иерархии семьи, приобщения к ее нормам и ценностям.

К 7 годам мальчик считался готовым к более активному участию в жизни общества. Он начинал обучение в школе и продолжал его до 18 лет. Формальное образование в Афинах не было обязательным, школы здесь были частными, платными, и отец или опекун решал, когда и как долго его сын должен получать образование. Оно включало обучение грамматике, математике, а также физическое воспитание и музыку (последние признавались обязательными). Занятия шли ежедневно, без выходных, только дни религиозных праздников были свободны. Уроки начинались утром, в обеденное время мальчики уходили домой и возвращались в школу во второй половине дня для физических упражнений или дальнейшего обучения. Примерно с 12 лет мальчиков водили в палестру или школу борьбы, где их обучали бегу, прыжкам в длину, метанию диска и копья, а также боксу, борьбе и др. Отец назначал для своих сыновей педагога («paidagogos»), обычно престарелого и надежного раба, для надзора и, если необходимо, для дисциплинарного воздействия. Он не был учителем, его обязанностью было следить за своим молодым подопечным, сопровождать его в школу и из школы, смотреть, чтобы он не пострадал и не подвергался разлагающему влиянию.

Классическим трудом по спартанскому воспитанию детей является работа французского историка А.-И. Марру [16]. Однако современные исследования внесли определенные коррективы в эти представления. Воспитание спартанского мальчика было весьма аскетичным и суровым и осуществлялось в системе общественного воспитания, называемого «агогэ». Спартанские матери оказывали основное влияние на детей в доме в течение первых нескольких лет их жизни. Они были более зрелыми, физически развитыми, пользовались боль-

шим уважением, отличались мудростью в пределах спартанского общества, и имели большую степень свободы, чем афинянки, жизнь которых была скрыта от посторонних глаз. Обладая значительной властью в ойкосе, они воспитывали своих детей в соответствии с обычаями и ожиданиями своего общества, навязывая позитивные концепции мужества и храбрости и препятствуя трусости своих сыновей, которые должны были стать следующим поколением спартанских воинов.

Считалось, что в спартанском обществе связь между отцом и сыном не была крепкой, и отец играл небольшую роль в воспитании своих детей. Однако это сейчас оспаривается (отцы нанимали своим детям учителей, играли с ними, формировали теплые и доверительные отношения), как и положение, что дети постоянно воспитывались вне дома. Очевидно, что проживание в казармах было не постоянным, а периодическим, и отец играл важную роль в воспитании сыновей [50].

Свобода греческих девушек и женщин была весьма ограничена — они должны были повиноваться своим отцам, а потом мужьям (а в случае вдовства, брату или опекуну). Большую часть времени девочки проводили дома за рукоделием, ткачеством и шитьем. Из дома они выходили редко и в сопровождении рабыни. Однако религиозные праздники были временем, когда девочки и девушки могли активно участвовать в общественной жизни. Долгое время считалось, что афинская девушка была малограмотна, и только гетеры имели хорошее образование. Однако изображения на вазах, на которых девушки и женщины пишут и читают, и анализ текстов, в том числе текстов трагедий, в которых героини пишут письма или оставляют предсмертные записки, заставляет пересмотреть устоявшиеся взгляды на необразованность афинских девочек. Несомненно, они не учились вместе с мальчиками и не посещали палестру, но получали, видимо, домашнее образование иного характера, включая музыкальное [33]. Девушки Беотии и островов Эгейского моря славились своей образованностью, утонченностью, любовью к литературе (пример поэтессы Сапфо и девушек ее школы) [16].

В Спарте считалось, что ткачество — дело рабское, а девушки являются будущими матерями защитников отечества и должны участвовать в состязаниях и играх наравне с юношами и даже вместе с ними. По словам древнегреческого писателя и философа Плутарха (II в. н.э.), государство требовало, чтобы будущие матери

занимались физической подготовкой, включая гимнастику, бег и борьбу, а также метание диска и копья (хотя девушки, конечно, не проходили спартанской агогэ и казарменной тренировки в агелах, как мальчики и юноши) (Плутарх. Ликург, 14) [21]. Спартанские девушки были не только спортивные и раскрепощенные, чем их афинские сверстницы, но также лучше питались и были более физически зрелыми к своим первым родам, что позволяло избежать многих родовых осложнений. При этом образованность не была их сильной стороной — румяная от свежего воздуха и сильная от упражнений спартанка была полной противоположностью бледнокожей афинянке, проводившей большую часть времени дома не только за ткачеством, но и за книгой, флейтой и кифарой [50]. Если девушка и женщина в Афинах всегда была в состоянии юридического несовершеннолетия, то в Спарте она могла наследовать отцу и владеть землей, как ее братья. Девушек выдавали замуж в 12–15 лет.

Моделью римского мира была патриархальная семья, поэтому римские законы предоставляли право собственности отцу семейства на имущество, рабов, домочадцев, в том числе и на детей [22]. Главе семейства («*pater familias*») принадлежала абсолютная власть («*patria potestas*») над всей семьей, в том числе над жизнью и смертью своих детей с рождения, которая простиралась во взрослую жизнь [52]. Дети в буквальном смысле принадлежали своему отцу — они брали его имя и получали его социальный статус. С семьей матери (и даже с самой матерью) ребенка связывали довольно слабые узы. Отец формально, по закону, мог продать детей в рабство, заставлять работать на своих полях в цепях, наказывать и даже выносить смертный приговор. В периоды процветания римский отец мог продавать услуги своего сына по соглашению, похожему на ученичество или трудовой договор. Преступления, совершенные внутри семьи, обычно не выносились перед общественными судами, а решали частным образом, т.е. ценность жизни несовершеннолетнего как личности полностью определялась субъективным отношением к самому факту его существования со стороны отца. Отношения между родителями и детьми представлялись строго иерархическими, с отцами, занимающими почти всемогущее положение. Однако за последние два десятилетия было изучено гораздо больше различных источников, и картина представилась более сбалансированной, показывая, что существовало много ограничений на «*patria potestas*». Широкое при-

менение власти отца в римском обществе, достигающее до детоубийства, оспаривается в современной литературе [62]. Это ясно указывает на необходимость тщательного подхода, учета разнообразных источников и их интерпретацию для получения существовавшей картины отношений между родителями и детьми. Право убить сына в ранний имперский период уже было отнюдь не бесспорным, к IV веку убийство ребенка отцом было запрещено. Несомненно, власть отца значительно уменьшилась, но она продолжала существовать, и основные патриархальные структуры никогда не подвергались пересмотру. Итак, юридические римские документы, которые вносили основной вклад в соотношение «власть отца и право жизни и смерти» не обязательно описывают повседневные реалии семейной жизни. Хотя по закону отец мог лишить сына наследства или даже убить, это не означало, что многие отцы так поступали. Отношения между отцами и детьми были разными, были строгие отцы и отцы-либералы; отцы, баловавшие детей, и скупые отцы. Создается впечатление, что римляне все больше и больше ожидали того, что отец выкажет не только строгость, но и благорасположение, интерес и нежную любовь к ребенку. Основой отношений между родителями и детьми в семье было не право, а «*pietas*» — многогранная добродетель, в которую входило благочестие, уважительное отношение к стране, предкам и родителям [52]. Отношения между родителями и детьми в идеале должны были строиться на взаимной «*pietas*» [64].

Отношение к детству и его восприятие в римском обществе было сложным и часто противоречивым. Представления о ребенке, особенно маленьком, как о несформированном, физиологически несовершенном по своей природе существе, не приспособленном для взрослой жизни, господствовали в античном обществе, особенно в римском. Для включения в мир взрослых его необходимо формировать. Это формирование включало все аспекты опыта детства, от физического формирования тела до социализации и образования. Хотя ребенок и не признавался полноценным человеком (особенно младенцы, еще не одаренные речью), однако признание детства как особого этапа в жизненном пути римлян, несомненно, существовало, так же как и конструирование и оценка специфических детских качеств, включая их уязвимость и очарование [44, 47]. В жизни дети были желанными, ценными и значимыми. Безусловно, в литературе того времени имеются указания на семейное счастье, на ра-

дость, которую приносят родителям маленькие дети.

В конце XX века известный исследователь детства в античности М. Golden поставил перед собой вопрос: трогала ли смерть детей их родителей в античности [41]? Бытовало мнение, что из-за высокой младенческой и детской смертности римские родители не рисковали и не привязывались сильно к своим детям. На первый взгляд, это подтверждается тем, что умершие дети раннего возраста мало представлены на надгробьях имперского периода. Однако тому, что эмоциональных связей между родителями и детьми не было, противоречат литературные источники, из которых видно, что родители оплакивали смерть своих детей, даже совсем маленьких [52]. Хотя в мужской философской среде считалось добродетелью не оплакивать смерть ребенка, а такие авторы как Цицерон (106–43 до н.э.), Сенека (4 до н.э.–65 н.э.) и Плутарх (46–127) убеждали своих друзей не горевать о смерти маленьких детей, в то же самое время мы находим совершенно другие литературные и эпиграфические свидетельства. Тот же Плутарх написал своей жене письмо после смерти их двухлетней дочери Тимоксены, в котором утешает свою жену и хвалит ее стойкость, противопоставляя ее поведение вопиющим эмоциональным проявлениям, которым подвержены многие родители, когда умирают их дети. Еще одним утешительным посланием глубоко скорбевшему Апполонию по случаю ранней смерти сына является «Утешение к Аполлонию» Псевдо-Плутарха. Сенека пишет, что радостная детская беззаботность умершего ребенка должна остаться в памяти родителей, но это не значит, что они должны предаваться безутешному горю, а современник Сенеки поэт Стаций пишет поэму «Сильвы» для утешения своего друга, потерявшего маленького приемного (даже не родного!) ребенка. Плиний Младший (61–113) утешал своего друга, сенатора Регула, который был в отчаянии от смерти своего маленького сына. Горевали по своим детям и императрица Ливия, и император Нерон, и другие знатные римляне [21, 30].

Погребение маленьких детей не было римским законом общественным событием, но это не значит, что родители не уделяли ему внимания. Греческие и римские эпитафии полны трогательных слов о безвременно умерших детях, описывая детей как любимых, прекрасных, умных, как погибшую надежду старости близких. Так, четырехлетний умерший мальчик в надписи, сделанной его безутешными родителями, именуется «ты — наш бог» и выража-

ется уверенность в том, что они будут под его защитой [45].

В своем путешествии в преисподнюю Эней у Вергилия встречает души умерших младенцев:

«Тут же у первых дверей он плач протяжный
услышал:
Горько плакали здесь младенцев души, которых
От материнской груди на рассвете сладостной
жизни
Рок печальный унес во мрак могилы до срока».
Энеида, 426–429

Как говорит современный исследователь римских детских погребений, ничто не указывает на то, что высокий риск потерять ребенка делал сердца родителей черствыми к утрате — напротив, он увеличивал родительскую тревогу и ответственность за детей [29].

Ответственность за раннее образование ребенка в семьях аристократии лежала на кормилице и учителе (домашний учитель был для детей младшего возраста). Родители, особенно отец, мало контактировали с ребенком в раннем детстве. Так, римский философ-стоик Сенека (4 до н.э.–65 н.э.) утешает отца, потерявшего маленького сына, тем, что кормилица знала ребенка гораздо больше, чем сам отец. Таким образом, в аристократических семьях ухаживающие за ребенком люди низкого происхождения имели больше влияния на ранние годы формирования ребенка. Мать занималась детьми младшего возраста, а образование сына, начиная с 7 лет, было уже задачей отца.

Как только ребенок становился старше, ему давался наставник-раб. Он сопровождал ребенка везде: не только в школу, но и в театр, и в цирк, и играл огромную роль в социализации ребенка.

В Республиканском Риме мальчики и юноши учились на примере отца, со II в. до н.э. римляне переняли греческую систему образования. Ребенка обучали дома с индивидуальным преподавателем (часто греком-рабом), или он посещал школу.

Государство делало попытку помочь детям низших классов получить образование. Так, император Троян (98–117) выделял деньги небогатым родителям для обучения детей. Итальянским землевладельцам были доступны займы от центрального правительства, проценты с этих займов распределялись между общинами, чтобы помочь (хотя бы частично) родителям в оплате обучения их детей. Система государственной помощи детям малоимущих роди-

телей и сиротам — алиментация — была введена императором Нервой (96–98) и просуществовала примерно до середины III века. Алиментарные программы поддерживали девочек до 13–14 лет, а мальчиков на несколько лет дольше.

Мальчик из аристократической семьи до совершеннолетия носил особую одежду, «*toga praetexta*» (тога с пурпурной полосой), которая затем менялась на «*toga virilis*» (мужская тога). Определенного времени для этого обряда не было, мальчики получали ее между 14 и 16 годами. Для девочек брак был водоразделом между детством и взрослой жизнью. По закону римские девочки могли выходить замуж в 12 лет.

В конце Республики и, особенно, в начале Империи (конец I в. до н.э. — начало I в. н.э.) взгляд на детство начинает меняться. Несмотря на то что отцовская власть провозглашалась вечной и сильной, происходит ее некоторое ослабление. Право на жизнь и смерть трансформируется в право на умеренную коррекцию, сводившуюся к праву отца применять домашние меры наказания детей, к обязанности детей оказывать уважение родителям, поэтому дети не могли предъявлять к родителям порочащих исков, а за злоупотребления властью могло последовать наказание. Например, отец был вынужден освободить своего сына после жестокого обращения с ним, или отец должен был передать это дело магистрату, если его сын заслуживал смерти.

На отношение к ребенку в Византии огромное влияние оказало христианство. Религия была одним из основных факторов, влияющих на духовную культуру византийского общества, законодательство, правоотношения и уклад жизни его граждан.

Христианские идеи о том, что все люди созданы по образу Бога, повлияли на отношение к детям как положительно — они считались полностью человеческими, так и отрицательно — они были в падшем состоянии и страдали от греха. Институт семьи в византийском обществе, так же как и в других культурах, был значимым элементом в родственных и социально-экономических отношениях. В эпоху классической Византии в семейных правовых отношениях и обрядности присутствовали черты как римской, так и христианской семьи. Они регулировались гражданским законодательством и дополнялись церковными ограничениями. С течением времени взгляды на ценность жизни детей постепенно менялись: с одной стороны, христианство стремилось приобщить к церкви всех детей таинством крещения, с

другой — забота о детях рассматривалась как милостыня во спасение души и как покаяние. Христиане считали убийство и оставление смертными грехами, а милосердие было объявлено не только добродетелью, но и обязанностью христианина.

Хотя причины, по которым родители в Византии имели детей, могут выглядеть как сугубо практические, после рождения ребенка не возникало вопроса о том, существовали ли сильные эмоциональные связи между родителями и ребенком. Сохранилось множество византийских текстов, в которых видна большая радость о детях и внуках. Среди них и тексты ученого византийского монаха, автора исторических и философских трудов, математика Михаила Пселла (1018–ок. 1078), который писал о дочери и внуке проникновенно и с любовью. Его описание своего 4-месячного внука уникально для византийской литературы. В письме, приуроченном к рождению ребенка, он пишет, что поцеловал его еще неомытого. В другом письме сообщает, что любил смотреть, как ребенка купают, проверял теплоту воды и слушал песни кормилицы [67].

Дети в Византии выделялись в отдельную категорию жителей империи. Отношение к детям было христианизированным, отец не был столь властен над жизнью и смертью своих детей или внуков, как в Древнем Риме, а детоубийство и продажа собственных детей в рабство были запрещены. Аборт рассматривался как детоубийство, поэтому христианство отрицательно относилось к такой практике. Родители обязывались кормить, одевать своих детей, предоставлять им жилище вплоть до совершеннолетия и позже. С точки зрения законодательства полная правоспособность наступала в возрасте 25 лет, однако в других контекстах предельными были другие значения. Распространенным явлением в Византии являлись браки среди детей, часто совершавшиеся в возрасте около 10 лет.

Важную роль в жизни ребенка играло получение образования, которое обычно начиналось в возрасте шести или семи лет. В школах, как и в предыдущий период, продолжали изучать грамматику, риторику, философию. Однако программы и учебники, по которым обучались дети в Византии, постепенно менялись, в том числе менялись этические идеалы — в культурном наследии библейский материал вытеснял классический. Школы организовывались и в городах, и в сельской местности. И их могли посещать не только сыновья из привилегированных семей. Известно, что император Алексей I Комнин (1081–1118) ор-

ганизовал грамматическую школу для детей воинов, павших на полях сражений, а также школу для детей, потерявших родителей, и из неимущих семей. Педагоги и ученики находились на полном государственном содержании. Порой даже рабов учили грамоте. У богатых византийцев могли быть домашние рабы — писцы, врачи, воспитатели детей.

Раннее христианство уделяло больше внимания ответственности родителей за формирование и идеологическое воспитание своих детей с целью сделать их «хорошими христианами», происходило вовлечение родителей в воспитание детей. Поскольку от детей-христиан требовалось защищать не только честь своей семьи, но и христианской общины и веры, к ним предъявлялись более строгие требования в отношении нравственного поведения. Некоторые источники, даже больше, чем обычно до этого, подчеркивали необходимость использования физической силы как средства формирования христианина.

Принципиальное отличие византийских родителей заключалось в их готовности посвятить ребенка монашеской жизни в довольно раннем возрасте, особенно часто это было, если ребенок родился после долгого периода бесплодия или после того, как он перенес серьезную болезнь и выжил. Например, мать будущего преподобномученика и исповедника VIII века Стефана Нового молилась о ребенке, обещая посвятить его Богу [67].

ФОРМЫ НАСИЛИЯ И ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ

Формами насилия и жестокого обращения с детьми в рассматриваемых цивилизациях были: инфантицид, оставление ребенка на произвол судьбы, жертвоприношение, физические наказания, сексуальное насилие, тяжелый труд, насилие, связанное с военными конфликтами, пренебрежение нуждами ребенка, каждая из которых сопровождалась психологическим и эмоциональным насилием.

ОСТАВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ НА ПРОИЗВОЛ СУДЬБЫ И ИХ УБИЙСТВО ПРИ РОЖДЕНИИ

Оставление детей на произвол судьбы и их убийство при рождении в Древней Греции и Древнем Риме в последние годы привлекает пристальное внимание исследователей разных стран. Многие десятилетия исследователи ссылались на рассказ древнегреческого писателя и

философа Плутарха (II в. н.э.) о царе Спарты Ликурге (IX–VIII в. до н.э.), которым было закреплено право на уничтожение неполноценных детей в соответствии с убеждением, что жизнь, которую природа не обеспечила здоровьем и силой, бесполезна как для нее самой, так и для государства, не обязанного оплачивать расходы на воспитание (Плутарх, Ликург, 16) [21]. Участь ребенка здесь определяли старейшины города, которые сразу после рождения осматривали ребенка и принимали решение о его жизнеспособности: достаточно ли он здоров и крепок, чтобы его можно было воспитывать и готовить к будущей жизни, или предпочтительней сразу же оставить на произвол судьбы или умертвить [38]. Современный взгляд на повествование Плутарха о строгом отборе и детоубийстве новорожденных в Древней Спарте во времена полубогородного правителя Ликурга (отделенного несколькими столетиями от времени жизни самого Плутарха) в настоящее время расценивается как миф, продолжающий античную традицию философской утопической модели [36, 50]. Нет прямых данных об оставлении детей в Спарте (учитывая, что, согласно Плутарху, «неудачные дети» сразу умерщвлялись) [69].

В Древней Греции до ритуала принятия в семью ребенок в течение 5–10 дней не имел социального статуса и мог быть выброшен по воле отца (из-за нежелательности пола, внешних уродств, плохих предзнаменований, совпавших с рождением ребенка, большого числа уже имеющихся детей и нежелания делить имущество между несколькими наследниками). Аристотель (384–322 до н.э.) считал, что обряды принятия в семью откладываются из-за опасения того, что ребенок сразу после рождения имеет высокую вероятность умереть (История животных 7.588a 8-10) [1]. В восприятии людей античности убийство и выбрасывание детей после того, как они были приняты как члены семьи, было ужасным деянием.

Насколько важной в античности, где высоко ценилось физическое совершенство человека, была причина оставления детей при рождении из-за физических недостатков? Дошедшие до нас высказывания ряда философов Древней Греции и Древнего Рима о детях больных, с расстройствами, как будто бы свидетельствуют об их бесполезности. Так, Аристотель, как и Платон (между 429 и 427–347 гг. до н.э.) до него, считал вполне справедливым и разумным закон, что ни одного калеку-ребенка кормить не следует (Политика, кн.7 1335b). Сенека рекомендовал топить слабых и уродливых младенцев. Однако скорее это также были теорети-

ческие представления философов об идеальном государстве, не совпадавшие с окружающей действительностью, которую они желали исправить [38]. Литературные источники содержат упоминания о больных или увечных детях, внебрачных сыновьях, т.е. тех, кто такой участи избежал [15]. Исследования показывают, что не все дети, имеющие физические недостатки, изгонялись из своих семей или общин, родители и акушерки выхаживали и помогали младенцам, они были интегрированы в семью, которой приходилось нести бремя заботы о них [66]. Также оспаривается и нетерпимость к больным детям в Спарте: пример хромоногого царя Агесилая II, который в детстве занимался с остальными мальчиками и старался ни в чем им не уступать, достаточно серьезный повод сомневаться в истреблении больных детей спартанцами, считает современный исследователь образования в Спарте Н.М. Кеннел [50]. Будущий римский император Клавдий (41–54) из династии Юлиев-Клавдиев, был увечным с рождения (он, скорее всего, страдал ДЦП с сохраненным интеллектом), и, однако, был воспитан своей семьей, в общем-то, плохо к нему относившейся. Несомненно, случаи оставления таких детей были, но, вероятно, это были решения, которые предпочитали открыто не обсуждать. Успешно или нет, родители таких детей молились, нанимали врачей, прилагали усилия для изготовления различных приспособлений, облегчающих жизнь их детей, посвящали свою жизнь уходу за ребенком, стремясь восстановить их здоровье и работоспособность, совершали паломничества, консультировались с оракулами, использовали магию и приносили жертвы, смирялись с инвалидностью своих маленьких домочадцев. Вероятно, были и такие, кто позже пожалел о своем решении воспитывать такого ребенка. Смысл и значение инвалидности как понятия менялись от общины к общине и из века в век, в зависимости от множества факторов. Однако факты показывают, что в мышлении и практике существовала определенная преемственность в смысле облегчения жизни людей с инвалидностью. Например, пандусы, построенные в лечебницах и других святилищах, обеспечивающие удобное перемещение людей с различными физическими отклонениями, связаны со значительными затратами на их устройство. Пандус, ведущий к афинскому Акрополю, был построен в VI веке до н.э. и перестроен в V веке до н.э.; он был заменен лестницей только в I веке н.э. Бутылочки для кормления больных и новорожденных с пороками развития продол-

жали производиться, экспортироваться и использоваться в течение сотен лет.

Правовое положение подкидышей было различным в полисах Греции. На острове Лесбос найденыш, поднятый с земли мужчиной, принимался в его семью. В Афинах человек, воспитавший найденыша, мог по своему усмотрению обращаться с ним как со свободным или рабом; при этом отец, выбросивший ребенка, формально сохранял над ним свои права (а также над выброшенным ребенком своей рабыни), и при удобном случае он мог их предъявить. Любимой фигурой в комедии IV века до н.э. был ребенок, который был выброшен своими родителями (подвергнут жестокости), затем спасен и позже найден своими же родителями. В качестве примера можно привести 2 комедии римского комедиографа Плавта (ок. 254 до н.э. — 184 до н.э.) «Шкатулка» и «Канат».

Найденыши часто воспитывались как проститутки обоего пола. Так, Демосфен в одной из своих речей говорит о некоей Никарете, жившей в IV веке до н.э. в Коринфе и занимавшейся этим промыслом: «Семь молодых рабынь, купленных в раннем детстве, приобрела Никарета, вольноотпущенница Харисия элейца, жена повара Гиппия, служившего у Харисия, — женщина опытная, умеющая обращаться с девочками, находящимися в раннем возрасте, знающая, как воспитать их надлежащим образом и обучить их этой профессии: это дело стало для Никареты источником существования. Так она извлекала выгоду из юного возраста каждой, торгуя одновременно телами всех семерых — Антеи, Стратолы, Аристоклеи, Метаниры, Филы, Истмиады и этой самой Неэры» [8].

Как гласила легенда, сами основатели Рима были найденышами, выкормленными волчицей. В Древнем Риме отец принимал решение о жизни и смерти детей, но прежде чем вынести такое решение, он по обычаю должен был посоветоваться с родственником («*consilium*»). Согласно Законам XII таблиц (лат. *Leges duodecim tabularum*; 451–450 до н.э.), представлявших собой свод законов Древнего Рима, регулирующих практически все отрасли (в том числе сферу семейных и наследственных отношений), убийство детей, особенно с уродствами или увечьями, не считалось преступлением (Таблица IV — «Права отцов семейства»), также как и оставление ребенка [22]. Однако надо принимать во внимание, что источников, свидетельствующих об употреблении этого закона римскими отцами, сохранилось очень мало. В последние годы среди ученых произошла переоценка взглядов на детоубийства в связи с детальным изучением большого количе-

ства найденных останков младенцев из погребений романо-британских поселений, вилл и общинных кладбищ на территории Британии периода завоевания ее древними римлянами. Выяснилось, что многие захоронения принадлежат мертворожденным детям, а не жертвам убийств, как считалось ранее [57].

Мотивами для отказа от ребенка были, прежде всего, экономические причины. Они распространялись на незаконнорожденных детей и детей бедных или рабов. Но и здоровые, законные дети, рожденные в богатых семьях, также рисковали подобной судьбой во избежание снижения семейного статуса в результате последовательного распада семейной собственности в рамках раздельной системы наследования [6].

Здоровье ребенка — вторая по значимости причина: младенцы, которых акушерки считали «слабыми», нездоровыми и/или с физическими дефектами также, вероятно, были более подвержены оставлению, они же и чаще умирали.

Как римляне относились к оставлению наиболее четко изложено в книге J. Boswell, где он утверждает, что детоубийство и оставление концептуально являются очень разными действиями, их нельзя отождествлять, и что прямое убийство младенца в любом случае было незаконным во времена Римской Империи [28]. По его мнению, римляне под оставлением или подкидыванием ребенка понимали «добровольный и необратимый отказ от контроля над детьми со стороны натальных родителей или опекунов, оставляющих их где-то, продающих, или по закону передающих заботу и контроль над ними какому-то другому лицу». Родители тем самым отказывались от своих прав на них. В какой-то мере оставление детей было способом регулирования размера и вида семьи римлян, не нарушавшим семейной стабильности или супружеских отношений.

В умах многих людей оставление было альтернативой детоубийству, ими владело непреодолимое ожидание, что ребенка заберет незнакомец, независимо от того, будет ли он растить его как своего (благо) или для превращения в раба (зло). К сожалению, частым исходом оставления была смерть ребенка. Монотеистические религии Римской империи (иудаизм и христианство) всегда протестовали против убийства детей и жестокого обращения с ними. Ранние христианские апологеты, такие как св. Иустин Философ (ок. 100–165), Афинагор Афинский (ок. 133–ок. 190), Климент Александрийский (ок. 150–ок. 215), отцы Каппадокии Григорий Нисский (335–394) и Василий Вели-

кий (ок. 330–379) осуждали детоубийство и приравнивали к нему оставление детей. По мнению христианского писателя Лактанция (ок. 250–ок. 325), людей нельзя считать невиновными, если они предлагают свою собственную плоть и кровь для диких собак, а в случае, если младенцев подберут и вырастят, то для публичных домов или рабства [58].

Всем были хорошо известны места для оставления брошенных новорожденных, что, несомненно, облегчало шансы быть спасенным из жалости или из-за выгоды. Младенец мог быть поднят незнакомцем, продан за прибыль, обращен в рабство любым человеком, мог попасть в гладиаторскую школу или принуждался к проституции [68], т.е. если ребенку было суждено жить, риск жестокого обращения продолжался. Описаны случаи, когда брошенные дети возвращались в свою биологическую семью, которая, возможно, все время знала о них. Нет также никаких твердых доказательств, указывающих на то, что чаще оставляли девочек. Например, сохранившиеся юридические контракты из Александрии в Римском Египте (13 до н.э.) между рабовладельцами и кормилицами показывают, что дети-подкидыши обоих полов были выращены. Нет также никаких твердых доказательств, указывающих на то, что чаще оставляли девочек. Способствовала находению ребенка сделанная специально для этого случая подвеска-оберег — «сгерундия», которая одевалась на новорожденного. Она была индивидуализирована, могла содержать имена родителей и позволяла им в случае потери ребенка или его оставления опознать дитя, а также была знаком свободного рождения младенца. Роль крестинки как опознавательного знака могли играть и другие предметы: игрушки, украшения и т.д.

Часто детей оставляли на перекрестках или напротив храма, в надежде, что кто-нибудь позаботится о них. И действительно, некоторых детей подбирали и воспитывали как найденных. Оставленные дети были одним из важных источников поставки рабов, спрос на которых был огромен. Так, знаменитый грамматик и драматург Мелисс из Сполетия (ок. 485–ок. 425 до н.э.) был свободнорожденным, но его родители, поссорившись, подкинули его. Стараниями и заботой воспитателя Мелисс, хоть и воспитывался как раб, но получил великолепное образование и был подарен государственному деятелю и покровителю искусств Меценату (между 74 и 64–8 гг. до н.э.). Позже его мать потребовала его освобождения, однако Мелисс предпочел остаться домочадцем Мецената, даже в качестве раба.

В классическом Римском праве частный акт, такой как оставление ребенка, продажа ребенка или залог детей, не мог изменить правовой статус ребенка или превратить свободнорожденного в раба. Это утверждение оставалось в римских юридических источниках и в позднем Риме дополнялось указами о запрете продажи детей. Законы империи не наказывали и не поощряли оставление новорожденных. Источники римского права I–III веков н.э. указывают: свободнорожденные дети, которые были оставлены на произвол судьбы и в дальнейшем спасены, но выращены как рабы, сохраняли свое право свободнорожденного («*ingenuitas*») и могли в дальнейшем получить свободу, доказав свой изначальный статус свободнорожденного. Это, безусловно, было невероятно тяжело или даже невозможно для самого ребенка, если он был воспитан в рабстве.

Начиная с императора Константина Великого (306–337), происходит драматическая перемена — легитимация воспитания найденшей как рабов, даже если они были рождены свободными. Это должно было остановить родителей, оставляющих детей на произвол судьбы, так как статус раба был ужасной перспективой для свободнорожденного человека. Константин при голоде в Африке приказал выдать зерно голодающим, чтобы прекратилась продажа детей в рабство, так как «это полностью чуждо нашим нравам позволять кому-либо, стесненному голодом, совершать такой недостойный поступок». Спустя около 40 лет после смерти Константина, а именно 5 марта 374 г., императоры Валентиниан и Валент издали эдикт: «Пусть каждый питает свое потомство. Если кто оставит его на произвол судьбы, будет наказан». Существует отрывок из юридического документа *Sententiae Paulus* (Dig. XXV.3.4), написанного в IV веке, который вызывает много споров: «Не только человек, душащий своего ребенка, убивает, но также и человек, выбрасывающий ребенка, человек, отказывающийся кормить его, и человек, который оставляет его в многолюдном месте — чтобы вызвать жалость, которую он сам не явил». Закон императора Гонория, правившего на Западе Римской империи с 395 по 423 г., повторяет запрет Константина на возможность предъявления впоследствии прав на ребенка родителями или хозяевами и впервые отмечает роль церкви (спаситель ребенка обязан предъявить его епископу).

В восточной части Римской империи церковь принимала участие в судьбе подкидышей, чему есть свидетельства у Григория Нисского в

«Жизни Макрины» и у блж. Августина (Ер.98.6). Однако организованной помощи государства в воспитании таких детей не было, продолжал существовать бизнес выращивания подкидышей на продажу как рабов и частные (христианские) благотворительные инициативы воспитания таких детей.

В Византии (в отличие от античности) оставление детей, подкидывание наряду с абортom или детоубийством осуждалось, независимо от причины: подразумевалось, что ребенок, по всей вероятности, умрет; поощрялось усыновление.

По этому поводу принимались и законодательные акты, которые с течением времени ужесточались. Так, в 529 г. император Юстиниан провозгласил, что все оставленные на произвол судьбы дети, вне зависимости от их статуса при рождении, считаются свободнорожденными (Кодекс Юстиниана, 8.51.3), в дальнейшем он повторил этот закон еще раз в 541 г., введя за неисполнение его смертную казнь — оставление ребенка приравнялось к убийству [37].

Некоторые авторы, исследующие эти проблемы, считают, что существовало особое ведомство, занимающееся судьбой неусыновленных сирот. В эту категорию включались дети, потерявшие обоих родителей или только отца. Во время правления Юстиниана создавались «детские дома», или брeфотрофии («*brephotropheia*»), для воспитания детей-сирот, находящихся на государственном и общественном попечении. Обширные приюты организовывались при монастырях. Позже число таких учреждений возрастало, в них заболевшим воспитанникам оказывалась медицинская помощь. Практика отдавать детей в монастырь по обету была широко распространена на Западе, а на востоке (в Египте, например) существовал монастырь *Phoibammon* рядом с *Jeme* (Новая Фиваида), где воспитывалось много сирот. В монастырях также существовали школы, где дети могли получить образование.

ФИЗИЧЕСКИЕ НАКАЗАНИЯ

Классическим описанием наказания нерадивого ученика в греческой школе служит шуточная зарисовка древнегреческого поэта III века до н.э. Герода. Мать насильно ведет лентяя-сына, пристрастившегося вместо школы к азартным играм, к учителю, чтобы тот наказал его:

«...ему б ослов пасти надо,
А я-то грамоте его учить стала,
На черный день подспорье чтоб иметь в сыне!»

Учитель солидарен с матерью:

«Получит он свое... Где Эвфий мой? Где же, Где Филл и Коккал? Ну, поднять его живо на плечи! А где мой едкий бич, где бычий хвост, коим Кандальников и лодырей я всех мечу?» [18].

В оригинальном тексте у учителя в бич вплетены астрагалы — те самые, которые незадачливый ученик использовал для игры в бабки и орлянку [27].

Спартанское воспитание включало физические наказания, самым известным из которых была ритуальная порка на алтаре Артемиды, которую подростки должны были выдержать без криков и стонов, иначе их могли запороть до смерти. По словам Ксенофонта, Ликург разрешал мальчикам в дополнение к их скудному ежедневному пропитанию воровать пищу с полей, садов или с мужских застолий, но те, кто был пойман, подвергались порке. Считалось, что это развивает хитрость, осторожность и находчивость — важные качества воина. Попавшихся мальчиков наказывали не за воровство, а за то, что они плохо справились с задачей (Const. Lac. 2) [13].

Сохранилось много свидетельств о телесных наказаниях детей в Древнем Риме. Раннехристианский богослов и мыслитель Аврелий Августин (354–430) сравнивает страх наказания ребенка перед розгой учителя со страхом преступника перед инструментами пытки («дыба и кошки»). В своей «Исповеди» — главном труде Августина Аврелия, представляющем рассказ о его сложном жизненном пути и формировании философско-религиозных взглядов, приводятся тяжелые воспоминания о его детстве: «Боже мой, Боже, какие несчастья и издевательства испытал я тогда... Маленький, но с жаром немалым, молился я, чтобы меня не били в школе. <...> взрослые, включая родителей моих, которые ни за что не хотели, чтобы со мной приключалось хоть что-нибудь плохое, продолжали смеяться над этими побоями, великим и тяжким тогдашним моим несчастьем» (Исповедь, 1, 9) [4]. В труде «О граде Божиим» он пишет, что согласился бы лучше умереть, чем вернуться в школу (О граде Божиим, 21, 14) ссылка?. Там же он упомянул орудия школьных педагогов: бичи, розги, разнообразные палки педагога («loga», «virgae», «scetra», «fegula») (О граде Божиим, 22, 12). Их перечень весьма велик.

Римский поэт и ритор Авсоний, живший, как и Августин, в IV веке, описывает страх ребенка перед тростью, розгами и ремнем, и называет

такой страх «пустым», добавляя: «твой отец и мать прошли через все это» (Письмо 22.30).

Употреблялись также ремни из высушенной шкуры угря — об этом говорит Плиний Старший в «Естественной истории» (IX, 77), подчеркивая, что «она толще, чем у мурен и поэтому ею часто бьют школьников» [25].

Римский сатирик Марциал (ок. 40–ок. 104) в одной из своих эпиграмм вызвал к жалости бессердечного учителя:

«Учитель школьный, сжался над толпой юной
<...>

Ременной плети из шершавых кож скифских,
Какой жестоко бит келенец был Марсий,
И беспощадной феруле — жезлу дядек —
До самых Ид октябрьских дай поспать крепко:
Здоровье — вот ученье для детей летом».

В другой эпиграмме Марциала (9, 68) дается характеристика учителя:

«Что донимаешь ты нас, проклятый школьный
учитель,
Невыносимый для всех мальчиков, девочек всех?
Ночи молчанья петух хохлатый еще не нарушил,
Как раздаются уже брань и побои твои» [17].

Все это происходило на глазах многих людей.

Римский поэт Гораций называл своего учителя Орбилия «драчливым» («plagosus»), так как тот весьма часто применял розгу.

Самое распространенное наказание, которое даже нашло отражение на фреске в Помпеях в доме Юлии Феликс и в упомянутом выше стихотворении Герода про эллинистическую школу — это поднимание ребенка за руки спиной вверх на плечи старших учеников для проведения экзекуции ремнем или розгой. Однако это напоминало способ дознания преступников, который назывался «catomidiare» (от греч. *catomizo* — «кладу на плечи»), и проводился как путем поднимания на плечи, так и вздергивания на дыбу. Неслучайно античные авторы, например, Цицерон и Августин, сравнивают наказания школьников с «дыбой». Что касается упомянутой выше фрески в Помпеях, то продолжается дискуссия, что на ней изображено: наказания ученика в школе при сидящих товарищах или наказания преступника при сидящих судьях.

Почему же римляне допускали такой двойственный статус своих детей, сближающий их с рабами и преступниками? Интересно, что наказание детей рассматривалось римлянами не только как дисциплинарная мера, но и главным

образом как подготовка к их будущей жизни, воспитание стойкости. Цицерон в Тускуланских беседах подчеркивал, что бесстрашие и безразличие к боли заставляло римлян уважать гладиаторов (гладиаторы тоже имели двойственное положение — с одной стороны, отбросы общества, «infames», с другой стороны — ими восхищались). После достижения мальчиком возраста 15 лет, когда он юридически становился римским гражданином, наказания к нему более не применялись. Наказание розгами было унижительным, для рабов и преступников. Сегодня считается, что в глазах родителей это была воспитательная мера, направленная на формирование стойкости и мужества как добродетели, а не простой бытовой садизм педагогов. Наказание маленьких детей не всегда выражалось насилием, непослушным детям просто угрожали сказками о страшных существах, которые уносили плохих детей.

Мозаики, относящиеся к началу V века из византийской Сирии, изображают этапы воспитания мальчика и юноши по имени Кимброс, происходящего, вероятно, из эллинизированной еврейской семьи [65]. На них изображены школьные сцены (приведение ребенка к учителю, ответ урока, школьный учебный диспут и т. д.), а среди них — сцены наказания ребенка. Порка считалась нормальной составляющей образовательного процесса.

Дети, как и взрослые, были свидетелями наказаний рабов и публичных пыток и казней (в том числе и театрализованных казней) преступников (они происходили на глазах детей и в средневековой Европе, и в периоде раннего нового времени), а также гладиаторских боев. Как сообщает римский автор «Истории августов» (IV н.э.), император Каракалла в детстве плакал или отворачивался, когда на арене цирка людей бросали к диким животным. Римский литератор IV века Авзоний также повествует о том, как ребенок был свидетелем публичного бичевания и пыток преступника. Кроме того, дети (мальчики) в довольно раннем возрасте принимали участие в петушиных боях — кровавой забаве. В семьях простых людей часто случались сцены избивания пьяным мужем жены. Об этом упоминают и церковные писатели, такие как блаженный Августин и Иоанн Златоуст [53]. В. Rawson указывает, что все эти множественные сцены насилия, окружавшие римского ребенка, несомненно, оказывали влияние на его психику [62].

Наказания родителями детей, будущих святых, описываются в житиях византийских святых. Так, Герман Марульский, принадлежав-

ший к знатному фессалоникскому роду Марулисов, с детства отличался набожностью и милостивым отношением к слугам своего отца. Мальчиком он был послан отцом следить за работниками в винограднике. Сжалившись над ними, в полдень он дал им перерыв, чтобы они могли пообедать и отдохнуть, а он — почитать псалтирь. Однако пришедший отец наказал ребенка за попустительство к работникам [62].

Семилетний ребенок уже отвечал перед законом. В случае совершения убийства его ожидала смертная казнь, не распространявшаяся на детей младшего возраста [61]. При разборе преступлений в дознании могли использоваться пытки, в том числе к детям с 14 лет, в основном применялись они только к детям-рабам.

Дети с физическими и психическими недостатками подвергались насмешкам, издевательствам, насилию, их часто использовали для развлечения гостей в качестве скоморохов, заставляли танцевать, демонстрировали в цирках, театрах. Христианство было значительным фактором перемен в судьбе детей-инвалидов. Августин близко к сердцу принимал тяжелую долю больных и ослабленных детей, несших тяжелую ношу со дня своего рождения. Он скорбел о них, перечисляя «слепых, одноглазых, затуманенных, глухих, немых, хромящих, деформированных, искалеченных, страдающих глистами, прокаженных, парализованных, эпилептических детей», вдобавок «импульсивных, вспыльчивых, тревожных, забывчивых, вялых, глупых детей», которых видел перед собой и очень беспокоился об их будущей жизни (*Opus imperfectum VI 16*).

Аграрные общества могли лучше интегрировать людей с умственными недостатками, чем с физическими, такими как нарушение ходьбы или зрения.

Продолжалось калечение детей по религиозным, медицинским, косметическим или экономическим причинам; выколотые глаза, деформированные ноги, ампутированные или искривленные руки привлекали больше внимания на различных представлениях и ценились дороже [56].

СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

Древние греки воспринимали мальчика, еще не вошедшего в пубертат, как существо, обладающее женскими характеристиками, так как полностью развитый мужской гендер предполагал обязательное наличие активного полового действия и должен был впоследствии развиться у мальчика, но пока находился как бы в

зачатке. Мальчик был биологически пока еще «импотентен» и социально зависим, поэтому он был похож на женщину. Аристотель ясно подчеркивал это восприятие в своем трактате «О возникновении животных», говоря, что мальчик подобен женщине по форме, и женщина похожа на импотентного мужчину (1.728a 17-21) [2].

В подростковом возрасте (с 12 до 18 лет), когда начиналось половое созревание мальчика, он еще не считался полноправным гражданином и именно в силу этого представлял пограничную стадию, при которой напряжение между «мужским» и «женским» становилось сильнее. Даже в 18 лет юноша еще не считался полностью зрелым мужчиной. Аристотель писал, что мужчина начинает вырабатывать фертильное семя и тем самым обладать полной потенцией лишь к 21 году, и только тогда происходит полный рост бороды, как знак мужества (История животных 7.1.582a 32-33) [1].

Самая яркая манифестация этой смешанной социальной гендерной идентичности происходила в древнегреческом феномене, по выражению французского историка греческого воспитания А.-И. Марру, «уродливой аберрацией», известном под названием «педерастия» [16]. Несмотря на название («pais» — «ребенок»), в отношении со зрелыми мужчинами вовлекались не дети, а подростки. Такие же отношения практиковались в Спарте и на Крите. Это, вполне вероятно, было своеобразной разновидностью инициации мальчика в «мужчины». Такие отношения были частью пайдеи, то есть образования, и половой контакт (без пенетрации) был только одной из ее составляющих. В Афинах существовал закон, запрещающий пенетрацию мужчинами свободнорожденных мальчиков и налагавший запрет на вовлечение мальчиков в проституцию. Пенетрация свободного мальчика была для него бесчестьем, уравнивая его с женщинами и рабами (в том числе и рабами, занимавшимися мужской проституцией) [35].

Девочек и девушек тщательно оберегали от общения с противоположным полом, но не всегда это удавалось, хотя законы Солона карали смертной казнью за изнасилование. В комедии Аристофана «Женщины на празднике Фесмофорий» говорится о сексуальном абюзе маленьких девочек, хотя, возможно, с комедийными преувеличениями: «Имела я дружка, которым лет семи / Была я растлена...» [3].

Дети-рабы обоего пола были беззащитны перед сексуальными домогательствами [42].

Известный американский социолог Н. Постман в своей книге «Исчезновение детства» пи-

сал о том, что в римской культуре понятие детства тематизировано гораздо отчетливее, чем в греческой, и решительным шагом на пути институционализации этой возрастной группы стало распространение в римском обществе понятия стыда [23]. Именно римляне впервые в истории связали представление о детях с этим (культурно обусловленным) чувством, которое наиболее отчетливо выразил римский ритор Квинтилиан (ок. 35–ок. 96), упрекнув римскую знать за распущенный язык и вольное поведение в присутствии детей — обычай, за который «следовало бы краснеть». Тем самым он сформулировал взгляд: взрослые должны ограждать детей от своих темных физиологических порывов и интимных секретов, прежде всего сексуальных.

Особое место в жизни знатного римлянина занимали дети рабы-любимцы, «deliciae». Они могли быть куплены у торговцев, а могли быть рожденными в доме хозяина. Их роль была различна: возможно, они были просто любимцами, подобно домашним животным, а могли подвергаться сексуальным домогательствам, но могли и заменять бездетному богачу-аристократу сына. В произведении «Сильвы» римского поэта I века н.э. Стация описывается привязанность его друзей к таким детям, часто безвременно умершим. В его лексике нередко можно проследить эротизм. Сам Стаций имел мальчика-воспитанника, рожденного и умершего в его доме, которого он горько оплакивал, как сына. Исследователи считают, что неверно считать любые отношения хозяина и любимца сексуально окрашенными [54]. Любимцем императора Домициана (81–96) был мальчик Эарин, евнух. Вероятно, под влиянием Эарина император выпустил указ, запрещающий кастрацию [48].

Дети в греко-римском мире активно привлекались и к сфере развлечений [26]. Отец мог продать или отдать ребенка или подростка любого возраста в проститутки. Философ-стоик I века Музоний Руф, рассуждая на тему, нужно ли слушаться родителей при всех обстоятельствах, описывает случай с отцом, который продал своего красивого сына в сексуальное рабство. Музоний часто говорил на тему сексуального насилия юных рабынь и категорически отвергал его [5]. В обществе же секс с рабынями (в том числе и девочками) считался морально нейтральным [49].

Иудеи и христиане выступали против сексуального насилия над детьми. Впервые выражение «не растлевай детей» появляется в раннехристианском памятнике конца I — начала

II века «Дидахе» («Учение Господа через двенадцать апостолов язычникам») и звучит как «ou paidophthoreseis». Это созданное в христианской среде выражение употреблялось вместо традиционного античного «педераст», то есть любитель (в сексуальном смысле) детей. Христиане называли таких людей «детораствитель», «paidophthoros», а не «paiderastes» [49]. О детораствлении как абсолютно запрещенной практике, «содомском зле, противном природе» говорят раннехристианские авторы (Ириней Лионский, Иустин Философ, Климент Александрийский).

В Византии христианство имело более строгие ограничительные взгляды на сексуальные отношения между детьми и взрослыми, чем античность в целом, не в последнюю очередь из-за его упора на аскетизм и сексуальную умеренность и воздержание.

Существовала возможность обручения детей с 7 лет, особенно в богатых семьях, где речь шла о значительном имуществе, наследуемом как приданое невесты. Однако с VIII века по закону обручение детей младше 7 лет было запрещено, хотя для императорской семьи делалось исключение. Для обручения и брака требовалось согласие двух сторон и их родителей, или одного только отца. Детство для девочек фактически заканчивалось в 14 лет, в это время их обычно выдавали замуж. Бывали случаи, когда несовершеннолетняя или даже малолетняя невеста была изнасилована взрослым женихом — это в основном касалось браков аристократии [55].

В Византии содомия жестоко каралась по закону смертной казнью, причем наказывались оба участника. Если один из них был ребенком до 12 лет, то все равно он считался виновным, и вопроса о том, что он является жертвой насилия, не стояло; но как малолетнему преступнику, ему даровалось прощение, «так как он не понимал, что с ним происходило» (Эклога Юстиниана, 17.38). Позже, в IX веке, этот возраст был поднят до 15 лет, а детей предписывалось «ни казнить, ни пытаться, а пороть кожаным ремнем или розгой». Предусматривалось также принудительное отправление такого ребенка в монастырь, «на исправление» [61]. Позднее в сборнике церковно-гражданских византийских установлений «Законе судном людям» назначалось телесное наказание за женитьбу на близких родственниках, а прелюбодеяние с родственниками наказывалось отрезанием носов.

Стоит упомянуть и феномен скопчества как института, развитого в Византии. Там существовала ограниченная практика оскпления

детей, чтобы сделать из них евнухов — они очень ценились в императорской администрации и могли подниматься на высокие посты в государстве [63]. Смертность от этой операции была невероятно высокой. Император Юстиниан I запретил применять эту операцию к римским гражданам, в противном случае все участники в качестве наказания оскплялись, а выжившие ссылались в каменоломни и лишались имущества. Если участниками были женщины, то их постигала та же доля. Большое количество евнухов поставлялось с Кавказа.

ФИЗИЧЕСКИЙ ТРУД

Дети очень рано привлекались к труду взрослых, иногда очень тяжелому, и зачастую работали наравне со взрослыми. Тяжелый детский труд нередко сопровождался проявлением жестокости, унижением достоинства ребенка. Как мальчики, так и девочки вносили существенный вклад в бюджет семьи: мальчики — работая в поле (очищали поле от камней, разрыхляли плотные комки земли, ухаживали за животными) или в мастерской (например, гончарной) с отцом; девочки — за ткачеством и присматривая за младшими детьми [41]. Безусловно, мальчики из богатых семей имели больше свободного времени и возможности учиться.

Отношение хозяйки к девочке-рабыне отражено в стихотворных строках древнегреческого поэта III в. до н.э. Герода:

«Служителя поди, Кидилла, к нам кликни.
Тебе я говорю? Раскрыла рот, дура,
И до того, что говорю, ей нет дела!
Стоит и на меня, как рак, глаза пялит!
Иди, — служителя, я говорю, кликни!
Обжора! От тебя ни в праздник нет толку,
Ни в будни, но всегда ни с места, как камень!
Клянись тебе, Кидилла, этим вот богом, —
Серчать я не хочу, но ты меня сердишь!
Клянись, я говорю: настанет день оный,
Когда почешешь ты затылок безмозглый!» [18].

В Древнем Риме дети-рабы начинали работать очень рано, особенно в сельском имении. Однако и у детей ремесленников и бедняков детство было коротким. Знаменитый отечественный филолог и антиковед М.Е. Сергеенко писала: «Хуже жилось, конечно, городским ребятам, особенно если город, в котором они жили, был таким большим, разноплеменным и во многих отношениях нездоровым, как Рим. Пусть крестьянскому мальчику приходилось иногда тяжело, и он уставал, но он работал на

чистом воздухе; окружающая природа насыщала юную душу впечатлениями прекрасными и величавыми, и грозными, и идилично тихими. Городской ребенок их не знал: он рос в духоте маленькой каморки над мастерской отца или на ее задах, на грязной шумной улице. Он, конечно, тоже, как мог, помогал отцу в его работе и матери в ее хлопотах по дому, а свободные часы проводил на улице со своими сверстниками» [25].

Мальчики с младшего возраста должны были участвовать в работе на благо семьи. На римских мозаиках можно видеть детей в качестве возничих, музыкантов, виноделов. В сельском хозяйстве дети пасли животных, работали на полях, собирали плоды. Из римского Египта сохранились документы о том, что дети помогали при сборе оливок. Они получали до 4 обол в день (оплата труда взрослого была до 6 обол). Мальчики очень рано изучали ремесло (в возрасте 12–13 лет). Это обучение стоило дешевле, чем «гуманитарное», и подросток сын вскоре мог уже кормить семью и поддерживать родителей в преклонном возрасте [52].

Повседневная жизнь византийских детей из низших классов общества была такой же, как и во всем греко-римском мире. Отец мог отдать на работу ребенка или подростка любого возраста. Крестьянские дети пасли скот. Например, святой Давид Лесбосский пас овец и попал в грозу, но укрыл свое стадо под деревом, тогда как другие мальчики убежали, ища укрытия. Преподобные Павел Латрский и Иоанникий Вифинский пасли в детстве свиней, при этом говорится, что Иоанникий, перекрестив каждую из свиней, уходил прочь, а свиньи мирно паслись сами по себе. Пастухами также были монах Лука Элладский и преподобный Григорий Акритский [67].

Дети из более обеспеченных семей тоже могли помогать по хозяйству. Девочки даже из богатых семей учились прясть и ткать в очень раннем возрасте, так как это считалось основной женской работой. Преподобная Афанасия Эгинская сидела за ткацким станком, когда ей явилось чудесное видение. Дочь Михаила Пселла, Стилиана, могла ткать тонкие льняные и шелковые ткани, училась у своей матери вышиванию. Ее день был «разделен между занятиями и ткацким станком». Девочки из бедных семей носили воду из колодца для дома, помогали молотить зерна и ухаживали за младшими детьми.

Юноши в 14–15 лет обычно выполняли уже настоящую мужскую работу и, если в семье не было зрелого мужчины, то становились главной

опорой семьи. Византийский церковный деятель и богослов Апокавк гневно осуждал некоего молодого клирика, которого еще мальчиком митрополит взял у многодетной вдовы босым и нищим, взрастил и воспитал, а тот впоследствии оставил мать в нужде. Обиды, побои, лишения были участью мальчиков, отданных на выучку мастерам-ремесленникам в город: непосильный труд, к которому здесь принуждали детей, считался платой за учебу. Дети-нищие просили милостыню на папертях, принуждались к непосильному труду в эргастриях мастеров и торговцев, шныряли по рынкам под надзором взрослых ворюшек, а девочки-сироты стояли «на своих местах в зловонных переулках и на площадях» [14].

ВОЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Тема «дети и война» в античном мире мало исследована [49]. Войны гражданские и захватнические, восстания были неотъемлемой частью истории рассматриваемых цивилизаций. Дети, попавшие в орбиту войны и ставшие свидетелями или участниками драматических событий, всегда были самыми уязвимыми жертвами этих конфликтов. Они всегда острее, чем взрослые, воспринимают все происходящее на войне. Своеобразное отношение к войне выразил Платон в «Государстве». Он считал, что «надо брать с собой детей на войну — конечно, зрителями, на конях, и где безопасно, так и поближе; пусть они отведают крови, словно щенки». Известно, какой воинственной была Спарта, и вся жизнь спартиатов была пронизана военным духом с рождения.

У Гомера в «Илиаде» есть строки о страданиях младенцев во время войны:

«О! пожалей и о мне ты, пока я дышу еще, бедном,
Старце злосчастном, которого Зевс пред дверями
могилы
Казнь ужасной казнит, принуждая все бедствия
видеть:
Видеть сынов убиваемых, дочерей в неволю
влекомых,
Домы Пергама громимые, самых младенцев
невинных
Видеть об дол разбиваемых в сей разрушительной
брани,
И невесток, влачимых руками свирепых данаев!..»
[7].

На античных вазах изображены сцены, связанные с войной: маленький трубач, идущий перед войском; момент убийства младенца Астианакса; Афина на росписи снимает шлем,

чтобы не пугать своего воспитанника Эрихтония; сын Гектора пугается отца, на котором надет военный шлем и др.

Дети на войне разделяли печальную судьбу взрослых. Так, при атаке племени вандалов на христиан в Северной Африке были убиты и мальчики — церковные чтецы [49].

На востоке Римской империи в поэме сирийского поэта Кириллоны (возможно, под этим именем писал Абсамия, племянник Ефрема Сирина) гимн 4 посвящен вторжению гуннов в Сирию. Он горько оплакивает разоренные деревни, убитых и угнанных в рабство жителей, и рассказывает об отце, потерявшем нескольких детей, угнанных в рабство. Он молится об остальных своих детях в ожидании второго нападения на их поселение — «не отдай агнцев сих в лапы леопардов, и не отдай овец волкам нечистым» [49].

В Византии продолжалась античная традиция, заключавшаяся в подготовке военачальниками аристократического класса своих сыновей к соответствующей военной карьере. Святитель Иоанн Златоуст в трактате «О тщеславии и о том, как должно родителям воспитывать детей» говорит, что отцы военные с раннего возраста обучают сыновей воинскому искусству [9]. В Византии, как правило, дети императоров-полководцев (Никифора II Фоки, Романа IV, Алексея I Комнина, Иоанна II и др.) проходили полный курс военных наук, читая стратегикону и обучаясь владению оружием под присмотром особых наставников. Среди знатных юношей, занимавшихся воинскими упражнениями вместе с наследником престола, бывали и евнухи; некоторые из них становились впоследствии искусными полководцами, подобными Льву Никериту, участвовавшему в военных действиях против турок вплоть до конца царствования Алексея I Комнина [11]. Наследники к военной подготовке относились по-разному: «Характер воспитания и образ жизни наследника зависели от воли отца или определялись собственными склонностями будущего василевса. Сам наследник довольствовался нередко минимумом как образования, так и физических и воинских упражнений. Например, Лев VI и Константин VII предпочитали в отрочестве и юношестве занятия наукой тренировкам в ловкости, Василий II испытывал отвращение к книгам и был привержен воинским забавам, а Константин VIII не любил ни того, ни другого, он предавался развлечению» [14].

С середины XI и особенно в XII столетии провинциальные магнаты стали ценить превы-

ше всего физическую силу, выносливость, отличное владение мечом, копьем, луком, палицей, искусство верховой езды, знание стратегии и тактики, умение ладить с подчиненными и поддерживать железную дисциплину в войске. Большинство аристократов готовило своих сыновей к военной карьере и после начального курса обучения и ознакомления со стратегиконами не утруждало их изучением наук. Все чаще высказывалась мысль, что физическое и военное воспитание будущему василевсу (высшему полководцу империи) совершенно необходимо: он должен быть готов к суровым испытаниям, а неги и наслаждения делают человека с детства непригодным к ратным подвигам.

Воинские упражнения для юношей отнюдь не являлись безобидной забавой: объясняя мрачный аскетизм Никифора Фоки, военачальника, а затем и византийского императора в 963–969 гг. (не ел мяса, спал на полу, носил власяницу, молился ночами), хронист XI — начала XII вв. Иоанн Скилица сообщал, что полководец корил себя за недосмотр: его старший сын погиб от копья, попавшего в голову во время воинской игры с юным родственником. Знатные отроки порой уже в 14–15 лет участвовали в походах. Военные подвиги юноши Алексея Комнина возвели его на пост великого доместика, когда, по уверениям Анны, у него не было «и пуха на бороде». Юного Мануила Комнина, превосходного джигита, искусно владевшего луком, отец Иоанн II «выдрал однажды за безрассудную храбрость в бою с сельджуками» [14].

ЖЕРТВОПРИНОШЕНИЯ

Жертвоприношения в Древней Греции, совершавшиеся с целью почтить богов, умерить их гнев и снискать благосклонность, рассматривались как обязательные культовые действия, они могли быть общественными (в святилищах) и частными (семейными). В качестве жертвы приносилось животное: овца, свинья или бык. Богиней домашнего очага была Гестия, в культ которой вводился каждый новый член ойкоса — дети, женщины и рабы. Как уже упоминалось, введение в семью новорожденного проводилось в рамках амфидромии. Жертвоприношение детей в Древней Греции и Риме отсутствовало, такая практика расценивалась как совершенно неприемлемая. Но в сюжеты греческих трагедий, разыгрываемых на театральных подмостках, вплетались мифы о жертвоприношениях детей, имевшие окраску благородного патриотического самопожертво-

вания за народ и государство (например, Ифигения) [14, 40].

В языческом Риме существовало посвящение детей (девочек из знатных римских семей) на служение богине Весте, при этом девочка (весталка) навсегда изымалась из семьи и жила при храме в строгой дисциплине.

С появлением христианства возникает тема христианской мартирии, мученичества, и вовлеченность в него детей. В этом аспекте можно говорить о двух вариантах — дети-мученики и дети мучеников. Гонения на христиан затрагивали и детей. Их могли подвергать пытке и убивать вместе с их родителями или у них на глазах. Из жития священномученика Поликарпа (ок. 70–156), епископа Смирнского, узнаем, что когда его искали воины, то арестовали двух мальчиков-рабов христиан. Государственный деятель и писатель Плиний Младший (61–113) сообщает, что расследуя дело о христианах в Вифинии, он велел подвергнуть пытке двух юных девушек-рабынь. Раннехристианский апологет и писатель, странствующий проповедник Иустин мученик (II век) говорил, что римские власти, преследуя христиан, подвергают дознавательным пыткам и детей, и старух (2-я апология 12 4). Схожее свидетельство имеется и у одного из первых Отцов Церкви Иринея Лионского (ок. 130–202). Среди детей, чьи родители стали мучениками, бесспорно, самый яркий пример — богослов III века Ориген, чей отец принял смерть за Христа, когда его сыну было пятнадцать лет. Ориген поддерживал отца и даже сам хотел разделить его участь, но его мать предотвратила побег сына из дома, спрятав всю одежду. Другим примером являются грудные дети христианских мучениц Перпетуи и Фелицитаты, пострадавших в Карфагене в 203 г. Первый был забран у Перпетуи отцом, а ребенок рабыни Фелицитаты, рожденный ею в тюрьме, был воспитан христианами. Обычно сироты (дети христиан-мучеников) воспитывались чужими людьми [49].

Посвящение детей Богу было распространенной практикой в Византии. Самый ранний возраст для пострижения в монахи первоначально был 16–17 лет, но в VII веке он был снижен до 10 лет (это использовалось в случае с сиротами или при уходе в монастырь всей семьей). Дети присутствовали в византийских монастырях, как мужских, так и женских. Многих из них приводили родители по обету в благодарность за их появление на свет по молитвам. Так, святая Феодора Солунская привела в монастырь шестилетнюю дочь Феописту в благодарность за то, что она дожила до этого возрас-

та, в то время как ее младшие дети умерли вскоре после рождения. Она считала это приношением Богу плодов своего брака [67]. В повествованиях о детстве святых это бытовое благочестие принимает крайние выражения (ночные молитвы, суровые посты, частые коленапоклонения, другие аскетические подвиги, но также и милосердие к нищим, последнее — частая деталь житий). В житии святителя Германа, патриарха Константинопольского (VIII в.), есть говорящая деталь: мать сначала одобряет стремление сына к постам, а потом начинает беспокоиться за его здоровье (он ел только слегка проваренные бобы с водой, солью и небольшим количеством хлеба и отказывался делить трапезу с остальными членами семьи). Как правило, такие дети не принимали участия в детских забавах и играх [67].

Другие дети принимались в монастырь, так как там уже жили их родственники, часто дядя или тетя. Но и брошенные и осиротевшие дети находили прибежище в монастырях. В житиях указывается на стремление святых детей к монашеской жизни, хотя, очевидно, что в описанных выше ситуациях дети не имели большого выбора. Важно, что гражданское право в Византии признавало за ребенком возможность принимать решение о постриге самостоятельно и запрещало родителями забирать детей из монастырей против их воли (123 новелла Юстиниана).

Взгляды на присутствие детей в монастырях колебались. Такой монашеский авторитет, как Никифор Блеммида (XIII век) считал, что к монашеской жизни детей надо приучать по возможности рано, так как их сердца невинны и чисты как свежие дощечки для письма, и принимал детей в свой монастырь с 10 лет, а постригал в послушники с 12 лет. Совершенно противоположных взглядов придерживались другие подвижники, считавшие, что через детей и подростков бесы могут искушать монахов [46]. Дети также были угрозой для дисциплины и покоя монастыря. В Харсианитском монастыре (Константинополь) не принимали мальчиков младше 16 лет из-за их «развязного поведения» [67].

ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ ОСНОВНЫМИ НУЖДАМИ РЕБЕНКА

Пренебрежение основными нуждами ребенка или моральная жестокость проявляется в нежелании или неспособности родителей или опекунов удовлетворять основные нужды ребенка, необходимые для его всестороннего развития [10].

В античных государствах тщательность ухода за детьми, содержание их в чистоте, регулярное кормление, воспитание зависели от экономического состояния семьи, от отношения родителей к ребенку и от того, какое место занимал ребенок в семье: был ли это первенец, который считался наследником, или второй и третий, была ли это девочка или мальчик.

Отлучение от груди было особенно опасным периодом в жизни ребенка по причине перехода на новую, менее питательную пищу, и из-за угрозы инфекционной контаминации. Есть некоторые текстовые свидетельства об использовании стеклянных бутылочек для питания детей. Античные врачи рекомендовали вводить твердый прикорм в возрасте около 6 мес., вероятно, в виде (овсяной) каши, хлеба, размягченного с молоком и медом, или яйца всмятку (как рекомендует Соран) [20]. Переход на диету, в которой были зерновые, козье молоко и мед, часто приводил к пищевым дефицитам железа и фолатов, что могло вызывать анемию. Это подтверждается исследованиями биоархеологов: по их данным большинство умерших детей страдали от анемии и недоедания, что делало их более подверженными болезням. Мед также мог быть причиной ботулизма у младших детей. С раннего детства дети питались за общим столом, их питание ничем существенно не отличалось от питания взрослых членов семьи.

Особое небрежение в уходе испытывали дети-сироты. Вот строки из «Илиады» Гомера, описывающие будущее сироты Астианакса:

«Бедный и сирый младенец! Увы, ни ему ты не
будешь
В жизни отрадою, Гектор, — ты пал! — ни тебе
он не будет!
Ежели он и спасется в погибельной брани
ахейской,
Труд непрерывный его, бесконечное горе в
грядущем
Ждут беспокровного: чуждый захватит сиротские
нивы.
С днем сиротства сирота и товарищей детства
теряет;
Бродит один с головою пониклой, с заплаканным
взором.
В нүжде приходит ли он к отцовым друзьям и,
просящий,
То одного, то другого смиренно касается ризы, —
Сжалась, иной сиротливому чару едва наклоняет,
Только уста омочает и нёба в устах не омочит.
Чаще ж его от трапезы счастливцев семейственный
гонит,

И толкая рукой, и обидной преследуя речью:
— Прочь ты исчезни! не твой здесь отец пирует
с друзьями! —
Плачущий к матери, к бедной вдовице дитя
возвратится...» [7].

Самым ярким и хорошо задокументированным примером отношения к нелюбимому и больному ребенку в Риме может служить история римского императора Клавдия, сына римского военачальника Друза Старшего и Антонии, дочери консула Марка Антония. Клавдий был младшим ребенком в семье, родился слабым и болезненным. После смерти отца он жил и воспитывался под надзором Антонии, которая не любила его и отзывалась о нем весьма нелестно, говоря, что он урод среди людей, что природа начала его и не кончила, а желая укорить кого-нибудь в тупоумии, говорила: «глупей моего Клавдия» [24]. Светоний писал о нем, что тот «в течение всего детства и юности страдал долгими и затяжными болезнями, от которых так ослабел умом и телом, что в совершенных годах считался неспособным ни к каким общественным или частным делам. Даже после того, как он вышел из-под опеки, он еще долго оставался в чужой власти и под присмотром дядьки: и он потом жаловался в одной своей книге, что дядькой к нему нарочно приставили варвара, бывшего конюшего, чтобы он его жестоко наказывал по любому поводу. Из-за того же нездоровья он и на гладиаторских играх, которые давал вместе с братом в память отца, сидел на распорядительском месте в шапке³, чего никогда не водилось, и в день совершеннолетия был доставлен на Капитолий в носилках, среди ночи, и без всякой обычной торжественности. Правда, в благородных науках он с юных лет обнаруживал незаурядное усердие и не раз даже издавал свои опыты в той или иной области; но и этим не мог он ни добиться уважения, ни внушить надежды на лучшее свое будущее». Бабка его, Августа, всегда относилась к нему с глубочайшим презрением, говорила с ним очень редко и даже замечания ему делала или в записках, коротких и резких, или через рабов. Так же относился к нему его дядя. Сестра его Ливилла, услышав, что ему суждено быть императором, громко и при всех проклинала эту несчастную и недостойную участь римского народа.

³ Шапку («palliolum»), род чепца, защищавшего уши и горло от простуды) носили только во время болезни, в других случаях этот наряд считался неуместным и смешным.

Когда он уже был юношей, и если «опаздывал на обед к назначенному часу, то он находил себе место не сразу, да и то разве обойдя всю палату. А когда, наевшись, начинал дремать (это с ним бывало частенько), то шуты бросали в него косточками фиников или маслин, а иной раз, словно в шутку, будили хлыстом или прутьями; любили они также, пока он храпел, надевать ему на руки сандалии, чтобы он, внезапно разбуженный, тер себе ими лицо» [24].

Примеры небрежения можно найти и в Византии. Так, в рассказе о мученичестве св. Феодора Тирона, написанном в конце VII или в VIII веке, упоминается, что мать Феодора умерла родами. Его отец не мог найти кормилицу-христианку и в отчаянии стал кормить новорожденного сына отваренной смесью из пшеницы и ячменя, смешанной с медом, налив его в стеклянный сосуд, подобный женской груди, который ребенок держал во рту и сосал. Имеется подтверждение этому свидетельству: найденные несколько стеклянных сосудов из Римской Галлии считаются, вероятно, детскими рожками. Сомнительно, что новорожденный мог бы выжить на диете, описанной в житии, но бутылочки могли быть использованы для козьего молока или грудного женского молока после сцеживания. В житии далее говорится, что после того, как у ребенка появились зубы, отец кормил его хлебом, вымоченным в воде, нежными фруктами и самыми питательными овощами [67].

Неизвестный автор хроники, описывая голод и эпидемию в Сирии, в районе города Эдесса в 499–500 гг., пишет, что матери бросали своих детей на произвол судьбы, так как терзались от того, что когда дети просили у них есть, не могли им дать пищи. Они бродили по городу, от голода пытаясь употребить в пищу гальку или листья растений, покрытые грязью [60].

Заключая, надо отметить, что в настоящее время большое внимание уделяется междисциплинарным исследованиям детства в различные эпохи. В частности, отношению к ребенку, его положению в обществе, защите от жестокого обращения, организации помощи детям. На основании изучения и сопоставления различных источников, в том числе исследований останков из захоронений младенцев с помощью новых археологических методик, господствовавшие на протяжении многих десятилетий представления о детстве в период античности как мрачном периоде в жизни человека, характеризующемся отсутствием всякого признания, подвергаются пересмотру. Утвержда-

ется взгляд, что детство в античном и средневековом обществе воспринималось как особый период, а отношение к ребенку в рамках семьи — как более эмоциональное. С одной стороны, дети были желанными, их любили и заботились о них, даже о тех, кто родился «слабым», с физическими или психическими дефектами, и горевали, когда они болели или умирали (смертность младенческая и детская достигала высоких значений). С другой стороны, существовала древняя практика отказа от новорожденного, основанная на решении отца, обладающего сильной властью над жизнью и смертью своих детей. Решение это принималось в течение первой недели жизни ребенка, до ритуалов амфидромии и декаты, которые происходили через пять или десять дней в Греции, и через восемь или девять дней в Риме («*dies lustricus*»), считавшихся границей официального принятия ребенка семьей. Хотя отказ от ребенка по разным причинам (незаконнорожденность или физические отклонения, экономические, женский пол и др.) и оставление его на произвол судьбы в большинстве случаев приводили к смерти ребенка или его порабощению, независимо от статуса при рождении, для греков и римлян оставление было альтернативой детоубийству: они свято верили, что ребенок останется жив и его судьба устроится. Античные философы и моралисты относили детей в группу несовершенных людей, наряду с женщинами, рабами и неразумными животными, поэтому считалось, что их необходимо формировать, должна применяться строгость при их воспитании и контроль над ними со стороны взрослых, чтобы развить качества, которые делают их полноценными независимыми гражданами. Отношение к детям и системы их воспитания в Древней Греции — Афинах и Спарте, Древнем Риме и Византии значительно различались, что определялось социокультурными, экономическими и религиозными факторами, в том числе традициями и ритуалами, связанными с определенными периодами жизни людей. Помимо этого в античных странах дети разного возраста подвергались различным формам насилия: физические наказания, сексуальное насилие, тяжелый труд, участие в военных конфликтах, пренебрежение нуждами ребенка. В поздней античности императорами принимаются меры по предотвращению оставления детей и поощрению их спасения, хотя трудно представить степень влияния этих указов. Ранние христианские писатели также стремились свети к минимуму оставление детей, приравнивая его к убийству, а также порабощение детей.

Приход христианства как государственной религии в Византии изменили правовой дискурс отношения к ребенку, взгляды на воспитание и образование детей. Если римляне сосредоточивали свое внимание на статусе оставленных детей и праве определять его, то христиане были озабочены смертью подкидышей, их судьбой как рабов или проституток и ответственностью родителей за отказ от ребенка. Строгое аскетичное воспитание было эталоном, больше внимания уделялось нравственному поведению детей. В предписаниях родителям, учителям и воспитателям подчеркивалась необходимость использования физической силы как средства формирования христианина, по всем аспектам были сформулированы требования, основанные на христианских догматах. С целью сохранения жизни детей получили развитие организованные формы воспитания детей-сирот и подкидышей в приютах при церквях и монастырях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристотель. История животных. М.: Российск. гос. гуманит. ун-т; 1996.
2. Аристотель. О возникновении животных. Л.: Академия наук СССР; 1940.
3. Аристофан. Комедии. М.: Гослитиздат; 1954.
4. Блаженный Августин. Исповедь. СПб.: Наука; 2013.
5. Гай Музоний Руф. Фрагменты. М.: ИФРАН; 2016.
6. Джарман О.А., Микиртичан Г.Л. Судьба детей подкидышей в античном мире. Медицина и организация здравоохранения. 2018; 1: 49–59.
7. Гомер. Илиада. СПб.: Наука; 2008.
8. Демосфен. Против Неэры. Симпосий Συμπόσιον. Сайт об античной литературе, античной истории и людях античности. Доступен по: <http://www.symposium.ru/ru/node/792> (дата обращения 17.01.21)
9. Иоанн Златоуст. О тщеславии и о том, как должно родителям воспитывать детей. В кн.: Антология педагогической мысли христианского средневековья: пособие для учащихся педагогических колледжей и студентов вузов. В 2 т. М.: Аспект Пресс. 1994; 1: 171–97.
10. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. СПб.: Речь; 2004.
11. Каждан А. П. Состав господствующего класса в Византии XI–XII вв. Анкета и частные выводы. Евнухи. В кн. Античная древность и средние века. Свердловск. 1973; VI(10): 184–94.
12. Клёнышева Н.Д. Рождение ребенка в римской семье: боги и ритуалы. Диалог со временем: альманах интеллектуальной истории. 2010; 33: 260–74.
13. Ксенофонт. Полития лакедемонян. Саратов: Научная книга; 2005.
14. Литаврин Г.Г. Как жили византийцы. М.: Наука; 1974.
15. Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. М.: Просвещение; 2010.
16. Марру А.-И. История воспитания в античности (Греция). М.: Греко-латинский кабинет Ю.А. Шичалина; 1998.
17. Марциал Марк Валерий. Эпиграммы. СПб.: КОМПЛЕКТ; 1994.
18. Менандр. Комедии. Герод. Мимиамбы. М.: Искусство; 1984.
19. Микиртичан Г.Л. Отношение к детям, их праву на жизнь и развитие в России (X-начало XVIII века). Педиатр. 2014; 5 (1): 126–31. DOI:10.17816/PED51126-131
20. Микиртичан Г.Л., Джарман О.А. Соран Эфесский — первый античный перинатолог и педиатр. Педиатр. 2018; 9 (6): 119–28.
21. Плутарх. Сравнительные жизнеописания. М.: Наука; 1994.
22. Покровский И. А. История римского права. СПб.: Летний сад; 1999.
23. Постман Н. Исчезновение детства. Отечественные записки. 2004; 3 (18). На ресурсе «Журнальный Зал». Доступен по: <https://magazines.gorky.media/oz/2004/3/ischeznovenie-detstva.html> (дата обращения 18.01.2021).
24. Светоний Транквилл Гай. Жизнь двенадцати цезарей. М.: Наука; 1993.
25. Сергеенко М.Е. Жизнь древнего Рима. Журнал «Нева». СПб.: Летний Сад; 2000.
26. Утков П.Ю. Вопросы виктимности младших школьников в истории педагогической психологии. Интернет-журнал «Мир науки». 2017; 5 (1). Доступен по: <https://mir-nauki.com/PDF/65PSMN117.pdf> (дата обращения 18.01.2021).
27. Bloomer W.M. A Companion to Ancient Education. Oxford: Wiley Blackwell; 2015.
28. Boswell J. The Kindness of Strangers: The Abandonment of Children in Western Europe from Late Antiquity to the Renaissance. Chicago: The University of Chicago Press; 1988.
29. Carroll M. Infant Death and Burial in Roman Italy. Journal of Roman Archaeology. 2011; 24: 99–120.
30. Carroll M. Infancy and Earliest Childhood in the Roman World: 'A Fragment of Time'. Oxford: Oxford University Press; 2018.
31. Dasen V. Childbirth and Infancy in Greek and Roman Antiquity. In: Rawson B.(ed.) A Companion to Families in the Greek and Roman Worlds. Oxford:Wiley Blackwell; 2011: 291–314.
32. Dasen V. Saltimbanques et circulation de jeux. Archéologie et histoire ancienne. 2019; 6: 127–43.
33. Dillon M.P.J. Engendering the scroll: girls' and women's literacy in Classical Greece. In: Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World. Oxford: Oxford University Press; 2013: 396–417.
34. Dixon S. The Roman Mother. London-Sydney: Croom Helm; 1988.

35. Dover K.L. Greek Homosexuality. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1978.
36. Ducat J. Spartan education: Youth and Society in the Classical Period. Swansea: Classical Press of Wales; 2006.
37. Evans Grubbs J. Church, State, and Children: Christian and Imperial Attitudes Toward Infant Exposure in Late Antiquity. In: Cain A., Lenski N.E. The Power of Religion in Late Antiquity. Ashgate: Ashgate Publishing; 2009: 120–21.
38. Evans Grubbs J. Infant exposure and infanticide. In: Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World. Oxford: Oxford University Press; 2013: 83–107.
39. Frier B.W. Demography. In: Bowman A.K., Garnsey P., Rathbone D., eds. The Cambridge Ancient History. Vol. 11: The High Empire, A.D. 70–192. Cambridge: Cambridge University Press; 2000: 787–816.
40. Garland R. Children in Athenian religion. In: Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World. Oxford: Oxford University Press; 2013: 207–26.
41. Golden M. Did the Ancients Care When Their Children Died? Greece and Rome. 1988; 35(2): 152–63.
42. Golden M. Children and childhood in Classical Athens. Baltimore and London: The John Hopkins University Press; 1993.
43. Gourevitch D. The sick child in his family: a risk for the family tradition. In: Dasen V., Späth T. Children, Memory, and Family Identity in Roman Culture. Oxford: Oxford University Press; 2010: 273–92.
44. Gowland R., Chamberlain A., Redfern R. On the Brink of Being: Re-evaluating Infanticide and Infant Burial in Roman Britain. Available at: <http://dro.dur.ac.uk/19299/1/19299.pdf?DDD6+drk0rg> (accessed 24.06.2020).
45. Gradel I. Emperor Worship and Roman Religion. Oxford and New York: Oxford University Press; 2002.
46. Greenfield R. Children in Byzantine Monasteries. Innocent hearts or vessels in the harbor of the devil? In: Papaconstantinou A., Talbot A.-M. Becoming Byzantine. Children and Childhood in Byzantium. Washington D.C.: Harvard University Press; 2009: 253–82.
47. Guillemot-Treffainguay V. La protection de l'enfant contre ses parents: (1804–1958). Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur de L'Université de Bordeaux. École doctorale de droit (ed41) spécialité histoire du droit. Available at: <http://www.theses.fr/2017BORD0763/abes> (accessed 25.06.2020).
48. Henriksen Ch. Earinus: An Imperial Eunuch in the Light of the Poems of Martial and Statius. Mnemosyne. 1997; 50: 281–94.
49. Horn C.B., Martens J. W. Let the Little Children Come to Me: Childhood and Children in Early Christianity. Washington, D.C.: The Catholic University of America Press; 2009.
50. Kennel M.N. Boys, girls, family, and the state at Sparta. In: Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World. Oxford: Oxford University Press; 2013: 281–395.
51. Köves-Zulauf T. Römische Geburtsriten. Munich: Beck; 1990.
52. Krause J-U. Children in the Roman Family and Beyond. In: Peachin M., ed. Oxford Handbook of Social Relations in the Roman World. Children in the Roman Family and Beyond. Oxford : Oxford University Press; 2014: 629–33.
53. Laes Ch. Childbeating in Antiquity: some reconsiderations. In: ed. Mustakallio K., Hanska J., Sainio H.-L., Vuolanto V. Hoping for Continuity. Childhood, education and death in Antiquity and the Middle Ages. Rome: Institutum Romanum Finlandiae; 2005: 75–90.
54. Laes Ch. Delicia-Children Revisited. The Evidence of Statius' Silvae. In: Dasen V, Spath Th. Children, Memory, and Family Identity in Roman Culture. Oxford: Oxford University Press; 2011.
55. Lascaratos J., Poulakou-Rebelakou E. Child sexual abuse: historical cases in the Byzantine Empire (324–1453 A.D.). Child Abuse & Neglect. 2000; 24 (8): 1085–90.
56. Mason P. Thomas Jr. Child Abuse and Neglect. Part I. Historical Overview, Legal Matrix, and Social Perspectives. North Carolina Law Review. 1972; 50: 293–349.
57. Millett M., Gowland R. Infant and Child Burial Rites in Roman Britain: a Study from East Yorkshire. Cambridge University Press. Available at: <https://www.cambridge.org/core/journals/britannia/article/infant-and-child-burial-rites-in-roman-britain-a-study-from-east-yorkshire/1C9DEC59492051F0999405E4D7BB7FD7> (accessed 17.01.21)
58. Monnickendam Yifat. The Exposed Child: Transplanting Roman Law into Late Antique Jewish and Christian Legal Discourse. American Journal of Legal History. 2019; 59 (1): 1–30.
59. Neraudau J.-P. Etre enfant a Rome. Paris: Les belles lettres; 2008.
60. Nutton V. Ancient Medicine. NY.: Routledge; 2013.
61. Prinzig G. Observation on the legal status of children and the stages of childhood in Byzantium. In: Papaconstantinou A., Talbot A.-M. Becoming Byzantine. Children and Childhood in Byzantium. Washington D.C.: Harvard University Press; 2009: 27–8.
62. Rawson B. Children and childhood in Roman Italy. Oxford: Oxford University Press; 2003.
63. Ringrose K.M. The Perfect Servant: Eunuchs and the Social Construction of Gender in Byzantium. Chicago: The University of Chicago Press; 2003.
64. Saller R. P. Pietas and patria potestas: obligation and power in the Roman household. In: Saller R.P. Patriarchy, Property and Death in the Roman Family. Cambridge: Cambridge University Press; 1994: 102–32.
65. Sivan H. Pictorial Paideia: Children in the synagogue. In: Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World. Oxford: Oxford University Press; 2013: 532–58.

66. Sneed D. *The Life Cycle of Disability in Ancient Greece*. Los Angeles: University of California; 2018.
67. Talbot A.-M. Childhood in middle and late Byzantium (ninth to fifteenth centuries). In: Aasgard R., Horn C. *Childhood in history: Perceptions of Children in Antiquity and Medieval Worlds*. Routledge; 2017: 387–413.
68. Tuor-Kurth Ch. *Kindesaussetzung und Moral in der Antike: jüdische und christliche Kritik am Nichtaufziehen und Töten neugeborener Kinder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011.
69. Winniczuk L. *Ludzie, zwyczaje, obyczaje starożytnej Grecji i Rzymu*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1983.

REFERENCES

1. Aristotel'. *Istoriya zhivotnykh*. [Animal History]. Moscow: Rossiysk. gos. gumanit. un-t; 1996. (in Russian).
2. Aristotel'. *O vozniknovenii zhivotnykh*. [About the origin of animals]. Leningrad: Akademiya nauk SSSR Publ.; 1940. (in Russian).
3. Aristofan. *Komedii*. [Comedies]. Moscow: Goslitizdat Publ.; 1954. (in Russian).
4. Blazhennyy Avgustin. *Ispoved'*. [Confession]. St. Petersburg: Nauka Publ.; 2013. (in Russian).
5. Gay Muzoniy Ruf. *Fragmentsy*. [Fragments]. Moscow: IFRAN Publ.; 2016. (in Russian).
6. Dzharman O.A., Mikirtichan G.L. *Sud'ba detey podkidyshey v antichnom mire*. [The fate of abandoned children in the Greco-Roman world]. *Medicine and health care organization*. 2018; 1: 49–59. (in Russian).
7. Gomer. *Iliada*. [The Iliad]. St. Petersburg: Nauka Publ.; 2008. (in Russian).
8. Demosfen. *Protiv Neery*. [Against Neera]. *Simposiy Συμπόσιον sayt ob antichnoy literature, antichnoy istorii i lyudyakh antichnosti*. Available at: <http://www.simposium.ru/ru/node/792> (accessed 17.01.2021). (in Russian).
9. Ioann Zlatoust. *O tshcheslavii i o tom, kak dolzhno roditelyam vospityvat' detey*. [About vanity and how parents should raise their children]. In: *Antologiya pedagogicheskoy mysli khristianskogo srednevekov'ya: posobie dlya uchashchikhsya pedagogicheskikh kolledzhey i studentov VUZov*. In 2 t. Moscow: Aspekt Press Publ. 1994; 1: 171–97. (in Russian).
10. Isaev D.N. *Detskaya meditsinskaya psikhologiya*. *Psikhologicheskaya pediatriya*. [Children's medical Psychology. Psychological Pediatrics]. St. Petersburg: Rech' Publ.; 2004. (in Russian).
11. Kazhdan A. P. *Sostav gosподstvuyushchego klassa v Vizantii XI–XII vv. Anketa i chastnye vyvody*. Ch. VI. *Evnukhi*. [The composition of the ruling class in Byzantium in the XI–XII centuries. Questionnaire and private conclusions. Part VI. Eunuchs]. In: *Antichnaya drevnost' i srednie veka*. Sverdlovsk. 1973; VI(10): 184–94. (in Russian).
12. Klenysheva N.D. *Rozhdenie rebenka v rimskoy sem'e: bogi i ritualy*. [The birth of a child in a Roman family: gods and rituals]. *Dialog so vremenem: al'manakh intellektual'noy istorii*. 2010; 33: 260–74. (in Russian).
13. Ksenofont. *Politiya lakedemonyan*. [Polity of the Lacedaemonians]. Saratov: Nauchnaya kniga Publ.; 2005. (in Russian).
14. Litavrin G.G. *Kak zhili vizantiytsy*. [How the Byzantines lived]. Moscow: Nauka Publ.; 1974. (in Russian).
15. Malofeev N.N. *Spetsial'noe obrazovanie v menyayushchemsya mire*. [Special education in a changing world]. Moscow: Prosveshchenie Publ.; 2010. (in Russian).
16. Marru A.-I. *Istoriya vospitaniya v antichnosti (Gretsiya)*. [The history of education in Antiquity (Greece)]. Moscow: Greko-latinskiy kabinet Yu.A. Shichalina; 1998. (in Russian).
17. Martsial Mark Valeriy. *Epigrammy*. [Epigrams]. St. Petersburg: KOMPLEKT Publ.; 1994. (in Russian).
18. Menandr. *Komedii*. *Gerod. Mimiamby*. [Comedies. The temple of Athena Nike. Mymiami]. Moscow: Iskusstvo Publ.; 1984. (in Russian).
19. Mikirtichan G.L. *Otnoshenie k detyam, ikh pravu na zhizn' i razvitie v Rossii (X-nachalo XVIII veka)*. [Attitude towards children, their right to life and development in Russia (X-early XVIII centuries)]. *Pediatrician*. 2014; 5 (1): 126–31. DOI:10.17816/PED51126-131 (in Russian).
20. Mikirtichan G.L., Dzharman O.A. *Soran Efesskiy — pervyy antichnyy perinatolog i pediater*. [Soranus of Ephesus — the first ancient perinatologist and pediatrician]. *Pediatr*. 2018; 9 (6): 119–28. (in Russian).
21. Plutarkh. *Sravnitel'nye zhizneopisaniya*. [Comparative Biographies]. Moscow: Nauka Publ.; 1994. (in Russian).
22. Pokrovskiy I. A. *Istoriya rimskogo prava*. [History of Roman Law]. St. Petersburg: Letniy sad Publ.; 1999. (in Russian).
23. Postman N. *Ischeznovenie detstva*. *Otechestvennyye zapiski*. 2004; 3 (18). *Na resurse «Zhurnal'nyy Zal»*. [The disappearance of childhood]. Available at: <https://magazines.gorky.media/oz/2004/3/ischeznovenie-detstva.html> (accessed 18.01.2021). (in Russian).
24. Svetoniy Trankvill Gay. *Zhizn' dvenadsati tsezarey*. [The Lives of the Twelve Caesars]. Moscow: Nauka Publ.; 1993. (in Russian).
25. Sergeenko M.E. *Zhizn' drevnego Rima*. [The Life of Ancient Rome]. *Zhurnal «Neva»*. St. Petersburg: Letniy Sad Publ.; 2000. (in Russian).
26. Utkov P.Yu. *Voprosy viktimmosti mladshikh shkol'nikov v istorii pedagogicheskoy psikhologii*. [Questions of Victimization of primary school children in the history of pedagogical psychology]. *Internet-zhurnal «Mir nauki»*. 2017; 5 (1). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/65PSMN117.pdf> (accessed 18.01.2021). (in Russian).
27. Bloomer W.M. *A Companion to Ancient Education*. Oxford: Wiley Blackwell; 2015.

28. Boswell J. *The Kindness of Strangers: The Abandonment of Children in Western Europe from Late Antiquity to the Renaissance*. Chicago: The University of Chicago Press; 1988.
29. Carroll M. *Infant Death and Burial in Roman Italy*. *Journal of Roman Archaeology*. 2011; 24: 99–120.
30. Carroll M. *Infancy and Earliest Childhood in the Roman World: 'A Fragment of Time'*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
31. Dasen V. *Childbirth and Infancy in Greek and Roman Antiquity*. In: Rawson B.(ed.) *A Companion to Families in the Greek and Roman Worlds*. Oxford: Wiley Blackwell; 2011: 291–314.
32. Dasen V. *Saltimbanques et circulation de jeux*. *Archéologie et histoire ancienne*. 2019; 6: 127–43.
33. Dillon M.P.J. *Engendering the scroll: girls' and women's literacy in Classical Greece*. In: Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. *The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World*. Oxford: Oxford University Press; 2013: 396–417.
34. Dixon S. *The Roman Mother*. London-Sydney: Croom Helm; 1988.
35. Dover K.L. *Greek Homosexuality*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1978.
36. Ducat J. *Spartan education: Youth and Society in the Classical Period*. Swansea: Classical Press of Wales; 2006.
37. Evans Grubbs J. *Church, State, and Children: Christian and Imperial Attitudes Toward Infant Exposure in Late Antiquity*. In: Cain A., Lenski N.E. *The Power of Religion in Late Antiquity*. Ashgate: Ashgate Publishing; 2009: 120–21.
38. Evans Grubbs J. *Infant exposure and infanticide*. In: Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. *The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World*. Oxford: Oxford University Press; 2013: 83–107.
39. Frier B.W. *Demography*. In: Bowman A.K., Garnsey P., Rathbone D., eds. *The Cambridge Ancient History*. Vol. 11: *The High Empire, A.D. 70–192*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000: 787–816.
40. Garland R. *Children in Athenian religion*. In: Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. *The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World*. Oxford: Oxford University Press; 2013: 207–26.
41. Golden M. *Did the Ancients Care When Their Children Died? Greece and Rome*. 1988; 35(2): 152–63.
42. Golden M. *Children and childhood in Classical Athens*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press; 1993.
43. Gourevitch D. *The sick child in his family: a risk for the family tradition*. In: Dasen V., Späth T. *Children, Memory, and Family Identity in Roman Culture*. Oxford: Oxford University Press; 2010: 273–92.
44. Gowland R., Chamberlain A., Redfern R. *On the Brink of Being: Re-evaluating Infanticide and Infant Burial in Roman Britain*. Available at: <http://dro.dur.ac.uk/19299/1/19299.pdf?DDD6+drk0rg> (accessed 24.06.2020).
45. Gradel I. *Emperor Worship and Roman Religion*. Oxford and New York: Oxford University Press; 2002.
46. Greenfield R. *Children in Byzantine Monasteries*. In: Innocent hearts or vessels in the harbor of the devil? In: Papaconstantinou A., Talbot A.-M. *Becoming Byzantine. Children and Childhood in Byzantium*. Washington D.C.: Harvard University Press; 2009: 253–82.
47. Guillemot-Treffainguay V. *La protection de l'enfant contre ses parents: (1804–1958)*. Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur de L'Université de Bordeaux. École doctorale de droit (ed41) spécialité histoire du droit. Available at: <http://www.theses.fr/2017BORD0763/abes> (accessed 25.06.2020).
48. Henriksen Ch. *Earinus: An Imperial Eunuch in the Light of the Poems of Martial and Statius*. *Mnemosyne*. 1997; 50: 281–94.
49. Horn C.B., Martens J. W. *Let the Little Children Come to Me: Childhood and Children in Early Christianity*. Washington, D.C.: The Catholic University of America Press; 2009.
50. Kennel M.N. *Boys, girls, family, and the state at Sparta*. In: Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. *The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World*. Oxford: Oxford University Press; 2013: 281–395.
51. Köves-Zulauf T. *Römische Geburtsriten*. Munich: Beck; 1990.
52. Krause J-U. *Children in the Roman Family and Beyond*. In: Peachin M., ed. *Oxford Handbook of Social Relations in the Roman World. Children in the Roman Family and Beyond*. Oxford : Oxford University Press; 2014: 629–33.
53. Laes Ch. *Childbeating in Antiquity: some reconsiderations*. In: ed. Mustakallio K., Hanska J., Sainio H.-L., Vuolanto V. *Hoping for Continuity. Childhood, education and death in Antiquity and the Middle Ages*. Rome: Institutum Romanum Finlandiae; 2005: 75–90.
54. Laes Ch. *Delicia-Children Revisited. The Evidence of Statius' Silvae*. In: Dasen V, Späth Th. *Children, Memory, and Family Identity in Roman Culture*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
55. Lascaratos J., Poulakou-Rebelakou E. *Child sexual abuse: historical cases in the Byzantine Empire (324–1453 A.D.)*. *Child Abuse & Neglect*. 2000; 24 (8): 1085–90.
56. Mason P. Thomas Jr. *Child Abuse and Neglect. Part I. Historical Overview, Legal Matrix, and Social Perspectives*. *North Carolina Law Review*. 1972; 50: 293–349.
57. Millett M., Gowland R. *Infant and Child Burial Rites in Roman Britain: a Study from East Yorkshire*. Cambridge University Press. Available at: <https://www.cambridge.org/core/journals/britannia/article/infant-and-child-burial-rites-in-roman-britain-a-study-from-east-yorkshire/1C9DEC59492051F0999405E4D7BB7FD7> (accessed 17.01.21)
58. Monnickendam Yifat. *The Exposed Child: Transplanting Roman Law into Late Antique Jewish and Christian Legal Discourse*. *American Journal of Legal History*. 2019; 59 (1): 1–30.

59. Neraudau J.-P. *Etre enfant a Rome*. Paris: Les belles lettres; 2008.
60. Nutton V. *Ancient Medicine*. NY.: Routledge; 2013.
61. Prinzig G. Observation on the legal status of children and the stages of childhood in Byzantium. In: Papaconstantinou A., Talbot A.-M. *Becoming Byzantine. Children and Childhood in Byzantium*. Washington D.C.: Harvard University Press; 2009: 27–8.
62. Rawson B. *Children and childhood in Roman Italy*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
63. Ringrose K.M. *The Perfect Servant: Eunuchs and the Social Construction of Gender in Byzantium*. Chicago: The University of Chicago Press; 2003.
64. Saller R.P. *Pietas and patria potestas: obligation and power in the Roman household*. In: Saller R.P. *Patriarchy, Property and Death in the Roman Family*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994: 102–32.
65. Sivan H. *Pictorial Paideia: Children in the synagogue*. In: Evans Grubbs J., Parkin T., Bell R. *The Oxford Handbook of Childhood and Education in the Classical World*. Oxford: Oxford University Press; 2013: 532–58.
66. Sneed D. *The Life Cycle of Disability in Ancient Greece*. Los Angeles: University of California; 2018.
67. Talbot A.-M. *Childhood in middle and late Byzantium (ninth to fifteenth centuries)*. In: Aasgard R., Horn C. *Childhood in history: Perceptions of Children in Ancients and Medieval Worlds*. Routledge; 2017: 387–413.
68. Tuor-Kurth Ch. *Kindesaussetzung und Moral in der Antike: jüdische und christliche Kritik am Nichtaufziehen und Töten neugeborener Kinder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011.
69. Winniczuk L. *Ludzie, zwyczaje, obyczaje starożytnej Grecji i Rzymu*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1983.

ИЗ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ДАГЕСТАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941–1945)

© *Сергей Борисович Манышев, Ксения Борисовна Манышева*

Дагестанский государственный медицинский университет. 367000, г. Махачкала, пл. Ленина, 1

Контактная информация: Ксения Борисовна Манышева — ассистент, кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии. E-mail: manyshvakb@gmail.com

Поступила: 05.02.2021

Одобрена: 22.02.2021

Принята к печати: 25.03.2021

РЕЗЮМЕ: В статье на основе впервые вводимых в научный оборот архивных материалов и опубликованных документов рассматривается история кафедры нервных болезней Дагестанского медицинского института в годы Великой Отечественной войны. Отмечаются изменения, произошедшие в работе вуза и кафедры, связанные с общей ситуацией в стране. Ненадолго институт прервал свою работу, его имущество из Махачкалы было эвакуировано в Дербент, а профессорский состав выехал в Закавказье. Именно в этот период был сокращен срок обучения в институте, а также изменена программа по нервным болезням, упор в которой был сделан на травмы центральной и периферической нервной системы. Кроме того, произошло существенное сокращение штата преподавателей, что негативно сказалось на подготовке будущих врачей. Существенные изменения претерпела и лечебная работа: число пациентов в клинике значительно увеличилось, а сотрудники кафедры, откликнувшись на изменившиеся условия, были призваны оказывать консультативную и лечебную помощь во всех эвакуогоспиталях, расположенных в Дагестане. Вся научная работа кафедры была подчинена задачам военного времени: рассматривались вопросы ранений черепа и связанных с ними травм головного мозга, а также большое внимание уделялось травмам периферической нервной системы. В частности, профессор Михаил Доброхотов разрабатывал вопросы патогенеза, клиники и лечения каузалгии, которая являлась ведущей патологией в годы Великой Отечественной войны. Много времени у сотрудников кафедры, помимо основной лечебной работы, занимала общественная нагрузка — чтение публичных лекций, составление всевозможных документов, а также участие в редакционных комиссиях, которые готовили к печати труды дагестанских врачей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: история неврологии; Михаил Доброхотов; медицинское образование; Дагестанский медицинский институт; кафедра неврологии.

FROM THE HISTORY OF THE DEPARTMENT OF NERVOUS DISEASES OF THE DAGHESTAN MEDICAL INSTITUTE DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR (1941–1945)

© *Sergey B. Manyshv, Ksenia B. Manyshva*

Daghestan State Medical University. 367000, Russia, Makhachkala, Lenin sq., 1

Contact information: Ksenia B. Manyshva — Assistant, Department of Nervous Diseases, Medical Genetics and Neurosurgery. E-mail: manyshvakb@gmail.com

Received: 05.02.2021

Revised: 22.02.2021

Accepted: 25.03.2021

ABSTRACT: The article considers the history of the Department of Nervous Diseases of the Dagestan Medical Institute during the Great Patriotic War on the basis of archival materials introduced into scientific circulation for the first time and published documents. The changes that have occurred in the work of the university and the department related to the general situation in the country are noted. The institute briefly interrupted its work, its property from Makhachkala was evacuated to Derbent, and the professors left for Transcaucasia. It was during this period that the period of study at the institute was shortened, and the program for nervous diseases was changed, in which the emphasis was placed on injuries of the central and peripheral nervous system. In addition, there was a significant reduction in the number of teachers, which negatively affected the training of future doctors. The medical work has also undergone significant changes: the number of patients in the clinic has increased significantly, and the staff of the department were forced to provide advice and medical assistance in evacuation hospitals located in Dagestan. All scientific work of the department staff was subordinated to the tasks of wartime. They considered the issues of cranial injuries and related brain injuries, and also paid great attention to injuries of the peripheral nervous system. In particular, Professor Mikhail Dobrokhotov worked out the issues of pathogenesis, clinical picture and treatment of causalgia, which was the leading pathology during the Great Patriotic War. A large part of the time of the department staff was occupied by social work — reading public lectures, drawing up all kinds of documents, as well as participating in editorial commissions that prepared the works of Dagestan doctors for publication.

KEY WORDS: history of neurology; Mikhail Dobrokhotov; medical education; Dagestan Medical Institute; Department of Neurology.

Великая Отечественная война привела к существенным изменениям в работе медицинских вузов. Больше внимания стало уделяться таким дисциплинам, как военно-полевая хирургия, военная гигиена, эпидемиология и инфекционные болезни. Переработка учебных программ позволила организовать подготовку дополнительных специалистов, сократив срок их обучения, в результате чего уже в первый год войны было выпущено дополнительно 14 000 врачей. Естественно, призыв в армию негативно сказался на укомплектованности вузов профессорско-преподавательским и учебно-вспомогательным персоналом [12].

Дагестанский медицинский институт, созданный в 1932 г., к началу войны подготовил пять выпусков врачей. Однако и он не стал исключением из общего правила: курс обучения был сокращен до 4 лет, увеличено время занятий студентов и работы преподавателей [16]. За счет призыва в Рабоче-крестьянскую Красную Армию (РККА) значительно сократился контингент учащихся: если перед войной в Дагестанском медицинском институте их насчитывалось около тысячи, то к 1942 г. — вдвое меньше [14]. И лишь спустя два года эти показатели вернулись к довоенному времени, причем большую часть (70%) составляли младшекурсники [27]. Как отмечалось в постановлении Совета народных комиссаров Дагестанской Автономной Советской Социалистической Республики (СНК ДАССР), датированном декабрем 1942 г., студенты не посещали занятий,

теоретические кафедры не развернули своей работы, учебный корпус в Доме горца оказался в полузаброшенном состоянии, а учебное оборудование было частично расхищено, частично поломано и нуждалось в ремонте [15]. В 1943 г. институту было передано здание на центральной площади Махачкалы, где были размещены почти все теоретические кафедры, столовая и сапожная мастерская (рис. 1) [16]. Однако сокращение преподавательских кадров привело к тому, что большая часть кафедр была недоукомплектована профессорско-преподавательским составом: часть кафедр возглавляли доценты, некоторые — ассистенты [15].

В заявлении сотрудников медицинского института, составленном осенью 1941 г. профессорами М.С. Доброхотовым, И.Д. Мишениным и В.Г. Будылиным, говорилось: «На протяжении всего периода войны коллектив научных сотрудников мединститута проводит работу с кружками медсестер, с курсами врачей-нейрохирургов, повысил квалификацию ряда врачей, принял активное участие в работе госпиталей в качестве консультантов-специалистов по разным областям медицины... С большим энтузиазмом мы будем работать над разрешением таких проблем, как лечение ран, борьба с шоком и профилактика эпидемических заболеваний...» [13].

Кафедра нервных болезней была создана в Дагестанском медицинском институте в 1936 г. За пять лет ее существования удалось наладить



Рис. 1. Корпус Дагестанского медицинского института на центральной площади Махачкалы (середина 1940-х гг.). Архив кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии Дагестанского государственного медицинского университета

Fig. 1. The building of the Dagestan Medical Institute in the central square of Makhachkala (Mid 1940s). Archive of the Department of Nervous Diseases, Medical Genetics and Neurosurgery, Dagestan State Medical University

учебный процесс, работу клиники, а также провести специализацию ряда врачей. Однако оставались большие проблемы в организации научной работы сотрудников, а также в обеспечении кафедры кадрами [19].

Кафедру нервных болезней Дагестанского медицинского института со дня ее основания возглавлял профессор Михаил Сергеевич Доброхотов (1878–1952) (рис. 2) — ученик одного из основоположников отечественной неврологии профессора В.К. Рота. Он обладал большим опытом научно-практической и организационной работы: в годы Первой мировой войны, работая в Полтаве, он был консультантом земской больницы, затем в годы Гражданской войны — приват-доцентом кафедры нервных и душевных болезней Донского университета, а также директором Травматологического института, в 1920-е гг. возглавлял кафедры неврологии и психиатрии в Воронеже и Днепропетровске, а в 1932–1935 гг. руководил нервной клиникой Го-

сударственного института климатологии и климатотерапии в Ялте [1].

Кроме профессора М.С. Доброхотова на кафедре работали два ассистента — кандидат медицинских наук Федор Павлович Работалов и Раиса Павловна Богоявленская (рис. 3) [5], а также кафедральные ординаторы — Елена Владимировна Шухова (1918–2008), Нина Александровна Кунакова (1909–1987) и Умамат Гаджиевна Сулейманова (1906–1979) (рис. 4).

С началом войны Е.В. Шухова и Н.А. Кунакова были призваны в армию. Первая стала руководить неврологическим отделением эвакогоспиталя № 3187 в Махачкале, а вторая работала в эвакогоспитале № 1628 в Избербаше, а затем снова вернулась в Махачкалу, продолжив работу в окружной военно-врачебной комиссии Северо-Кавказского военного округа [17].

Сотрудники кафедры и клиники постоянно отзывались для работы в военкомате. Кроме того, Р.П. Богоявленская работала на станции перелива-



Рис. 2. Профессор М.С. Доброхотов (середина 1940-х гг.). Архив кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии Дагестанского государственного медицинского университета

Fig. 2. Professor M.S. Dobrokhotov (Mid 1940s). Archive of the Department of Nervous Diseases, Medical Genetics and Neurosurgery, Dagestan State Medical University

ния крови в качестве заведующей группой доноров [25]. В конце осени 1941 г. произошло существенное сокращение штатов клиник мединститута: например, У.Г. Сулейманова была освобождена от должности ординатора кафедры и направлена в распоряжение Наркомздрава ДАССР [4].

Сокращение курса обучения до 4 лет повлекло за собой и уменьшение количества часов, отводившихся на те или иные дисциплины. С этой целью кафедры института были объединены в 8 тематических комплексов, в частности из кафедр нервных болезней и психиатрии был создан психоневрологический комплекс, которым руководил профессор В.А. Глазов (1897–1972). Общие собрания кафедр, объединенных в такие кластеры, пересмотрели учебные планы, объединив или исключив дублирующие темы, а также добавив в программу необходимый материал военно-санитарного и военно-оборонного характера [16]. Несмотря на сокращение штатов, первоначально на кафедре нервных болезней полностью был прочитан курс в объеме 20 лекций. Однако



Рис. 3. Р.П. Богоявленская (середина 1940-х гг.). Архив кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии Дагестанского государственного медицинского университета

Fig. 3. R.P. Bogoyavlenskaya (Mid 1940s). Archive of the Department of Nervous Diseases, Medical Genetics and Neurosurgery, Dagestan State Medical University

в его тематику были внесены изменения в соответствии с требованиями военного времени: большое внимание было уделено ранениям периферической нервной системы, спинного и головного мозга [25].

Намного хуже обстояло дело с практически занятиями. В соответствии с программой предусматривалось по 40 часов на академическую группу. Но участие студентов в строительстве оборонительных сооружений, а также нехватка сотрудников кафедры и их занятость привели к тому, что занятия составили от 21 до 36 часов, что негативно сказалось на освоении методов исследования нервных болезней. Всего лишь одна группа принимала участие в амбулаторном приеме, который являлся неотъемлемой частью учебного процесса [25].

Говоря о Р.П. Богоявленской как преподавателе, М.С. Доброхотов писал: «Благодаря прежней работе учительницы из нее выработался прекрасный преподаватель. Никогда я не слышал от студентов, с которыми она занималась, ни малейшей жалобы и ни малейшего недовольства

ее преподаванием. На экзаменах студенты ее групп всегда показывали отличные знания» [3]. Однако в связи с очередным сокращением штатов с 16 ноября 1942 г. ряд сотрудников медицинского института, в том числе Раиса Павловна, были уволены. Она перешла на должность заведующей учебной частью Дагестанской фельдшерской школы [3].

Превращение Дагестана в прифронтовую полосу в 1942 г. вынудило Махачкалинский городской комитет обороны приостановить деятельность медицинского института и эвакуировать все его имущество в город Дербент. Однако успехи на фронте позволили спустя месяц вернуться к обсуждению вопроса о возобновлении работы института в Махачкале. В соответствии с новым постановлением от 13 октября 1942 г. было принято решение о возвращении имущества института из Дербента и возобновлении занятий [20].

В Закавказье оказалась часть профессоров Дагестанского медицинского института, в том числе и М.С. Доброхотов [16]. Возвращение из эвакуации в конце 1942 г. и начало занятий в институте первоначально не привели к расширению штатов, что было связано с небольшим числом студентов. Но уже к началу 1944/1945 учебного года на кафедру неврологии вновь были зачислены ассистентами Р.П. Богоявленская и У.Г. Сулейманова [3, 4].

Несмотря на то, что серьезные силы были брошены на организацию работы в госпиталях, клиники медицинского института, расположенные в центральной республиканской больнице, остались без нужной для нормальной работы численности медицинского персонала. К 1944 г. сложилось катастрофическое положение с отоплением кафедр, а отсутствие транспорта и освещения в городе делало почти невозможным, да и просто небезопасным посещение клиники в вечернее время [27]. М.С. Доброхотов констатировал: «Бывали дни и недели, когда заведующий оставался с одним работником, а однажды был один на всю клинику» [25].

Помимо гражданских пациентов в неврологическую клинику медицинского института постоянно обращались военнослужащие (рис. 5). «Не проходило почти ни одного дня, — писал М.С. Доброхотов, — чтобы в клинику не приходили бойцы и командный состав с направлением от врачей части с просьбой консультации, назначения или проведения лечения. Нередко число таких обратившихся доходило до 5–7 человек» [25].

Нехватка лекарственных препаратов в военные годы заставляла сотрудников клиники искать альтернативу общепризнанным средствам. На-



Рис. 4. У.Г. Сулейманова (середина 1940-х гг.). Архив кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии Дагестанского государственного медицинского университета

Fig. 4. U.G. Suleimanova (Mid 1940s). Archive of the Department of Nervous Diseases, Medical Genetics and Neurosurgery, Dagestan State Medical University

пример, У.Г. Сулейманова в условиях дефицита сульфидина предложила для лечения цереброспинального менингита вводить его небольшими дозами внутривенно. Эта методика дала прекрасные результаты, хотя и была применена на относительно небольшом числе пациентов [4].

Большую часть рабочего времени сотрудников кафедры занимали консультации в госпиталях. Первый госпиталь был открыт в Дагестане уже 30 июля 1941 г. в Дербенте, а когда число раненых существенно увеличилось, госпитали стали открываться и в других городах республики. К 1942 г. в Дагестане было создано 14 госпиталей, способных вместить 12 200 пациентов [14]. За годы войны здесь получили лечение более 150 тысяч раненых. Как отмечал начальник отдела эвакогоспиталей Наркомздрава ДАССР С.Ю. Алибеков, благодаря коллективу Дагестанского медицинского института в госпиталях «...не только была хорошо поставлена лечебная и профилактическая работа, но госпитали превращались в своего рода центры научной медицинской мысли» [9]. Консультации ведущих профессоров медицинского



Рис. 5. Клиника нервных болезней Дагестанского медицинского института (конец 1930-х гг.). Национальный музей Республики Дагестан им. А.А. Тахо-Годи. КМДКП-18822/10

Fig. 5. Clinic of Nervous Diseases of the Dagestan Medical Institute (Late 1930s). National Museum of the Republic of Dagestan. KMD KP-18822/10

института обеспечили высокое качество лечебной и диагностической работы, а также внедрение новейших методов диагностики и лечения в практику. М.С. Доброхотов консультировал пациентов в госпиталях, расположенных в Махачкале. Отсутствие транспорта делало частые консультации для уже немолодого профессора весьма затруднительными, поэтому чаще других он посещал госпитали, развернутые в школе № 14 и гостинице «Дагестан», которые были расположены рядом с его домом [25].

Михаил Сергеевич был включен в состав группы консультантов, созданной в начале 1942 г. при Наркомздраве ДАССР [8]. Помимо работы в Махачкале, М.С. Доброхотовым за время войны было совершено 44 выезда для оказания организационно-методической и врачебно-консультативной помощи в госпиталях, расположенных в других городах и районах Дагестана [26]. В январе 1946 г. М.С. Доброхотову была объявлена благодарность Наркомздрав РСФСР «...за самоотверженную работу по лечению больных и раненых в эвакогоспиталях Наркомздрав РСФСР в период Великой Отечественной войны» [2].

В учреждениях гражданского здравоохранения врачи внедряли самые передовые для своего времени методы лечения, перенимая опыт

сотрудников эвакогоспиталей. Широко использовались переливание крови, сульфидотерапия, физиотерапевтические методы [18]. По просьбе Наркомздрав ДАССР профессором М.С. Доброхотовым был организован и проведен ряд курсов по физиотерапии для врачей городских лечебных учреждений и эвакогоспиталей, так как в довоенный период именно он заведовал этим направлением в институте [2].

Поскольку Михаил Сергеевич был депутатом Верховного Совета ДАССР, то на него ложился и целый ряд общественных обязанностей. Например, он выступал с лекциями на радио, которые читались в прямом эфире, освещая насущные вопросы медицины, популярно объясняя слушателям актуальные темы [15]. Он участвовал и в составлении печатных материалов, которые направлялись в действующую армию. Михаил Сергеевич в числе деятелей науки, культуры и искусства являлся одним из авторов «Письма народов Дагестана фронтовикам-дагестанцам», подготовленного в 1943 г. Он также являлся членом бюро съездов врачей эвакогоспиталей и состоял в редакционной комиссии по изданию их трудов [26].

22 июля 1944 г. «...за заслуги в области советской медицины, подготовки высококвалифицированных кадров и в связи с 40-летием

врачебной, научно-педагогической и общественной деятельности» указом Президиума Верховного Совета ДАССР профессору М.С. Доброхотову было присвоено звание Заслуженного деятеля науки ДАССР [24].

В эти годы в научной работе сотрудников Дагестанского медицинского института можно выделить два основных направления: продолжение исследований довоенного периода, связанных, прежде всего, с краевой патологией, а также новую тематику военно-оборонного характера, обусловленную военным временем. Скучная материально-техническая база, нехватка медикаментов, лабораторного оборудования и реактивов не могли не сказаться отрицательно на научно-исследовательской работе. Несмотря на это, только в 1943 г. преподаватели института выполнили 51 научную работу [14].

Первоначально на кафедре нервных болезней работа продолжалась в довоенном русле. Р.П. Богоявленская пыталась выполнять исследование о состоянии гематоэнцефалического барьера при закрытых черепно-мозговых травмах. Однако работа была приостановлена из-за отсутствия необходимых реактивов в лаборатории. М.С. Доброхотов продолжал исследования по краевой патологии, в частности занимался обобщением клинического материала по нейробруцеллезу, влиянию хинина на развитие полиомиелита, а также вместе с Р.П. Богоявленской изучал вопросы взаимосвязи и взаимного влияния менингита и малярии [25]. Отсутствие достаточного числа пациентов для исследования и анализа результатов, а также последующий отъезд из Дагестана в 1944 г. ассистента Ф.П. Работалова не позволили ему завершить запланированную работу [27]. Он предполагал исследовать влияние витамина В на регенерацию нервных стволов. Проведение витаминотерапии трем пациентам было начато, но напряженная работа в клинике, на кафедре и в эвакогоспиталях не позволили в полной мере осуществить задуманное [25].

Однако две статьи, основанные на клиническом материале из эвакогоспиталей, Ф.П. Работаловым все же были подготовлены. В одной из них Федор Павлович рассматривал 8 случаев стволового энцефалита. Он отмечал, что за полтора года войны не было крупных вспышек нейроинфекций, однако отдельные клинические наблюдения дали материал для описания специфики возникновения и течения острого энцефалита. Автор отмечал, что при наличии характерных симптомов к пациентам должен незамедлительно вызываться невропатолог, «больные же должны срочно перемещаться с известными предостережениями в специализированные нейрохирургические

отделения, где им будет оказана и своевременная квалифицированная медицинская помощь, и нужный уход» [21].

Великая Отечественная война предоставила врачам богатый клинический материал для изучения огнестрельных ранений черепа и связанных с ними патологий. На основе наблюдений ряда клинических случаев пролапса головного мозга Ф.П. Работалов выделял два его вида — первичный, когда он возникал либо сразу после травмы черепа, либо в скором времени, и вторичный, возникавший позже, спустя некоторое время после получения травмы. Федор Павлович отмечал, что за годы войны в госпиталях наблюдал пациентов с разной степенью первичной хирургической обработки ран. Тогда Дагестан был фактически прифронтовой полосой и в лечебные учреждения раненые поступали исключительно тяжелые, без первичной хирургической обработки ран, из которых истекало мозговое вещество. Когда фронт отошел от границ республики, в эвакогоспитали стали поступать больные, прошедшие первичную хирургическую обработку, часто прооперированные, и у них почти не наблюдалось осложнений с мозговыми пролапсами. Начиная с 1944 г. в Дагестан стали поступать раненые, прооперированные за месяц и более до этого. У них пролапс развивался лишь в связи с ранней транспортировкой, не показанной в тот момент их состоянием. Ф.П. Работалов констатировал, что гнойный пролапс приводил к смерти в 60% случаев. Автор заключал, что для снижения осложнений и последующей летальности необходимо последовательно придерживаться новейших рекомендаций, выработанных на основе опыта военных лет, по лечению раненых и последующей их реабилитации [22].

Как квалифицированный специалист Р.П. Богоявленская была постоянным консультантом эвакогоспиталя в Избербаше и периодически консультировала пациентов в госпиталях, располагавшихся в школах № 7 и № 14 в Махачкале [3]. Собранный здесь материал она обобщила в отдельной статье, посвященной множественным абсцессам мозга. Раиса Павловна отмечала, что диагностика данной патологии «...исключительно трудна, а порой абсолютно невозможна, чем, по-видимому, и объясняется бедность литературных данных». Она рассмотрела четыре варианта множественных абсцессов. Результатом исследования Р.П. Богоявленской стали выводы о том, что «...различие патогенеза может обуславливать и различную симптоматику, и большую или меньшую возможность терапевтического воздействия» [7].

Большую роль в аккумуляции научных знаний и исследований, проводившихся в Дагестане, сыграли четыре научно-оборонных съезда врачей эвакогоспиталей, на которых было озвучено более 300 докладов и сообщений, а их материалы после обсуждения были опубликованы в трех томах научных трудов. На Втором научно-оборонном съезде профессор М.С. Доброхотов сделал доклад на тему «Нейроинфекция и война», текст которого пока что обнаружить не удалось [24].

На Третьем научно-оборонном съезде, который состоялся в конце января 1944 г., М.С. Доброхотов доложил о комбинированном лечении боевых травм [24]. Этот съезд собрал гражданских и военных врачей, профессорско-преподавательский состав Дагестанского медицинского института, а также докладчиков из Азербайджана, Грузии и Северной Осетии. Основное внимание было уделено вопросам лечения повреждений центральной и периферической нервной системы. Доклады, озвученные здесь, были сделаны неврологами и хирургами. Как отмечал корреспондент газеты «Дагестанская правда», «...из всех серий докладов о проблеме комплексной терапии боевых травм особенно выделяются доклады профессора М.С. Доброхотова, майора медицинской службы М.Л. Хабада, доктора П.Е. Трофимова, доктора Рябышенко» [23].

Михаил Сергеевич в своем докладе отмечал: «Надо внедрить в сознание молодых врачей, что рациональное, полноценное лечение раненых возможно только при использовании всех методов комплексного лечения раненых, которыми мы располагаем». Он рекомендовал начинать подобное лечение как можно раньше, ведь именно тогда можно было достичь лучших результатов. Профессор М.С. Доброхотов указывал на большую роль физиотерапевтических методов для регенеративных процессов в тканях, улучшения эпителизации ран. Он считал, что их можно использовать и для обезболивания: дарсонвализация и ионтофорез с новокаином, применение теплых ванн и облучение кварцем. Не меньшее значение в лечении и последующей реабилитации раненых имели курортные факторы, использование которых в условиях Дагестана само собой подразумевалось. Михаил Сергеевич писал: «Еще недостаточно использована в наших госпиталях лечебная физкультура, иногда не достигаются результаты, на которые мы вправе рассчитывать... Надо внедрить в сознание медперсонала эвакогоспиталей необходимость пользоваться каждым подвернувшимся моментом для производства простых манипуляций физкультуры». От-

дельное внимание ученый обращал на лечебное питание, состав которого должен был способствовать выздоровлению пациента [11].

Однако основное внимание профессор М.С. Доброхотов уделял проблеме каузалгии. Уже в самом начале войны в 1941 г. на республиканской конференции врачей он сделал доклад об этом заболевании как наиболее часто встречающейся в военное время патологии нервной системы, что было продемонстрировано еще в годы Первой мировой войны [24]. Именно исследованию клинической картины, патогенеза и терапии этого заболевания уделялось наибольшее внимание. Как отмечалось в отчете директора института, работа Михаила Сергеевича являлась «крупнейшей и актуальнейшей», а ее логическим продолжением должны были стать исследования о хирургическом лечении каузалгии, выполнявшиеся доцентом П.Ф. Маклецовым [27].

Уже в послевоенный период 100-страничная рукопись монографии «Каузалгия» была подготовлена к печати [6]. Однако работа по неизвестным причинам так и не была опубликована, а ее текст, вероятно, утерян. Составить общее представление о ее содержании дает возможность статья на аналогичную тему, вышедшая из-под пера М.С. Доброхотова.

Михаил Сергеевич располагал обширным клиническим материалом из 240 случаев, которые он наблюдал в дагестанских эвакогоспиталях. Ученый отмечал, что «...картина каузалгии, кроме ее тяжелой типичной формы, может быть очень разнообразна, в зависимости от комбинации ее симптомов, которые и сами могут быть выражены в различной мере по качеству и по силе, вплоть до полного выпадения». Профессор М.С. Доброхотов разделил всех наблюдаемых им пациентов на группы по степени выраженности симптомов. Он отмечал, что до 80% раненых, пролеченных хирургическим путем, и 40% получавших консервативное лечение избавились от болей. При этом хирургическое лечение рекомендовалось начинать с периферической нервной системы, и лишь тогда, когда такая операция не давала результатов, предлагалось проводить симпатическую ганглиоэктомию. Среди консервативных методов применялись ионтофорез или внутривенные вливания новокаина. Михаил Сергеевич указывал, что в годы Второй мировой войны у пациентов с каузалгией почти не наблюдалось тяжелых изменений психики, которые ему приходилось видеть в Первую мировую. Он связывал это с лучшей организацией ухода за больными [10].

Период Великой Отечественной войны — это сложное время для всего медицинского образования и системы здравоохранения страны. Не был

исключением и Дагестан: здесь была перестроена система подготовки медицинских кадров, а также создана сеть эвакогоспиталей. Кафедра нервных болезней Дагестанского медицинского института в этот период представляла собой достаточно успешно функционирующее подразделение. Несмотря на изменение учебных программ и сокращение штатов, здесь продолжалась подготовка кадров, а также велась научная работа, основанная на клиническом материале из эвакогоспиталей. Сотрудники кафедры работали в госпиталях и продолжали оказывать квалифицированную помощь гражданскому населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абусева Б.А., Манышев С.Б., Манышева К.Б. Михаил Сергеевич Доброхотов. К 140-летию со дня рождения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018; 8:104–8. DOI: 10.17116/jnevro2018118081104
2. Архив Дагестанского государственного медицинского университета (АДГМУ). Личное дело М.С. Доброхотова.
3. АДГМУ. Личное дело Р.П. Богоявленской.
4. АДГМУ. Личное дело У.Г. Сулеймановой.
5. Архив кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии ДГМУ (Архив кафедры). Сведения на ассистентов ДМИ по состоянию на 27.05.1941 г.
6. Архив кафедры. Список научных трудов профессора М.С. Доброхотова, 1949 г.
7. Богоявленская Р.П. К патогенезу множественных абсцессов мозга при проникающих ранениях черепа. Вопросы нейрохирургии. 1947; 1:59–60.
8. Голин Я.И. Госпитали Дагестана в годы Великой Отечественной войны. Тезисы докладов региональной научной сессии «Народы Северного Кавказа в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» (25–26 апреля 1985 г.). Махачкала: ИИЯЛ ДФ АН СССР; 1985: 14–6.
9. Даниялов Г.Д., ред. Дагестан в годы Великой Отечественной войны. Воспоминания участников событий. Махачкала: ИИЯЛ ДФ АН СССР; 1962.
10. Доброхотов М.С. Каузалгия: клиника, формы и лечение. (По материалам эвакогоспиталей Дагестанской АССР). Труды Украинского психоневрологического института. Травматические повреждения центральной и периферической нервной системы. Ч. II. Киев; Харьков: Медгиз УССР. 1946; XVI(64): 267–72.
11. Доброхотов М.С. Комплексное лечение боевых травм. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей Министерства здравоохранения ДАССР. Махачкала: Даггиз. 1947; 2: 296–300.
12. Ерегина Н.Т. Высшая медицинская школа России в годы Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.). Ярославль: Аверс Плюс; 2008.

13. Каймаразов Г.Ш., ред. Дагестан в годы Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.). Документы и материалы. Махачкала: ИПЦ ДГУ; 1995.
14. Каймаразов Г.Ш. Образование и наука в Дагестане в XX веке. Махачкала: Дагкнигоиздат; 2007.
15. Какагасанов Г.И., ред. Наука и высшая школа в Дагестане. Документы и материалы. Т. II: 1941–2001 гг. Ч. 1: 1941–1965. Махачкала: ИИАЭ ДНЦ РАН; 2008.
16. Кыштымов В.В. История возникновения и развития Дагестанского государственного медицинского института (1932–1967 гг.). Махачкала: ДГМА; 1995.
17. Личный архив Д. Пинегина. Трудовая книжка Н.А. Кунаковой.
18. Магомедов Ш.М., ред. Культурное строительство в Дагестанской АССР. Сборник документов. Т. II: 1941–1977. Махачкала: Дагкнигоиздат; 1988.
19. Манышев С.Б., Манышева К.Б. Михаил Доброхотов и создание кафедры нервных болезней Дагестанского медицинского института (1936–1941 гг.). Неврологический журнал. 2018; 3:151–6. DOI: 10.18821/1560-9545-2018-23-3-151-156.
20. Османов А.И., ред. Народы Дагестана в годы Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.). Документы и материалы. Махачкала: ИИАЭ ДНЦ РАН; 2005.
21. Работалов Ф.П. Острые энцефалиты ствола при ранениях. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей Наркомздрава ДАССР. Махачкала: Даггосиздат. 1943; 1: 165–71.
22. Работалов Ф.П. Патогенез, профилактика и лечение мозговых пролапсов при огнестрельных ранениях черепа. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей Министерства здравоохранения ДАССР. Махачкала: Даггиз. 1947; 2: 326–33.
23. Третий научно-оборонный съезд врачей эвакогоспиталей Дагестана. Дагестанская правда. 1944; 25: 2.
24. Центральный государственный архив Республики Дагестан (ЦГА РД). Ф. Р-352. Оп. 22. Д. 19.
25. ЦГА РД. Ф. Р-512. Оп. 16. Д. 95.
26. ЦГА РД. Ф. Р-512. Оп. 17. Д. 74.
27. ЦГА РД. Ф. Р-512. Оп. 19. Д. 10.

REFERENCES

1. Abusueva B.A., Manyshev S.B., Manysheva K.B. Mikhail Sergeevich Dobrohotov. K 140-letiju so dnja rozhdenija. [Mikhail Sergeevich Dobrohotov. To the 140th anniversary of his birth]. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2018; 8: 104–8. DOI: 10.17116/jnevro2018118081104 (in Russian).
2. Arhiv Dagestanskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta (ADGMU). Lichnoedelo M.S. Dobrohotova. [Archive of the Dagestan State Medical University (ADSMU). Personal file of M.S. Dobrohotov]. (in Russian).
3. ADGMU. Lichnoedelo R.P. Bogojavlenskoi. [ADSMU. Personal file of R.P. Bogojavlenskaya]. (in Russian).

4. ADGMU. Lichnoedelo U.G. Sulejmanovoj. [ADSMU. Personal file of U.G. Sulejmanova]. (in Russian).
5. Arhiv kafedry nervnyh boleznej, medicinskoj genetik i neirohirurgii DGMU (Arhivkafedry). Svedenija na assistentov DMI po sostojaniju na 27.05.1941 g. [Archive of the Department of Nervous Diseases, Medical Genetics and Neurosurgery of the DSMU (Archive of the Department). Information on DMI assistants as of 05/27/1941]. (in Russian).
6. Arhiv kafedry. Spisok nauchnyh trudov professora M.S. Dobrohotova, 1949 g. [Archive of the department. List of scientific works of Professor M.S. Dobrohotov, 1949]. (in Russian).
7. Bogoyavlenskaja R.P. K patogenezu mnozhestvennyh abscessov mozga pri pronikajushhij ranenijah cherepa. [To the pathogenesis of multiple brain abscesses in penetrating wounds of the skull]. *Voprosy neyrokhirurgii*. 1947; 1:59–60. (in Russian).
8. Golin Ya.I. Gospitali Dagestana v gody Velikoj Otechestvennoj vojny. Tezisy dokladov regional'noj nauchnoj sessii «Narody Severnogo Kavkaza v Velikoj Otechestvennoj vojne 1941–1945 gg.» (25–26 aprelja 1985 g.). [Hospitals in Dagestan during the Great Patriotic War Abstracts of the regional scientific session “Peoples of the North Caucasus in the Great Patriotic War 1941–1945”. (April 25–26, 1985)]. Makhachkala: IYAL DF AN USSR; 1985: 14–6. (in Russian).
9. Daniyalov G.D., red. Dagestan v gody Velikoj Otechestvennoj vojny. Vospominanija uchastnikov sobytij. [Dagestan during the Great Patriotic War. Memories of the participants in the events]. Makhachkala: IYAL DF AN USSR; 1962. (in Russian).
10. Dobrohotov M.S. Kauzal'gija: klinika, formy lechenie. (Po materialamj evakogospital'ej Dagestanskoj ASSR). Trudy Ukrain'skogo psihonevrologičeskogo instituta. Travmatičeskije povrezhdenija central'noj i periferičeskij nervnoj sistemy. Ch. II. [Causalgia: clinic, forms and treatment. (Based on materials from the evacuation hospitals of the Dagestan ASSR). Proceedings of the Ukrainian Psychoneurological Institute. Vol. XVI (64): Traumatic injuries of the central and peripheral nervous system. Part II]. Kiev; Kharkov: Medgiz of the Ukrainian SSR. 1946; XVI (64): 267–72. (in Russian).
11. Dobrohotov M.S. Kompleksnoe lechenie boevykh travm. Sbornik nauchnyh trudov vrachej evakogospital'ej Ministerstva zdravoohraneniya DASSR. [Complex treatment of combat injuries. Collection of scientific works of doctors of evacuation hospitals of the Ministry of Health of the DASSR. Vol. 2]. Makhachkala: Daggiz Publ. 1947; 2: 296–300. (in Russian).
12. Eregina N.T. Vysshaja medicinskaja shkola Rossii v gody Velikoj Otechestvennoj vojny (1941–1945 gg.). [Higher Medical School of Russia during the Great Patriotic War (1941–1945)]. Jaroslavl: Avers Pljus Publ.; 2008. (in Russian).
13. Kaymarazov G.Sh., red. Dagestan v gody Velikoj Otechestvennoj vojny (1941–1945 gg.). [Dagestan during the Great Patriotic War (1941–1945)]. Dokumenty i materialy. Makhachkala: IPTs DSU Publ.; 1995. (in Russian).
14. Kaymarazov G.Sh. Obrazovanie i nauka v Dagestane v XX veke. [Education and Science in Dagestan in the XX century]. Makhachkala: Dagknigoizdat Publ.; 2007. (in Russian).
15. Kakaganov G.I., red. Nauka i vysshaja shkola v Dagestane. Dokumenty i materialy. T. II: 1941–2001 gg. Ch. 1: 1941–1965. [Science and higher school in Dagestan. Documents and materials. Vol. II: 1941–2001 Part 1: 1941–1965]. Makhachkala: IIAE DSC RAN; 2008. (in Russian).
16. Kyshtymov V.V. Istorija vznikovenija i razvitija Dagestanskogo gosudarstvennogo medicinskogo instituta (1932–1967 gg.). [The history of the emergence and development of the Dagestan State Medical Institute (1932–1967)]. Makhachkala: DSMA; 1995. (in Russian).
17. Lichnyj arhiv D. Pinegina. Trudovaja knizhka N.A. Kunakovoja. [Personal archive of D. Pinegin. Laborbook of N.A. Kunakova] (in Russian).
18. Magomedov Sh.M., red. Kul'turnoe stroitel'stvo v Dagestanskoj ASSR. [Cultural construction in the Dagestan ASSR]. Sbornik dokumentov. T. II: 1941–1977. Makhachkala: Dagknigoizdat Publ.; 1988. (in Russian).
19. Manyshev S.B., Manysheva X.B. Mihail Dobrohotov i sozdanie kafedry nervnyh boleznej Dagestanskogo medicinskogo instituta (1936–1941 gg.). [Mikhail Dobrohotov and organization of nervous diseases department of the Dagestan medical institute (1936–1941)]. *Neurological Journal*. 2018; 3: 151–6. DOI: 10.18821/1560-9545-2018-23-3-151-156. (in Russian).
20. Osmanov A.I., red. Narody Dagestana v gody Velikoj Otechestvennoj vojny (1941–1945 gg.). Dokumenty i materialy. [The peoples of Dagestan during the Great Patriotic War (1941–1945)]. Makhachkala: IIAE DSC RAN; 2005. (in Russian).
21. Rabotalov F.P. Ostryj encefal'it stvola pri ranenijah. [Acute encephalitis of the brain stem with wounds]. Sbornik nauchnyh trudov vrachej evakogospital'ej Narkomzdrava DASSR. Makhachkala: Daggosizdat Publ. 1943; 1: 165–71. (in Russian).
22. Rabotalov F.P. Patogeneza, profilaktika i lechenie mozgovykh prolapsov pri ognestrel'nyh ranenijah cherepa. [Pathogenesis, prevention and treatment of cerebral prolapse in case of gunshot wounds to the skull]. Sbornik nauchnyh trudov vrachej evakogospital'ej Ministerstva zdravoohraneniya DASSR. Makhachkala: Daggiz Publ. 1947; 2: 326–33. (in Russian).
23. Tretij nauchno-oboronnyj sezd vrachej evakogospital'ej Dagestana. [The third scientific and defense congress of doctors of evacuation hospitals in Dagestan]. Dagestanskaja pravda. 1944; 25: 2. (in Russian).
24. Central'nyj gosudarstvennyj arhiv Respubliki Dagestan (CGA RD). F. R-352. Op. 22. D. 19. (in Russian).
25. CGA RD. F. R-512. Op. 16. D. 95. (in Russian).
26. CGA RD. F. R-512. Op. 17. D. 74. (in Russian).
27. CGA RD. F. R-512. Op. 19. D. 10. (in Russian).

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 <https://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/>).

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 настоящему 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

Редакция журнала приветствует полностью двуязычные статьи.

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>.
3. 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).

4. 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.
5. Заголовки таблиц, подписи к рисункам, а также все тексты на рисунках и в таблицах должны быть на русском и английском языках.
6. Литература (References). Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с NLM (National Library of Medicine) Author A. A., Author B. B., Author C. C. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49–53. Фамилии и инициалы авторов в пристатейном списке приводятся в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита. В описании указываются ВСЕ авторы публикации. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. Книга: Автор(ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания.

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

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

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

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

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

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

Статья из журнала

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

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

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

Тезисы докладов, материалы научных конф.

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

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

Авторефераты

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

Описание Интернет-ресурса

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

Kealy M. A., Small R. E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. BMC

Pregnancy and Childbirth. 2010. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>. (accessed 11.09.2013).

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

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

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

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

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

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

4. Объединяем описания в соответствии с принятыми правилами и редактируем список.
5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи

Книга: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) [The title of the book in english] (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya.

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

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

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

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

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

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

Тезисы докладов, материалы научных конф.

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

Salov I. A., Marinushkin D. N. Akusherskaya taktika pri vnutritrobnoy 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

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

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.

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

Структура основного текста статьи.

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

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

Объем рукописей.

Объем рукописи обзора не должен превышать 25 стр. машинописного текста через два интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 стр. машинописного текста; кратких сообщений (пишем 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 рисун-

ками 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 на каждую опубликованную статью вне зависимости от числа авторов. 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. Экземпляры спецвыпусков не отправляются авторам.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
e-mail: medorgspb@yandex.ru.

Сайт журнала: http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization.



СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ. БАЗОВЫЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС

ЗАНЯТИЯ ПО МЕРЕ КОМПЛЕКТОВАНИЯ ГРУПП

ПОСЛЕ ОБУЧЕНИЯ ВЫ ОВЛАДЕЕТЕ СЛЕДУЮЩИМИ НАВЫКАМИ:

- выполнить современный международный протокол проведения сердечно-легочной реанимации у детей и взрослых;
- использовать автоматический наружный дефибриллятор (АНД) и современные средства, обеспечивающие безопасное проведение искусственного дыхания (лицевую маску);
- работать в команде при выполнении базового реанимационного комплекса.



Категория обучающихся:

Врачи всех специальностей, медицинские работники среднего звена.

Форма обучения: очная.

Трудоёмкость обучения: 18 академических часов.

Количество дней обучения: 3.

Количество человек в группе: 10.

Стоимость обучения: 10 000 рублей.

Место проведения:

Аккредитационно-симуляционный центр
Педиатрического университета,
Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2.

В результате успешного выполнения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации выдаётся документ установленного образца – Удостоверение о повышении квалификации.

Телефон: +7 (812) 416-52-25

Электронная почта: grmafprk@mail.ru

Адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д.2,

Административный корпус, 3-й этаж, кабинет 303

WWW.GPMU.ORG

