

MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2020, VOLUME 5, N 3

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL FOR DOCTORS

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

Основан в 2016 году
в Санкт-Петербурге

ISSN 2658-4212

eISSN 2658-4220

Ежеквартальное издание

Журнал реферируется РЖ ВИНТИ

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Санкт-Петербургский госу-
дарственный педиатрический медицинский
университет» Минздрава России
Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны»

Журнал зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере связи, информа-
ционных технологий и массовых коммуни-
каций (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. 7.

Тираж до 500 экз. Цена свободная.

Оригинал-макет изготовлен

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Минздрава России.

Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100.

Заказ 404. Подписано в печать 27.10.2020.

В оформлении обложки использована

репродукция картины Ю.В. Волкова

«Кризис прошёл», 1954 г.

Полное или частичное воспроизведение мате-
риалов, содержащихся в настоящем издании,
допускается только с письменного разреше-
ния 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. Белогузова

Д.м.н. В.М. Болотских

Д.м.н., проф. Е.Л. Борщук (Оренбург)

Д.м.н., проф. В.В. Бржецкий

Д.м.н., проф. А.А. Будко

Д.м.н., проф. Жозеф Гласа (Словакия)

Д.м.н., проф. В.И. Гузева

Д.м.н., доцент С.В. Гречаный

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 Пелчиц (Хорватия)

Д.м.н., проф. К.В. Павелец

К.м.н., доцент В.Г. Пузырев

Д.м.н., проф. В.М. Середя

Д.м.н., проф. Г.А. Суслова

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. Bolotskiy, 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. Derbenev, 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. Sereda, 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

2020, ТОМ 5, № 3

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

<i>В. И. Перхов, Е. В. Песенникова</i>	
Особенности реакции систем здравоохранения отдельных стран на предсказанную пандемию COVID-19	4
<i>В. И. Орел, В. А. Затулкин, А. Л. Рубежов, Н. А. Гурьева, И. В. Орлова, К. И. Старковский</i>	
Организация работы государственных стоматологических поликлиник в условиях пандемии	13
<i>Е. Г. Попова, Т. С. Дьяченко, Л. Н. Грибина, О. Ф. Девляшова</i>	
Степень объективности оценочных критериев качества первичной медико-санитарной помощи	21

БИОЭТИКА

<i>Ф. Штегер</i>	
Перевод А.З. Ликтшангофа	
Биоэтические стандарты — международные обязательства?	28

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

<i>Г. Л. Микиртичан, О. А. Джарман</i>	
Взгляды на ребенка, его права и защиту от жестокого обращения в древнем мире	40
<i>А. А. Антонов</i>	
Афинская чума в «истории» Фукидида	57
<i>О. А. Мурзова, Г. Р. Сагитова, Е. М. Ищенко, Р. В. Гарянин, А. И. Отто, Д. М. Фараджова</i>	
Герои-астраханцы, спасавшие от смерти	64

ORIGINAL PAPERS

<i>V. I. Perkhov, E. V. Pesennikova</i>	
Variety of forms of reaction of health care systems of particular countries to the predicted COVID-19 pandemic	4
<i>V. I. Orel, V. A. Zatulkin, A. L. Rubezhov, N. A. Guryeva, I. V. Orlova, K. I. Starkovskii</i>	
Organization of the work of state dental polyclinics under pandemic conditions	13
<i>E. G. Popova, T. S. Dyachenko, L. N. Gribina, O. F. Devlyashova</i>	
The degree of objectivity of evaluation criteria for the quality of primary health care	21

BIOETHICS

<i>F. Steger</i>	
Translated by A.Z. Likhtshangof	
Bioethical standards — internationally binding?	28

HISTORY OF MEDICINE

<i>G. L. Mikirtichan, O. A. Jarman</i>	
Child in the ancient world: perspective, rights and protection from abuse	40
<i>A. A. Antonov</i>	
The athenian plague in «history» by Thucydides	57
<i>O. A. Murzova, G. R. Sagitova, E. M. Ishchenko, R. V. Garyanin, A. I. Otto, D. M. Farajova</i>	
Heroes-astrakhanians who saved people's lives	64

ПЕРСОНАЛИИ

Г. Л. Микиртичан

Слово об учителе. Давыденко-Суворова Римма
Васильевна (14.06.1925–25.08.2011). 72

ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов 82

PERSONALITIES

G. L. Mikirtichan

In memory of the teacher. Davydenko-Suvorova
Rimma Vasilyevna (14.06.1925–25.08.2011). 72

INFORMATION

Rules for Authors 82

ORIGINAL PAPERS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК

ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ СТРАН НА ПРЕДСКАЗАННУЮ ПАНДЕМИЮ COVID-19

© Владимир Иванович Перхов¹, Елена Васильевна Песенникова²

¹Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11

²Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. 119435, г. Москва Большая Пироговская улица, 2

Контактная информация: Владимир Иванович Перхов — д.м.н., доцент, главный научный сотрудник. E-mail: perkhov@mednet.ru

РЕЗЮМЕ: Пандемия COVID-19 была предсказана крупными международными фондами и организациями, однако мир оказался не подготовленным к быстрому распространению опасной инфекции. Страны, успешно сочетающие рыночные и социальные механизмы развития, имеющие строгую вертикаль государственной власти, более эффективно управляли чрезвычайной ситуацией, чем страны с развитой только за счет рыночных отношений экономики. Пандемия COVID-19 привела к формированию в России единой государственной системы её ликвидации, а приоритеты сокращения инфраструктуры системы здравоохранения заменены на приоритеты по обеспечению её устойчивости к чрезвычайным ситуациям и мобилизационной готовности. На пике пандемии количество коек для лечения инфекционных больных в России утроилось и составило 1,3 койки на 1000 населения. Из федерального бюджета в общей сложности выделено на мероприятия по борьбе с инфекцией почти 150 млрд рублей (около 2 млрд долларов). Благодаря указанным мерам, а также в результате дополнительного оснащения коечных мощностей, удалось избежать катастрофических последствий пандемии для жизни и здоровья населения, с которыми столкнулись другие страны, такие как, например, США. Пандемия COVID-19 ускорила четвертую промышленную революцию, направленную на объединение виртуального (цифрового) мира с физическим, радикально изменяющую отношения между человеком и машиной. Массовое внедрение беспроводных медицинских технологий и мобильных медицинских устройств, персонализированные электронные медицинские карты и искусственный интеллект в медицине становятся важнейшей частью стратегии развития здравоохранения и могут в среднесрочной перспективе привести к серьезному преобразованию профилактического и лечебно-диагностического процесса.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пандемия COVID-19; моделирование и прогнозирование инфекционной пандемии; ответные меры стран мира на пандемию COVID-19; изменения здравоохранения после пандемии COVID-19.

VARIETY OF FORMS OF REACTION OF HEALTH CARE SYSTEMS OF PARTICULAR COUNTRIES TO THE PREDICTED COVID-19 PANDEMIC

© Vladimir I. Perkhov¹, Elena V. Pesennikova²

¹Central Research and Development Institute of the Organization and Informatization of Health Care. Dobrolyubova str., 11. Moscow, Russia, 127254

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. Pirogovskaya str., 2. Moscow, Russia, 119435

Contact information: Perkhov Vladimir Ivanovich — MD, PhD, Associate Professor, the Chief Researcher. E-mail: perkhov@mednet.ru

ABSTRACT: The pandemic of COVID-19 was predicted by large international funds and the number of different organizations, however the world was not prepared for fast spread of a dangerous infection. The countries which are successfully combining the market and social mechanisms of development having a strict vertical of the government power more effectively operated upon emergency situation, than the countries with economics developed only at the expense of the market relations. The pandemic of COVID-19 led to formation in Russian Federation a uniformed state system of its elimination, and priorities of reduction the infrastructure of health care system are replaced by priorities on ensuring its resistance to emergency situations and mobilization readiness. At peak of a pandemic was achieved the quantity of beds for treatment of infectious patients in Russia increased threefold and reached 1,3 beds for 1000 of the population. Nearly 150 billion rubles (about 2 billion dollars) were allocated in total from the federal budget to fight against the infection. Thanks to the specified measures and also as a result of additional equipment of bed capacities, health care system succeeded to avoid catastrophic consequences of a pandemic for life and health of the population which other countries, such as, for example, the USA faced. The pandemic of COVID-19 accelerated the fourth industrial revolution directed to association of the virtual (digital) world with physical, considerably changing relations between human being and car. Mass introduction of wireless medical technologies and mobile medical devices, the personalized electronic medical records and artificial intelligence in medicine become the most important part of the strategy of development of health care and can bring in the medium term to serious transformation of preventive and medical and diagnostic process.

KEY WORDS: COVID-19 pandemic; modeling and forecasting of an infectious pandemic; countermeasures of the countries of the world on a pandemic of COVID-19; change of health care after COVID-19 pandemic.

ВВЕДЕНИЕ

30 декабря 2019 года группа пациентов, ранее работавших на оптовом рынке морепродуктов, с пневмонией неизвестной этиологии была обнаружена в Ухане (Китай). В этот же день ВОЗ объявила о чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение (PHEIC), хотя на тот момент за пределами Китая было зарегистрировано всего 150 случаев заболевания пневмонией неизвестной этиологии [32].

7 января 2020 года, у заболевших пациентов был выделен новый коронавирус COVID-19 (SARS-CoV-2). 11 марта 2020 года генеральный директор ВОЗ объявил о превращении чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в пандемию [31]. Системы здравоохранения стран мира с разной степенью успеха сдерживали распространение опасной вирусной инфекции и обеспечивали оказание медицинской помощи пострадавшим. В этой связи представляет интерес анализ особенности реакции различных систем здравоохранения на пандемию COVID-19, а также прогнозирование особенностей развития медицины в будущем.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ особенностей реакции систем здравоохранения отдельных стран на предсказанную пандемию COVID-19 и прогноз особенностей развития медицины на среднесрочную перспективу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве источников информации использовались база данных для стран международной организации экономического развития и сотрудничества (сокр. ОЭСР) и отдельных стран, не являющихся членами (электронный ресурс: <https://stats.oecd.org/>), ресурсы специализированных поисковых систем (<http://PubMed.gov>; <http://Scholar.Google.com> ; <http://highwire.stanford.edu> ; <http://www.gbv.de/du> ; www.medscape.com). Поиск осуществлялся, по ключевым словам, за весь период. По ключевым словам выявлено более 10 тысяч названий статей и рекомендаций. Тематике исследования удовлетворяло более 200 наименований статей. После изучения содержания абстрактов для анализа выбрано 28 полнотекстовых статей, опубликованных на русском и английском языках.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Разные страны по-разному реагируют на сдерживание распространения инфекции — одни более успешно, другие — менее. Но, в целом, существует консенсус в отношении того, что пандемия коронавируса, по сравнению с предыдущими инфекционными вспышками, застала многие страны, как с сильными, так и со слабыми системами здравоохранения, врасплох [9, 10, 28].

Такие страны, как Китай, Южная Корея, интегрировали цифровые технологии в координируемые правительством процессы сдерживания и смягчения последствий, включая тести-

рование, отслеживание контактов и строгий карантин. Хотя в Южной Корее регистрируется всего 0,5 случаев смерти от COVID-19 на 100 000 населения, в США, которые считались наиболее подготовленной к чрезвычайной ситуации страной, и где в три раза больше коек в отделениях интенсивной терапии на 100 000 населения, чем в Южной Корее, смертность от COVID-19 в десять раз больше [11,16].

На рисунке 1 представлена динамика числа коек в круглосуточных стационарах (на 1000 населения) в некоторых странах Европейского Союза, Южной Корее, России, Китае и США за 15 лет.

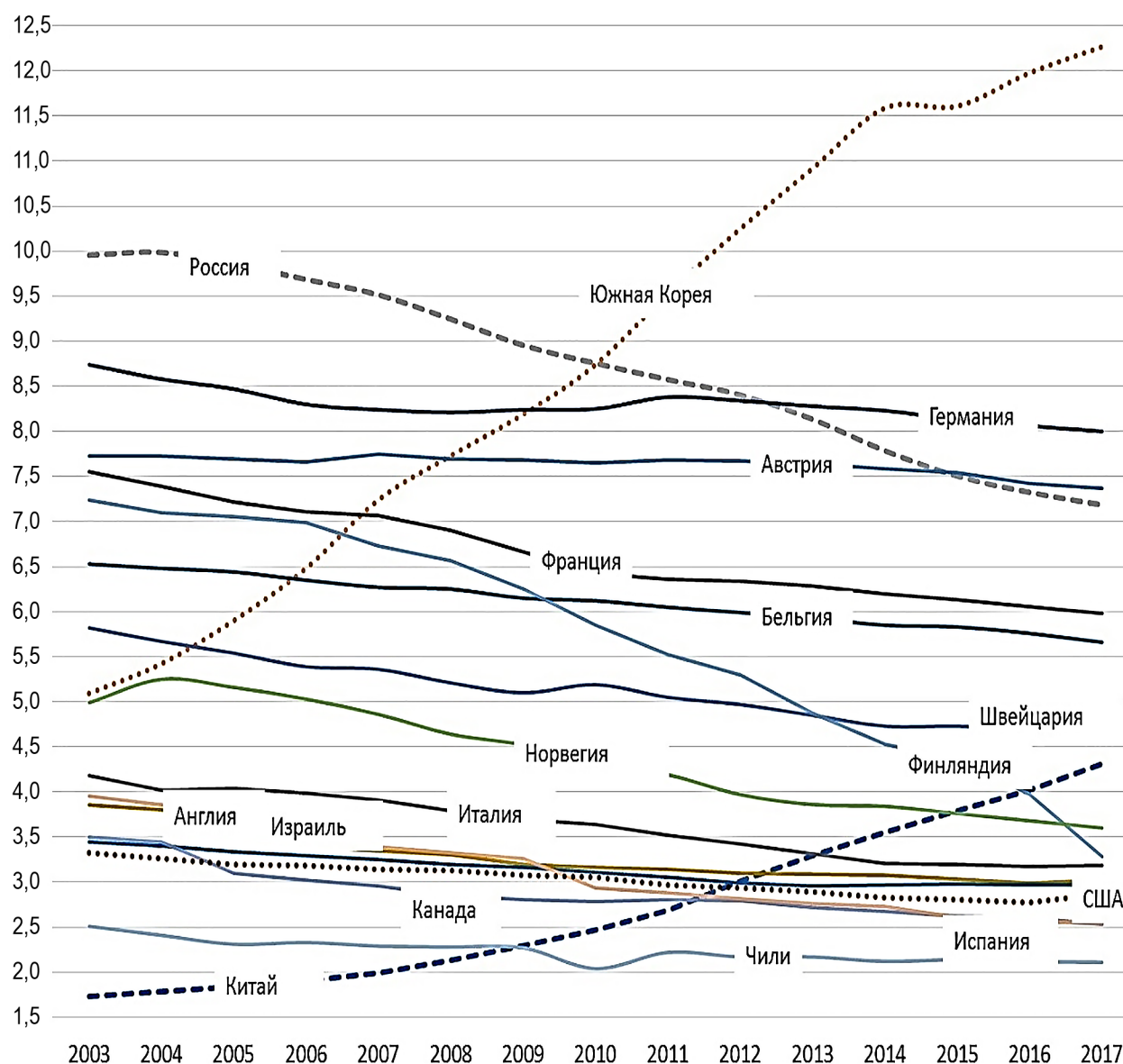


Рис. 1. Динамика числа коек в круглосуточных стационарах (на 1000 населения) в некоторых странах Европейского Союза, Южной Корее, России, Китае и США за период 2003–2017 гг. Источник: База данных ОЭСР ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России

Как видно на диаграмме, в отличие от России, США и многих стран-членов Европейского союза, Южная Корея и Китай в течение 15 лет неуклонно увеличивали число больничных коек на душу населения, что, безусловно, укрепило национальные системы здравоохранения этих стран и повысило их готовность к борьбе с вирусной пандемией. В России уровень обеспеченности населения койками круглосуточных стационаров снизился в период с 2013 по 2019 гг. годы почти на треть — с 10,6 до 7,0 коек на 1000 населения соответственно, и оказался ниже, чем, например, в Австрии и Германии.

Китай, будучи первой страной, пострадавшей от пандемии COVID-19, реагировал на пандемию вначале хаотично, но эффективно в конце. И сегодня, когда наблюдается резкий рост числа случаев заболеваний во всем мире, в Китае обстановка остается сравнительно спокойной. Хотя у некоторых наблюдателей все еще есть подозрения относительно качества данных и возможностей тестирования в Китае, пустые больничные койки и возобновление работы предприятий являются более надежными индикаторами эффективности борьбы с пандемией в стране [12, 27].

Система кодов быстрого реагирования (QR) Китая, в которой люди должны описывать симптомы и регистрировать свою температуру, позволило властям контролировать состояние здоровья и движение огромного количества людей. В Китае QR-код является цветной справкой о состоянии здоровья и проездным документом — лицам с зелеными кодами разрешено путешествовать без ограничений, а лицам с красными кодами требуется самоизоляция в течение 14 дней. Китай также использует камеры наблюдения на базе искусственного интеллекта, бортовые камеры и портативные цифровые записывающие устройства на автомобилях, чтобы контролировать и ограничивать скопления людей в общественных местах [24].

Также необходимо отметить, что в Китае меры реагирования на пандемию были введены в строгую, вертикально организованную, административную систему [1].

Пандемия в странах с множеством субъектов политики и расовым капитализмом (например, в США), вызывает непоследовательность действий, формируют неравенство в отношении профилактики и лечения болезней, связанных с COVID-19, что значительно ухудшает общественное здоровье в масштабах страны. И наоборот, строгая вертикаль государственной

власти с централизованным руководством позволяет более эффективно управлять чрезвычайной ситуацией и устранять социальное неравенство в отношении сохранения здоровья и доступа к медицинской помощи во время пандемий.

Можно даже сказать, что развитая за счет только рыночных отношений экономика оказалась менее способной противостоять таким вызовам, как текущая пандемия нового коронавируса. Например, в Китае рынок не является основным регулятором экономики, как, впрочем, и в России. Вместе с тем, китайская модель экономики на сегодняшний день одна из самых эффективных в мире не столько по причине отсутствия многопартийности, сколько по причине успешного сочетания рыночных и социальных механизмов. Пример Китая также показывает, что рынок и капитализм не одно и то же. По сей день, несмотря на широкомасштабную приватизацию, в Китае существуют влиятельные крупные государственные предприятия, монополизированный государством банковский сектор.

Рост экономики Южной Кореи с начала 1960-х годов был обеспечен политикой, построенной на государственном капитализме. Основой реформ стало внедрение централизованного управления, что позволило очень быстро избавиться от аграрного прошлого и ворваться в индустриальный мир. В стране национализированы банковская система, аграрный сектор, водоснабжение, транспортные, энергетические и портовые коммуникации [28].

В Южной Корее система обязательного социально-ориентированного медицинского страхования существует уже более 40 лет [30]. В первые два месяца пандемии нового коронавируса по всей Южной Корее произошли взрывные всплески случаев заражения. Однако в довольно короткие сроки, чтобы ограничить передачу вируса, власти объединили множество подходов, таких как обширный скрининг на COVID-19, сортировка пациентов, прозрачное предоставление информации об эпидемиологической ситуации и активное использование информационных технологий. В этой стране эффективное объединение государственных и частных ресурсов для оказания медицинских услуг всему населению, усиление больничных мощностей в течение последних десятилетий, позволило в период пандемии COVID-19 быстро мобилизовать ресурсы здравоохранения и в короткие сроки значительно увеличить объем медицинской помощи населению [16].

В России в результате реформ конца 1980-х — начала 1990-х годов произошло резкое усиление рыночных начал в экономике, она приобрела черты рыночно-капиталистической системы. Образовались финансовый капитал и финансовая олигархия, играющие доминирующую роль не только в экономике, но во всей жизни общества. Однако, несмотря на появление альтернативных форм собственности, до сих пор остается сравнительно высокой доля основных фондов, находящихся в государственной (муниципальной) собственности. В настоящее время она составляет около 40%. В государственном секторе трудится около 35% всех занятых в экономике, что также является относительно высоким показателем в сопоставлении с развитыми капиталистическими государствами. Все эти особенности ослабляют действие рыночных сил в экономике страны, что, как это ни парадоксально, делает российскую, а также китайскую модели управления в чрезвычайных ситуациях, более результативными.

Пандемия коронавируса привела к формированию в России единой государственной системы её ликвидации. Был организован централизованный орган — Координационный совет при Правительстве Российской Федерации по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации, который возглавил глава Правительства России — М.В. Мишустин. Совет в основном выполнял лишь координационно-контрольные функции, а меры по ликвидации чрезвычайной ситуации реализовывали органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации самостоятельно.

Чрезвычайные обстоятельства вынудили отказаться от использования традиционных бюрократических процедур по регистрации и допущению к обращению на территории Российской Федерации изделий медицинского назначения и лекарственных средств. Процедура регистрации средств для диагностики новой коронавирусной инфекции была упрощена до предела, что позволило Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения в кратчайшие сроки выдать 180 регистрационных удостоверений на средства для диагностики новой коронавирусной инфекции COVID-19 (в том числе на их серии (партии)), из них 61 — на тест-системы и их серии (партии) отечественного производства.

В российской системе здравоохранения в ответ на возникновение пандемии нового коронавируса определены протоколы оказания медицинской помощи и режимы работы медицин-

ских организаций и медицинского персонала в условиях чрезвычайной ситуации, изменены правила финансирования медицинских организаций, позволяющие гарантировать поступление в учреждения необходимого объёма финансовых ресурсов, даже в случае работы не на полную мощность. На пике пандемии количество специализированных коек для лечения инфекционных больных в стране утроилось и составило 184,3 тыс. коек (или 1,3 на 1000 населения), из них 25 тыс. коек были предусмотрены для пациентов, нуждающихся в искусственной вентиляции лёгких. Из федерального бюджета в общей сложности выделено на мероприятия по борьбе с инфекцией почти 150 млрд. рублей.

Благодаря указанным мерам, а также в результате дополнительного оснащения коечных мощностей, удалось избежать катастрофических последствий эпидемии SARS-CoV-2 для жизни и здоровья населения, с которыми столкнулись другие страны, такие как, например, США, которые являются, наряду с фондом Билла и Мелинды Гейтс (BMGF), а также Глобальным альянсом по вакцинам и иммунизации (GAVI), основанным в 2000 году Биллом Гейтсом, основным источником поступления денежных средств в бюджет Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), созданной в 1948 году Фондом Рокфеллера [5, 8].

ОБСУЖДЕНИЕ

За последние два десятилетия в мире появилось три коронавируса, которые вызвали серьезные проблемы со здоровьем. Первая вспышка зарегистрирована в 2003 году и вызвана вирусом SARS-CoV-1. Девять лет спустя на Ближнем Востоке появился новый коронавирус, получивший название MERS-CoV. Во многих случаях течение заболевания сопровождалось тяжелым острым респираторным дистрессом. Все пациенты оказались путешественниками, посетившими Аравийский полуостров или побывавшими вблизи него. В отличие от SARS-CoV, MERS-CoV все еще циркулирует, и показатель летальности составляет около 35% [17, 20].

18 октября 2019 года в Нью-Йорке состоялось событие, получившее название «Мероприятие 201» (Event 201) [18].

«Event 201» представляло собой 3,5-часовое командно-штабное учение, имитировавшее драматические сценарии пандемии коронавируса. Главные роли в «Event 201» принадлежали Фонду Билла и Мелинды Гейтс (BMGF), Всемирному экономическому форуму, а также частному Университету Джона Хопкинса, главной статьёй

дохода которого является научно-исследовательская и опытно-конструкторская деятельность по заказу предприятий-подрядчиков военно-промышленного комплекса США. Создание Школы гигиены и общественного здравоохранения университета Джона Хопкинса было профинансировано в 1916 году Фондом Рокфеллера [15]. Эта организация является не только одним из организаторов «Event 201», но и основным источником статистических данных о текущей пандемии COVID-19 для средств массовой информации во всём мире [7]. В «Мероприятии 201» также приняли участие представители ряда фармацевтических компаний, заинтересованных в производстве вакцин, а также Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) США и Китая.

Результаты моделирования были катастрофическими: за 18 месяцев пандемии на планете погибло 65 миллионов человек, а фондовый рынок упал более чем на 30%, что привело к неопишуемой безработице и массовым банкротствам. По итогам мероприятия «Event 201» были опубликованы рекомендации по государственно-частному сотрудничеству в целях обеспечения готовности мира к пандемии [19]. Рекомендации содержат 7 основных задач: 1) планирование корпоративных (государственных и негосударственных) мер, подлежащих реализации во время крупномасштабной пандемии; 2) широкомасштабная вакцинация населения; 3) ограничение поездок людей, импорта и экспорта товаров между странами; 4) устранение правовых барьеров на пути создания распределённого по странам производства профилактических, диагностических и терапевтических средств, которые потребуются во время тяжёлой пандемии; 5) усиление роли глобальных бизнес-лидеров в подготовке к пандемии и борьбе с ней; 6) определение критических узлов банковской системы, глобальной и национальной экономики, которым потребуется экстренная международная финансовая поддержка; 7) борьба с дезинформацией.

Многие находят «Event 201» довольно впечатляющим событием, организованным за полгода до начала реальной пандемии нового коронавируса. Однако ещё более впечатляющим является доклад «Lock Step» («Приставной шаг»), содержащий сценарий международного развития, который Фонд Рокфеллера и Глобальная бизнес-сеть (GBN) разработали в 2010 году [2, 13].

В описании, сделанном 10 лет назад, говорится о появлении вируса, который повлияет на все стороны общественной жизни, приведёт

к прекращению международного перемещения людей и товаров, разрыву глобальных цепочек поставок, тоталитарному контролю и ограничениям, а магазины и офисные здания будут пустовать месяцами. Чтобы защитить себя от распространения всё более глобальных проблем — от пандемий и транснационального терроризма до экологических кризисов и растущей нищеты, лидеры во всём мире будут вынуждены управлять более жёстко.

При этом в докладе Фонда Рокфеллера и Глобальной сети бизнеса подчёркнуто, что впереди всех в деле борьбы с пандемией окажется Китай, как наиболее жизнеспособная модель организации общества в условиях четвертой промышленной революции [18, 21, 33].

Концепция четвертой промышленной революции первоначально продвигалась правительством Германии, начиная с 2011 года, в рамках программы Industrie 4.0, затем она была пересмотрена и поддержана другими политиками в нескольких странах, включая Китай. Речь идет о создании киберфизических и социально-технических систем, а также «умных заводов», на которых машины смогут самостоятельно принимать все решения и выдавать на выходе продукт, ориентируясь на сиюминутные запросы потребителя [19, 22].

Именно в рамках теории социально-технических систем возникли идеи так называемого «бережливого производства», внедрение которых наблюдается также и в здравоохранении [6]. Но остается пока неясным, как развитие киберфизических систем будет взаимодействовать с экономическими, геополитическими и социальными тенденциями, определять рабочие места в будущем [14].

Еще в сентябре 2018 года Международная организация государственно-частного сотрудничества «Всемирный экономический форум» (ВЭФ) предупредила о сокращении рабочих мест из-за автоматизации производства и изменения бизнес-модели во всех отраслях [3].

В октябре 2020 года ВЭФ на мероприятии «The Jobs Reset Summit» сообщил, что к 2025 году в 26 странах будет потеряно более 85 миллионов рабочих мест. В то же время будет создано 97 миллионов рабочих мест в таких сферах как большие данные, искусственный интеллект, цифровой маркетинг и информационная безопасность, а к 2025 году работодатели разделят работу поровну между людьми и машинами. В здравоохранении особенно будут востребованы специалисты в области психического здоровья, средний медицинский персонал, а также домашние медицинские работники [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вспышки вирусных пандемий в мире будут повторяться, а пандемия COVID-19 была предсказана и ускорила переход мира в эпоху четвертой промышленной революции, направленной на объединение виртуального (цифрового) мира с физическим, массовое внедрение киберфизических систем в биологические и рукотворные объекты, радикально изменяющей отношения между человеком и машиной.

Это позволяет извлечь некоторые предварительные уроки:

Во-первых, политика в сфере охраны здоровья граждан должна сменить приоритеты сокращения государственной инфраструктуры на приоритеты по обеспечению устойчивости и мобилизационной готовности здравоохранения.

Во-вторых, для ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций предпочтительным является государственное централизованное управление здравоохранением.

В-третьих, цифровые технологии и искусственный интеллект в медицине, вероятнее всего, станут важнейшей частью общей стратегии развития здравоохранения и могут в среднесрочной перспективе привести к серьезному преобразованию профилактического и лечебно-диагностического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варфаловская Р.А., Варфаловский А.В. Управленческие решения КНР в условиях глобального заражения COVID-19. Образование и право. 2020; 4: 418–422.
2. Кёниг П. Рокфеллеры знали о пандемии заранее. Газета «Военно-промышленный курьер» 4 мая 2020 г. Доступен по: <https://www.vpk-news.ru/articles/56802> (дата обращения: 08.10.2020).
3. Международная организация государственно-частного сотрудничества «Всемирный экономический форум». Доступен по: <https://www.weforum.org/reports/the-future-of-jobs-report-2018> (дата обращения: 21.10.2020).
4. Международная организация государственно-частного сотрудничества «Всемирный экономический форум». The Jobs Reset Summit, 20–23 October 2020. Доступен по: <https://www.weforum.org/events/the-jobs-reset-summit-2020> (дата обращения: 15.10.2020).
5. Постоянное Представительство Российской Федерации при Отделении ООН в Женеве. О бюджете Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Доступен по: https://geneva.mid.ru/glavnai/-/asset_publisher/zW3U5vEa0jee/content/o-budzete-vsemirnoj-organizacii-zdravoohranenia-voz-?inheritRedirect=true (дата обращения: 02.10.2020).
6. Румянцева Е.Е., Куприна И.К., Смирнова Н.В. Бережливые технологии в сфере здравоохранения. Вектор экономики. 2020; N7: 38–33.
7. Университет Джонса Хопкинса. Информация о коронавирусе. Доступен по: <https://coronavirus.jhu.edu/> (дата обращения: 17.10.2020).
8. Birn A.E., Fee E. The Rockefeller Foundation and the international health agenda. The Lancet. 2013; 381(9878): 1618–1619. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61013-2) (accessed 17.10.2020).
9. Christian C., Christian F. COVID-19 in Canada: predictions for the future and control lessons from Asia. medRxiv. 2020. Available at: <https://doi.org/10.1101/2020.03.21.20040667> (accessed 16.10.2020).
10. Correia T. SARS-CoV-2 pandemics: the lack of critical reflection addressing short- and long-term challenges. Int J Health Plann Manag. 2020; 35(3): 669–672. Available at: <https://doi.org/10.1002/hpm.2977> (accessed 17.10.2020).
11. COVID C. global cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Available at: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (accessed 15.10.2020).
12. Deeks J.J. et al. Antibody tests for identification of current and past infection with SARS-CoV-2. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020; 6(6): CD013652.
13. Engdahl F.W. Lock Step, This Is No Futuristic Scenario: Panic and the Post-Pandemic Future. 19, April. 2020. Available at: <https://www.globalresearch.ca/lock-step-no-futuristic-scenario/5705972> (accessed 14.10.2020).
14. Fantini P., Pinzone M., Taisch M. Placing the operator at the centre of Industry 4.0 design: Modelling and assessing human activities within cyber-physical systems. Computers & Industrial Engineering. 2020; N139: 105058.
15. Fee E. Disease and discovery: a history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916–1939. JHU Press, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1086/ahr/93.4.1129> (accessed 19.10.2020).
16. Her M. How is COVID-19 affecting South Korea? What is our current strategy? Disaster medicine and public health preparedness. 2020; 1–3. Available at: <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.69> (accessed 17.10.2020).
17. Hui DS, Azhar EI, Kim YJ, et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus: risk factors and determinants of primary, household, and nosocomial transmission. Lancet Infect Dis. 2018; 18: e217 — e227.
18. Karabegović I. The role of industrial and service robots in fourth industrial revolution with focus on China. Journal of Engineering and Architecture. 2017; 5 (2): 110–117.
19. Karabegović I., Karabegović E. Smart Sensors: Support for the Implementation of Industry 4.0 in Production Processes. Handbook of Research on Integrating Industry 4.0 in Business and Manufacturing. IGI Global; 2020: 147–163.

20. Ksiazek T.G., Erdman D., Goldsmith C.S., et al; SARS Working Group. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *N Engl J Med.* 2003; 348: 1953–1966.
21. Li G., Hou Y., Wu A. Fourth Industrial Revolution: technological drivers, impacts and coping methods. *Chinese Geographical Science.* 2017; 27(4): 626–637.
22. Li L. China's manufacturing locus in 2025: With a comparison of «Made-in-China 2025» and «Industry 4.0». *Technological Forecasting and Social Change.* 2018; N135: 66–74.
23. Ma X., Vervoort D. Critical care capacity during the COVID-19 pandemic: Global availability of intensive care beds. *Journal of Critical Care.* 2020; (58): 96–97. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.04.012> (accessed 11.10.2020).
24. Mei C. Policy style, consistency and the effectiveness of the policy mix in China's fight against COVID-19. *Policy and Society.* 2020; 39(3): 309–325.
25. Official site of an action «Event 201». Purpose, scenario. Available at: <https://www.centerforhealthsecurity.org/event201/about> (accessed 11.09.2020).
26. Official site of an action «Event 201». Recommendations about prevention of consequences of a pandemic. Available at: <https://www.centerforhealthsecurity.org/event201/event201-resources/200117-PublicPrivatePandemicCall-toAction.pdf> (accessed 11.09.2020).
27. Pan Y. et al. Self-Reported Compliance with Personal Preventive Measures among Chinese Factory Workers at the Beginning of Work Resumption Following the COVID-19 Outbreak: Cross-Sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research.* 2020; 22(9): e22457.
28. Platje J., Harvey J., Rayman-Bacchus L. COVID-19 — reflections on the surprise of both an expected and unexpected event. *Cent Eur Rev Econ Manag.* 2020; 4: 149–162.
29. Rodrik D. Getting interventions right: how South Korea and Taiwan grew rich. *Economic policy.* 1995; 10(20): 53–107.
30. Song Y.J. The South Korean health care system. *JMAJ.* 2009; 52(3): 206–209. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/czn037> (accessed 11.10.2020).
31. World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report — 109. (2020). Available at: https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200508covid-19-sitrep-109.pdf?sfvrsn=68f2c632_6 (accessed 07.09.2020)
32. World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 Situation Report — 28. *Who.int.* 2020. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200217-sitrep-28-covid-19.pdf>. (accessed 11.09.2020).
33. Zhou Z. et al. The Empirical Study on the Effect of Technology Exchanges in the Fourth Industrial Revolution between Korea and China: Focused on the Firm Social Network Analysis. *The Journal of Society for e-Business Studies.* 2020; 25(3): 41–61.

REFERENCES

1. Varfalovskaya R.A., Varfalovskiy A.V. Upravlencheskie resheniya KNR v usloviyakh global'nogo zarazheniya SOVID-19. [Management decisions of the PRC in the context of global infection with OVID-19]. *Obrazovanie i pravo.* 2020; 4: 418–422. (in Russian).
2. Kenig P. Rokfellery znali o pandemii zaranee. [The Rockefellers knew about the pandemic in advance]. *Gazeta «Voenno-promyshlennyi kur'er»* 4 maya 2020 g. Available at: <https://www.vpk-news.ru/articles/56802> (accessed: 08.10.2020). (in Russian).
3. Mezhdunarodnaya organizatsiya gosudarstvenno-chastnogo sotrudnichestva «Vsemirnyy ekonomicheskii forum». [International organization of public-private cooperation «World Economic Forum»]. Available at: <https://www.weforum.org/reports/the-future-of-jobs-report-2018> (accessed: 10.2020). (in Russian).
4. Mezhdunarodnaya organizatsiya gosudarstvenno-chastnogo sotrudnichestva «Vsemirnyy ekonomicheskii forum». [International organization of public-private cooperation «World Economic Forum»]. The Jobs Reset Summit, 20–23 October 2020. Available at: <https://www.weforum.org/events/the-jobs-reset-summit-2020> (accessed: 15.10.2020). (in Russian).
5. Postoyannoe Predstavitel'stvo Rossiyskoy Federatsii pri Otdelenii OON v Zheneve. O byudzhete Vsemirnoy organizatsii zdavookhraneniya (VOZ). [Permanent Mission of the Russian Federation to the UN Office in Geneva. On the budget of the world health organization]. Available at: https://geneva.mid.ru/glavnaa/-/asset_publisher/zW3U5vEa0jee/content/o-budzhete-vsemirnoj-organizatsii-zdravookhraneniya-voz-?inheritRedirect=true (accessed: 02.10.2020). (in Russian).
6. Rumyantseva E.E., Kuprina I.K., Smirnova N.V. Berezhlivye tekhnologii v sfere zdavookhraneniya. [Lean technologies in healthcare]. *Vektor ekonomiki.* 2020; N7: 38–33. (in Russian).
7. Universitet Dzhonsa Khopkinsa. Informatsiya o koronavirusе. [Johns Hopkins University. Information about the coronavirus]. Available at: <https://coronavirus.jhu.edu/> (accessed: 17.10.2020). (in Russian).
8. Birn A.E., Fee E. The Rockefeller Foundation and the international health agenda. *The Lancet.* 2013; 381(9878): 1618–1619. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61013-2) (accessed 17.10.2020).
9. Christian C., Christian F. COVID-19 in Canada: predictions for the future and control lessons from Asia. *medRxiv.* 2020. Available at: <https://doi.org/10.1101/2020.03.21.20040667> (accessed 16.10.2020).
10. Correia T. SARS-CoV-2 pandemics: the lack of critical reflection addressing short- and long-term challenges. *Int J Health Plann Manag.* 2020; 35(3): 669–672. Available at: <https://doi.org/10.1002/hpm.2977> (accessed 17.10.2020).
11. COVID C. global cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins Uni-

- versity (JHU). Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Available at: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (accessed 15.10.2020).
12. Deeks J.J. et al. Antibody tests for identification of current and past infection with SARS-CoV-2. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020; 6(6): CD013652.
 13. Engdahl F.W. Lock Step, This Is No Futuristic Scenario: Panic and the Post-Pandemic Future. 19, April. 2020. Available at: <https://www.globalresearch.ca/lock-step-no-futuristic-scenario/5705972> (accessed 14.10.2020).
 14. Fantini P., Pinzone M., Taisch M. Placing the operator at the centre of Industry 4.0 design: Modelling and assessing human activities within cyber-physical systems. *Computers & Industrial Engineering*. 2020; N139: 105058.
 15. Fee E. Disease and discovery: a history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916–1939. JHU Press, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1086/ahr/93.4.1129> (accessed 19.10.2020).
 16. Her M. How is COVID-19 affecting South Korea? What is our current strategy? *Disaster medicine and public health preparedness*. 2020; 1–3. Available at: <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.69> (accessed 17.10.2020).
 17. Hui DS, Azhar EI, Kim YJ, et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus: risk factors and determinants of primary, household, and nosocomial transmission. *Lancet Infect Dis*. 2018; 18: e217 — e227.
 18. Karabegović I. The role of industrial and service robots in fourth industrial revolution with focus on China. *Journal of Engineering and Architecture*. 2017; 5 (2): 110–117.
 19. Karabegović I., Karabegović E. Smart Sensors: Support for the Implementation of Industry 4.0 in Production Processes. *Handbook of Research on Integrating Industry 4.0 in Business and Manufacturing*. IGI Global; 2020: 147–163.
 20. Ksiazek T.G., Erdman D., Goldsmith C.S., et al; SARS Working Group. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *N Engl J Med*. 2003; 348: 1953–1966.
 21. Li G., Hou Y., Wu A. Fourth Industrial Revolution: technological drivers, impacts and coping methods. *Chinese Geographical Science*. 2017; 27(4): 626–637.
 22. Li L. China's manufacturing locus in 2025: With a comparison of «Made-in-China 2025» and «Industry 4.0». *Technological Forecasting and Social Change*. 2018; N135: 66–74.
 23. Ma X., Vervoort D. Critical care capacity during the COVID-19 pandemic: Global availability of intensive care beds. *Journal of Critical Care*. 2020; (58): 96–97. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.04.012> (accessed 11.10.2020).
 24. Mei C. Policy style, consistency and the effectiveness of the policy mix in China's fight against COVID-19. *Policy and Society*. 2020; 39(3): 309–325.
 25. Official site of an action «Event 201». Purpose, scenario. Available at: <https://www.centerforhealthsecurity.org/event201/about> (accessed 11.09.2020).
 26. Official site of an action «Event 201». Recommendations about prevention of consequences of a pandemic. Available at: <https://www.centerforhealthsecurity.org/event201/event201-resources/200117-PublicPrivatePandemicCalltoAction.pdf> (accessed 11.09.2020).
 27. Pan Y. et al. Self-Reported Compliance with Personal Preventive Measures among Chinese Factory Workers at the Beginning of Work Resumption Following the COVID-19 Outbreak: Cross-Sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2020; 22(9): e22457.
 28. Platje J., Harvey J., Rayman-Bacchus L. COVID-19 — reflections on the surprise of both an expected and unexpected event. *Cent Eur Rev Econ Manag*. 2020; 4: 149–162.
 29. Rodrik D. Getting interventions right: how South Korea and Taiwan grew rich. *Economic policy*. 1995; 10(20): 53–107.
 30. Song Y.J. The South Korean health care system. *JMAJ*. 2009; 52(3): 206–209. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/czn037> (accessed 11.10.2020).
 31. World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report — 109. (2020). Available at: https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200508covid-19-sitrep-109.pdf?sfvrsn=68f2c632_6 (accessed 07.09.2020)
 32. World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 Situation Report — 28. Who.int.2020. Available at: <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronavirus/situation-reports/20200217-sitrep-28-covid-19.pdf>. (accessed 11.09.2020).
 33. Zhou Z. et al. The Empirical Study on the Effect of Technology Exchanges in the Fourth Industrial Revolution between Korea and China: Focused on the Firm Social Network Analysis. *The Journal of Society for e-Business Studies*. 2020; 25(3): 41–61.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИК В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

© *Василий Иванович Орел¹, Владимир Александрович Затулкин¹, Александр Леонидович Рубежов², Наталья Алексеевна Гурьева¹, Ирина Викторовна Орлова¹, Константин Игоревич Старковский²*

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

²Стоматологическая поликлиника №9. 191028, г. Санкт-Петербург, ул. Чайковского, д. 27, лит. А

Контактная информация: Владимир Александрович Затулкин — аспирант кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО. Email: DrZatulkin@yandex.ru

РЕЗЮМЕ: Статья посвящена освещению особенностей организации работы государственных стоматологических поликлиник в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Также представлен обзор законодательных актов и нормативных документов Российской Федерации, регулирующих функционирование стоматологической службы в период пандемии (COVID-19). Авторами обозначена проблема стабильного глобального роста заболеваемости новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и связанные с этим трудности, которые возникают в системе здравоохранения и при оказании стоматологической помощи, в частности. В статье отмечена сложность принятия взвешенных и оптимальных решений по работе медицинских учреждений стоматологического профиля в кардинально изменившейся среде. Подчеркивается важная роль принятия административных мер по соблюдению инфекционной безопасности при оказании стоматологической помощи в условиях пандемии. Целью данной статьи является освещение специфики функционирования государственных стоматологических медицинских организаций в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Актуальность данной цели продиктована недостаточностью знаний о новом возбудителе, механизмах передачи от инфицированного к здоровому, тяжестью течения заболевания, наличием частых осложнений и т.д. Приведены рекомендации по внесению изменений в организацию оказания стоматологической помощи. Рассматриваются организационные аспекты, тактические модели реализации рекомендаций по профилактике заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в государственных стоматологических поликлиниках. Авторами предлагается разработать и утвердить нормативные документы по соблюдению инфекционной безопасности медицинским персоналом в соответствии со спецификой стоматологического лечебного учреждения, объемов оказания стоматологической помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стоматологическая поликлиника; медицинский работник; коронавирус; пандемия; пациент; COVID-19; средства индивидуальной защиты.

ORGANIZATION OF THE WORK OF STATE DENTAL POLYCLINICS UNDER PANDEMIC CONDITIONS

© *Vasiliy I. Orel¹, Vladimir A. Zatulkin¹, Alexander L. Rubezhov², Natalia A. Guryeva¹, Irina V. Orlova¹, Konstantin I. Starkovskii²*

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

²Dentist polyclinic №9. Chaikovsky str., 28. Saint-Petersburg, Russia, 191028.

Contact information: Vladimir A. Zatulkin — post-graduate student of the department of Social Pediatrics and Public Health Organization and AF and DPO. Email: DrZatulkin@yandex.ru

ABSTRACT: The article is to highlight the features of the organization of work of state dental clinics in the context of the coronavirus infection COVID-19 recent spread. The article also provides an overview of legislative acts and regulatory documents of the Russian Federation that regulate the functioning of dental services during the COVID-19 pandemic. The purpose of this article is to highlight the specifics of the functioning of state dental medical organizations in the context of the spread of a new coronavirus infection (COVID-19). The relevance of this goal is dictated by the lack of knowledge about the new pathogen, the mechanisms of transmission from infected to healthy ones, the severity of the disease, the presence of frequent complications, etc. The authors outline the problem of a stable global increase in the incidence of coronavirus infection and the associated difficulties that arise in the healthcare system and in dentistry in particular. Recommendations for making changes to the organization of dental care are given. The article notes the difficulty of making balanced and optimal decisions on the work of medical institutions in a radically changed environment. The important role of administrative measures to ensure infection safety in providing dental care in the context of a pandemic is emphasized. Organizational aspects, tactical models for the implementation of recommendations for the prevention of corona virus infection in public dental clinics are considered. The authors propose to develop and approve regulatory documents on compliance with infectious safety by medical personnel in accordance with the specifics of the dental medical institution, the volume of dental care.

KEY WORDS: dental clinic; medical worker; coronavirus; pandemic; patient; COVID-19; personal protective equipment.

Здоровье человека, как социально-экономическая категория, является важнейшим элементом национального богатства. Это задекларировано положениями международных законодательных документов, которыми ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) путем создания и реализации гибкой политики ориентирует страны на конкретные действия в ответ на новые вызовы и угрозы общественному здоровью, к которым следует отнести новую коронавирусную инфекцию (COVID-19). Среди актуальных в условиях пандемии теоретически и практически ориентированных медико-социальных проблем, решаемых на современном этапе государством и обществом, находится и стоматологическая помощь, так как она является одной из самых востребованных широкими слоями населения видов медицинской помощи. В России государственная стоматологическая помощь за последние 25 лет достигла значительного прогресса во внедрении новейших технологий диагностики, профилактики и лечения стоматологических заболеваний [1].

В реализации цели исследования участвовали кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО СПбГПМУ и СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №9» Центрального района.

В настоящее время в связи с широким распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19 и необходимостью проведения противоэпидемических мероприятий медицинская наука должна интегрировать все усилия,

чтобы обеспечить, с одной стороны, на глобальном уровне — борьбу с распространением инфекции, а с другой стороны, на индивидуальном уровне — повышение адаптационного потенциала и иммунного ответа организма для защиты от COVID-19 [3, 4]. Так, здоровье ротовой полости является важным фактором, определяющим функционирование первичных механизмов защиты организма от отрицательного воздействия окружающей среды [6, 9].

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.01.2020 № 66, новая коронавирусная инфекция COVID-19, вызванная вирусом SARS-CoV-2, внесена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Источниками инфекции являются больные люди, включая находящихся в инкубационном периоде заболевания. Ведущими путями передачи определены воздушно-капельный и контактный, через предметы и поверхности, включая поверхности объектов, подвергшиеся контаминированию каплями из дыхательных путей человека, выделяющимися при кашле, чихании или разговоре. В различных исследованиях показана способность возбудителя COVID-19 выживать на различных поверхностях от 4 часов до 4 суток [7].

Неопределенность, связанная с пандемией COVID-19 в виде недостаточной информации о возбудителе, степени его контагиозности, способах передачи, методах лечения стала основой нестабильной ситуации в медицинских учреждениях, требующей срочного пересмо-

тра организации оказания стоматологической помощи взрослому и детскому населению. Врачи-стоматологи находятся в чрезвычайно тесном контакте с пациентом в связи со спецификой работы. Лечение стоматологических заболеваний полости рта выполняется инструментами, вращающимися с высокой скоростью, часто с водяным и воздушным охлаждением, которые обеспечивают мелкодисперсный поток, приводящий к образованию аэрозоля большого объема. При обращении пациента, инфицированного коронавирусом, за стоматологической помощью существует высокий риск заражения врача и других сотрудников, если в поликлинике не будут приняты соответствующие противоэпидемические меры.

С учетом создавшийся ситуации по коронавирусу Правительством и соответствующими ведомствами разработаны документы, регламентирующие работу в период пандемии COVID-19. В соответствии с положениями п. 4 Указа Президента РФ от 02.04.2020 № 239 «О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» в течении периода ограничения функционирования ряда организаций медицинские и аптечные учреждения имеют право продолжить работу с учетом четкого соблюдения санитарно-эпидемиологических требований, описанных законодательством [8].

При организации оказания стоматологической помощи населению во время введения ограничительных мер, следует учитывать, что риск передачи коронавирусной болезни COVID-19 при проведении стоматологических процедур является крайне высоким. Профилактические меры по предотвращению распространения COVID-19 должны осуществляться в соответствии с Постановлением № 15 Главного государственного санитарного врача от 22 мая 2020 года «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597–20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» [11].

Стоматологической Ассоциацией России были разработаны «Предложения по формулированию неотложной стоматологической помощи в период пандемии коронавирусной инфекции» [12] и временные рекомендации «Об оказании экстренной и неотложной стоматологической помощи в условиях эпидемии коронавирусной инфекции» (Утверждено решением Правления СтАР от 7 апреля 2020 г.) [10].

Руководитель медицинской организации совместно с заведующими структурных подразделений организуют системную работу по информированию работников о рисках новой коронавирусной инфекции COVID-19, мерах индивидуальной профилактики, необходимости своевременного обращения за медицинской помощью при появлении первых симптомов ОРВИ. В соответствии с методическими рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», размещенными на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования (НМФО), все сотрудники проходят подготовку и переподготовку по таким направлениям как: правила личной гигиены, техника безопасности, с обязательным последующим тестированием.

Перед началом рабочего дня во всех структурных подразделениях учреждения визуальный осмотр и опрос работников на предмет наличия симптомов ОРВИ, а также термометрия перед началом рабочей смены (при температуре 37.0 и выше, либо при других явных признаках ОРВИ, сотрудник отстраняется от работы) с последующим заполнением ежедневного листа осмотра сотрудников отделения на рабочем месте в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (рис. 1).

Целесообразно проведение еженедельного тестирования на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) методом ПЦР сотрудников, участвующих в непосредственном оказании стоматологической помощи населению.

Каждый работник при обнаружении у него отклонений в состоянии здоровья оповещает своего непосредственного руководителя. Такой сотрудник не допускается до работы и получает уведомление о необходимости обращения в медицинское учреждение.

Одной из приоритетных задач руководителя медицинской организации является обеспечение своего учреждения и сотрудников необходимыми дезинфицирующими средствами и средствами индивидуальной защиты: очки, щитки, защитные экраны, одноразовые перчатки, одноразовые медицинские халаты, бахилы, шапочки, многоразовые (марлевые) и одноразовые медицинские маски (исходя из продолжительности рабочей смены и смены масок не реже одного раза в 2 часа), а также дезинфицирующие салфетки, кожные антисептики для обработки рук и другие дезинфицирующие средства.

В период карантинных мероприятий имеются особенности при оказании медицинской

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
настоящим уведомляю

	Да	Нет
Выезжали ли Вы за пределы РФ в течение последних 14-ти дней?		
Контактировали ли Вы с лицами, прибывшими из других стран в течение последних 14-ти дней, или с подозрением на коронавирус?		
Находитесь ли Вы на карантине по предписанию Роспотребнадзора?		
Находитесь ли Вы в режиме самоизоляции?		
Наблюдаются ли у Вас признаки ОРВИ (насморк, кашель)?		

(подпись разборчиво)

(Ф.И. О. полностью)

« » _____ 2020 г.

Рис. 2. Форма уведомления для взрослого населения

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
ребенок _____
(фамилия, имя, отчество ребенка)

законным представителем которого я являюсь,
настоящим уведомляю

	Да	Нет
Выезжали ли Вы/Ваш ребенок за пределы РФ в течение последних 14-ти дней?		
Контактировали ли Вы/Ваш ребенок с лицами, прибывшими из других стран в течение последних 14-ти дней, или с подозрением на коронавирус?		
Находитесь ли Вы/Ваш ребенок на карантине по предписанию Роспотребнадзора?		
Находитесь ли Вы/Ваш ребенок в режиме самоизоляции?		
Наблюдаются ли у Вашего ребенка признаки ОРВИ (насморк, кашель)?		

(подпись разборчиво)

(Ф.И. О. полностью)

« » _____ 2020 г.

Рис. 3. Форма уведомления для детского населения

ответствии с требованиями санитарно-противоэпидемических правил и норм по обращению с медицинскими отходами.

Руководитель организации и заведующие структурными подразделениями постоянно контролируют выполнение своими сотрудниками

организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) требований с целью непрерывного мониторинга по предупреждению возникновения и распространения заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). В частности, контролируется обязательное обе-

зараживание воздуха (работу в непрерывном режиме облучателей-рециркуляторов закрытого типа) и поверхностей в помещениях с использованием эффективных при вирусных инфекциях дезинфицирующих средств и методов, а также текущая влажная уборка и проветривание помещений каждые 2 часа. В помещениях поликлиник, в соответствии с действующими нормативными документами, два раза (перед началом и в конце рабочей смены) необходимо проводить текущую влажную уборку с применением моющих или моюще-дезинфицирующих средств в соответствии с графиком.

Медицинская организация в том числе и стоматологического профиля, в эпидемический период проводит усиленную работу по информированию пациентов и посетителей о рисках новой коронавирусной инфекции (COVID-19), мерах индивидуальной профилактики, необходимости своевременного обращения за медицинской помощью при появлении первых симптомов ОРВИ через информационные стенды, размещенные в регистратуре и холлах отделений, на официальном сайте учреждения в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

С учетом нашего опыта работы стоматологической поликлиники в период пандемии, для оптимально эффективной деятельности учреждения в это время и защиты наиболее уязвимых групп медицинских работников от коронавируса разрабатываются следующие локальные нормативные акты, устанавливающие:

- численность и перечень работников (исполнителей по гражданско-правовым договорам), непосредственно участвующих в технологических и иных процессах, которые необходимы для обеспечения функционирования организации и не подлежащих переводу на дистанционный режим работы;
- численность и перечень работников (исполнителей по гражданско-правовым договорам), подлежащих переводу на дистанционный режим работы.
- В период распространения новой коронавирусной инфекции в обязанности руководителя каждого государственного стоматологического учреждения здравоохранения входит принятие административных мер по соблюдению инфекционной безопасности:
 1. Назначение уполномоченного лица (координатора) или создание комиссии по инфекционному контролю соблюдения всех стандартных и противоэпидемических мероприятий, их внедрением и со-

блюдением инфекционной безопасности медицинским персоналом.

2. Разработка и утверждение локальных нормативных документов по соблюдению инфекционной безопасности медицинским персоналом в соответствии со спецификой стоматологического лечебного учреждения, объемов оказания стоматологической помощи.
3. Проведение регулярного обновления нормативных документов в соответствии с действующими требованиями Правительства РФ, Министерства здравоохранения РФ, муниципальных департаментов здравоохранения, государственной политики в сфере санитарного законодательства, доказательной медицины, а также с учетом специфики и объемов медицинской стоматологической помощи, количества пациентов.
4. Обеспечение средствами индивидуальной и коллективной защиты для осуществления инфекционной безопасности.
5. Ознакомление персонала с нормативными документами по соблюдению инфекционной безопасности посредством письменного информирования, сдачи тестов, проведения тренингов на регулярной основе.
6. Разработка и утверждение стандарта безопасной деятельности учреждения, в том числе санитарно-гигиенической безопасности в целях противодействия распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Программа противоэпидемических мер безопасности в государственных стоматологических поликлиниках должна предусматривать также уменьшение количества медицинского персонала, контактирующего между собой при исполнении своих служебных обязанностей; кратности посещений пациентами лечебного учреждения и вероятность контакта между пациентами путем оказания стоматологической помощи строго в соответствии со временем записи.

Целесообразно также внесение изменений в организацию оказания стоматологической помощи путем соответствующих изменений в маршруте пациента: минимизации контакта пациента в регистратуре путем заблаговременной передачи медицинской карты больного в кабинет врача медицинским персоналом.

На уровне субъектов РФ разрабатываются алгоритмы оказания неотложной стоматологической помощи и маршрутизации пациентов, находящихся на карантине или в режиме самоизоляции в домашних условиях.

Сотрудники стоматологической поликлиники в обязательном порядке обучаются алгоритму действий в случае подозрения заболевания пациента новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Несмотря на большой список рекомендаций по соблюдению правил личной безопасности при посещении государственных стоматологических поликлиник в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19), по причине новизны и малого количества доказательных результативных исследований, невозможно быть уверенным в отсутствии опасности заражения как пациента, так и медперсонала даже при условии правильного использования средств индивидуальной защиты. Медицинским работникам стоматологических поликлиник следует руководствоваться нормативно-правовыми документами государственного и регионального уровней, которые выдаются соответствующими органами власти, а пациентам реально оценивать риски заражения и не пренебрегать средствами индивидуальной защиты при посещении стоматолога.

Таким образом, соблюдение всех норм и рекомендаций в период пандемии COVID-19 при организации работы медицинского учреждения, а также осведомленность персонала стоматологической поликлиники о мерах по предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции имеют колоссальное значение, так как присутствует высокий риск заражения из-за специфики работы врача стоматолога, а именно, непосредственная близость к ротовой полости пациента во время проведения необходимых манипуляций, на расстоянии порядка 30–50 см, использование бормашины, в результате работы которой происходит образование водно-воздушной смеси под давлением, и создается мелкодисперсный аэрозольный поток (в том числе из слюны пациента), который в случае инфицированности пациента может стать причиной заражения медицинского работника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О.А., Медведева Е.И., Алипперова Н.В., Крошилин С.В. Анализ профессиональной подготовки и востребованности среднего медицинского персонала в условиях современной политики здравоохранения. Экономика и предпринимательство. 2020; 8 (121): 1148–1161. DOI: 10.34925/EIP.2020.121.8.230
2. Алешина О.А., Горячева Т.П. Оказание стоматологической помощи населению на фоне распространения коронавирусной инфекции. Медико-фармацевтический журнал Пульс. 2020; 22 (5): 6–13. DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2020-22-5-6-13
3. Иванов Д.О., Чернова Т.М., Павлова Е.Б., и др. Коронавирусная инфекция. Педиатр. 2020; 11 (3): 109–117. doi: 10.17816/PED113109-117
4. Иванов Д.О., Заболотский Д.В., Корячкин В.А., и др. Лечение детей, инфицированных COVID-19, в непрофильном стационаре. Педиатр. 2020; 11 (2): 5–14. DOI: 10.17816/PED1125-14
5. Кафанова О.В., Чмелева С.С. Современные проблемы реализации конституционного права граждан российской федерации на охрану здоровья и бесплатную медицину. Проблемы права: теория и практика. 2019; N 48: 90–95. DOI: 10.21306/2542-1840-2019-3-1-97-103
6. Ким А.В., Рубежов А.Л., Колоскова Т.М., Беженар С.И. Современные формы стоматологической профилактической помощи детям. Педиатр. 2017; 8 (4): 73–77. doi: 10.17816/PED8473-77
7. Матвеев К.Е., Жиброва Т.В. Современное общество в условиях пандемии. Студент и наука. 2020; 2 (13): 114–119.
8. Ризаев Ж.А., Фаттахов Р.А. Безопасность и профилактические меры в стоматологии в условиях пандемии COVID-19. Материалы Международной дистанционной научной молодежной конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции». Киров: Кировский государственный медицинский университет; 2020: 27–30.
9. Тутельян В.А., Никитюк Д.Б., Бурляева Е.А., Хотимченко С.А., Батурин А.К., Стародубова А.В., Камбаров А.О., Шевелева С.А., Жилинская Н.В. COVID-19: новые вызовы для медицинской науки и практического здравоохранения. Вопросы питания. 2020; 89 (3): 6–13. DOI: 10.24411/0042-8833-2020-10024
10. Временные рекомендации Стоматологической Ассоциации России «Об оказании экстренной и неотложной стоматологической помощи в условиях эпидемии коронавирусной инфекции» (Утверждено решением Правления СтАР от 7 апреля 2020 г.). Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России. Доступен по: https://e-stomatology.ru/star/work/2020/temp_recommend_covid_7apr.php (дата обращения: 05.08.2020).
11. Постановление №15 от 22 мая 2020 года «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (Зарегистрировано Минюстом № 58465 от 26 мая 2020 года). Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России. Доступен по: https://e-stomatology.ru/director/prikaz/postanovlenie_15_22may2020.php (дата обращения: 05.08.2020).
12. Предложения по формулированию неотложной стоматологической помощи в период пандемии коронавирусной инфекции. Официальный сайт Стоматологической

Ассоциации России. Доступен по: <https://e-stomatology.ru/kalendar/2020/neotlozhka.php> (дата обращения: 05.08.2020).

REFERENCES

1. Aleksandrova O.A., Medvedeva E.I., Alikperova N.V., Kroshilin S.V. Analiz professional'noj podgotovki i vostrebovannosti srednego meditsinskogo personala v usloviyakh sovremennoj politiki zdravookhraneniya [Analysis of professional training and demand for secondary medical personnel in the context of modern health policy]. *Ekonomika i predprinimatel'stvo*. 2020; 8 (121): 1148–1161. (In Russian). DOI: 10.34925/EIP.2020.121.8.230.
2. Aleshina O.A., Goryacheva T.P. Okazanie stomatologicheskoy pomoshhi naseleniyu na fone rasprostraneniya koronavirusnoj infektsii. [Providing dental care to the population against the background of the spread of coronavirus infection]. *Mediko-farmatsevticheskij zhurnal Pul's*. 2020; 22 (5): 6–13. (In Russian). DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2020-22-5-6-13.
3. Ivanov D.O., Chernova T.M., Pavlova E.B., et al. Koronavirusnaya infektsiya. [Coronavirus infection.]. *Pediatr*. 2020; 11 (3): 109–117. doi: 10.17816/PED113109-117.
4. Ivanov D.O., Zabolotskiy D.V., Koryachkin V.A., et al. Lechenie detey, infitsirovannykh COVID-19, v neprofil'nom stacionare. [Treatment of children infected with COVID-19 in a non-specialized hospital]. *Pediatr*. 2020; 11 (2): 5–14. doi: 10.17816/PED1125-14.
5. Kafanova O.V., CHmeleva S.S. Sovremennye problemy realizatsii konstitutsionnogo prava grazhdan rossijskoj federatsii na okhranu zdorov'ya i besplatnuyu meditsinu. [Modern problems of realization of the constitutional right of citizens of the Russian Federation to health protection and free medicine]. *Problemy prava: teoriya i praktika*. 2019; N 48: 90–95. (In Russian). DOI: 10.21306/2542-1840-2019-3-1-97-103
6. Kim A.V., Rubezhov A.L., Koloskova T.M., Bezhenar S.I. Modern forms of dental preventive care for children [Sovremennye formy stomatologicheskoy profilakticheskoy pomoshchi detyam]. *Pediatr*. 2017; 8 (4): 73–77. doi: 10.17816/PED8473-77.
7. Matveev K.E., ZHibrova T.V. Sovremennoe obshchestvo v usloviyakh pandemii. [Modern society in the context of a pandemic]. *Student i nauka*. 2020; 2 (13): 114–119. (In Russian).
8. Rizaev ZH.A., Fattakhov R.A. Bezopasnost' i profilakticheskie mery v stomatologii v usloviyakh pandemii COVID-19. [Safety and preventive measures in dentistry in the context of the COVID-19 pandemic]. *Materiali Mezhdunarodnoj distantsionnoj nauchnoj molodezhnoj konferentsii «Aktual'nye voprosy diagnostiki i lecheniya novoy koronavirusnoj infektsii»*. Kirov: Kirovskij gosudarstvennyj meditsinskij universitet; 2020: 27–30. (In Russian).
9. Tutel'yan V.A., Nikityuk D.B., Burlyayeva E.A., Timchenko K.H., Baturin A.K., Starodubova A.V., Kambarov A.O., Sheveleva S.A., ZHilinskaya N.V. COVID-19: novye vyzovy dlya meditsinskoj nauki i prakticheskogo zdravookhraneniya. [COVID-19: new challenges for medical science and practical healthcare]. *Voprosy pitaniya*. 2020; 89 (3): 6–13. (In Russian). DOI: 10.24411/0042-8833-2020-10024
10. Vremennye rekomendatsii Stomatologicheskoy Assotsiatsii Rossii «Ob okazanii ehkstretnoj i neotlozhnoj stomatologicheskoy pomoshhi v usloviyakh ehpidemii koronavirusnoj infektsii» (Utverzhdeno resheniem Pravleniya StAR ot 7 aprelya 2020 g.). [Temporary recommendations of the Dental Association of Russia “on providing emergency and urgent dental care in the context of an epidemic of coronavirus infection”]. *Ofitsial'nyj sayt Stomatologicheskoy Assotsiatsii Rossii*. Available at: https://e-stomatology.ru/star/work/2020/temp_recommend_covid_7apr.php (accessed: 05.08.2020). (In Russian).
11. Postanovlenie №15 ot 22 maya 2020 goda «Ob utverzhdenii sanitarno-ehpidemiologicheskikh pravil SP 3.1.3597-20 «Profilaktika novoy koronavirusnoj infektsii (COVID-19)» (Zaregistrirvano Minyustom № 58465 ot 26 maya 2020 goda). [Resolution No. 15 of may 22, 2020 “on approval of sanitary and epidemiological rules SP 3.1.3597-20” Prevention of new coronavirus infection (COVID-19)]. *Ofitsial'nyj sayt Stomatologicheskoy Assotsiatsii Rossii*. Available at: https://e-stomatology.ru/director/prikaz/postanovlenie_15_22may2020.php (accessed: 05.08.2020). (In Russian).
12. Predlozheniya po formulirovaniyu neotlozhnoj stomatologicheskoy pomoshhi v period pandemii koronavirusnoj infektsii. [Proposals for the formulation of emergency dental care during the coronavirus pandemic]. *Ofitsial'nyj sayt Stomatologicheskoy Assotsiatsii Rossii*. Available at: <https://e-stomatology.ru/kalendar/2020/neotlozhka.php> (accessed: 05.08.2020). (In Russian).

СТЕПЕНЬ ОБЪЕКТИВНОСТИ ОЦЕНОЧНЫХ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

© Екатерина Георгиевна Попова, Тамара Сергеевна Дьяченко, Лариса Николаевна Грибина, Олеся Федоровна Девляшова

Волгоградский государственный медицинский университет. 400131, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, 1.

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

РЕЗЮМЕ: В целях формирования системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение её эффективности, осуществляется мониторинг объективных показателей деятельности медицинских организаций (МО) и их результативности на основе четко фиксируемых статистических данных. С недавнего времени в систему мониторинга включен субъективный компонент оценки качества медицинской помощи (КМП) — это удовлетворенность пациентов. Статья посвящена анализу критериев КМП и их объективности. В качестве «объективных» критериев использовались показатели из официальных статистических отчетов МО и рейтинговые оценки, рассчитанные комитетом здравоохранения Волгоградской области, «субъективных» — результаты социологических исследований, проведенных среди пациентов и врачей, а также данные интернет-опроса пациентов. По мнению врачей, главным критерием КМП в настоящее время является отсутствие официально оформленных жалоб на работу медицинского персонала и «удовлетворенность» пациента общением с врачом, которое практически не связано с объективными результатами его профессиональной деятельности. Рейтинговые показатели, рассчитанные комитетом здравоохранения Волгоградской области на основании объективных показателей работы, абсолютно не совпадают с субъективными оценками пользователей интернет-ресурса. Проведенный нами опрос пациентов показал, что более половины из них вполне удовлетворены качеством медицинской помощи, однако лишь 1,7% респондентов этой группы оставляли положительный отзыв на их официальных сайтах, на сайте органов управления здравоохранением, независимых сайтах, оценивающих работу медицинского персонала, или оформляли письменные благодарности. Пациенты, имевшие негативный опыт обращения за медицинской помощью, оформляли жалобы на качество работы МО в 10 раз чаще. Предлагается использование статистически достоверных данных, характеризующих работу амбулаторно-поликлинических медицинских организаций, и размещение этой информации на официальных сайтах МО, как альтернатива субъективным оценкам, фиксируемым в анонимных отзывах об их работе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: первичная медико-санитарная помощь; качество медицинской помощи; целевые показатели; удовлетворенность; оценочные критерии.

THE DEGREE OF OBJECTIVITY OF EVALUATION CRITERIA FOR THE QUALITY OF PRIMARY HEALTH CARE

© Ekaterina G. Popova, Tamara S. Dyachenko, Larisa N. Gribina, Olesya F. Devlyashova

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

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

ABSTRACT: In order to create a system that ensures the availability of medical care and increases its effectiveness, objective indicators of the activities of medical organizations (MO) and their effectiveness are monitored based on clearly recorded statistical data. Recently, the monitoring system has included a subjective component of the quality of medical care assessment (QMC) — patient satisfaction. The article is devoted to the analysis of QMC criteria and their objectivity. We used indicators from official statistical reports of MO and ratings calculated by the Health Committee of the Volgograd region as “objective” criteria, “subjective” — the results of sociological research conducted among patients and doctors, as well as data from an Internet survey of patients. According to doctors, at present the main criterion of the QMC is the absence of officially registered complaints about the work of medical personnel and the patient’s “satisfaction” with communication with the doctor, which is practically not related to the objective results of his professional activity. The rating indicators calculated by the Health Committee of the Volgograd region based on objective performance indicators absolutely do not coincide with the subjective assessments of users of the Internet resource. Our survey of patients showed that more than half of them are quite satisfied with the quality of medical care, but only 1.7% of respondents in this group left a positive review on their official websites, on the website of health authorities, independent sites that evaluate the work of medical personnel, or issued written thanks. Patients who had a negative experience of seeking medical help filed complaints about the quality of work of MO 10 times more often. It is proposed to use statistically reliable data that characterize the work of outpatient medical organizations, and the placement of this information on the official websites of MO, as an alternative to subjective assessments recorded in anonymous reviews of their work.

KEY WORDS: primary health care; quality of care; targets; satisfaction; evaluation criteria.

«Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», утвержденная распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 №1662-р (ред. от 28.09.2018), декларировала в качестве основной цели государственной политики в области здравоохранения «формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки» [3]. При этом в качестве приоритетных задач названы: обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме, модернизация системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования, повышение эффективности системы организации медицинской помощи, улучшение лекарственного обеспечения, информатизация системы здравоохранения, развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду, совершенствование системы охраны здоровья населения. Результатом напряженного планомерного труда отраслевых управленческих структур, опирающих-

ся на государственную поддержку, и всего медицинского сообщества должно было стать улучшение здоровья и качества жизни населения страны. На этом этапе организации работы системы здравоохранения Правительством РФ были четко указаны конкретные (выраженные в цифрах) контрольные научно обоснованные показатели эффективности осуществляемых организационных и экономических мер: снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения (не менее чем в 1,4 раза), несчастных случаев, отравлений и травм (примерно в 2 раза), младенческой и материнской смертности (до показателей развитых стран); снижение заболеваемости социально значимыми заболеваниями (в 1,5 раза); увеличение объема амбулаторной помощи, в первую очередь профилактической, позволяющей выявлять заболевания на ранних стадиях (в 1,3 раза), повышение эффективности использования коечного фонда, обеспечение в полном объеме потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи [3]. То есть предполагалось осуществление мониторинга объективных показателей деятельности медицинских организаций и их результативности на основе четко фиксируемых статистических данных. В тщательно продуманном документе также акцентировано внимание на создании системы управления качеством медицинской помощи.

Внутри медицинского сообщества с определенным успехом непрерывно ведется работа по определению критериев оценки качества медицинской помощи. Усилиями органов управления здравоохранением, федеральных контролирующих структур (Фонд социального страхования, Росздравнадзор, Роспотребнадзор и т.д.), фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций сформулированы принципы и утверждены документы, позволяющие на основе объективных критериев контролировать объемы и качество медицинских услуг, оказываемых гражданам в медицинских организациях (МО). В настоящее время контролю подлежат: ведение медицинской документации, в том числе своевременность установления клинического диагноза, формирование планов обследования и лечения пациента и их своевременная коррекция с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений и результатов проводимого лечения; назначение лекарственных препаратов; выполнение утвержденных стандартов медицинской помощи и сроки её оказания; проведение экспертизы временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности; осуществление диспансерного наблюдения; проведение медицинских осмотров и диспансеризации в установленном порядке, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения [2, 1]. Всё вышеизложенное объективно измеримо и доступно экспертизе и реэкспертизе.

Решение вопросов, связанных с оптимизацией работы системы здравоохранения в целом (адекватное целям финансирование, кадровое обеспечение, унификация работы медицинского персонала при сохранении индивидуального подхода к вопросам диагностики, лечения и профилактики, информационная поддержка ме-

дицинских организаций и т.д.) и рациональное использование имеющихся отраслевых ресурсов, ответственность и профессионализм сотрудников МО на местах были необходимым и достаточным условием достижения результата. Однако накопившиеся проблемы (несовершенный менеджмент, использование на местах устаревшего оборудования и медицинских технологий, кадровый дефицит в первичном звене, низкая медицинская активность граждан и многое другое) не позволили достичь объективных целевых показателей в рекомендованные сроки.

Нельзя отрицать получение существенных положительных результатов в процессе проведения крупномасштабных реформ в системе здравоохранения, однако ожидание радикального прорыва в отрасли не оправдалось. Тем не менее результат был необходим. По-видимому, это и заставило включить в систему мониторинга субъективный компонент оценки качества медицинской помощи, не заявленный в вышеуказанном документе — удовлетворенность пациентов её оказанием, обосновывая нововведение необходимостью создания двустороннего информационного обмена в диаде: система здравоохранения — пациенты.

Новый документ — Указ Президента РФ от 06.06.2019 №254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года», подтвердил актуальность всех ранее выбранных Правительством РФ направлений развития системы здравоохранения [4]. В Указе Президента РФ зафиксированы не только конкретные целевые показатели реализации Стратегии (раздел III, пункты 33–35), но утвержден перечень контролируемых показателей, позволяющих объективно оценить результаты предпринимаемых усилий и состояние национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан (раздел III, пункт 29).

Заметим, что неудовлетворенность граждан доступностью и качеством медицинской помощи упоминается в Указе только как один из

Таблица 1

Целевые и результирующие показатели выполнения Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (по данным Федеральной службы государственной статистики, 2018 год)

Показатели	Российская Федерация		Волгоградская область	
	Целевой показатель	Результат	Целевой показатель	Результат
Общая смертность (смертность от всех причин)	11,8‰	12,5‰	11,8‰	13,4‰
Смертность от БСК	649,4 ⁰ / ₀₀₀₀	583,1 ⁰ / ₀₀₀₀	649,4 ⁰ / ₀₀₀₀	691,9 ⁰ / ₀₀₀₀
Смертность от новообразований (в том числе от ЗНО)	192,8 ⁰ / ₀₀₀₀	203,0 ⁰ / ₀₀₀₀	192,8 ⁰ / ₀₀₀₀	218,3 ⁰ / ₀₀₀₀

наиболее значимых вызовов национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан (раздел III, пункт 24, подпункт 2), но не включена в оценочные критерии, так как (и это очевидно) является интегративным результатом всех действий по реализации Стратегии.

Управляемость системами оценки удовлетворенности, трудности с контролем процесса получения информации — широкое поле для различных манипуляций, а также попытка внедрить в оказание медицинской помощи элементы «демократизации», повысить степень участия пациентов в решении профессиональных медицинских вопросов.

Согласно используемым в практике моделям взаимодействия врача и пациента возможны: патернализм — модель, предполагающая существование врача, с непререкаемым профессиональным и личным авторитетом, и пациента — делегирующего ему свою ответственность за процесс лечения; паритетные взаимоотношения — коллегиальная модель, в основе которой лежит сотрудничество на основе взаимной ответственности и контрактная модель на основе соглашения сторон (без юридического и финансового подтекста). В настоящее время в практике работы каждого врача, как и ранее, используются (в зависимости от социально-психологических особенностей пациентов) все указанные варианты субъект-субъектного взаимодействия в диадах врач-пациент, но все модели предполагают наличие профессиональных компетенций у врача и отсутствие таковых у пациентов. В порядке исключения рассматривается ситуация, когда пациентом является врач, но и здесь есть непререкаемое правило, используемое в медицинском сообществе: врач не может лечить себя и близких родственников, так как предполагающаяся в этом случае эмоциональная нестабильность может привести к принятию неверных решений. Врач всегда выбирает тактику общения с пациентом с учетом психологических особенностей пациента, понимая необходимость оказания медицинской помощи, включая его в эмоционально активное сотрудничество. Таким образом, ничего нового в том, что в процессе диагностики и лечения у грамотного и опытного врача пациенты чувствуют свою значимость и участвуют в лечебном процессе, нет. Сокращение продолжительности непосредственного общения врача и пациента, ограниченная длительность первичного и повторных приемов, изменили форму получения информации о субъективных оценках пациентами действий медицинских работников. В практику широко внедряются

социологические опросы, которые отражают мнение пациентов о качестве сервисных характеристик организации оказания медицинской помощи, субъект-субъектных отношений в процессе её оказания. Обработка данных анкет дает информацию об усредненных, типичных оценках этих показателей, что необходимо и целесообразно для коррекции имеющихся проблем. Однако в последнее время в используемые анкеты вносятся вопросы, предполагающие получение от респондентов оценки профессиональных компетенций врачей и медицинских сестер. Индивидуальность восприятия организационных, технологических и профессиональных особенностей оказания медицинской помощи в МО, являющаяся отражением чувств и ощущений пациента в момент получения медицинской помощи, не всегда соответствует действительности, допускает разные степени искажения сути событий. Объективная реальность, факты, статистические данные, профессиональная оценка медицинской эффективности оказания помощи в конкретной МО подменяются индивидуальными оценочными суждениями пациентов. Активное внедрение термина «удовлетворенность пациента» применительно к работе медицинских организаций в реальности приводит к снижению качества оказываемой медицинской помощи.

Цель исследования: изучить применение различных критериев качества первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в поликлиниках г. Волгограда, и оценить степень их объективности.

Материалы и методы: для проведения сравнительного анализа в качестве «объективных» критериев использовались показатели из официальных статистических отчетов медицинских организаций и рейтинговые оценки, рассчитанные комитетом здравоохранения Волгоградской области, «субъективных» — результаты социологических исследований, проведенных среди пациентов и врачей с помощью специально разработанных анкет, а также данные интернет-опроса пациентов.

Результаты и их обсуждение. Нами проведен опрос 265 врачей различных специальностей, из которых 218 оказывают амбулаторную помощь и 47 — стационарную. В результате обработки анкет выяснено, что подавляющее число специалистов (224 респондента, или 84,5%) стараются избегать любых конфликтов с пациентами, даже если их поведение иррационально и может негативно повлиять на результаты лечения. Главным критерием качества оказания медицинской помощи в настоящее время, с точки зрения

опрошенных, является отсутствие официально оформленных жалоб на работу медицинского персонала (их наличие влияет на размер стимулирующей надбавки при выплате заработной платы) — 81,5% (216 респондентов) и «удовлетворенность» пациента общением с врачом, которое практически не связано с объективными результатами профессиональной деятельности врача. Заметим, что наличие «добровольного информированного отказа от медицинского вмешательства», оформленного «должным» образом, фактически освобождает медицинского работника от «лишних» разговоров, напряжения, проблем, возникающих при необходимости выполнения болезненных, эмоционально и физически затратных для пациента диагностических и лечебных процедур — 78,9% (209 респондентов). Неприятные, с возможным негативным результатом, но необходимые процедуры не назначаются, качественные современные лекарственные средства не используются из-за страха нарушить комфортное самоощущение пациента. Полномочия по своевременной диагностике делегируются коллегам, а нередко (вспомним «добровольное информированное согласие/отказ от медицинского вмешательства») ответственность за процесс возлагается на пациента, не обладающего достаточными знаниями. Фактически мы наблюдаем формирующуюся девиацию профессионального поведения врачей. Результативность оказания медицинской помощи, которая выражается объективными критериями, прино-

сится в жертву субъективной, ничем не измеряемой, удовлетворенности её качеством.

Необходимость реагирования на низкие показатели удовлетворенности пациентов, получаемые при опросах территориальных фондов ОМС, органов управления здравоохранением (в том числе и в интерактивном формате) приводит к росту числа внеплановых проверок МО, что также не способствует повышению качества оказания медицинской помощи, затрудняя работу врачей. Подчеркнем, что удовлетворение запросов потребителей медицинских услуг необходимо анализировать для принятия мер по коррекции модифицируемых факторов при организации оказания медицинской помощи, и другого механизма получения информации, кроме социологических опросов, не существует. Однако нужно четко установить границы возможного использования субъективных суждений пациентов в оценке качества диагностики, лечения, профилактики и даже системы организации оказания медицинских услуг в конкретных МО, которые должны анализироваться профессиональным экспертным сообществом.

В интернет пространстве, в том числе и на официальных сайтах региональных органов управления здравоохранением существует масса источников информации, которые, используя не стандартизированные интерактивные методики и недостаточные по объему выборки опросов пациентов, создают рейтинговые шкалы по

Таблица 2

Сопоставление рейтингов по данным опросов удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи и объективных показателей деятельности МО

МО	Рейтинг МО		Показатели деятельности МО						
	по данным Комитета здравоохранения Волгоградской области (место)	по данным сайта «pro doktorgov» (народный рейтинг)	Смертность			$\%_0$ выявления ЗНО на I–II стадиях	$\%_0$ профилактических посещений МО	Выполнение плана диспансеризации взрослого населения (по данным к оплате в СМО счетам) $\%_0$	Количество официально зарегистрированных обеспокоенных жалоб
			общая	от БСК ($\%_0/_{0000}$)	от ЗНО ($\%_0/_{0000}$)				
ГУЗ «Клиническая поликлиника №1»	10	+2,05	12,2	685,4	198,8	57,0	17,0	94,4	1
ГУЗ «Поликлиника №2»	2	-0,35	12,6	668,2	197,8	57,0	27,0	101,2	0
ГАУЗ «Клиническая поликлиника №3»	13	+0,24	12,7	671,3	199,2	63,0	37,0	99,8	2
ГУЗ «Поликлиника №4»	6	-2,89	12,7	645,5	167,6	59,0	28,0	99,8	0
ГУЗ «Клиническая №28»	5	+0,06	10,3	639,8	221,5	59,0	29,0	100,0	0
ГУЗ «Поликлиника №30»	11	-1,03	10,7	647,0	191,5	59,0	27,0	100,3	2

оценке качества оказания услуг в медицинских организациях. При этом анализируются данные по удовлетворенности потребителей медицинских услуг организацией процессов записи на плановый прием в поликлиниках, условия и длительность ожидания приема участковыми врачами и врачами специалистами, возможность проведения диагностических процедур и их ожидание, вежливость и коммуникабельность сотрудников, достаточность информационных ресурсов МО, то есть осуществляется попытка оценить организационные особенности оказания медицинской помощи. Но в названии предлагаемых анкет всегда присутствует просьба оценить именно качество оказания медицинской помощи. На лицо подмена понятий, введение потребителя медицинских услуг в заблуждение. Проиллюстрируем вышесказанное.

Анализ данных, представленных в таблице 2, убедительно показывает, что рейтинговые показатели МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, которые рассчитаны комитетом здравоохранения Волгоградской области на основании их объективных показателей работы, абсолютно не совпадают с оценками сайта «prodoktorov» (народный рейтинг), полученными в результате анализа субъективного мнения пациентов, посетивших этот электронный ресурс [5].

Нами проведено анкетирование посетителей МО, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь. Все МО были сопоставимы по условиям предоставления медицинских услуг, укомплектованности медицинским персоналом, имели действующие лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданные комитетом здравоохранения Волгоградской области. Их работа организовывалась согласно утвержденным приказам Министерства здравоохранения РФ порядкам оказания медицинской помощи в расчете на прикрепленное население, включая штатные нормативы и стандарты оснащения кабинетов.

В каждой из представленных в таблице 2 поликлиник проведен опрос 150 пациентов (всего обработано 900 анкет, из них 1,3% признаны испорченными).

Выяснено, что пациенты старше 60 лет крайне редко перед обращением в поликлинику интересуются отзывами из интернета о работе МО в целом и отзывами о конкретных врачах — 4,6% респондентов этой возрастной группы (всего в этой возрастной группе опрошено 242 пациента). Оценка работы МО и врачей из интернета интересует 16,2% пациентов в возрасте 50–59 лет (всего респондентов в

группе 229 человек), 21,8% пациентов в возрасте 40–49 лет (всего респондентов в группе 193 человека), 31,7% пациентов в возрасте 30–39 лет (всего респондентов в группе 126 человек), 61,2% пациентов в возрасте 20–29 лет (всего респондентов в группе 98 человек).

Таким образом, у 21,4%, т.е. каждого пятого потенциального пациента поликлиник еще до посещения МО формируется негативное отношение к предстоящему посещению лечебного учреждения, страх перед возможностью получения медицинской помощи ненадлежащего качества, недоверие к профессионализму медицинского персонала, которое, несомненно, будет мешать лечебному процессу, конструктивному взаимодействию с медицинским персоналом и отрицательно влиять на результаты лечения.

Более половины пациентов МО (58,9%) вполне удовлетворены качеством медицинской помощи, которую они получают в территориальных поликлиниках, 38,5% имели различные претензии к тому, как организовано оказание медицинской помощи и к её качеству в их понимании (2,6% респондентов не ответили на предложенный вопрос). Цифры сопоставимы. Однако из числа пациентов, позитивно оценивающих работу МО, лишь 9 человек (1,7% респондентов этой группы) оставляли отзыв на их официальных сайтах, обращались на сайты органов управления здравоохранением, контролирующих органов, независимые сайты, оценивающие работу медицинского персонала, или оформляли письменные благодарности. Те же, кто имел негативный опыт обращения за медицинской помощью, оформляли жалобы на качество работы МО в 10 раз чаще — 107 человек (31,3% респондентов этой группы). Результатом механической обработки обращений становится снижение рейтинга МО. При этом, из числа недовольных оказанием медицинской помощи в территориальных поликлиниках и оформивших хотя бы однократно различного рода соответствующие обращения, только 4,7% (16 респондентов) хотели бы сменить «прикрепление» к МО или поменять лечащего врача. Можно предположить, что высказанная этими пациентами негативная оценка работы МО или медицинского персонала не являются вполне объективными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, рейтинговые оценки качества работы МО, полученные на основании эмоционально окрашенных оценочных суждений пациентов, не могут быть объективными.

С нашей точки зрения необходимо внедрить в практику работы территориальных органов управления здравоохранением широкое информирование населения об объективных показателях деятельности МО (в том числе выполнении целевых показателей реализации Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года). Итоги работы каждой поликлиники, стационара, диспансерного учреждения и т.д. в стандартизованных показателях должны размещаться на официальных сайтах МО. Это позволит их потенциальным пациентам осуществить своё право на информированный выбор МО для осуществления наблюдения и лечения, предотвратит формирование необъективных суждений о конкретных МО и системе здравоохранения в целом, позволит снизить финансовые потери амбулаторно-поликлинических учреждений (их финансирование напрямую зависит от количества обслуживаемых в МО пациентов) и, в конечном итоге, повысив доверие пациентов к профессионализму медицинского персонала, приведет к лучшим результатам оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Орел В.И., Кakanov А.М., Рукавишников А.С. Риск-ориентированный подход при проведении проверок медицинских организаций. Медицина и организация здравоохранения. 2018; 1(3): 15–9.
2. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «О критериях оценки качества медицинской помощи». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (дата обращения 15.07.2020).
3. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 №1662-р (ред. от 28.09.2018) «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/94365/> (дата обращения 15.07.2020).
4. Указ Президента РФ от 06.06.2019 №254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации

на период до 2025 года». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72164534/> (дата обращения 15.07.2020).

5. ProDoctorov: [Электронный ресурс]. Волгоград, 2018–2019. Доступен по: <https://prodoctorov.ru/volgograd> (дата обращения 15.07.2020).

REFERENCES

1. Orel V.I., Kakanov A.M., Rukavishnikov A.S. Risk-oriented approach to carrying out audits of medical organizations. Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya. 2018; 1(3): 15–9. (in Russian).
2. Prikaz Minzdrava Rossii ot 10.05.2017 № 203n «O kriteriyakh otsenki kachestva meditsinskoy pomoshchi». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 10.05.2017 No. 203n “on criteria for evaluating the quality of medical care”. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (accessed 15.07.2020). (in Russian).
3. Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 17.11.2008 №1662-r (red. ot 28.09.2018) «Kontseptsiya dolgosrochnogo sotsial'no-ekonomicheskogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2020 goda». [Decree of the Government of the Russian Federation of 17.11.2008 No. 1662-R (ed. from 28.09.2018) “Concept of long-term socio-economic development of the Russian Federation for the period up to 2020»]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/94365/> (accessed 15.07.2020). (in Russian).
4. Ukaz Prezidenta RF ot 06.06.2019 №254 «O Strategii razvitiya zdravookhraneniya v Rossiyskoy Federatsii na period do 2025 goda». [Decree of the President of the Russian Federation dated 06.06.2019 No. 254 “On the strategy for the development of healthcare in the Russian Federation for the period up to 2025”. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72164534/> (accessed 15.07.2020). (in Russian).
5. ProDoctorov: [Electronic resource]. Volgograd, 2018–2019. Available at: <https://prodoctorov.ru/volgograd>. (accessed 15.07.2020). (in Russian).

БИОЭТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ — МЕЖДУНАРОДНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА?

© *Флориан Штегер*

Ульмский университет. Albert-Einstein-Allee, 5. Ulm, Germany, 89081

Контактная информация: Флориан Штегер — Штатный профессор, Директор Института истории, философии и медицинской этики, Председатель Комитета этических исследований. E-mail: florian.steger@uni-ulm.de

Перевод: Александр Зиновьевич Лихтшангоф

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

Контактная информация: А.З. Лихтшангоф — к. м. н., доцент кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМУ. E-mail: zinovich@list.ru

РЕЗЮМЕ: Во времена глобализации и прогрессивного технологического развития в области наук о жизни и медицины существует постоянная потребность в установлении международно обязательных биоэтических стандартов. Если сосредоточить внимание на конкретных этических проблемах, быстро становится понятным, насколько сложно определить такой минимальный этический консенсус. Тем не менее, базовое понимание этических дилемм можно найти в общих культурных корнях Европы, которые восходят к древним временам. Здесь следует упомянуть Клятву Гиппократата, которая знаменует собой начало этической кодификации и является центральным ориентиром для этически осмысленных действий. Размышляя о Клятве, можно увидеть фундаментальные принципы, которые все еще могут служить этическим ориентиром в современных науках о жизни и медицине. Сложность современных биоэтических конфликтов делает практически невозможным их единое, общее и прямое разрешение. Каждое общество в разные моменты времени имеет различные этические принципы, которые вытекают из его конкретных культурного, исторического, социального и политического контекстов. Современные биоэтические конфликты многочисленны и разнообразны в своих проявлениях, но не все они являются новыми. Скорее, биоэтические дискуссии по этим дилеммам связаны с контекстом и имеют древние корни, которые восходят к античности. Дискуссии о стволовых клетках, эвтаназии или аборте вряд ли можно себе представить без исторической контекстуализации. Трудно представить фундаментальный анализ этических принципов без учета исторического, теологического, философского, медицинского, художественного, социального и экономического контекста. Этика в целом и биоэтика в частности могут функционировать только в богатой контекстом среде.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: история биомедицинской этики; международные биоэтические стандарты; этические аспекты аборта, эвтаназии, пренатальной диагностики, использования стволовых клеток; Клятва Гиппократата.

BIOETHICAL STANDARDS — INTERNATIONALLY BINDING?

© *Florian Steger*

Ulm University, Germany

Contact information: Florian Steger — Full Professor, Director of the Institute for the History, Philosophy and Ethics of Medicine, Chairman of the Research Ethics Committee. E-mail: florian.steger@uni-ulm.de

Translated by *Alexander Z. Likhtshangof*

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

Contact information: Alexander Z. Likhtshangof — MD, PhD, Associate Professor, Department of Humanitarian Disciplines and Bioethics. E-mail: zinovich@list.ru

ABSTRACT: In times of globalization and the advancing technological development in life sciences and medicine, there is a constant demand to set internationally binding bioethical standards. Focusing on specific ethical questions, it quickly becomes clear how difficult it is to determine such a minimal ethical consensus. However, a basic understanding of ethical dilemmas can be found in Europe's common cultural roots that go back to ancient times. The Hippocratic Oath should be mentioned here, which marks the start of ethical codification and is a central point of reference for ethically reflected actions. Reflecting the oath, one sees fundamental principles, which can still provide an orientation for ethics in modern life sciences and medicine. The complexity of the modern bioethical conflicts makes it virtually impossible to provide a single, common and straightforward resolution to them. Each society at different point in time has various ethical guidelines that arise from its specific cultural, historical, social and political contexts. Contemporary bioethical conflicts are numerous and modern in their manifestation but not all of them are new. Rather, the discussion in bioethics on these dilemmas is bound to contexts and has ancient roots, which go back to Antiquity. Discussions on stem cells, euthanasia or abortion are hardly conceivable without historical contextualization. It is hard to imagine a fundamental analysis of ethical principles without inclusion of historical, theological, philosophical, medical, artistic, social and economic contexts. Ethics in general and bioethics in particular can only function in a context-rich environment.

KEY WORDS: history of biomedical ethics; international bioethical standards; ethical aspects of abortion, euthanasia, prenatal diagnosis, use of stem cells; The Hippocratic Oath.

ВВЕДЕНИЕ

Дискуссия по моральным вопросам современной биоэтики приобретает в наши дни все большее значение [5, 11, 12, 19, 24]. Предметы этических споров многочисленны: начиная с дебатов о распределении общественных ресурсов [15, 18] и включая проблемы пренатальной диагностики [27], аборт, окончания жизни, искусственного интеллекта, робототехники, статистических данных, генных технологий и меняющегося состава наших обществ. Наблюдая ход этих дискуссий, мы видим растущую обеспокоенность современных обществ данными проблемами.

Однако, рассматривая предлагаемые пути разрешения современных биоэтических конфликтов, можно осмелиться задать вопросы: Одинаковы ли ответы на эти проблемы для всех обществ, везде и всегда? Есть ли возможность создания международного «свода правил» для биоэтических конфликтов? И последний, но не менее важный: Существуют ли в современном мире какие-либо нормативные положения, способные послужить основой для принятия конкретных этических решений?

Очень трудно, может быть, невозможно найти минимальный этический консенсус, применимый

INTRODUCTION

Discussion on moral questions of the modern bioethics gains new importance these days [5, 11, 12, 19, 24]. Starting with the debates on allocation of public resources [15, 18], through the issues of prenatal diagnostics [27], abortion, end of life questions, artificial intelligence, robotics, big data, gene technology and changing compositions of our societies, the issues of ethical contention are numerous. As we look at the state of this discussion, we can observe the increasing concern with which these problems occupy modern societies.

However, contemplating the developments which take place in the resolution of the modern bioethical conflicts, one dares to ask: Are the answers to these problems identical for all societies, everywhere and at all times? Is there a possibility of creation of an international “code of rules” for bioethical conflicts? And last but not least: Are there any normative points that could offer a basis for individual ethical decisions in the modern world?

It is very difficult, maybe impossible, to find an ethical minimal consensus that could be ap-

ко всем обществам, везде и всегда. Скорее исторический подход мог бы дать нам ответы, по крайней мере частичные, на некоторые современные спорные проблемы. Ведь немало из перечисленных проблем современны по своему проявлению, но не новы. Некоторые из этих конфликтов в основном уходят корнями в античность и относятся к центральным нормативным пунктам этической компетенции. Исторический контекст может дать универсальную этическую базу, на основе которой могут быть разрешены конкретные современные биоэтические конфликты, или, по крайней мере, предложить общую точку зрения на эти проблемы [21].

БИОЭТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ В ГЛОБАЛИЗОВАННОМ МИРЕ — РЕАЛЬНОСТЬ ИЛИ ПРИНЯТИЕ ЖЕЛАЕМОГО ЗА ДЕЙСТВИТЕЛЬНОЕ?

Глобализация — это явление, которое стало для всех нас обычным образом жизни. Вот почему все более очевидными становятся постулаты общих международных биоэтических стандартов, которые бы соответствовали глобализованному восприятию современного мира [1, 7]. В течение нескольких лет общие международные руководящие принципы в области биоэтики поддерживали представители нескольких сообществ: врачи, исследователи и политики. Часто утверждается, что в условиях прогрессирующей глобализации мира, такие общие руководящие принципы могут предложить единый набор правил для исследований и практики, который может быть выражен как этический минимум.

Обязательные правила, безусловно, отвечают нашему глубокому человеческому стремлению к аксиомам — к стабильности, к основам, и отражаются как на личной жизни, так и на профессиональной карьере. В практической медицине и в научных исследованиях такая потребность является результатом регулярных, ежедневных решений, которые часто приходится принимать под давлением времени и обстоятельств. Биоэтические рекомендации могут дать нам относительно простые ответы о том, как мы должны вести себя в ситуациях морального конфликта. Тем не менее, остаются важные вопросы: Что должно быть основой для этих руководящих принципов? Возможно ли внедрение международных биоэтических стандартов?

События недавней истории дают довольно пессимистическую картину в этом отношении. 4 апреля 1997 года в рамках Совета Европы была принята «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины» (так называемая «Конвенция Овьедо»). Эта Конвенция была, в частности, первым

pllicable to all societies, everywhere and at all times. Rather, historical viewpoints could provide us with, at least partial, answers to several modern debates. More than a few of the above-mentioned problems are modern in their manifestation but they are not new. Some of these conflicts — at least in their essential core — reach back to Antiquity and refer to the central normative points of the ethical competence. Historical context can offer a universal ethical background on which modern bioethical conflicts can individually be resolved or at least a common standpoint on the issues can be proposed [21].

BIOETHICAL STANDARDS IN A GLOBALIZED WORLD — REALITY OR A WISFUL THINKING?

Globalization is a phenomenon that became for all of us a normal point of life. That is why, more and more visible are postulates for common international bioethical standards that would comply with the globalized perception of the modern world [1, 7]. For several years now, common international guidelines in bioethics were advocated by representatives of several communities: doctors, researchers and politicians. It has been often argued that when faced with advancing globalization of the world, such common guidelines could offer a joint set of rules for research and practice, which could be expressed as an ethical minimum.

Binding rules certainly respond to our deep anthropological desire for axioms: for stability, foundations and focus as well in private life as in professional career. In medicine and in research, such need results from frequent, daily decisions that have to be taken often under pressure of time and circumstances. Bioethical guidelines could provide us with relatively straightforward answers on how should we behave in situations of moral conflict. However, the important questions remain: What should be the foundation for these guidelines? Is introduction of international bioethical standards even conceivable?

Evidence from the recent history provides rather pessimistic picture in this respect. On April 4th 1997, within the framework of the Council of Europe, “The Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine” (so-called “The Oviedo Convention”) was signed. This Convention was

многосторонним документом, полностью посвященным биоправу. Ее цель — защитить человеческое достоинство и запретить злоупотребления инновациями в биомедицине. Несомненно, что основной посылкой этого документа была возможность создания минимальных общих биоэтических стандартов для международного сообщества. Тем не менее, даже спустя двадцать лет после подписания Конвенции, некоторые государства все еще не ратифицировали ее. Примером затруднений в поиске общей международной позиции является тот факт, что Германия отказала в ратификации из-за чрезмерной либеральности Конвенции, тогда как в Великобритании ее сочли слишком ограничительной. С этой точки зрения фундаментальный вопрос заключается в следующем: Желательно ли в самом деле соединить так много этических подходов в очень общие заявления, предполагающие некий европейский консенсус [29]?

ЭТИЧЕСКИЕ КОНФЛИКТЫ ОТНОСИТЕЛЬНО НАЧАЛА ЖИЗНИ

Чтобы дополнительно проиллюстрировать сложность введения общих биоэтических стандартов, давайте рассмотрим несколько этических конфликтов в Германии. Одним из наиболее противоречивых вопросов является проблема начала жизни и аборта [17]. В ее основе лежит этическая дискуссия о том, является ли плод человеком и когда он им становится. Различные позиции, начиная с христианской (католической) точки зрения, включая аргумент об автономии женщины, и вплоть до либеральных взглядов по этому вопросу, представляют сильно поляризованные мнения. В Германии аборт является уголовным преступлением, однако определенные «правила крайнего срока» («Fristenregelungen») предусматривают исключения. Аборт не подлежит наказанию в течение первых двенадцати недель, если беременные женщины принимали участие в так называемой «консультации по конфликтной беременности». Это правило стало результатом компромисса между сторонниками и противниками закона о либерализации абортов; все же оно на несколько десятилетий глубоко поляризовало германское общество.

Подобные же конфликты возникают по вопросам исследования эмбриональных стволовых клеток. В настоящее время возможность терапевтического использования стволовых клеток человека все еще требует создания и возможной элиминации эмбрионов человека [16]. Однако принципы человеческого достоинства и права человека на жизнь запрещают — без исключения — преднамеренное убийство людей. Поэтому вопрос о приемлемости исследований эмбриональ-

ноably the first multilateral instrument entirely devoted to biolaw. Its aim is to protect human dignity and to prohibit the misuse of innovations in biomedicine. It was precisely the basic premise of this document that minimum common bioethical standards for international community can be created. Yet, even twenty years after the Convention was signed, several states still have not ratified the document. The challenge in finding the common international position can be expressed by the fact that whereas Germany withheld ratification on the ground that the Convention is too permissive, in the United Kingdom the Convention was considered too restrictive. In this perspective, a fundamental question is: Is it really desirable that so many ethical approaches are brought together in very general statements, suggesting some kind of European consensus [29]?

ETHICAL CONFLICTS AT THE BEGINNING OF LIFE

To further illustrate the difficulty in introducing common bioethical standards, let us look into a few ethical conflicts in Germany. One of the most controversial issues is the question of the beginning of life and abortion [17]. At the very core of this problem stands the ethical debate whether a fetus is — and when it becomes — a human being. Various positions, from the Christian or Catholic point of view, through the argument of women's autonomy, to the liberal positions on the issue provide highly polarized perspectives. In Germany, abortion is a criminal offence; however, several “deadline regulations” („Fristenregelungen“) provide exemptions. Abortion is not punishable during the first twelve weeks if the pregnant women took part in a so-called “pregnancy conflict consultation”. This regulation was the result of a compromise between the proponents and opponents of liberalization of the abortion law; yet, for several decades, it deeply polarized German society.

Similar conflicts emerge on the issues of embryonal stem cell research. Currently, the possibility of the therapeutic use of human stem cell still requires creation and possible elimination of human embryos [16]. However, the principles of the human dignity and the human right to live forbid — without exception — intentional killing of people. Insofar, the question of admissibility of the embryonal stem cell research is conditioned by our understanding of an embryo, from the moment of fertilization,

ных стволовых клеток обусловлен нашим пониманием эмбриона с момента оплодотворения как человека, наделенного правами и достоинством человека. Как и в отношении аборта, непримиримые философские, религиозные и биологические позиции сталкиваются в этой проблеме.

КОНЕЦ ЖИЗНИ — ЕЩЕ ОДНА ОБЛАСТЬ ЭТИКО-МЕДИЦИНСКИХ ДИСКУССИЙ

Умирание и смерть — пограничные ситуации в профессии врача. В его или ее обязанности входит как помощь в обеспечении хорошей жизни пациента (*ars vivendi*), так и забота о хорошей и достойной смерти (*ars moriendi*). Как, однако, эти принципы связаны с проблемой эвтаназии и помощи в самоубийстве? Вот уже немало лет этот вопрос вызывает множество противоречий и споров [2, 13]. Германская медицинская ассоциация твердо придерживается позиции, что эвтаназия несовместима с принципами врачебной этики. Тем не менее в германском медицинском сообществе есть и противоположные взгляды. По их мнению, врачи должны помочь пациентам с прогрессирующим неизлечимым заболеванием совершить самоубийство. Этот аргумент основывается на презумпции автономии пациентов и их права определять время своей смерти. Более того, врачи в высшей степени подходят для оказания такой помощи своим пациентам — в основном, за счет облегчения ненужной боли в этом процессе.

Как мы видим, в этой очень сложной теме нельзя дать простых ответов. Кроме того, еще один уровень осложнений связан с историей Германии [22, 23]. Ее прошлое, особенно практика эвтаназии во времена национал-социализма, являются важнейшими причинами абсолютного запрета убийства пациентов. С 1939 по 1941 год в ходе так называемой «Акции Т4» психически больных и инвалидов систематически депортировали и убивали. Некоторые из жертв были детьми. И после 1941 года в некоторых психиатрических учреждениях продолжались децентрализованные убийства пациентов другими методами — путем злоупотребления медикаментами или халатности. Под идеологическим прикрытием «очистки здорового национального организма от нежелательных, больных частей тела» врачи, которым доверяли организацию этой операции, решали, каких пациентов следует истреблять. Эта темная глава в истории Германии и человечества привела к созданию Нюрнбергского кодекса в 1947 году и Женевской декларации в 1948 году [31].

Имея в виду эти примеры, мы можем ясно видеть, насколько глубоко исторический и социальный контексты влияют на современные дискуссии

as a human being provided with human rights and dignity. Similarly as in the question of abortion, irreconcilable philosophical, religious and biological positions stand in opposition on this issue.

LIFE'S END — A FURTHER FIELD OF ETHICO-MEDICAL CONTENTION

Dying and death are the border situations of the doctor's profession. A physician has in her or his responsibility both to aid in providing a good life for patient (*ars vivendi*) as well as to attend to patient's good and dignified death (*ars moriendi*). However, how these principles relate to the issue of euthanasia and assisted suicide? For several years now, this question stirs up many controversies and debates [2, 13]. German Medical Association stands firmly on the position that euthanasia is not reconcilable with the principles of physician's ethos. Nevertheless, there are factions within German medical profession with opposite opinion. According to them, doctors should help patients with advanced incurable illness to commit suicide. This argument rests on the presumption of the autonomy of the patients and their right to determine the time of death. Moreover, physicians are in high degree suited to provide such aid to their patients — mostly through easing the unnecessary pain in the process.

As we see, no simple answers can be given in this highly complex topic. In addition, another layer of the complexity is provided by the German history [22, 23]. The German past, especially the practice of euthanasia during the time of National Socialism, are the central reasons for the absolute prohibition of killing of patients. From 1939 to 1941, in the course of so-called "Action T4", mentally ill and disabled persons were systematically deported and killed. Some of the victims were children. After 1941, in several psychiatric institutions, decentralized killing of the patients with other methods — through misuse of medicaments or negligence — continued. Under the ideological cover of "cleaning the healthy national body out of unwanted, ill limbs", physicians trusted with organization of this operation decided which patients were to be exterminated. This dark chapter in the German and human history led to creation of the Nuremberg Code in 1947 and the Declaration of Geneva in 1948 [31].

With these examples in mind, we can clearly see how deeply the historical and social contexts influence the current debate on the com-

о сложных биоэтических конфликтах. В Германии часто говорят об особой ответственности этики в медицине — именно из-за национал-социалистического прошлого, особенно в психиатрии [4, 14, 26, 28]. С духовной точки зрения большинство религий категорически отвергает активную эвтаназию или помощь в самоубийстве, и эта позиция неоднократно отстаивалась католической, протестантской и мусульманской этикой¹ [6, 9]. Тем не менее проблема облегчения страданий путем прекращения лечения все еще требует особого внимания.

В ПОИСКАХ ОБЩЕГО БИОЭТИЧЕСКОГО КОНТЕКСТА

Эти примеры доказывают важный момент: этику в медицине и в биологических науках нельзя понять вне контекста. Она должна обсуждаться в контексте, причем как в исторической, так и в современной перспективе. Поэтому сомнительно, сможем ли мы найти объединяющие международные руководящие принципы. Будет трудно найти такой общий медико-этический знаменатель, который мог бы дать глобальную перспективу. Конкретные культурные и нормативные обстоятельства просто слишком сложны, а контекстуальные различия слишком велики, чтобы достичь единой глобальной позиции.

Теперь некоторые критики могли бы утверждать, что эта точка зрения чрезмерно пессимистична и исключает любую возможность найти общую биоэтическую основу. Мой ответ на этот вопрос заключается в том, что основное понимание можно найти в общих культурных корнях, которые уходят в прошлое до античности [10]. Важными ориентирами в этой связи, без сомнения, являются история, литература и искусство. Они дают нам, особенно в европейской перспективе, общие контуры, корни и нити.

Неслучайно имя Гиппократов находится в центре обсуждения общих биоэтических стандартов [8, 25]. В конце концов, клятва, названная в его честь, стоит в начале традиции кодификации этики и служит ориентиром для врачей. Целая традиция связана с именем Гиппократов и хранится в собрании произведений — *Corpus Hippocraticum*. Удивительным фактом является то, что в наше время клятве Гиппократов уделяется так много внимания, что она даже считается фундаментальным законом современной этики. Современная версия клятвы Гиппократов, заново сформулированная в Женевской декларации 1948 года, образует преамбулу профессиональных кодексов поведения во многих странах. Нас могут

plex bioethical conflicts. In Germany, one often speaks about the special responsibility of ethics in medicine — precisely because of the national-socialist past, especially in psychiatry [4, 14, 26, 28]. Regarded from the spiritual perspective, most religious beliefs strongly reject active euthanasia or assisted suicide and this position has been repeatedly maintained in the Catholic, Protestant and Muslim ethics [6, 9]. Yet, the problem of alleviating the suffering through discontinuation of the therapy still requires special attention.

IN SEARCH FOR COMMON BIOETHICAL CONTEXT

These examples prove an important point: Ethics in medicine and in biosciences cannot be understood outside of a context. It has to be contextualized and discussed in both historical and current perspective. Therefore, it is doubtful, whether we could find unifying international guidelines. It will be difficult to find such a common medico-ethical denominator that could allow a global perspective. Specific cultural and normative circumstances are simply too complex and contextual differences much too wide to achieve a unified global position.

Now, some critics could argue that this view provides is overly pessimistic and excludes any possibility of finding a common bioethical ground. My answer to this is that a basic understanding can be found in the common cultural roots that reach past to Antiquity [10]. Important points of reference in this connection are, without any doubt, history, literature and the arts. They provide us, especially in the European perspective, with common contours, roots and threads.

It is not by accident that the name of Hippocrates is at the center of the discussion about common bioethical standards [8, 25]. After all, the Oath named after him stands at the beginning of a tradition of ethical codification and serves as a point of reference for doctors. A whole tradition is related to the name of Hippocrates and is preserved in a collection of work — the *Corpus Hippocraticum*. An astonishing fact about the Hippocratic Oath is that so much attention is paid to it in the modern times — it is even considered as the fundamental law of modern ethics. A modern version of the Hippocratic Oath, newly formulated in the Declaration of Geneva in 1948, forms a preamble on the professional codes of conduct in many countries. This may astonish when we realize that the Oath had only a

1 Эту позицию разделяет и православная церковь.
[Прим. перев.]

удивить сведения о том, что в древности Клятва имела лишь ограниченное значение. Некоторые античные авторы ссылаются на *Corpus Hippocraticum* как источник этических принципов в медицине [20]; тем не менее, содержащиеся в нем сочинения не были основой для универсальных правил поведения врачей в древнем мире [3]. С одной стороны, не было профессионального сообщества практикующих врачей, которым могла быть адресована Клятва. Врачи были мастерами (квалифицированными специалистами), которые обучались искусству исцеления (*iatrike techne*) у своих учителей. Не существовало обязательных правил обучения. С другой стороны, еще не пришло время для морализации медицины. Эта тенденция распознается только в средние века, когда клятва была адаптирована в иудейском, христианском и исламском контексте именно благодаря ее четким моральным позициям по вопросам абортов, эвтаназии и хирургии.

Несмотря на то, что Клятва является документом своего времени, ясно видно, что в ней содержатся основные и вечные требования к обязательствам, которые берет на себя врач: врач должен защищать жизнь, хранить тайны, не вредить пациентам, отдавать приоритет благу пациента, уважать человеческое достоинство больных и быть достойным их доверия. Будучи врачом, он должен обладать профессиональной компетентностью и добросовестностью. В этом контексте наследие Гиппократов содержит прочные правила и ценности, представляет многовековую традицию медицинского этоса и создает образец врача.

Клятва содержит очень строгие предписания насчет спорных вопросов жизни и смерти в медицинской профессии. Согласно ей, врачу запрещается проводить аборт или эвтаназию, и он должен использовать свои навыки только на благо пациента. Эти предписания покажутся необычными, если мы рассмотрим античную перспективу, когда возникли труды Гиппократов. Например, и Платон, и Аристотель рекомендуют аборт и эвтаназию в качестве инструментов контроля численности населения. Клятва Гиппократов явно противоречит этому мнению и говорит, что каждая жизнь, и здоровая, и больная, деформированная или в идеальной форме, заслуживает защиты. Согласно Клятве, врач не только не должен любыми своими действиями причинять вред пациенту, но и не может давать какие-либо советы, способные привести к такому же результату. Этот принцип относится к вопросу о помощи в самоубийстве и четко запрещает даже косвенные действия, которые могут привести к смерти пациента.

Как мы видим, Клятва Гиппократов, хотя ей уже почти 2500 лет, дает нам четкие ориентиры, способные помочь нам советом в некоторых совре-

limited significance in Antiquity. Some antique authors refer to the *Corpus Hippocraticum* as a source of ethical principles in medicine [20]; yet, the writings contained in the *Corpus Hippocraticum* were not a basis for universal rules of conduct for doctors in the ancient world [3]. On the one hand, there was no professional body of medical practitioners to whom the Oath could have been addressed. Doctors were craftsmen (skilled specialists) who learned the craft of healing (*iatrike techne*) from their masters. There were no binding training rules. On the other hand, the time was not ripe for a moralization of medicine. This tendency is only recognizable in the Middle Ages, when the Oath was adapted in a Jewish, Christian and Islamic context, precisely because of its clear moral positions on questions of abortion, euthanasia and surgery.

Even though the Oath is a time-bound document, it is clearly visible that it contains the basic and timeless demands of medical self-commitment: a physician should protect life, keep secrets, do not harm the patients, give priority to the well-being of patients, respect the human dignity of the ill and be trustworthy. As a doctor, he should be characterized by professional competence and conscientiousness. In this context, the heritage of Hippocrates contains lasting rules and values, presents the centuries-long tradition of the medical ethos and establishes an identity for physicians.

The Oath holds very strict prescriptions on the conflicts of life and death in the medical profession. According to it, the physician is prohibited from conducting abortion or euthanasia and should use his skills only for the good of the patient. These prescriptions are extraordinary if we regard the antique perspective in which the Hippocratic writings emerged. For example, both Plato and Aristotle recommend abortion and euthanasia as instruments for controlling the number of population. The Hippocratic Oath clearly breaks with this opinion and says that every life, both healthy and sick, deformed or in perfect shape, is worth protecting. According to the Oath, the physician neither shall act in any manner that could cause harm to patient nor shall he provide any instruction to the same effect. This guideline relates to the question of assisted suicide and clearly forbids even an indirect action that could lead to patient's demise.

As we can see, the Hippocratic Oath provides us with clear guidelines that, although almost 2500 years old, could counsel us in some mod-

менных этических конфликтах. Вплоть до сегодняшнего дня Клятва Гиппократов несет в себе огромный гуманистический смысл, который Скрибоний Ларг² сформулировал в своем комментарии к Клятве Гиппократов: «Медицина — это наука исцеления, а не наука вреда» [20].

Конечно, можно утверждать, что Клятва Гиппократов и Женевская декларация не имеют вообще никакого юридического значения, поскольку не являются законодательно обязательными актами. Но это не проблема. Кто бы мог всерьез приписать такую функцию Клятве? На карту поставлено гораздо большее, а именно важнейшие нормативные ориентиры для наших действий как людей в целом, так и исследователей и практикующих врачей в частности. Насколько мы видим, именно эти нормативные положения представлены в классических традициях этики и медицины.

ВЫВОДЫ

В заключение давайте вернемся к вопросам, которые были заданы в начале этого эссе. Можем ли мы создать международный «свод правил» для биоэтических конфликтов? Являются ли ответы на спорные вопросы биоэтики одинаковыми для всех обществ, везде и всегда? Сложность современных биоэтических конфликтов делает практически невозможным их единое, общее и прямое разрешение. Каждое общество в разные моменты времени имеет различные этические принципы, которые вытекают из его конкретных культурного, исторического, социального и политического контекстов. В этом отношении возвращение клятвы Гиппократов может дать современности ценные уроки. Эти профессиональные этические принципы могут поддержать решения вопросов совести. Нынешние биоэтические конфликты многочисленны и современны по своему проявлению, но не все они являются новыми. Скорее, биоэтические дискуссии по этим дилеммам связаны с контекстом и имеют древние корни, которые, как показывают мои соображения, восходят к античности.

Следовательно, необходимо чуткое восприятие современных проблем биоэтики на основе хорошей осведомленности и развитой способности к рефлексии, которое не может игнорировать историю и текущий контекст. В Германии дискуссии о стволовых клетках, эвтаназии или аборте вряд ли можно себе представить без исторической контекстуализации. Эта аргументация выступает категорически

modern ethical conflicts. Right to this day, the Hippocratic Oath carries an enormous sense for humanity that was stated by Scribonius Largus, in his commentary to the Hippocratic Oath: “Medicine is the science of healing, not the science of harming!” [20, note 22, p. 7 f.].

Of course, one could argue that the Hippocratic Oath and the Geneva Declaration have no legal significance at all because they are not legally binding acts. But that is not the issue. Who would seriously ascribe such a function to the Oath? There is much more at stake, namely central normative reference points for our actions as human beings in general and as researchers and medical practitioners in particular. As far as we see, exactly these normative points are represented in the classical traditions of ethics and medicine.

CONCLUSION

In conclusion, let us go back to the questions that have been asked at the beginning of this essay. Can we create an international “code of rules” for bioethical conflicts? Are the answers to bioethical conflicts identical for all societies, everywhere and at all times? The complexity of the modern bioethical conflicts makes it virtually impossible to provide a single, common and straightforward resolution to them. Each society at different point in time has various ethical guidelines that arise from its specific cultural, historical, social and political contexts. In this relation, the return to the Hippocratic Oath could provide valuable lessons for the modern times. These professional ethical principles could support decisions in questions of conscience. Contemporary bioethical conflicts are numerous and modern in their manifestation but not all of them are new. Rather, the discussion in bioethics on these dilemmas is bound to contexts and has ancient roots, which — as my considerations show — go back to Antiquity.

Consequently, it has to be argued for a sensitive perception of contemporary questions of bioethics on a basis of a knowledgeable and trained reflectivity, which cannot ignore history and current context. In Germany, discussions on stem cells, euthanasia or abortion are hardly conceivable without historical contextualization. This argumentation stands firmly against an unconditional, context-free ethics in medicine and science that proposes common ethical standards for all, everywhere and at all times. It is hard to imagine a fundamental

2 Римский врач I в. н.э., автор сборника рецептов «Compositiones medicamentorum». В предисловии Ларг, ссылаясь на Гиппократов, определяет этические качества врача: милосердие и человечность. [Прим. перев.]

против безусловной, бесконтекстной этики в медицине и науке, которая предлагает общие этические стандарты для всех, везде и во все времена. Трудно представить фундаментальный анализ этических принципов без учета исторического, теологического, философского, медицинского, художественного, социального и экономического контекста. Этика в целом и биоэтика в частности могут функционировать только в богатой контекстом среде.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Клятва Гиппократ

Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигиеей и Панакеей, всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению следующую присягу и письменное обязательство.

Считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достижениями и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообщая им мои силы и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости.

Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство.

Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом.

В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всякого намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении, а также и без лечения, я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому»

analysis of ethical principles without inclusion of historical, theological, philosophical, medical, artistic, social and economic contexts. Ethics in general and bioethics in particular can only function in a context-rich environment.

ANNEX

Hippocratic Oath [30]

(1) I swear by Apollo Physician and Asclepius and Hygieia and Panacea and all the gods and goddesses, making them my witnesses, that I will fulfil according to my ability and judgment this oath and this covenant:

(2) To hold him who has taught me this art as equal to my parents and to live my life in partnership with him, and if he is in need of money to give him a share of mine, and to regard his offspring as equal to my brothers in male lineage and to teach them this art — if they desire to learn it — without fee and covenant; to give a share of precepts and oral instruction and all the other learning to my sons and to the sons of him who has instructed me and to pupils who have signed the covenant and have taken an oath according to the medical law, but no one else.

(3) I will apply dietetic measures for the benefit of the sick according to my ability and judgment; I will keep them from harm and injustice.

(4) I will neither give a deadly drug to anybody who asked for it, nor will I make a suggestion to this effect. Similarly, I will not give to a woman an abortive remedy.

(5) In purity and holiness I will guard my life and my art.

(6) I will not use the knife, not even on sufferers from stone, but will withdraw in favor of such men as are engaged in this work.

(7) Whatever houses I may visit, I will come for the benefit of the sick, remaining free of all intentional injustice, of all mischief and in particular of sexual relations with both female and male persons, be they free or slaves.

(8) What I may see or hear in the course of the treatment or even outside of the treatment in regard to the life of men, which on no account one must spread abroad, I will keep to myself, holding such things shameful to be spoken about.

(9) If I fulfil this oath and do not violate it, may it be granted to me to enjoy life and art, being honored with fame among all men for all time to come; if I transgress it and swear falsely, may the opposite of all this be my lot.

Всемирная медицинская ассоциация: Женевская декларация. Обещание врача

(с изменениями, внесенными 68-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Чикаго, США, 2017)

Вступая в ряды медицинского сообщества:

- я торжественно обещаю посвятить жизнь служению человечеству;
- здоровье и благополучие моего пациента будет моей первой заботой;
- я буду уважать автономию и достоинство моего пациента;
- я буду поддерживать максимальное уважение к человеческой жизни;
- я не допущу, чтобы соображения возраста, болезни или инвалидности, вероисповедания, этнического происхождения, пола, национальности, политической принадлежности, расы, сексуальной ориентации, социального положения или любые другие факторы встали между моим долгом и моим пациентом;
- я буду уважать доверенные мне тайны, даже после смерти пациента;
- я буду осуществлять профессиональную деятельность добросовестно и достойно, в соответствии с надлежащей медицинской практикой;
- я буду поддерживать честь и благородные традиции медицинской профессии;
- я воздам своим учителям, коллегам и ученикам заслуженные уважение и благодарность;
- я буду делиться своими медицинскими познаниями для блага пациента и развития медицинской помощи;
- я буду заботиться о своем здоровье, благополучии и способностях, чтобы обеспечивать медицинскую помощь на самом высоком уровне;
- я не буду использовать свои медицинские знания для нарушения прав человека и гражданских свобод, даже под угрозой.

Я принимаю эти обязательства торжественно, свободно и с честью.

Присяга врача Советского Союза (1983)

Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь:

- все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболевания, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества;
- быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну;
- постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;

World medical association: declaration of Geneva

amended by the 68th WMA General Assembly, Chicago, United States, 2017

The Physician's Pledge

As a member of the medical profession:

I solemnly pledge to dedicate my life to the service of humanity;

The health and well-being of my patient will be my first consideration;

I will respect the autonomy and dignity of my patient;

I will maintain the utmost respect for human life;

I will not permit considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing or any other factor to intervene between my duty and my patient;

I will respect the secrets that are confided in me, even after the patient has died;

I will practice my profession with conscience and dignity and in accordance with good medical practice;

I will foster the honor and noble traditions of the medical profession;

I will give to my teachers, colleagues, and students the respect and gratitude that is their due;

I will share my medical knowledge for the benefit of the patient and the advancement of healthcare;

I will attend to my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard;

I will not use my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat;

I make these promises solemnly, freely, and upon my honor.

Physician's Oath of the Soviet Union (1983)

On receiving the high title of physician and embarking upon my duties in the field of medicine, I solemnly swear:

- to devote all my knowledge and strength to the improvement of human health and to the treatment and prevention of diseases, and to work conscientiously wherever the interests of society make it necessary;
- to be always ready to administer medical aid, to show attentive concern for the patient, to keep medical secrets;
- to improve constantly my medical knowledge and professional skills, to promote the

- обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;
- беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали;
- сознавая опасность, которую представляет собой ядерное оружие для человечества, неустанно бороться за мир, за предотвращение ядерной войны;
- всегда помнить о высоком призвании советского врача, об ответственности перед Народом и Советским государством.

Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь.

Клятва врача (Россия, 2013)

Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

- честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;
- быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;
- проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;
- хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;
- доброжелательно относиться к коллегам, обращаться с ним за помощью и советом, если этого требуют интересы пациента, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;
- постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины.

development of medical science and practice by my work;

- to turn to my comrades in the profession if the interests of the patient call for this, and never to refuse my comrades my help and advice when they ask it;
- to treasure and develop the noble traditions of Russian medicine, to be guided in all my actions by the principles of Communist morals, to bear always in mind the high calling of a Soviet physician, and to be aware of my responsibility to the People and to the Soviet State;
- and, being aware of the danger of nuclear weapons to mankind, to fight consistently for peace, and for the prevention of nuclear war.

I promise to be faithful to this oath all my life.

Physician's Oath (Russia, 2013)

On receiving the high title of doctor and starting my professional career, I solemnly swear:

- to fulfill honestly my medical duty, to devote my knowledge and skills to the prevention and treatment of diseases, preservation and strengthening of human health;
- to be always ready to provide medical care, to keep medical confidentiality, to treat patients attentively and carefully, to act exclusively in patient's interests, regardless of gender, race, nationality, language, origin, property and official status, place of residence, attitude to religion, beliefs, affiliation to public associations, as well as other circumstances;
- to keep the highest respect for human life, never use euthanasia;
- to keep gratitude and respect for my teachers, to be demanding and fair to my students, contribute to their professional growth;
- to treat my colleagues kindly, to ask them for help and advice if the patient's interests require it, and never refuse help and advice to colleagues;
- to constantly improve my professional skills, to preserve and develop the noble traditions of medicine.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Biller-Andorno N., Schaber P., Schulz-Bades A. (Eds.): Gibt es eine universale Bioethik? Paderborn: Mentis; 2008.

2. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt. 2011; 108: A346 — A348

3. Carrick P. Medical Ethics in the Ancient World. Washington: Georgetown University Press; 2001.
4. Dudeck M., Steger F. (Eds.) Ethik in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2018.
5. Düwell M. Bioethik: Methoden, Theorien und Bereiche. Stuttgart: Verlag J.B. Metzler; 2008.
6. Eich T. Islam und Bioethik: Eine kritische Analyse der modernen Diskussionen im islamischen Recht. Wiesbaden: Reichert; 2005.
7. Ernst G., Sellmaier S. (Eds.) Universelle Menschenrechte und partikuläre Moral. Stuttgart: Kohlhammer; 2010.
8. Flashar H. Hippokrates: Meister der Heilkunst. München: C.H.Beck; 2016.
9. Frewer A., Eickhoff C. (Eds.) „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte: Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt am Main, New York: Campus; 2000.
10. Grmek M. D. (Ed.) Die Geschichte medizinischen Denkens: Antike und Mittelalter. München: C.H.Beck; 1996.
11. Joerden J. C. Menschenleben: Ethische Grund- und Grenzfragen des Medizinrechts. Stuttgart: F. Steiner Verlag; 2003.
12. Joerden J. C., Hilgendorf E., Thiele F. (Eds.) Menschenwürde und Medizin: Ein interdisziplinäres Handbuch. Berlin; 2013 [2nd ed. in preparation].
13. Jünger S., Schneider N., Wiese B., Vollmann J., Schildmann J. Palliativversorgung und Sterbehilfe. In: Böcken J., Braun B., Meierjürgen R. (Eds.) Gesundheitsmonitor 2016. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2016: 253–275.
14. Kaniowski A. M., Steger F. (Eds.) Antoni Kępiński (1981–1972): Philosophie und Psychiatrie. Acta Universitas Lodziensis: Folia philosophica: Ethica — Aesthetica — Practica; 2016; 28.
15. Knoepffler N., Daumann F. Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Freiburg, München: Verlag K. Alber; 2017.
16. Lo B., Parham L. Ethical Issues in Stem Cell Research. Endocrine Reviews. 2009; 30: 204–213.
17. Orzechowski M., Schochow M., Steger F. Current ethical, legal, and social aspects of genetic prenatal diagnostics in Poland and Germany. Jahrbuch für Recht und Ethik. 2018; 36: 455–471.
18. Platzer J., Kröll W. (Eds.) Gerechte Medizin? Analysen und Impulse aus Theorie und Praxis. Baden-Baden: Nomos; 2018.
19. Schramme T. Bioethik. Frankfurt am Main, New York: Campus; 2002.
20. Scribonius Largus Der gute Arzt: Compositiones. Zweisprachige Ausgabe. Übersetzt und herausgegeben von K. Brodersen. Wiesbaden: Verlagshaus Römerweg; 2016.
21. Steger F. Das Erbe des Hippokrates: Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2008.
22. Steger F. GTE Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011: 70–77
23. Steger F. Günzburg State Hospital and the “Aktion T4” — a systematic review. Neurology, Psychiatry and Brain Research. 2016; 22: 40–45.
24. Steger F. (Ed.): Medizin und Technik: Risiken und Folgen technologischen Fortschritts. Paderborn: Mentis; 2013.
25. Steger F. Yesterday's ethics in contemporary medicine — is it still of concern? Prague Medical Report. 2011; 112: 159–167.
26. Steger F., Brunner J. (Eds.) Ethik in der psychotherapeutischen Praxis: Integrativ — fallorientiert — wertplural. Stuttgart: Kohlhammer; 2020.
27. Steger F., Joerden J. C., Kaniowski A. M. (Eds.): Ethik in der Pränatalen Medizin: Studien zur Ethik in Ostmitteleuropa: Bd. 17. Frankfurt am Main: P. Lang; 2016.
28. Steger F., Joerden J. C., Kaniowski A. M. (Eds.) Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie: Studien zur Ethik in Ostmitteleuropa: Bd. 17. Frankfurt am Main: P. Lang; 2016.
29. ten Have H. Introduction. In: ten Have H., Gordijn B. (Eds.) Bioethics in a European perspective. Dordrecht, Boston, London: Springer; 2001: 1–11.
30. The Hippocratic Oath: Text, Translation, and Interpretation. Translation from the Greek by Edelstein L. Baltimore; 1943.
31. Tröhler U., Reiter-Theil S. (Eds.) Ethik und Medizin 1947–1997: Was leistet die Kodifizierung von Ethik? Göttingen: Wallstein; 1997.

HISTORY OF MEDICINE

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

УДК

ВЗГЛЯДЫ НА РЕБЕНКА, ЕГО ПРАВА И ЗАЩИТУ ОТ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ В ДРЕВНЕМ МИРЕ

© Галина Львовна Микиртичан, Ольга Александровна Джарман

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. 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

РЕЗЮМЕ: Одной из самых острых и актуальных проблем современности является жестокое обращение с детьми, которому уделяется значительное внимание со стороны государства и общества, педагогов, медиков, социальных работников и юристов. Однако такие феномены как насилие над ребенком и жестокое обращение с ним существовали во все исторические эпохи, они были глубоко укоренены в культурной и религиозной истории. В статье на основании различных источников (письменных, вещественных, этнографических и др.), анализируется состояние данной проблемы в Древнем мире. Особое внимание уделено древнейшим цивилизациям — Месопотамии, Египту, Израилю, а также Китаю и Индии. Прослежены такие формы насилия как инфантицид, оставление ребенка на произвол судьбы, жертвоприношения, физические наказания, сексуальное насилие, тяжелый труд, насилие, связанное с военными конфликтами, пренебрежение нуждами ребенка, каждая из которых сопровождается психологическим и эмоциональным насилием. Во многих культурах было распространено калечение по религиозным, медицинским, косметическим или экономическим причинам. Жестокость по отношению к ребенку детерминировалась условиями и образом жизни того или иного народа, дефицитом средств существования, обязательностью соблюдения обрядов, представлениями о ценности ребенка как члена социума. Жестокое обращение дети испытывали, прежде всего, в семье, ничем не ограниченная власть отца была характерна для всех древних цивилизаций. Типичной также была двойственность отношения к ребенку, что определяло характер семейных правоотношений, обычаев принятия ребенка, стиля воспитания. Так, убийство новорожденных было формой контроля над рождаемостью, методом избавления от недоношенных, слабых, или детей с видимыми дефектами развития, вообще нежеланных или тех, кого родители не могли обеспечить. Сравнительный анализ бытования форм насилия над ребенком в различных цивилизациях дает основание считать, что более бережное отношение к детям было в Древнем Египте, что обуславливается высокой ценностью ребенка и его статусом, близком к сакральному.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: жестокое обращение; статус несовершеннолетних; детоубийство; оставление на произвол судьбы, Древний мир.

CHILD IN THE ANCIENT WORLD: PERSPECTIVE, RIGHTS AND PROTECTION FROM ABUSE

© Galina L. Mikirtichan, Olga A. Jarman

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

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

ABSTRACT: Child abuse is one of the most challenging issues nowadays, which is in the focus of attention of the state, community, teachers, doctors, social workers and lawyers. However, the phenomenon of child abuse existed in all periods of human history, being deeply rooted in cultural and religious history. The article is analyzing this problem in the Ancient World in the light of different evidence (literary, archeological, ethnographical etc.). The main ancient civilizations — Mesopotamia, Ancient Egypt, Ancient Israel, as well as China and India. Such type of violence as infanticide, abandonment, child sacrifice as well as corporal punishment, sexual abuse, hard work, violence in war conflicts child neglect with following psychological and emotional violence were looked upon. Mutilation based on religious, medical, cosmetic and economic reasons was widespread in many cultures. The violence towards the child in different nations was determined by their life style and conditions, deficiency of resources, obligatory rites, ideas of value of the child as a member of society. Domestic violence prevailed: unlimited power of the father was the feature of all ancient civilizations. The ambivalence of treating of the child was also typical, which determined the character of family relationship, rites of child recognition and type of education. For example, infanticide of newborn children was a form of the birth control, a way of disposing premature born, weak and handicapped children as well as generally unwanted children that parents could not afford to have. The comparative study of the forms of abuse present in ancient civilizations shows the most considerate attitude towards children was in Ancient Egypt where the status of the child was close to the sacral one.

KEY WORDS: child abuse; status of minors; infanticide; abandonment; Ancient World.

Жестокое обращение с детьми может быть определено как действие — любая форма физического, эмоционального, психологического и (или) сексуального акта с элементами жестокости, а также бездействие — отсутствие заботы или пренебрежение интересами и нуждами ребенка со стороны родителей, воспитателей и других лиц, которое влечет причинение ущерба физическому или психическому здоровью ребенка [5, 6]. Жестокое обращение с детьми — проблема актуальная не только для современности. Исследователи, предпринимавшие попытки проследить историю жестокого обращения с детьми, согласны с утверждением, что такие феномены как насилие над ребенком и жестокое обращение с ним глубоко укоренены в культурной и религиозной истории, причем не зависимо к какому социальному слою принадлежит ребенок [44].

Отношение к ребенку в семье и в обществе на протяжении различных этапов истории зависело от меняющихся социальных, экономических, культурно-мировоззренческих оснований и детерминант, определяющих представления о ценности ребенка как члена общества и той социальной роли, которую взрослые отводили в нем ребенку, а также от преобладания в обществе тех или иных правовых и моральных принципов. Это, в свою очередь, определяло характер семейных правоотношений, обычаев принятия ребенка семьей, стиля воспитания [14].

Первым социальным институтом для ребенка является семья, которая должна защищать его от всех невзгод, но именно здесь он чаще

всего подвергается жестокому обращению. На протяжении тысячелетий родительская власть над детьми ничем не ограничивалась и вопрос о преступлениях родителей против детей не поднимался.

В нашем исследовании мы делаем попытку, используя различные источники (письменные, вещественные, этнографические и др.), рассмотреть состояние проблемы жестокого обращения с ребенком в разные эпохи. Данное соображение посвящено преимущественно странам Древнего Ближнего Востока и Древнему Египту, на примере которых проанализированы такие формы жестокого обращения с детьми как инфантицид и оставление на произвол судьбы, жертвоприношение, физические наказания, сексуальное насилие, тяжелый труд, насилие во время вооруженных конфликтов, пренебрежение нуждами ребенка. Любая форма насилия сопровождается насилием эмоциональным, является психической травмой, негативно влияет на личность и психику ребенка.

Одной из ранних форм жестокого обращения были инфантицид (убийство детей) и оставление ребенка на произвол судьбы. Эти явления были распространены во многих архаичных обществах в связи со сложными условиями жизни, дефицитом средств к существованию, частыми периодами голода и невозможностью прокормить детей, во время миграции дети представляли собой обузу, особенно слабые и больные. Все это происходило на фоне часто безразличного отношения к ребенку, а также в силу обычая.

Так, например, у племен Акха, убивали детей, рожденных с патологиями (шестипалых), близнецов [21]. У папуасов (Папуа-Новая Гвинея) ребенок не считался человеком в полном смысле слова, был для них чужим, а потому мог представлять опасность. Лишь по мере взросления ребенка отношение к нему менялось.

Ребенок долгое время не имел никаких прав, в том числе права на жизнь, которое могло быть даровано ритуалом, а могло и не быть [26]. Убийство новорожденных с явного или подразумеваемого согласия родителей и общества — было формой контроля над рождаемостью, способом избежать неловкости, смущения за незаконнорожденного ребенка, методом избавления от недоношенных, слабых, или детей с видимыми дефектами развития, вообще нежеланных или тех, кого родители не могли обеспечить. Одним из частых способов избавления от нежелательных детей была смерть от «заспания» — механической асфиксии (удушения) при кормлении ребенка грудью матери в постели [48].

По подсчетам этнографов, вероятность инфантицида в обществах охотников, собирателей и рыболовов была почти в 7 раз выше, чем у скотоводческих и земледельческих племен [11, 41]. Однако оседлый образ жизни и более надежная пищевая база не исключали убийства младенцев; похоронный обряд ребенка сводился к минимуму или вовсе отсутствовал [44].

С появлением цивилизаций Древнего мира маргинализация детей в обществе сохранялась. Большинство древних обществ с патриархальным укладом предоставляли отцу право жизни и смерти над своими детьми [25]. Здесь вся структура общества, отношений, ценностные системы связей внутри общества были заданы мужским родством и главенствующим местом отца. В соответствии с Законами вавилонского царя Хаммурапи (1792–1750 гг. до н.э.) отец имел право отдать детей в долговую кабалу, дочь — в жрицы или блудницы, лишит сына наследства. По древнеиндийским Законам Ману «благочестивому отцу» строго запрещалось продавать дочь при замужестве, «ибо человек, который по жадности берет вознаграждение, является продавцом своего потомства» [10]. В то же время индийцы, чтобы избавить себя от излишнего бремени, бросали сирот в реку Ганг [28]. В Древнем Китае отец мог свободно продавать детей. Китайское общество практиковало избирательное детоубийство по признаку пола, оставление слабых детей на произвол судьбы.

Многое в отношении к детям в ту далекую эпоху непонятно нам, противоречит современному взгляду на ребенка. Во всех древних обществах существовало двойственное отношение к детям. Наличие детей в семье увеличивало респектабельность супружеской пары в глазах общества, отсутствие детей было позором, тяжело переживалось обоими супругами. О детях думали еще до их зачатия, уделяли внимание периоду беременности, ее течению, рождению ребенка, наречению имени, проявляли любовь и заботу о детях, оберегали их от любых опасностей, горевали при заболевании и смерти [7].

Библия, отразившая различные социальные, политические и этические воззрения своего времени, видела в детях благословение Божье (Быт. 22:17; 32:13). Семья и домашнее хозяйство образовывали основную социальную единицу Древнего Израиля, отец имел полную власть над детьми, женами, рабами. Эта власть, однако, ограничивалась: у него не было права на казнь (Втор. 21:18–21). Деторождение по библейскому предписанию — основная цель брака. Продолжение рода было одной из высших ценностей в социальной этике древних израильтян. Однако и здесь встречаются примеры жестокого обращения.

В Древнем Египте детоубийство не совершалось ни в каких социальных группах, оно считалось бесчеловечным деянием [31, 55]. О том, что оно было запрещено в Древнем Египте законом, свидетельствует и античный автор Диодор Сицилийский. Таким образом, лишь два народа древности — египтяне и иудеи воздерживались от детоубийства [3, 19, 24].

С глубокой древности во многих странах известны примеры убийств детей — царских наследников по династическим, политическим и экономическим соображениям.

Еще одна форма убийства детей — жертвоприношение. В Месопотамии человеческие жертвоприношения были крайней редкостью и сводились к двум видам: умерщвление ближайшей свиты царя после его смерти и заместительная смерть за царя. Неизвестно в точности, приносились ли в жертву дети, однако ряд исследователей рассматривают упоминание в шумерской поэме о смерти Бильгамеса (Гильгамеша) среди его приношений в загробный мир наряду с его любимыми женами и слугами, приношение «любимого дитяти» как указание на возможность детских жертв в царских захоронениях [49]. В Вавилоне рождение уродливых детей (как и детенышей животных) рассматривалось как предзнаменования того или

иного несчастья. Такого ребенка после определенного ритуала (сооружение особой хижинки на берегу реки, алтаря для бога Шамаша, размещение новорожденного на особых очистительных растениях и после молитв об отвращении зла от родственников новорожденного ребенка), бросали в реку Евфрат, которая и должна была совершить окончательное очищение от скверны и предотвратить беду [52].

Детских жертвоприношений или ритуальных убийств древними египтянами, в отличие от соседних народов, не совершалось во все периоды истории Древнего Египта [24, 31].

Тема детских жертвоприношений в Древнем Израиле остается сложной. Близкие по языку и территории к иудеям западные семиты (финикийцы, хананеяне, а также жители Угарита, чья культура тесно была связана с иудейской) такие обычаи имели [22]. Греческий историк Диодор Сицилийский писал, что в 310 г. до н. э. жители Карфагена, чтобы спасти город от врагов, принесли в жертву 200 детей из самых знатных семей города, полагая этим утолить гнев Кроноса. Ребенок сжигался на руках бронзовой статуи божества (Biblioth. Hist. 20, 14). Кроносом Диодор называет бога Ваала. Детские жертвоприношения совершались также карфагенской богине Танит. Филон Библский, финикийский историк (ок. 50–138 н.э.), писал о древнем обычае финикийцев при большой опасности приносить самых любимых детей в жертву (фрагмент сохранен у Евсевия Кесарийского, *Præf. Ev. 1, 10*). Об этом упоминает и языческий философ-неоплатоник Порфирий. Такое жертвоприношение у пунических народов называлось «*molck*» («*mlk*», «*mulk*») [54].

Вероятно, детей до сожжения усыпляли или умерщвляли, потом пепел и кости тщательно собирали в сосуд и хоронили под стелой. В одном из захоронений в районе Карфагена с 400 до 200 гг. до н.э. обнаружено 20 тысяч урн с останками сожженных детей и молодых животных (ягненка, козленка) или птиц. Судя по надписям на стелах, финикийцы просили о той или иной милости Ваал-Хаммона или богиню Танит, обещая, в случае исполнения богом просящего, отдать ему ребенка, который будет зачат и рожден. Одна из надписей на финикийских посвященных стелах звучит: «Приношение господину Баал-Хаммону, обет, который Иднибал, сын Абдешмуна принес, жертва *molck* человека от плоти его, услышал господь глас его и благословил» [53].

Еще один яркий пример пунийских надписей на стелах над прахом детей, принесенных в жертву (г. Константина, Алжир): «Господу,

Баал Хаммону, *mulk*-жертвоприношение человеческое, обет, который Балпада, сын Магона дал. Он, Баал Хаммон, услышал его голос, он благословил его» [33]. То есть Баал Хаммон некогда услышал молитву Балпады, и он теперь принес ребенка в жертву и воздвиг стелу в благодарность.

В библейской традиции используется термин «Молох» («*mlk*» или «*molek*»), понимаемый как имя языческого подземного божества [23]. Исследователи различают жертвоприношение «*mlk*» и жертву первенцев [29]. Возможно, жертва первенцев происходила регулярно, а «*mlk*» — в экстраординарных случаях [59]. Таким случаем была жертва Моавитского царя: «И взял он (царь Моавитский) сына своего первенца, которому следовало царствовать вместо него, и вознес его во всеожжение на стене (4Цар. 3:27). Изображения ситуаций, подобной этой, были найдены на древнеегипетских барельефах (времен Сети I, Рамсеса II, Мернептаха и Рамсеса III), изображающих осаду египтянами хананейских городов, они тщательно изучались [50]. На одном из барельефов изображены молящиеся на стенах города люди, поднимающие руки и лица к небу, у одного из них горящая жаровня (типичная для ритуалов Ваала), двое держат за руки уже мертвых детей, в то время как египетские воины поднимаются на городские стены. Возможно, этот город — Ашкелон. Исследователи в настоящее время сходятся во мнении, что изображены реалистические ситуации, случавшиеся при осадах. Клинописный текст, найденный в Угарите, описывает подобную жертву первенца при нападении врагов в молитве к богу Балу (Ваалу).

Библейские тексты Ветхого завета во многом являются полемическими относительно той религиозно-культовой практики, которая имела в соседних культурах, и в первую очередь это касается Угарита. Феноменологически религия Древнего Израиля была продолжением религии Угарита [22]. De Vaux, однако, считает, что детские жертвоприношения были чуждыми собственно израильскому ритуалу и являлись заимствованиями [58]. Однако F. Stavrokoulou в своей монографии доказывает, что так называемому «народному» яхвизму (в отличие от религии пророков) было свойственно совершать эти жертвоприношения [53].

В Ветхом завете есть ряд упоминаний о совершавшихся жертвоприношениях такого рода с резким порицанием: «...и оставили все заповеди Господа, Бога своего, и сделали себе литые изображения двух тельцов, и устроили дубраву, и поклонялись всему воинству небесному, и

служили Ваалу, и проводили сыновей своих и дочерей своих чрез огонь, и гадали, и волшебствовали, и предались тому, чтобы делать неудобное в очах Господа и прогневать Его. И прогневался Господь сильно на Израильян, и отверг их от лица Своего. Не осталось никого, кроме одного колена Иудина» (4 Царств 17:16–18). Так, царь Ахаз провел сына своего чрез огонь (4 Цар. 16, 3), жители Израильского царства «проводили сыновей своих и дочерей своих через огонь» (4 Цар. 17, 17); царь Манассия провел сына своего через огонь» (4 Цар. 21, 6), а также (2 Цар 33:6); (4 Цар. 23, 10), (Нав. 6:25); (4-я Цар.21:6, Иер. 32:35). Первым из пророков начал обличать такую практику пророк Иеремия (VII-VI вв. до н.э.): (Иер.32:35), а пророк Иезекииль продолжил осуждение соплеменников за детские жертвоприношения: (Иез. 23:36–37), (Иез. 16:21–22), как и другие пророки: (Исаия 57:5); (Михей 6:6).

С VI в до н.э. детские жертвоприношения в финикийско-пунической и израильской культурах стали замещаться жертвоприношениями животных. В дальнейшем Древний Израиль пошел дальше своих соседей и заместил детские жертвоприношения животными уже во времена плена, а в послевоенную эпоху они были полностью запрещены [41]. Пророк и священник Иезекииль в вавилонском плену прямо от лица Бога называет их злом: (Иез. 20:24–27)». В вавилонском плену, «кузнице священных традиций», произошла тщательная редакция священных текстов и подчеркнут заместительный характер жертв. Обрезание в восьмой день стало заменой жертвы (Быт. 17:10–14). Левиты, и, вероятно, назореи, являлись группами людей, избранными на служение Богу вместо жертвы первенцев (Числ.3:44–48). Жертвоприношение детей воспринималось теперь израильским народом, как грех, перенятый ими у соседних языческих племен и отвратительный пред Богом: (Пс. 105:21, 22, 28, 35–38).

Наряду с любовью и трепетным, внимательным отношением не только родителей и близких родственников, но и других взрослых к желанным детям, присутствовало эмоциональное безразличие и жестокость к нелюбимым, выражавшееся в буквальном выбрасывании детей, оставлении их на произвол судьбы [36]. Такой участи подверглись нежеланные дети (по экономическим или другим причинам, например, внебрачные, чаще девочки), которых могли выбросить на верную смерть, сразу после рождения, не омывая (омытие считалось принятием ребенка в семью), «в своих воде и крови». Родители тем самым отказывались от своих прав на них, и такие дети, если не погибали, могли

быть приняты в семью, усыновлены, проданы или обращены в рабство любым человеком [57]. Т.е. жестокость и насилие по отношению к ним и далее не исключались.

Учитывая сакральность феномена детства в культуре Древнего Египта, это явление там маловероятно, сведений о выбрасывании детей нет. Кроме того, как сообщал античный историк Диодор Сицилийский, ни один египетский ребенок, даже ребенок рабыни, не считался «незаконнорожденным». В эллинистический и римский период египтяне подбирали и растили в своих семьях тех новорожденных детей, которых оставляли среди городских нечистот греки и другие народы, поселившиеся в Египте после утраты им самостоятельности. По закону таких детей можно было либо усыновить, либо обратить в рабство [31].

В Месопотамии же существовала практика оставления нежеланного по каким-то причинам ребенка на произвол судьбы. Выброшенный и спасенный усыновителями или другими людьми ребенок описывался в литературе в ярких и выразительных словах: «тот, кто был найден в колодце»; «тот, кого взяли с улицы»; «тот, кого вырвали из пасти пса»; «тот, кто освобожден из клюва ворона»; и самое простое — «тот, кто не знает своих отца и матери» [36].

Народы библейского мира (хананеи, аморреи и т. п.) также практиковали выбрасывание детей, но достоверных свидетельств того, что оно имело место в Древнем Израиле, нет. Закон Моисеев запрещал детоубийство, выбрасывание детей и принесение детей в жертву. Однако не всегда нормы Закона выполнялись (Иез.16:4–6). В настоящее время дискуссия о том, существовал ли в древнем Израиле запрет на выбрасывание детей, еще не закрыта. Человек воспринимался древними иудеями как образ Божий, дети при этом не указывались, но очевидно, подразумевались [57]. Для матери младенец — в первую очередь, творение Божие, и поэтому она его не убивает. Бог противостоит человеческой жестокости, одно из проявлений которой — оставление детей на произвол судьбы.

В книге пророка Иезекииля, где дается обширное обозрение всей истории еврейского народа, Израиль в начале своего существования уподобляется девочке-подкидышу, выброшенному сразу же после рождения и лишенному самых необходимых для сохранения жизни первых забот: «Ничей глаз не сжалился над тобою, чтобы из милости к тебе сделать тебе что-нибудь из этого; но ты выброшена была на поле, по презрению к жизни твоей, в день рождения твоего». (Иез. 16:5). Это говорит о том, что дан-

ный феномен был знаком современникам пророка.

Физическое насилие над ребёнком — это преднамеренное нанесение взрослым ребёнку побоев, травм, повреждений, увечий. Оно выражается в форме ударов по лицу, тряски, толчков, затрещин, удушений, пинков, заключений в запертом помещении, избиений ремнем, веревками, причинения увечий тяжелыми предметами и даже ножом [2].

Дети подвергались физическим наказаниям дома, в школе, на работе. О воспитании желанных детей заботились, хотя в некоторых семьях оно было очень суровым. Особенно печален рассказ о своем детстве богини в шумеро-аккадской мифологии, властительницы подземного царства Эрешкигаль:

«Ни в младенчестве, ни в девичестве
Девичьих забав я не знавала,
Детских потех я не видала» [9].

В Древнем Египте обучение мальчиков высоко престижной профессии писца сопровождалось частыми физическими наказаниями. В папирусе Anastasi V приводится широко распространенная присказка школьных наставников: «Уши мальчика на спине его, и он слушает, когда его бьют» [30]. Далее наставник продолжает порицать ленивого ученика, описывая возможные варианты развития событий: «Не будь человеком без разума, не имеющим воспитания! И ночью тебя учат, и днём тебя воспитывают, но ты не слушаешь никаких наставлений и делаешь то, что задумал. И львов обучают, и лошадей укрощают, — и только ты! Не знают подобного тебе во всей стране. Заметь это себе! Мне говорят, что ты забрасываешь ученье... Я свяжу твои ноги, если ты будешь бродить по улицам, и ты будешь избит гиппопотамовой плетью!» Угроза «связания ног» была также вполне реальной: подростки, чье поведение не соответствовало требованиям наставника, могли быть забиты в колоду, как преступники. Физические наказания были распространены и в армии, куда поступали дети с десяти лет, и подростки, так, говорится, что за нарушение дисциплины их били ветками терновника. Обучение у ремесленников также сопровождалось наказаниями.

К римскому периоду относится найденное недавно захоронение ребенка 2–3 лет в оазисе Dakhleh, имеющего множественные травмы (в разное время полученные переломы ребер, ключицы, позвоночника, таза, плечевой кости), расцениваемых как результат побоев [61].

В Месопотамии школьники также подвергались постоянным физическим наказаниям. «Мы застаем древнего школьника... в сильном

страхе, как бы не опоздать, потому что «учитель высечет его»... В школе он провинился, и его не раз наказывают розгой учитель и ассистенты», — пишет знаменитый востоковед С.Н. Крамер и добавляет: «Непросто понять, был ли штат факультета шумерской школы укомплектован садистами или же корпус студентов состоял из скандалистов и разгильдяев» [12]. А этот шумерский текст переведен отечественным востоковедом В.К. Афанасьевой:

«А в школе наставник: «Ты что опоздал?» — так он сказал.

Все внутри у меня затряслось.

Вот к учителю я подошел, вот ему поклонился я. Школьный «отец» мой табличку мою посмотрел И, ее поломав, ударил меня.

Учитель, за школьными правилами следя,
С надзирателем вместе: «Ты на улицу глядишь,
ты не почистил своего платья!» —

И меня ударил.

...А тот, кто за поведением следит: «Без разрешения моего то ты болтаешь?» —

И меня ударил.

...А учитель черчения: «Без разрешения моего почему встаешь?» —

И меня ударил.

А сторож, что в воротах стоит: «Без разрешения моего почему ты выходишь?» —

И меня ударил.

А другой надзиратель: «Без разрешения моего что берешь?» —

И меня ударил.

А учитель шумерского: «По-шумерски плохо ты говоришь!» —

И меня ударил.

А мой учитель: «Твоя рука нехороша!» — И меня ударил» [4].

В другом шумерском тексте отец ругает лентяя-подростка:

«Бить тебя и бить!..

Лень твою, ложь твою не принимаю!

Обманщик ты, лжец, ты насковзь неверен!

Обманщик, грабитель, что в дом ворвался!

Сквернословец, вонючка,

Тупица, дикарь!

Слюнтяй отвратительный!

Разбойник, уродец!

Зловонец, хулитель,

Прогорклое масло, вонючка!

Грязнуля вонючий и злобный,

Отвратительный изверг!

Молоко, что прокисло, вонючая задница,

Пес, что мордой нюхает землю, обманщик!

Пес, что член свой постоянно лижет!

Осел, что жрет свою же подстилку!

Черепок разбитый, что на земле валяется!» [4].

В вавилонском эпосе описываются пытки и гибель подростка Думузи, а также и пытки его подростка-сестры при допросе о местонахождении ее брата.

Педагогические приемы, широко применявшиеся среди древних иудеев, не отличались от подходов других народов того времени: «Розга и обличение дают мудрость; но отрок, оставленный в небрежении, делает стыд своей матери» (Притч. 29:15); «Кто жалеет розги своей, тот ненавидит сына; а кто любит, тот с детства наказывает его» (Притч. 13:25); подобные советы присутствуют в других стихах Притчей Соломоновых: (Притч. 19:18); (Притч. 22:15); (Притч. 23:13–14); (Притч. 29:17) и т.п. Однако помимо розги рядом с ребенком стоит Премудрость Божия, полная радости.

За совершение противоправных поступков несовершеннолетние несли наказания и иногда в своем правовом положении они приравнивались к взрослым. Так, в соответствии со ст. 230 главы IX Законов Ману на женщин, детей, безумных, старых, бедных и больных царь налагал наказание бамбуковыми прутьями или веревкой. Однако в законодательстве ряда стран можно увидеть элементы особой правовой защиты несовершеннолетних. Согласно наставлению Конфуция о необходимости проявления милосердия к детям, в Древнем Китае освобождались от телесных наказаний лица младше восьми лет [16].

Здесь надо упомянуть еще одну форму жестокости по отношению к детям — калечение, распространенное во многих культурах, не всегда примитивных и древних, по различным религиозным, медицинским, косметическим или экономическим причинам. Косметические увечья как форма ритуального насилия сосредоточена, в частности, на женщинах из-за веры в то, что они увеличивают красоту и богатство. Кольца на шее, одеваемые на шею девочек через определенные промежутки времени, пока она не достигнет возраста женщины или возраста, подходящего для вступления в брак, являются примером косметического нанесения увечий и наиболее распространены в Азии и Южной Африке. В этом ряду вдевание пластин для губ через надрезы на губах или ушах, растягивающих губу или часть тела до желаемой формы. Бинтование ног девочкам по эстетическим соображениям было распространено в Древнем Китае и продолжалось до недавнего времени. Американские плоскоголовые индейцы практиковали деформацию черепа, а жители Соломоновых островов до сих пор это делают. В крайних случаях косметические увечья

могут причинять ребенку сильную боль, а, например, в случае шейных колец их вес влияет на рост ребер, плеч и ключиц и потенциально может сломать ключицы ребенка [56].

Увечья половых органов детей, в том числе кастрация и женское обрезание, когда-то были обычным явлением. Сложным является вопрос относительно женского обрезания в Древнем Египте [43]. Не найдено никаких текстов, изображений, следов на мумиях или иных артефактов, свидетельствующих о наличии женского обрезания в Древнем Египте, в то время как мужское обрезание засвидетельствовано с додинастического периода. Тексты, подтверждающие существование женского обрезания, появляются только с эллинистического и римского периода. Один из таких текстов гласит, что «дочь некоей Нефорис должна быть обрезана, так как она достигла брачного возраста» [31]. Античный историк и географ Страбон (63/64 до н.э. — 23/24 н.э.) писал в своем труде «География»: Один из наиболее ревностно соблюдаемых египтянами обычаев следующий: они вскармливают всех новорожденных детей; также подвергают обрезанию мальчиков, а девочек — вырезанию, как это в обычае и у иудеев; ведь эти последние также египетского происхождения, как я уже сказал в моем описании их страны (География, XVII,2, 5) [18]. Амвросий Медиоланский (ок. 339–397) — один из четырех великих латинских учителей церкви, упоминал о том, что в Египте обрезают и мальчиков, и девочек (De Patr Abrahamo, L,II, Cap.11,7) [38].

Римский врач Гален (II в. н.э.) в одном из своих трудов рассказывал о том, что египтяне считают нужным «вырезать маленький кусок плоти между большими губами» (однако этот труд Галена считают спорным). Византийские врачи также описывали женское обрезание в Египте. Аэций Амидский (V–VI век н.э.) сообщал, ссылаясь на врача Филомена, что египтянкам удаляют часть увеличенного *pympha* (клитора), так как от трения об одежду он вызывает возбуждение, и давал самое подробное описание операции и послеоперационного ухода, обращая внимания на возможные осложнения в виде мочевого свища [39]. Знаменитый византийский врач Павел Эгинский (VII век н.э.), живший и практиковавший в египетской Александрии, описывал операцию клиторотомии при гипертрофии клитора и позу оперируемой лежа на спине. Он также указывал на опасность мочевого свища при некачественно проведенной операции [38].

Также во все времена дети страдали от сексуального насилия. Возраст девочек вступающих

в брак часто был очень ранний по нашим меркам. Так, в Индии было принято, чтобы возраст невесты составлял треть возраста жениха, т.е. если мужчине двадцать четыре года, то ему следовало жениться на восьмилетней девочке. Однако о таких ранних браках нет упоминания в священной литературе Индии. К тому же, древние священные писания — Веды запрещали вступать в брак женщинам ранее 15–20 лет, а мужчинам до 25 и даже до 30 лет [13].

«Не женись на женщине, когда она еще ребенок», — предупреждал придворный древнеегипетский мудрец Птаххотеп. Некий Падиезе не выдал свою дочь замуж, так как она была еще незрелой. Таимхотеп рассказывает на своей стеле, что она вышла замуж в 13 лет — возраст, обычный для замужества и у греков и римлян. Отношение к сексуальному насилию над детьми в Древнем Египте было резко негативным. Мифический отрицательный персонаж, бог Сет хотел сначала убить, а позже изнасиловать своего племянника Гора, от чего его божественная мать Исида и спасла сына. Любовь к мальчикам считалась грехом и была запретной [31]. В древнеегипетской «Книге мертвых», священном тексте, в котором говорится о том, что каждый человек после смерти предстает перед судом Осириса в ожидании своей посмертной участи, имеется так называемая «отрицательная исповедь». В ней человек отрекается от всех грехов, в том числе утверждает, что не вступал в половые отношения с мальчиками и мужчинами. В «Поучении Птахотепа», литературного произведения относящегося ко времени Древнего царства (ок. 2375 до н.э.), слушателя предостерегают от увлечения мальчиками и «делания того, что запрещено». Подобное поведение было серьезным нарушением норм морали древнеегипетского общества и отхода от маат (правды или закона мировой гармонии) [23].

В Древнем Египте существовал строгий канон изображения людей, сочетающий реалистические и символические черты. Согласно ему, дети обоего пола изображались обнаженными — это было символом их детства. Это не обязательно соответствовало их одежде в реальной жизни. Так, обнаженные девочки-подростки в окружении царя Рамсеса III в Мединет Хабу раньше расценивались египтологами как сцены гаремной жизни, однако в настоящее время, когда были расшифрованы надписи, это объяснение отклонено, так как многие из девочек являются дочерьми Рамсеса III, изображенными в соответствии с правилами египетской живописи [37].

Шумерская поговорка гласит: «Не совершай насилия членом своим над дочерью чело-

века — узнают об этом судьи». Ей вторит аккадская поговорка: «Не насилуй дочь человека — собрание общины доберется до тебя» [51]. По кодексам законов Древней Месопотамии (Ур-Наммы, Эшнунны, Хаммурапи) насильник платил штраф или обязан был жениться на девушке. Отец поступал с дочерью на свое усмотрение.

Законы царя Хаммурапи (1750-е годы до н.э.), являющиеся одними из древнейших, жестоко карали за инцест с женой сына, виновник должен был быть утоплен. Инцест мужчины с сестрой, племянницей, дочерью сурово карался [20]. Гомосексуальное поведение в Месопотамии было табуировано [51]. В то время как секс с девочками и девушками, не вступившими в брак, преследовался по закону и даже бог Энлиль, соблазнивший совсем юную Нинлиль, был изгнан из города, девочки-найденыши, воспитываемые проститутками, а также отданные своими родителями для коммерческого секса, или удочеренные специально для этой цели (сохранились контракты) с раннего возраста вовлекались в коммерческий секс, в том числе и храмовый [42].

Сексуальное насилие над детьми в Древнем Израиле было не редким явлением. Упоминания об этом имеются в Ветхом завете. Так, в рассказе об ангельском посещении Содомы, повествуется, что Лот собирался отдать своих дочерей-девиц (подростков, учитывая ранний возраст брака) на поругание ради спасения чести своих гостей (Быт.19:8). Об изнасиловании девочек повествует история Дины (Быт.34:1–2) и Фамари (2 Цар. 13:1–22).

В библейском мире жестокие законы действовали против девочек-подростков, проявивших недозволенную сексуальную активность: «Если же ... не найдется девства у отроковицы, то отроковицу пусть приведут к дверям дома отца ее, и жители города побьют ее камнями до смерти... Если будет молодая девица обручена мужу, и кто-нибудь встретится с нею в городе и ляжет с нею, то обоих их приведите к воротам того города, и побейте их камнями до смерти: отроковицу за то, что она не кричала в городе, а мужчину за то, что он опорочил жену ближнего своего; и так истреби зло из среды себя. Если же кто в поле встретится с отроковицею обрученною и, схватив ее, ляжет с нею, то должно предать смерти только мужчину, лежавшего с нею, а отроковице ничего не делай; на отроковице нет преступления смертного: ибо это то же, как если бы кто восстал на ближнего своего и убил его; ибо он встретился с нею в поле, и хотя отроковица обрученная кричала, но некому было

спасти ее. Если кто-нибудь встретится с девицею необрученною, и схватит ее и ляжет с нею, и застанут их, то лежавший с нею должен дать отцу отроковицы пятьдесят [сиклей] серебра, а она пусть будет его женою, потому что он опорочил ее; во всю жизнь свою он не может развестись с нею (Втор.22:20–29)».

Законодательно запрещался сексуальный контакт взрослого мужчины с малолетними родственниками: «Наготы дочери сына твоего или дочери твоей, не открывай наготы их, ибо они твоя нагота. Наготы дочери жены отца твоего, родившейся от отца твоего, она сестра твоя [по отцу], не открывай наготы ее. Наготы сестры твоей, дочери отца твоего или дочери матери твоей, родившейся в доме или вне дома, не открывай наготы их... Наготы жены и дочери ее не открывай; дочери сына ее и дочери ее не бери, чтоб открыть наготу их, они единокровные ее; это беззаконие... Не ложись с мужчиною, как с женщиною: это мерзость» (Лев.18:10–12; 17:22).

Тяжелый физический труд как форма насилия и жестокого обращения по отношению к детям является таковым т.к. он по нагрузке, продолжительности, условиям не соответствует возрастным, физиологическим характеристикам ребенка. Детский труд существовал всегда, он не был ничем ограничен и применялся в объеме взрослого. Кроме того, именно во время работы дети часто подвергались телесным наказаниям.

Многие дети простых людей с раннего детства помогали родителям в их труде, в основном сельскохозяйственном и домашнем [31]. Распространенные профессии того времени: земледельцы, носильщики, пастухи, ремесленники отдельных мастерских. Существует ряд древнеегипетских изображений детей, участвующих в полевых работах (изображения в гробнице Менны в некрополе в Западных Фивах и гробнице Унсу, относящиеся к Новому Царству, находятся в Лувре [39].

Диодор Сицилийский отмечал, что дети, еще не достигшие взрослого возраста, работали в шахтах, протаскивая блоки через низкие галереи и проходы. «Дети, проникая через подземные ходы в пустоты, выдолбленные в скале, с трудом достают оттуда по маленькому камню и кладут их в открытом месте у входа... нет такого человека, который, увидев все это, не пожалел бы обездоленных из-за чрезмерности их несчастья» [8]. Вполне возможно, что эти дети как раз и были детьми рабов. В папирусах греко-римского периода упоминается о детях, которых отправляли в работы по найму их родители (отцы или овдовевшие матери).

Письмо, относящееся к периоду Нового царства, содержит жалобу матери на то, что ее дочери приходится «работать», хотя она «еще ребенок». Это может означать, что мать отдала дочь в услужении, под тем условием, что она будет выполнять только легкую работу. Указание, что девочка была «заменена слугой» может указывать на то, что ей приходилось выполнять работу взрослого [27].

В Месопотамии с 7 лет, если не раньше, дети участвовали в экономической жизни села. Девочки с этого возраста должны были помогать своим матерям по хозяйству и с младшими сестрами и братьями. Возможно, дети с трех лет бегали по поручению своих матерей: «Как ребенок [dumu], посланный с поручением матерью своей, вышла она (из комнаты)», гласит один из текстов. Из текстов государства Мари (находилось в стране Хана, расположенной к северо-западу от Вавилонии, по среднему течению реки Евфрата) и других документов, мы знаем, что дети сопровождали работающих матерей, которым давали на них дополнительный рацион. Хотя большинство этих работ не указываются, мальчиков могли нанимать собирать комья глины («kirbanu») в полях, или даже работать в ткацких («klunsillu») и прядильных мастерских, с 5–6 лет. В Шумере во времена III династии Ура (ок. 2111–2003 до н.э.) была известна крупная государственная ткацкая мастерская, где работало 165 женщин и детей. Труд был очень тяжелым, треть взрослых и детей записана как умершие.

Тяжелая жизнь рабов также отражена в списке работников Средне-Вавилонского периода, в котором были названы их основные физические нарушения (прошлые и настоящие): смерть, болезнь, физическое увечье (слепота) и побег. В текстах позднего Урука упомянуты невалифицированные работники низкого социального статуса, уравниваемые в списках с животными. Среди них имелись дети обоего пола [36].

Отец из уже цитированного нами стихотворения упрекает ленивого сына, указывая на то, что его сверстники уже работают:

«А ведь никогда я тебя на тростник, тростник
носить не отправлял.

В тростниковых зарослях, там, где все малолетки
его таскают,

Ты никогда в своей жизни тростника не таскал.

Вслед за моими быками идти — я тебе не
приказывал.

Да уж, трудиться — вслед за моими быками идти,
тебя я не заставлял.

Да и в полях моих трудиться с мотыгой тебя я не
заставлял.

Да, этот труд — поля мотыжить, — к нему я тебя не принуждал.
Да и к какой-либо иной работе никогда я тебя не принуждал.
«Иди, мол, трудись, хлеб для меня добывай!»
Да ни разу в жизни такого тебе не сказал!
А живут по-иному тебе подобные — своим трудом.
Для отца с матерью хлеб добывают!
Стоит лишь посмотреть мне, как дети родных моих трудятся!
Ведь они, равно как все прочие, по десять гуров зерна добывают!
Малыши, а слуги отцов своих, по десять гуров зерна добывают!» [4].

Детский труд нашел отражение в Ветхом завете: дети подбирали колосья за жнецами (Лев.23:22), нередко они выполняли опасный труд, например, пастуха при стаде, где был риск нападения диких зверей (1 Цар.17:34–36).

В Древнем Египте девочки из бедных семей учились необходимым им в будущем после выхода замуж навыкам от своих матерей. Они помогали матерям ухаживать за домашней птицей, домашними животными, или трудились с ними вместе на поле, собирая колосья, оставшиеся после жатвы. Старшие девочки носили на себе своих младших братьев и сестер. Некоторые девочки могли работать в услужении у знатных женщин. Существуют изображения, на которых девочки застилают постель госпожи, помогают госпоже наряжаться, подают пищу и танцуют на пирах. Мальчики помогали пасти скот, отпугивали птиц от зреющего урожая, во время сбора урожая карабкались на пальмы, помогая собирать плоды, а также помогали собирать и отжимать виноград. Мальчики, которые еще не начинали учиться грамоте, также ходили с отцом на работу. Существуют изображения мальчиков в овчарне, где они играют и помогают своему отцу. Те мальчики, которые собирались служить в армии, должны были покинуть своих родителей в довольно юном возрасте. Их служба началась с выполнения различных работ в военном лагере — например, они ухаживали за животными и т.д., приучались к боли и лишениям, плохо питались [31].

Мальчики и девочки изображаются в процессиях или в сценах на торговой площади, несущими в руках разнообразные предметы. В захоронении визиря Рехмире есть перечень детей, чьи родители были рабами, и перечень работ, которые они могли выполнять. Сироты и вдовы из низших классов общества, несомненно, обречены были влачить жалкое существование, если у них не находилось мужчины-родственника, который взялся бы их опекать [27].

В текстах описывается, как сборщики налогов лишают свободы не только хозяина дома за недоимку, но и его жену и детей (папирус Anastasi V, Новое Царство): «жена его связана на глазах его, дети его закованы в цепи» [43]. В качестве наказания в рабство могли быть проданы не только взрослые, но и их дети (так, сохранился декрет Сети I о продаже в рабство женщины с детьми, обвиненной в воровстве храмового скота) [35].

Военные действия. В любую эпоху больше всего от военных конфликтов страдают дети. Многие из них оказываются в плену, подвергаются похищениям, вербовке в вооруженные силы, убийству, калечению и различным формам детской эксплуатации.

В «Речении Ипувера» — древнеегипетском литературном произведении, сохранившемся на папирусе № 339 в Лейденском музее, Нидерланды (появилось в период с XVIII по XIII века до н.э.), описаны ужасные бедствия смутного времени — царских детей убивают об стену или выбрасывают на улицу, любимых детей оставляют на произвол судьбы в горах или пустыне, богатые женщины обменивают своих детей (на еду?), а маленькие дети говорят: «бог не должен был давать мне жизнь!» [31].

Рамсес III — второй фараон XX династии (1204–1173 гг. до н.э.) — среди своих деяний упоминал о том, что вернул детей, уведенных в плен [31].

В зависимости от политики победителя, судьба детей была разной. Жестокое убийство детей воинами-захватчиками известно на Древнем Ближнем Востоке, но не являлось всеобщим правилом. Убийство детей и вырезание их из утроб беременных матерей в военной обстановке S.W. Flynn связывает именно с религиозно-культовой их ценностью, и это, по его мнению, объясняет то, что такие сцены запечатлены на рельефах [34]. Однако объяснение таких изображений представляется сложным. Ассирия наиболее известна своими военными жестокостями против детей. Одним из подходов к побежденным в Новоассирийском царстве была депортация, отраженная в текстах и на рельефах. Цари Ассирии Тиглатпаласар III (745–727 до н.э.), Саргон II (722–705 до н.э.) и Синаххериб (704/705–681 до н.э.) депортировали огромное количество населения Ливана (около миллиона). После разрушения города Damdammusa Ашшурнасирипал II (883–859 гг. до н.э.) писал: «Я убил мечом 800 их воинов, я сжег 3000 пленных. Я ни одного не оставил как заложника. Я пленил живым Хулая, правителя города. Я сжег их юношей и девиц. Я содрал

кожу с Хулая, правителя их города и повесил ее на стену города». Фраза о сожжении подростков встречается только в надписях этого царя. Есть предположения, что дети этого возраста уже вошли в брачный возраст и могли обеспечить сохранение популяции этого народа. Эта группа детей была ключевая для выживания народа, его культуры и культа.

Изображение из северного дворца Ниневии (с VIII-VII веков до н. э. столица Ассирийского государства) трактуется как сцена вспарывания живота беременной женщины и убийство нерожденного ребенка солдатами (видна оторванная ножка). Такие жестокие изображения подкрепляются и имеющимися надписями. В «Анналах» Тиглатпаласара I (1114–1076 до н.э.), начавшего успешные завоевания соседей Ассирии (могущества царство достигло при Тиглатпаласаре III), есть надпись: «Он рассекает утробы беременных женщин; он ослепляет детей; он перерезает глотки сильным людям их». Вероятно, такая военная риторика была престижна в те дни.

Хотя свидетельства об убийстве детей в утробе нечасты, они присутствуют и в Библии (с указаниями как на завоевания армиями других государств, так и на междоусобицы): «и заплакал человек Божий...оттого, что я знаю, какое наделаешь ты сынам Израилевым зло; крепости их предашь огню, и юношей их мечом умертвишь, и грудных детей их побьешь, и беременных женщин у них разрубишь» (4 Царств 8:11–12). Подобное же встречается в Книге пророка Осии 14:1 и Книге пророка Амоса 1:13.

Нередко в Ветхом Завете звучит угроза при военных действиях «не оставить мочащегося к стене» (1Цар 25:22; 1Цар 25:34; 3Цар 14:10; 3Цар 16:11; 3Цар 21:21; 4Цар 9:8). Это выражение означает, что не останется в живых ни один из мужчин или мальчиков, настолько «взрослых», чтобы мочиться стоя, «к стене». Будут пощажены только младенцы, не способные стоять и мочащиеся в пеленки. В междоусобных войнах в Израиле также уничтожались дети, в основном мальчики (2 Цар 8, 14). Когда Саул пошел сражаться с племенем Амалика, то он получил такой наказ от Самуила: «Теперь иди и порази Амалика, и истреби все, что у него; и не давай пощады ему, но предай смерти от мужа до жены, от отрока до грудного младенца, от вола до овцы, от верблюда до осла». (1 Царств, 15:1–3).

Дети, в том числе грудные (Пс.136:9; Ис.13:16), также гибли при международных военных конфликтах, особенно при противостоянии с Вавилоном (Дан. 1:1–7; 4 Цар. 8:11,12;

4 Цар. 24:10–16; Иер. 52:29; Иер. 52:30), или их захватывали в плен в качестве рабов и заложников, порой высокого статуса, например, Даниил и его товарищи (Дан.1:3–7). Участь таких детей была незавидной: «И возмут из сыновей твоих, которые произойдут от тебя, которых ты родишь, — и они будут евнухами во дворце царя Вавилонского» (Ис.39:7). Учитывая обширность гарема, вполне возможно, что среди них были также дети и подростки. О детях царя Седекии, казненных вавилонянами говорится в 4-й Книге Царств: 25: 1–11. О резне, устроенной во время правления эллинистического царя Антиоха Эпифана (сирийский царь из династии Селевкидов, ок.215–164 гг. до н.э.), когда убивали и младенцев, говорится в 1-й Книге Маккавейской (1Макк.1:61). Такое отношение к детям побежденных во время военных действий было характерно для всего Древнего Ближнего Востока.

При осадах городов происходили и случаи людоедства. Так, ярко описан случай каннибализма в Северном царстве во время осады сирийским войском столицы (Самарии). «После того собрал Венадад, царь Сирийский, все войско свое и выступил, и осадил Самарию. И был большой голод в Самарии, когда они осадили ее, так что ослиная голова продавалась по восьмидесяти сиклей серебра, и четвертая часть каба голубиного помета — по пяти сиклей серебра. Однажды царь Израильский проходил по стене, и женщина с воплем говорила ему: помоги, господин мой, царь. И сказал он: если не поможет тебе Господь, из чего я помогу тебе? С гумна ли, с точила ли? И сказал ей царь: что тебе? И сказала она: эта женщина говорила мне: «отдай своего сына, съедим его сегодня, а сына моего съедим завтра». И сварили мы моего сына, и съели его. И я сказала ей на другой день: «отдай же твоего сына, и съедим его». Но она спрятала своего сына. Царь, выслушав слова женщины, разорвал одежды свои; и проходил он по стене, и народ видел, что вретисе на самом теле его» (4 Царств 6:24–30).

Другие описания каннибализма во время военных бедствий (осады Иерусалима вавилонскими войсками): (Иер. 19:9). Описание бедствий при осаде драматически представлено в книге Второзакония, редакция которой происходила уже в вавилонском плену и носит следы памяти недавних бедствий покоренного народа: «Пошлет на тебя Господь народ издалека, от края земли: как орел налетит народ, которого языка ты не разумеешь, народ наглый, который не уважит старца и не пощадит юноши... И ты будешь есть плод чрева твоего, плоть сы-

нов твоих и дочерей твоих... Женщина, жившая у тебя в неге и роскоши, которая никогда ноги своей не ставила на землю по причине роскоши и изнеженности, будет безжалостным оком смотреть на мужа недра своего и на сына своего и на дочь свою и не даст им последа, выходящего из среды ног ее, и детей, которых она родит; потому что она, при недостатке во всем, тайно будет есть их, в осаде и стеснении, в котором стеснит тебя враг твой в жилищах твоих» (Втор. 28:49–57)

Стихийные бедствия также могли становиться причиной каннибализма. В вавилонской «Поэме об Атрахасисе» описывается страшный голод, вызвавший людоедство в семьях (люди съедают своих дочь и сына) (II V 22) [32].

Отсутствие заботы о детях и пренебрежение основными потребностями ребенка, моральная жестокость или равнодушие. Этот вид жестокого обращения подразумевает, что ребенок лишен соответствующих возрасту и потребностям питания, одежды, жилья, надлежащего ухода, заботы и опеки, обеспечивающих нормальное развитие ребенка, медицинской помощи; внимания и любви к ребёнку [1].

Наиболее богатый материал такого характера содержится в месопотамских мифах. Так, сотворенный богами новорожденный Умуль совершенно беспомощен и богиня Нинма не умеет о нем заботиться («Хлеба поесть ему дает, а он руку за ним протянуть не может...» [4].

Родители, усыновившие ребенка, по закону обязывались заботиться о нем: «Если Хиллалум, его (приемный) отец и Алиттум, его (приемная) мать скажут Йахатти-Илю, сыну своему: «Ты не сын наш», они должны будут заплатить домом и имением». Если Йахатти-Иль скажет им: «Ты не отец мой. Ты не мать моя», то они должны продать его за серебро. Даже если Хиллалум и Алиттум имеют много сыновей, Йахатти-Иль является их наследником наряду с другими [47]. Хорошее отношение к ребенку, даже усыновленному (юридически статус его был равен родному), отсутствие пренебрежения его нуждами отражено в учебном вавилонском тексте: «...жрица-кадишту взяла сына улицы, молоко груди своей она (дала ему...), не знал он ни отца своего, ни мать свою. Она заботилась о нем, не хлестала его по щекам, выкормила его (воспитала), заставила его выучить искусство писца. Когда он вырос, она женила его на жене (нашла ему жену). Если сын скажет своей матери: «ты не мать моя», то они отстригут (обреют) ему голову наполовину и обведут его по городу; более того, они изгонят его из дома» [52].

На этом фоне пародийным представляется письмо старовавилонского школьника по имени Iddin-Sin своей матери, госпоже Zinu (жене правителя Ларсы) в которой избалованный сын, любящий «тряпки», обвиняет ее в якобы недостатке ухода за ним: «Из года в год одежды молодых благородных юношей здесь становятся лучше, а ты позволяешь, чтобы моя одежда становилась хуже год от года. И в самом деле, ты настояла (?) чтобы мою одежду сшили и скромнее и беднее. В то время как в доме нашем шерсти так же много как хлеба, ты сделаешь мне бедную одежду. Сын человека по имени Adadiddinam, чей отец — всего лишь помощник моего отца, имеет две новых перемены одежды а ты поднимаешь шум из-за одной перемены одежды для меня. Несмотря на то, что ты родила меня, а его мать только усыновила его, мать его любит его, а ты — ты не любишь меня!» [36].

Энкиду, один из главных героев «Эпоса о Гильгамеше», вынужден остаться навсегда в подземном мире, потому что вел себя там, как на земле, в том числе и по отношению к своим (умершим) детям: «Дитя любимое он целует, дитя нелюбимое он ударяет» [4].

С трепетным отношением к детям в Древнем Египте связано практически отсутствие свидетельств о пренебрежении нуждами детей, хотя возможно предполагать их в семьях, где имелась мачеха, или в бедных многодетных семьях, семьях рабов. Отец был не только обязан кормить своих детей, он также должен был защищать их от физических и психологических травм и сложностей. В уже упомянутой древнеегипетской «отрицательной исповеди» на суде Осириса умерший должен был торжественно засвидетельствовать, что он «не отнимал молока от уст детей» [15]. В центре египетского мировоззрения стоял миф о Горе и Иси́де — беззащитном младенце и любящей матери, поэтому пренебрежение нуждами ребенка было предосудительным в древнеегипетском обществе, где каждая мать была обязана соответствовать образу Иси́ды — заботливой матери и любящей жены.

Гор-Дитя, согласно мифу, растет в неизвестности, охраняемый своей матерью Исидой от всевозможных происков Сета. Первое предупреждение, которое было высечено в камне, обращенное к младенцу-Гору, «вышедшему из зарослей акаций, которому заповедано было: остерегайся льва!» (Тексты Пирамид, 436 a-b) [46]. Исиде помогает смотреть за ребенком ее сестра Нефтида, богиня-кобра Уаджит и бедные рыбаки. Но у семи нянек дитя без глазу, и

младенца Гора то кусает скорпион, то обжигает солнце, то он изнемогает от жажды или происходят другие неприятности (расстройство желудка и т.п.), и тогда Исида принимается его лечить и спасать, порой призывая на помощь Нефтиду или даже высшего бога Ра [60].

До нас дошли тексты магических заговоров, в которых младенец Гор (с которым отождествляется ребенок или взрослый, для которого проводится тот или иной ритуал) представляется голодным, больным или лишенным помощи (при этом в конце заговора Исида непременно приходит на помощь). Одно из заклинаний выражает тревогу о заброшенном ребенке (спрятанном младенце-Горе): «Хорошо ли тебе в гнезде твоём? Тепло ли тебе в кусту твоём? С тобою ли мать твоя? Разве нет с тобой сестры — обмахивать тебя? Разве нет с тобой няньки — защищать тебя?» [37].

Описание неухоженного новорожденного предстает перед нами в книге ветхозаветного пророка Иезекииля как образ Израиля, о котором умилился и стал заботиться сам Бог: «Когда ты родилась, пуповину твою не обрезали, водой тебя не обмыли, не очистили, не обтерли тебя солью, не запеленали. Никто над тобой не сжался и ничего этого не сделал для тебя — никто тебя не пожалел. Когда ты родилась, тебя отвергли с брезгливостью и бросили в чистом поле» (Иез. 16:4–5).

Пример небрежения в Ветхом Завете образ Давида — ребенок-изгой у богатого отца, отправленный пасти овец. (1 Цар 16:10–12) [45].

Один из ярких примеров есть в житии египтянина Макария, основоположника египетского монашества, жившего в IV в. н.э. в эллинистическом Египте. Путешественник-римлянин, пресвитер Руфин в своей книге «Жизнь пустынных отцов» приводит рассказ о заболевшей и брошенной на произвол судьбы родителями девочке (очевидно, не египетского, а греческого происхождения, где явление «экфезиса», оставление на произвол судьбы, было частью быта): «У одной девочки задняя часть тела так начала гнить, что обнажались уже внутренности... В огромной ране кишело бесчисленное множество червей... От ужасного смрада к ней нельзя было и подойти близко. Родители принесли и бросили ее у входа в его келию» [17]. Египетский монах вылечил и удочерил брошенного ребенка.

Заключая, можно сделать вывод, что обозрение дошедших до нас разнообразных источников позволяет утверждать, что такая актуальная, сложная и животрепещущая сегодня проблема жестокого обращения с ребенком существовала

в древних цивилизациях, в частности, в рассмотренных нами странах древнего мира — Древнего Ближнего Востока и Древнего Египта. Проанализированные формы жестокого обращения с детьми, такие как инфантицид и оставление на произвол судьбы, жертвоприношение, физические наказания, калечение, сексуальное насилие, тяжелый труд, насилие во время вооруженных конфликтов, пренебрежение нуждами ребенка и эмоциональные проявления, сопровождающие любое насилие, в той или иной степени были укоренены в культурной и религиозной истории этих народов. Однако древними культурами это явление не осознавалось и не замечалось. Отношение к ребенку в семье и в обществе на протяжении различных этапов истории зависело от многих составляющих, это и социальные, экономические, культурно-мировоззренческие причины, и преобладающие в данном обществе правовые и моральные нормы, и система семейных правоотношений, и представления о ценности ребенка как члена общества и той социальной роли, которую взрослые отводили в нем ребенку. Ребенок долгое время не имел никаких прав, в том числе права на жизнь, которое могло быть даровано ритуалом, а могло и не быть. Во всех древних обществах существовало двойственное отношение к детям, наряду с проявлениями любви и заботы о детях, наблюдалось безразличное отношение и проявления жестокости и насилия. На протяжении тысячелетий родительская власть над детьми ничем не ограничивалась, большинство древних обществ с патриархальным укладом предоставляли отцу право жизни и смерти над своими детьми, и вопрос о преступлениях родителей против детей не поднимался. Сравнительный анализ бытования форм насилия над ребенком в различных цивилизациях дает основание полагать, что лишь два народа древности — египтяне и иудеи воздерживались от детоубийства. Более бережное отношение к детям было в Древнем Египте, что обуславливается высокой ценностью ребенка и его статусом, близком к сакральному.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азарова Е.А. О насилии над детьми в семье. Вестник Череповецкого государственного университета. 2011; 2 (3): 84–87.
2. Алексеева Л.С. О насилии над детьми в семье. Социологические исследования. 2003; 228 (4): 78–85.
3. Антонов А.Н. Охрана материнства и младенчества. Пособие для врачей. Л.: Типография «Красной газет» им. Володарского; 1929.

4. Афанасьева В.К. От начала начал. Антология шумерской поэзии. СПб.: Центр «Петербургское Востоковедение»; 1997.
5. Беседина О.А. О понятийном аппарате исследования проблемы жестокого обращения с детьми в семьях. Вестник Челябинского государственного университета. 2013; 29 (13): 134–139.
6. Земляных М.В., Изотова М.Х. Система отношений к себе, значимым людям и миру у подростков, подвергающихся жестокому обращению в семье. Педиатр. 2019; 10 (5): 87–92. doi: 10.17816/PED10587–92.
7. Джарман О.А., Микиртичан Г.Л. Сравнительная характеристика статуса ребенка в Древнем мире. Медицина и организация здравоохранения. 2018; 3 (3): 59–74.
8. Диодор Сицилийский. Историческая библиотека. В кн.: Хрестоматия по истории Древнего Востока. Часть I. М.; 1980: 141–145.
9. Дьяконов И.М., Афанасьева В.К. Когда Ану сотворил небо. Литература древней Месопотамии. М.: Алетейя; 2000.
10. Капитонова Е. А. Зарождение правового регулирования обязанностей ребенка в зарубежных странах в Древнем мире и в Средние века. Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. 2012; 22 (2): 42–50.
11. Кон И.С. Социологическая психология. Воронеж: МОДЭК; 1999.
12. Крамер С. Шумеры. Первая цивилизация на земле. М.: ЗАО Центрполиграф; 2002.
13. Миронов В.Б. Древний Восток и Азия. М.: Вече; 2006.
14. Рабец А.М. Формирование и развитие социального и правового статуса личности несовершеннолетнего в мировом сообществе. Ученые записки российского государственного социального университета. Издательство: Российский государственный социальный университет (Москва). 2012; 108 (8): 84–88.
15. Рак И.В. Мифы Древнего Египта. СПб.: Издательство «Петро — РИФ»; 1993.
16. Родин С.Г. Несовершеннолетние и закон в Древнем мире. Территория науки. 2012; N 1: 174–179. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/nesovershennoletnie-i-zakon-v-drevnem-mire> (дата обращения 14.08.2020).
17. Руфин. Жизнь пустынных отцов. Доступен по: https://azbyka.ru/otechnik/Rufin_Akvilejskij/zhizn-pustynnykh-ottsov/ (дата обращения 04.09.2020).
18. Страбон. География в 17 книгах. Репринтное воспроизведение текста издания 1964 г. М.: «Ладомир»; 1994.
19. Флавий Иосиф. О древности иудейского народа. Против Апиона. Москва-Иерусалим: Еврейский университет в Москве (Библиотека Флавиана, выпуск 3); 1994.
20. Хрестоматия по Всеобщей истории государства и права: В 2 т. М., 1996.
21. Шинкарев В.Н. Человек в традиционных представлениях тибето-бирманских народов. М.: ИЭА РАН; 1997.
22. A Handbook of Ancient Religions. Edited by John R. Hinnells. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
23. Andreu-Lanoe G. Egypt in the Age of the Pyramids. Ithaca: Cornell University Press; 1997.
24. Assmann J. Of God and Gods: Egypt, Israel, and the Rise of Monotheism. Madison: University of Wisconsin Press; 2008.
25. Ayala C. L'histoire de la protection de l'enfance. Le Journal des psychologues. 2010/4 (N 277): 24–27. Available at: <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2010-4-page-24.htm> (accessed 15.05.2020).
26. Beeman D.G. Child abuse history and its effects on affect and social cognition as mediated by social support. Retrospective Theses and Dissertations. Iowa: Iowa State University Ames; 1992. Available at: <https://lib.dr.iastate.edu/rtd/9975> (accessed 09.04.2020).
27. Childhood. In: The Oxford Encyclopedia of Ancient Egypt, ed. Donald B. Redford in 3 Vol. Oxford: Oxford University Press; 2001: (Vol.1): 261–264.
28. Davies N. Human Sacrifice. NY: William Morrow & Co.; 1981.
29. Day J. Molech: a god of human sacrifice in the Old Testament. University of Cambridge Oriental Publications 41. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.
30. Feucht E. Juvenile Misbehaviour in Ancient Egypt. In: Hess A.G., Clemens P. F. History of Juvenile Delinquency. Aalen: Scientia Verlag; 1990.
31. Feucht E. Das Kind in Alten Ägypten: Die Stellung des Kindes in Familie und Gesellschaft nach altägyptischen Texten und Darstellungen. Frankfurt-New York: Campus Verlag; 1995.
32. Finsterbusch K., Lange A.L., Diethard Romheld K.F., Lazar L. Human Sacrifice in Jewish and Christian Tradition. Leiden-Boston: Brill Academic Publishers; 2007.
33. Flynn S.W. Children in Ancient Israel: The Hebrew Bible and Mesopotamia in Comparative Perspective. Oxford: Oxford University Press; 2018.
34. Flynn S.W. Children in the Bible and the Ancient World. Comparative and Historical Methods in Reading Ancient Children. London: New-York: Routledge; 2019.
35. Griffith F.L.I. The Abydos decree of Seti I at Nauri. The Journal of Egyptian Archaeology. 1927; 13: 203–215.
36. Harris R. Gender and Aging in Mesopotamia: The Gilgamesh Epic and Other Ancient Literature. Norman: University of Oklahoma Press; 2000.
37. Janssen R.M., Janssen J.J. Growing up in Ancient Egypt. London: The Rubicon Press; 1990.
38. Knight M. Curing cut or ritual mutilation? Some remarks on the practice of female and male circumcision in Graeco-Roman Egypt. Isis. 2001. 92 (2): 317–338.
39. Kunz-Lübcke A. Das Kind in den antiken Kulturen des Mittelmeers: Israel, Ägypten, Griechenland. Neukirchen-Vluyn: Vandenhoeck & Ruprecht; 2007.
40. Lange A. They Burn Their Sons and Daughters — That Was No Command of Mine (Jer 7:31). Child Sacrifice in the Hebrew Bible and in the Deuteronomistic Jeremiah

- Redaction. In: Finsterbusch K., Lange A. L., Diethard Romheld K. F., Lazar L. *Human Sacrifice in Jewish and Christian Tradition*. Leiden-Boston: Brill Academic Publishers; 2007.
41. Lee R., DeVore I. *Man the Hunter*. Aldine: Publishing Co; 1986.
 42. Leick G. Too young — too old? Sex and age in Mesopotamian literature. In: Masterson M., Sorkin Rabinowitz N., Robson J. *Sex in Antiquity*. Routledge; 2015.
 43. Marshall A. *Etre un enfant en Egypte ancienne*. Champollion: Du Rocher; 2014
 44. Mason P., Thomas Jr. *Child Abuse and Neglect. Part I. Historical Overview, Legal Matrix, and Social Perspectives*. North Carolina Law Review. 1972; N 50: 293–349. Available at: <http://scholarship.law.unc.edu/nclr/vol50/iss2/3> (accessed 27.03.2020).
 45. McKenzie S.L. *King David: A Biography*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
 46. Morenz S. *Egyptian Religion*. Ithaca: Cornell University Press; 1992.
 47. Nemet Nejat K.R. *Daily Life in Ancient Mesopotamia*. Westport: Greenwood Publishing Group; 1998.
 48. Radbill S.X. Children in a world of violence: A history of child abuse. In: R.E. Heifer & R.S. Kempe (Eds.). *The battered child*. Chicago: University Of Chicago Press; 1987: 3–22.
 49. Siddal L. Ritual Killing and Human Sacrifice in the Ancient Near East. In: Fagan G.G., Fibiger L., Hudson M., Trundle M. *The Cambridge World History of Violence. Volume 1: The Prehistoric and Ancient Worlds*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
 50. Spalinger A.J. Canaanite Ritual Found in Egyptian Reliefs. *JSSEA*. 1978; N 7: 47–60.
 51. Stol M. *Woman in the Ancient Near East*. Berlin: De Gruyter; 2016.
 52. Stol M. *Birth in Babylonia and the Bible: Its Mediterranean setting*. Groningen: Styx/Brill; 2000.
 53. Stavropoulou F. *King Manasseh and Child Sacrifice*. Berlin-New York: De Gruyter; 2004.
 54. Tatlock J.R. Human sacrifice, ancient Near East. In: *The Encyclopedia of Ancient History, First Edition*. Bagnall Roger S, Brodersen K, Champion Craige B., Erskine A., Huebner Sabine R. Dartmouth: Wiley-Blackwell; 2012.
 55. Teeter E. *Egypt and the Egyptians*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
 56. Theurer J. Trapped in Their Own Rings: Padaung Women and Their Fight for Traditional Freedom. *International Journal of Gender and Women's Studies*. 2014; 2 (4): 51–56. Available at: http://ijgws.com/journals/ijgws/Vol_2_No_4_December_2014/3.pdf (accessed 15.08.2020).
 57. Tuor-Kurth C h. *Kindesaussetzung und Moral in der Antike: jüdische und christliche Kritik am Nichtaufziehen und Töten neugeborener Kinder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011.
 58. Vaux R, de. *Instituciones del Antiguo Testamento*. Barcelona: Editorial Herder; 1976.
 59. Weinfeld M. The Worship of Molech and of the Queen of Heaven and its Background. *Ugarit Forschungen*. 1972; N 4: 133–154.
 60. Westendorf W. *Handbuch der altägyptischen Medizin*. Leiden, Boston, Köln: Brill; 1998.
 61. Wheeler S.M., Williams L., Beauchesne P., Duprasa T.L. Shattered lives and broken childhoods: Evidence of physical child abuse in ancient Egypt. *International Journal of Paleopathology*. 2013; 3(2):71–82.

REFERENCES

1. Azarova E.A. O nasilii nad det'mi v sem'e. [About domestic violence against children]. *Vestnik Cherepoveckogo gosudarstvennogo universiteta*. 2011; 2 (3): 84–87. (in Russian).
2. Alekseeva L.S. O nasilii nad det'mi v sem'e. [On violence against children in the family]. *Sociologicheskie issledovaniya*. 2003; 228 (4): 78–85. (in Russian).
3. Antonov A.N. *Ohrana materinstva i mladenchestva. Posobie dlja vrachej*. [Protection of maternity and childhood. A manual for physicians]. L.: Tipografiya «Krasnoy gazety» im. Volodarskogo; 1929. (in Russian).
4. Afanas'eva V.K. *Ot nachala nachal. Antologiya shumerskoj poezii*. [From the very beginning. Anthology of Sumerian poetry]. SPb.: Centr «Peterburgskoe Vostokovedenie»; 1997. (in Russian).
5. Besedina O.A. O ponjatijnom apparate issledovaniya problemy zhestokogo obrashheniya s det'mi v sem'jah. [About conceptual construct of researches of domestic violence against children]. *Vestnik Cheljabinskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2013; 29 (13): 134–139. (in Russian).
6. Zemlianykh M.V., Izotova M.H. Sistema otnosheniy k sebe, znachimym lyudyam i miru u podrostkov, podvergayushchikhsya zhestokomu obrashcheniyu v sem'e [The system of self-attitude, attitude towards significant people and the world of adolescents who are maltreated in the family. *Pediatrician (St. Petersburg)*]. 2019; 10 (5): 87–92. doi: 10.17816/PED10587–92.
7. Dzharman O.A., Mikirtichan G.L. Sravnitel'naja harakteristika statusa rebenka v Drevnem mire. [Comparative analysis of the child's status in the Ancient World]. *Medicine and health care organization*. 2018; 3 (3): 59–74. (in Russian).
8. Diodor Sicilijskij. *Istoricheskaja biblioteka*. [Historical Library]. In: *Hrestomatija po istorii Drevnego Vostoka*. Chast' I. M.: «Vysshaja Shkola»; 1980: 141–145. (in Russian).
9. D'jakonov I.M., Afanas'eva V.K. *Kogda Anu sotvoril nebo*. Literatura drevnej Mesopotamii. [When Anu created the heaven. The literature of Ancient Mesopotamia]. M.: Aletejja; 2000. (in Russian).
10. Kapitonova E.A. Zarozhdenie pravovogo regulirovanija objazannostej rebenka v zarubezhnyh stranah v Drevnem

- mire i v Srednie veka. [The origin of law regulations of duties of the child in foreign countries in the Ancient World and in the Middle Ages]. *Izvestija vysshih uchebnyh zavedenij. Povolzhskij region. Obshchestvennye nauki.* 2012; 22 (2): 42–50. (in Russian).
11. Kon I.S. *Sociologicheskaja psihologija.* [Social Psychology] Voronezh: MODJeK; 1999. (in Russian).
12. Kramer S. *Shumery. Pervaja civilizacija na zemle.* [Sumerians. The first civilization on the Earth] M.: ZAO Centrpoligraf; 2002. (in Russian).
13. Mironov V.B. *Drevnij Vostok i Azija.* [Ancient Near East] M.: Veche; 2006. (in Russian).
14. Rabec A.M. *Formirovanie i razvitie social'nogo i pravovogo statusa lichnosti nesovershennoletnego v mirovom soobshestve.* [Shaping and development of the person of a minor in the world community]. *Uchenye zapiski Rossijskogo gosudarstvennogo social'nogo universiteta.* Izdatel'stvo: Rossijskij gosudarstvennyj sotsial'nyj universitet (Moskva). 2012; 108 (8): 84–88. (in Russian).
15. Rak I.V. *Mify Drevnego Egipta.* [Myths of Ancient Egypt]. SPb: Izdatel'stvo «Petro-RIF»; 1993. (in Russian).
16. Rodin S.G. *Nesovershennoletnie i zakon v Drevnem mire.* [Minority and the law in the Ancient World]. *Territorija nauki.* 2012; N 1: 174–179. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/nesovershennoletnie-i-zakon-v-drevnem-mire> (accessed 14.08. 2020). (in Russian).
17. Rufin. *Zhizn' pustynnyh otcov.* [The Lives of the Desert Fathers]. Available at: https://azbyka.ru/otechnik/Rufin_Akvilejskij/zhizn-pustynnykh-ottsov/ (accessed 04.09.2020). (in Russian).
18. Strabon. *Geografija v 17 knigah.* [Geography in 17 books]. Reprintnoe vosproizvedenie teksta izdanija 1964 g. M.: «Ladomir»; 1994. (in Russian).
19. Flavij Iosif. *O drevnosti iudejskogo naroda. Protiv Apiona.* [Antiquities of the Jews. Against Apion]. Moskva-Ierusalim: Evrejskij universitet v Moskve (Biblioteka Flaviana, vypusk 3); 1994. (in Russian).
20. *Hrestomatija po Vseobshhej istorii gosudarstva i prava.* [Textbook of general history of the state and law]: V 2 t. M.; 1996. (in Russian).
21. Shinkarev V.N. *Chelovek v tradicionnyh predstavlenijah tibeto-birmanskij narodov.* [Man in traditional conceptions of Tibeto-Burman nations]. M.: IJeA RAN; 1997. (in Russian).
22. *A_Handbook_of_Ancient_Religions.* Edited by John R. Hinnells. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
23. Andreu-Lanoe G. *Egypt in the Age of the Pyramids.* Ithaca: Cornell University Press; 1997.
24. Assmann J. *Of God and Gods: Egypt, Israel, and the Rise of Monotheism.* Madison: University of Wisconsin Press; 2008.
25. Ayala C. *L'histoire de la protection de l'enfance.* *Le Journal des psychologues* 2010/4 (№ 277): 24–27. Available at: <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2010-4-page-24.htm> (accessed 15.05.2020).
26. Beeman D.G. *Child abuse history and its effects on affect and social cognition as mediated by social support.* Retrospective Theses and Dissertations. Iowa: Iowa State University Ames; 1992. Available at: <https://lib.dr.iastate.edu/rtd/9975> (accessed 09.04.2020)
27. *Childhood.* In: *The Oxford Encyclopedia of Ancient Egypt*, ed. Donald B. Redford in 3 Vol. Oxford: Oxford University Press; 2001: (Vol.1): 261–264.
28. Davies N. *Human Sacrifice.* NY: William Morrow & Co.; 1981.
29. Day J. *Molech: a god of human sacrifice in the Old Testament.* University of Cambridge Oriental Publications 41. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.
30. Feucht E. *Juvenile Misbehaviour in Ancient Egypt.* In: Hess A.G., Clemens P. F. *History of Juvenile Delinquency.* Aalen: Scientia Verlag; 1990.
31. Feucht E. *Das Kind in Alten Ägypten: Die Stellung des Kindes in Familie und Gesellschaft nach altägyptischen Texten und Darstellungen.* Frankfurt-New York: Campus Verlag; 1995.
32. Finsterbusch K., Lange A.L., Diethard Romheld K.F., Lazar L. *Human Sacrifice in Jewish and Christian Tradition.* Leiden-Boston: Brill Academic Publishers; 2007.
33. Flynn S.W. *Children in Ancient Israel: The Hebrew Bible and Mesopotamia in Comparative Perspective.* Oxford: Oxford University Press; 2018.
34. Flynn S.W. *Children in the Bible and the Ancient World. Comparative and Historical Methods in Reading Ancient Children.* London: New-York: Routledge; 2019.
35. Griffith F.Ll. *The Abydos decree of Seti I at Nauri.* *The Journal of Egyptian Archaeology.* 1927; 13: 203–215.
36. Harris R. *Gender and Aging in Mesopotamia: The Gilgamesh Epic and Other Ancient Literature.* Norman: University of Oklahoma Press; 2000.
37. Janssen R.M., Janssen J.J. *Growing up in Ancient Egypt.* London: The Rubicon Press; 1990.
38. Knight M. *Curing cut or ritual mutilation? Some remarks on the practice of female and male circumcision in Graeco-Roman Egypt.* *Isis.* 2001. 92 (2): 317–338.
39. Kunz-Lübcke A. *Das Kind in den antiken Kulturen des Mittelmeers: Israel, Ägypten, Griechenland.* Neukirchen-Vluyn: Vandenhoeck & Ruprecht; 2007.
40. Lange A. *They Burn Their Sons and Daughters — That Was No Command of Mine (Jer 7:31). Child Sacrifice in the Hebrew Bible and in the Deuteronomistic Jeremiah Redaction.* In: Finsterbusch K., Lange A. L., Diethard Romheld K. F., Lazar L. *Human Sacrifice in Jewish and Christian Tradition.* Leiden-Boston: Brill Academic Publishers; 2007.
41. Lee R., DeVore I. *Man the Hunter.* Aldine: Publishing Co; 1986.
42. Leick G. *Too young — too old? Sex and age in Mesopotamian literature.* In: Masterson M., Sorkin Rabinowitz N., Robson J. *Sex in Antiquity.* Routledge; 2015.
43. Marshall A. *Etre un enfant en Egypte ancienne.* Champollion: Du Rocher; 2014

44. Mason P., Thomas Jr. Child Abuse and Neglect. Part I. Historical Overview, Legal Matrix, and Social Perspectives. *North Carolina Law Review*. 1972; N 50: 293–349. Available at: <http://scholarship.law.unc.edu/nclr/vol50/iss2/3> (accessed 27.03.2020).
45. McKenzie S.L. *King David: A Biography*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
46. Morenz S. *Egyptian Religion*. Ithaca: Cornell University Press; 1992.
47. Nemet Nejat K.R. *Daily Life in Ancient Mesopotamia*. Westport: Greenwood Publishing Group; 1998.
48. Radbill, S.X. Children in a world of violence: A history of child abuse. In: R.E. Heifer & R.S. Kempe (Eds.). *The battered child*. Chicago: University of Chicago Press; 1987: 3–22.
49. Siddal L. Ritual Killing and Human Sacrifice in the Ancient Near East. In: Fagan G.G., Fibiger L., Hudson M., Trundle M. *The Cambridge World History of Violence*. Volume 1: The Prehistoric and Ancient Worlds. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
50. Spalinger A.J. Canaanite Ritual Found in Egyptian Reliefs. *JSSEA*. 1978; N 7: 47–60.
51. Stol M. *Woman in the Ancient Near East*. Berlin: De Gruyter; 2016.
52. Stol M. *Birth in Babylonia and the Bible: Its Mediterranean setting*. Groningen: Styx/Brill; 2000.
53. Stavropoulou F. *King Manasseh and Child Sacrifice*. Berlin-New York: De Gruyter; 2004.
54. Tatlock J.R. Human sacrifice, ancient Near East. In: *The Encyclopedia of Ancient History*, First Edition. Bagnall Roger S, Brodersen K, Champion Craig B., Erskine A., Huebner Sabine R. Dartmouth: Wiley-Blackwell; 2012.
55. Teeter E. *Egypt and the Egyptians*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
56. Theurer J. Trapped in Their Own Rings: Padaung Women and Their Fight for Traditional Freedom. *International Journal of Gender and Women's Studies*. 2014; 2 (4): 51–56. Available at: http://ijgws.com/journals/ijgws/Vol_2_No_4_December_2014/3.pdf (accessed 15.08.2020).
57. Tuor-Kurth C h. Kindesaussetzung und Moral in der Antike: jüdische und christliche Kritik am Nichtaufziehen und Töten neugeborener Kinder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011.
58. Vaux R, de. *Instituciones del Antiguo Testamento*. Barcelona: Editorial Herder; 1976.
59. Weinfeld M. The Worship of Molech and of the Queen of Heaven and its Background. *Ugarit Forschungen*. 1972; N 4:133–154.
60. Westendorf W. *Handbuch der altägyptischen Medizin*. Leiden, Boston, Köln: Brill; 1998.
61. Wheeler S.M., Williams L., Beauchesne P., Duprasa T.L. Shattered lives and broken childhoods: Evidence of physical child abuse in ancient Egypt. *International Journal of Paleopathology*. 2013; 3 (2):71–82.

АФИНСКАЯ ЧУМА В «ИСТОРИИ» ФУКИДИДА

© Александр Александрович Антонов

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

Контактная информация: Антонов Александр Александрович — преподаватель кафедры иностранных языков с курсами русского и латинского языков. E-mail: antonov.history@yandex.ru

РЕЗЮМЕ: В статье даётся анализ сообщения Фукидида о «чуме» в Афинах в 431 г. до н.э. и рассматривается основная литература по этой теме. Исследуются три проблемы — возникновение «чумы» и условия её распространения, источники медицинских познаний Фукидида, современное определение и классификация болезни. Статья носит обзорный характер и призвана восполнить недостаток русскоязычной литературы по теме афинской чумы. Вопрос о возникновении «чумы» и условиях её распространения изучается по данным «Истории» Фукидида — даже поверхностный анализ сообщения аттического историка отчётливо показывает, что «чума» была принесена в Афины из других земель и распространилась по причине скученности населения в осаждённом городе. Вопрос об определении «чумы» рассматривается в обзоре литературы, посвящённой афинской «чуме». Перечисляются точки зрения таких исследователей как Д. Пейдж, В. Макартур, Э. Хукер, А. Холладей, Дж. Пул, Д. Моренс, Р. Литтман. Мнения авторов по этому вопросу противоречивы — каждый выдвигает своё определение болезни. Перечисляются такие версии как бубонная чума, корь, оспа, эрготизм, скарлатина, сыпной тиф, брюшной тиф. Однако наиболее достоверными представляются результаты ДНК-экспертизы, опубликованные греческими учёными из Афинского университета, по которым «чума» идентифицируется как брюшной тиф. Описанные Фукидидом симптомы «чумы» подходят симптомам брюшного тифа, который имел все условия для распространения в осаждённом городе. Что касается медицинских познаний Фукидида, в статье рассматриваются сочинения исследователей Дж. Финли, Ч. Кохрэна и Д. Пейдж, которые сходятся во мнении, что Фукидид был знаком с сочинениями корпуса Гиппократов — в частности, с «Прогностикой», также Фукидиду известно понятие «кризис», хотя этот термин он не употребляет. При этом Д. Пейдж считает, что Фукидид был знаком с медицинскими сочинениями других авторов того времени. В заключении ставится вопрос, почему Фукидид не идентифицировал болезнь как тиф, который был известен древнегреческим врачам. Также указываются перспективные для изучения темы — социальные последствия эпидемии в Афинах, сакральные представления афинян о причине чумы, состояние медицины в конце V в. до н.э.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Древняя Греция; Афины; чума; античная медицина; Фукидид.

THE ATHENIAN PLAGUE IN «HISTORY» BY THUCYDIDES

© Alexander A. Antonov

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

Contact information: Alexander A. Antonov — lecturer of the Department of foreign languages with the courses of Russian and Latin. E-mail: antonov.history@yandex.ru

ABSTRACT: The article provides an analysis of Thucydides' report on "plague" in Athens in 431 BC and reviews the basic literature on this topic. The article deals with three problems — the emergence of the "plague" and the conditions for its spread, the sources of Thucydides' medical knowledge as well as modern definition and classification of the disease. The article is of a review nature and contributes for the lack of Russian-language literature on the topic of the Athenian plague. The question of the origin of the "plague" and the conditions of its spread is investigated according to the "History" of Thucydides —

even a superficial analysis of the message of the attic historian clearly shows that “plague” was brought to Athens from other lands and spread due to the dense population in the besieged city. The definition of “plague” is discussed in review of literature on the Athenian “plague”. The points of view of such researchers as D. Page, W. MacArthur, E. Hooker, A. Holladay, J. Poole, D. Morens, R. Littman are viewed. The authors’ opinions on this issue are contradictory — everyone puts forward his own definition of the disease. Such versions as bubonic plague, measles, smallpox, ergotism, scarlet fever, typhus, typhoid fever are listed. However, the most reliable are the results of DNA testing published by Greek scientists from the University of Athens, according to which the “plague” is identified as typhoid fever. The symptoms of the “plague” described by Thucydides fit the symptoms of typhoid fever, which had all the conditions for spreading in a besieged city. As for Thucydides’ medical knowledge, the article examines the writings of researchers J. Finley, C. Cochrane, and D. Page, who agree that Thucydides was familiar with the writings of the Hippocratic corpus — in particular, with “Prognostics”. Also Thucydides knows the concept of “crisis”, although he does not use this term. At the same time, D. Page believes that Thucydides was familiar with the medical writings of other authors of the time. The conclusion raises the question why Thucydides did not identify the disease as typhus, which was known to ancient Greek physicians. They also indicate promising topics for study — the social consequences of the epidemic in Athens, the sacred views of the Athenians about the cause of the plague, the state of medicine at the end of the V century BC.

KEY WORDS: Ancient Greece; Athens; plague; ancient medicine; Thucydides.

Эпидемия, вспыхнувшая в Афинах в 430 г. до н.э. — одна из наиболее известных в истории, наряду с Юстиниановой чумой и со средневековой «чёрной смертью» XIV века. Её известности поспособствовали два факта. Первый — Фукидид (470–400 гг. до н.э.), второй после Геродота основоположник исторической науки, пережил болезнь и подробно описал её в своей «Истории Peloponnesic войны». Второй — от этой «чумы» скончался великий государственный деятель Перикл. Без этого эпидемия наверняка бы затерялась во мраке древности, в лучшем случае удостоившись краткого упоминания у позднейших авторов.

Однако несмотря на такую хрестоматийную известность тема афинской «чумы» в советской и российской историографии подробно не рассматривалась. Вероятно, причиной тому слабое развитие междисциплинарного подхода, в результате чего историки древности и филологи-классики избегают тем, связанных с медициной. Поэтому предлагаемая вашему вниманию статья призвана в некоторой степени закрыть этот пробел — в ней будет дан краткий очерк сведений из «Истории» Фукидида и основной историографии по афинской чуме [2].

Выше «чума» названа эпидемией, но и то, что это была «чума», и то, что это эпидемия — требует оговорок.

Определение болезни как «чумы» не совсем верно — поэтому слово «чума» взято в кавычки. Этому будет посвящён раздел ниже. Пока же стоит отметить, что болезнь так названа, потому что Фукидид называет её *λοῖμός* — это слово переводится как чума, поветрие, зараза, мор. Отсюда и берётся традиция называть эпидемию в русскоязычной литературе «чума», а в англоязычной «plague». Но

это не значит, что зараза относилась каким-то образом к бубонной чуме — в данном случае слово «чума» имеет такое же значение, как «мор» или «поветрие». Наряду с *λοῖμός* Фукидид использует слово *νόσος* — болезнь. Оба слова являются общими понятиями, обозначающими болезнь и эпидемию, а не медицинскими терминами.

Определение болезни как эпидемии тоже не совсем верно. Эту болезнь правильнее было бы квалифицировать как пандемию — согласно сообщению Фукидида, болезнь зародилась в Эфиопии, перекинулась на Египет и затем распространилась по Персидскому царству (II, 48, 1). Фукидиду известно, что до того как попасть в Афины, вспышка «чумы» случилась на Лемносе и «в других местах» (*ἐν ἄλλοις χωρίοις*; II, 47, 3). Что подразумевается под «другими местами» — неизвестно. Это могли быть полисы Ионии, Эолии, островов Эгейского моря, так как они соседствовали с Персидским царством. Лемнос же находился во владении Афин, на этом острове была основана афинская клерухия. Возможно, из Лемноса болезнь и пришла в Афины. Что же касается полисов Балканской Греции или Великой Греции в Италии и Сицилии, то сведений об эпидемии в этих регионах нет. Судя по всему война с Афинами уберегла полисы Peloponnesic союза — контакты с Афинами были прерваны, также торговые центры Коринф и Мегары были отрезаны от торговли с Востоком (откуда пришла болезнь) из-за господства афинского флота на море. Но всё же выходит, что «чума» бушевала в половине известной грекам ойкумены — Египет, владения персидского царя в Азии (надо полагать, наверняка были поражены Палестина, Финикия, Сирия, Малая Азия), Эгеида и Афины. То есть все части света в представлении

античных географов — Европа, Азия и Ливия. Это даёт основания называть афинскую «чуму» пандемией. Хотя отдельно по отношению к Афинам можно пользоваться и термином «эпидемия».

Хотя пандемия охватила и другие регионы Восточного Средиземноморья, именно в Афинах она унесла больше всего жизней. Об этом прямо говорит Фукидид — хотя вспышки «чумы» случались и раньше, но «...нигде не уносила столь много человеческих жизней» (II, 47, 3). Причина высокой смертности среди афинян легко объяснима — эпидемия вспыхнула в тот момент, когда всё население Аттики из-за угрозы спартанского вторжения было эвакуировано под защиту афинских стен. В результате чего в городе создалась очень неблагоприятная санитарно-эпидемиологическая обстановка. Диаметр городских укреплений Афин в среднем не превышает трёх километров, что даёт примерно семь-восемь километров площади внутри стен. Вдобавок к этому пространство между Длинными стенами и площадь Пирея. При этом Аттика к началу Пелопонесской войны была довольно густонаселённой областью — Фукидид насчитывает около 30000 военнообязанных мужчин (II, 13). Для древнегреческого полиса это было очень много. К этим тридцати тысячам следует прибавить стариков, женщин, детей — и тогда это число умножится в несколько раз. И это только граждане. Кроме них в Афинах и населённых пунктах Аттики проживали метеки и рабы, число которых не известно и приблизительно. Даже если принять за минимальную цифру численность населения Аттики в 200000 человек, то для такого небольшого пространства и это означает чрезмерную плотность населения. Фукидид красноречиво описывает перенаселённость Афин — не всем беженцам удалось найти приют у родственников или друзей, большинству пришлось ютиться на пустырях, в храмах богов, вдоль Длинных стен (II, 16). Скученность, отсутствие у многих крыши над головой — всё это естественно создавало условия для распространения эпидемии, которая вспыхнула спустя год с начала эвакуации населения в Афины. Что удивительно — даже в таких условиях, как сообщает Фукидид, в течение этого года в Афинах почти не было никаких болезней (II, 49, 1). Всё изменилось с приходом эпидемии.

Первые случаи заболевания, по свидетельству Фукидида, случились в Пирее (II, 48, 2). Пирей — пригород и морской порт Афин. Появление болезни в этом месте недвусмысленно говорит о её привозном характере. Она была принесена на кораблях. Остаётся только гадать — откуда. Её могли принести как матросы с кораблей, которые привозили из Египта зерно, так и афиняне, жившие в колонии на Лемносе (куда «чума» при-

шла раньше). Затем болезнь появилась в Афинах, после чего разразилась эпидемия.

Фукидид отмечает, что врачи не были знакомы с болезнью — не зная природы, они не знали, как её лечить. И более того, помогая больным, врачи заражались сами и погибали первыми (II, 47, 4). Обращения к богам и оракулам, резонно отмечает Фукидид, были напрасны.

Смертность от эпидемии была очень высокой. У нас, естественно, нет точной статистики, но Фукидид как член коллегии стратегов имел доступ к спискам личного состава афинского войска и приводит такие данные по потерям от эпидемии: «от болезни погибло 4400 гоплитов и 300 всадников, а сколько жертв она унесла из остального населения, с точностью установить невозможно» (II, 87, 3). И это при том, что на начало войны он насчитывает 13000 гоплитов и 1200 всадников. Следовательно, среди класса зевгитов (служивших в гоплитской фаланге) от болезни погиб каждый третий гражданин, а среди класса всадников и пентакосиомедимнов (служивших в коннице) погиб каждый четвёртый. Здесь напрашивается вывод, что благосостояние и вытекающая из него доступность врачебной помощи влияли на шансы выжить. Что же касается стариков, женщин и детей из этих классов, фетов, метеков, рабов — по ним нет даже приблизительных данных. Можно предположить, что среди малообеспеченных слоёв общества болезнь унесла ещё больше жизней.

Бессилие врачей и высокая смертность привели к состоянию паники в обществе, при котором моральные нормы перестали соблюдаться. Фукидид описывает как больные умирали в одиночестве без помощи, так как здоровые боялись помогать больным из-за страха заразиться, мёртвые не погребались согласно обрядам, в обществе воцарились беззаконие и погоня за чувственными наслаждениями (II, 51; 53). Этот рассказ Фукидида превратился впоследствии в клише для описания эпидемий.

Фукидид сам оказался в числе жертв болезни, но благополучно перенёс её. И чтобы в будущем болезнь можно было распознать, он приводит подробное описание признаков (II, 48, 3).

Из описания «чумы» можно сделать следующие наблюдения:

1. Первоначально «чума» напоминала респираторное заболевание — жар, чихание, кашель. Затем заболевание проявляло признаки кишечной инфекции (II, 49, 1–5).
2. Симптомы продромального периода болезни: головная боль, жар, воспаление глаз, чихание, кашель (II, 49, 2–3).
3. Симптомы разгара болезни: жар, рвота, понос, икота, жажда, сыпь (II, 49, 3–5).

4. Кризис наступал на седьмой или девятый день — если больной до того избегал смерти, то впоследствии мог умереть от диареи¹. Отмечается, что тело (то есть организм) успешно сопротивлялось болезни до перехода её в брюшную полость — в основном люди умирали от поноса (II, 49, 6).
5. После выздоровления была вероятность поражения конечностей, зрения или психики (II, 49, 7–8).
6. Как пишет Фукидид, переболевших «чумой» болезнь вторично не поражала, что, говоря современным языком, можно трактовать как приобретение иммунитета к болезни (II, 51, 6).

Таковы выводы, которые можно сделать об эпидемии при прочтении составленного Фукидидом описания. Эта часть второй главы «Истории» композиционно выделяется среди всей работы — в историческое повествование вкрапляется медицинский текст. По этой причине сюжет об афинской «чуме» всегда представлял особый интерес для исследователей, которые подняли два вопроса. Первый — отношение Фукидида к медицинской науке. Второй — природа эпидемии и её классификация.

Уже давно исследователями было высказано мнение, что Фукидид был знаком с трудами Гиппократов и косской медицинской школы. Трудно сказать, кто первым высказал такую идею — сходство описания чумы в «Истории» с трактатами корпуса Гиппократов буквально бросается в глаза. Ч. Кохрэн в исследовании «Thucydides and the Science of History» отмечает знакомство Фукидида с трудами Гиппократов, на которые историк ориентировался при описании болезни [3, 4]. Дж. Финли находит несомненным сходство между описанием чумы и трактатами корпуса Гиппократов, в особенности с «Эпидемиями» [7]. Д. Пейдж замечает, что сходство описания чумы в «Истории» Фукидида и планом описания болезней в «Эпидемиях» Гиппократов часто отмечалось исследователями [11].

Ч. Кохрэн отмечает, что Фукидид в своём описании чумы применяет *κατάκρησις* по терминологии корпуса Гиппократов — общее описание условий возникновения болезни, включая климат и время года. Фукидид знает понятие о кризисе и применяет его в описании чумы, когда отмечает переломный момент в болезни на седьмой или девятый день и далее описывает уже осложнения — это показывает его знакомство с теорией Гиппократов о кризисах [4].

¹ Здесь Фукидид применяет глагол *διαφεύγω*, «избегать, ускользать», вместо термина *κρίσις*, хотя в русском переводе Страпоновского термин «кризис» используется.

Д. Пейдж отмечает другую важную особенность — сходство между мотивом описания «чумы» Фукидидом и началом «Прогностики» корпуса Гиппократов [11]. Фукидид так говорит о своём побуждении: «Скажу только, каким образом эта болезнь возникла, и опишу ее проявления, чтобы, исходя из этого, в случае если она снова возникнет, ее можно было бы распознать» (II, 48, 3). Автор же «Прогностики» аргументирует важность медицинского прогноза так: «Мне кажется, что для врача самое лучшее позаботиться о способности предвидения... А задача лечения наилучше будет совершаться, если он из настоящих страданий предугадывает будущее» (Progn. I). Это сходство принципов в двух текстах несомненно говорит о знакомстве Фукидида с учением косской медицинской школы. Также Д. Пейдж анализирует лексику описания чумы в «Истории» — согласно анализу Фукидид использовал общие термины, характерные для греческого языка. Такие анатомические термины как *καρδία* (сердце), *ἀκρωτήρια* (конечности), *κεφαλή* (голова), *κοιλία* (брюшная полость), *φάρυγξ* (горло, глотка) были стандартными для аттической прозы. В описании проявления болезни Фукидид тоже использовал стандартную лексику: *πόνος* (физическая боль), *θερμαί* (лихорадочное состояние), *ἐρυθρία* (покраснение), *ἐλκωσις* (изъязвление) и т.д. Но при этом знакомство с медицинской терминологией Фукидид показывает в использовании прилагательных: *ἰσχυρός* (сильная боль), *ἄκρατος* (неумеренный — определение степени диареи), *αἷματόδης* (кроваво-красный), *δυσώδης* (зловонный). В целом, вывод автора таков — Фукидид использовал при описании «чумы» стандартную медицинскую лексику. Разве что использование аттическим историком ряда слов, характерных для «Прогностики» (таких как *καταβαίνει* — «спускаться», в контексте описания «чумы» глагол означал, что болезнь спускается в грудь; *ἀκμάζειν* — «быть в разгаре», относилось к болезни), как и намёк Фукидида на знание им видов желчи (II, 49, 3 — здесь возможно отсылка к Progn. XIII), показывают знакомство Фукидида именно с этим сочинением корпуса Гиппократов [11].

Разумеется, из этого не следует делать вывод, что Фукидид читал из всех сочинений косской школы только «Прогностику» — Д. Пейдж приводя используемую Фукидидом медицинскую лексику, неоднократно указывает на использование тех или иных слов в «Эпидемиях». Фукидид мог быть также знаком и с другими сочинениями корпуса Гиппократов. Но скорее всего историк был знаком и с медицинскими сочинениями других авторов, не дошедшими до нас, которые и сформировали тот лексикон, которым Фукидид пользовался. Знакомый с параллельной Гиппо-

крату традиции, Фукидид использует альтернативное обозначение понятия «кризис», хотя он был определённо знаком с теорией косской школы о кризисах. Имея широкий кругозор, историк не пользовался лексиконом только Гиппократова корпуса, но использовал при описании распространённые в его время термины и понятия. Самое главное в этом вопросе — это принцип подробного описания болезней с целью их прогнозирования в будущем, определённо почерпнутый Фукидидом в «Прогностике» и «Эпидемиях».

Такова краткая история вопроса о медицинских познаниях Фукидида. Теперь о втором вопросе. Загадка происхождения «чумы» и проблема классификации этой эпидемии привлекали внимание многих исследователей, что породило обширную библиографию. Несмотря на то, что Фукидид оставил очень подробное описание болезни, оно привело к самым разным выводам. Отчасти причиной тому стали возможные неточности в описании — Фукидид писал по памяти уже много лет спустя. Другая причина — постановка диагноза касательно давних исторических событий всегда была крайне сомнительным делом, в котором невозможно опираться на данные медицинского обследования, а следовательно, любые выводы не могут быть надёжными. Стоит вспомнить в качестве примера дискуссию о причине смерти Александра Великого.

Здесь будет приведена краткая библиография по вопросу об афинской «чуме».

Д. Пейдж считает, что в Афинах в 430 г. до н.э. вспыхнула эпидемия кори [11].

В 1958 г. сэр В. Макартур в статье «The Plague of Athens» разобрал основные версии происхождения болезни. Гипотезу об эрготизме — отравлении спорыньей (которая могла поразить хлеб) он отвергает на том основании, что в античных источниках, в том числе в гиппократовом Корпусе, симптомы эрготизма не упоминаются. Бубонная чума или оспа отвергаются на том простом основании, что Фукидид ни разу не упоминает бубонов, поражавших человека. Автору болезнь больше напоминает брюшной тиф. Любопытная деталь — по сообщению Фукидида, болезнь поражала врачей, что напоминает автору эпидемию тифа в Ирландии 1846 г., когда погиб каждый тринадцатый врач, что было связано с заразностью испражнений больных [9].

В том же году Э. Хукер выпустила статью, в которой возразила В. Макарту, допуская возможность, что эпидемия в Афинах была бубонной чумой [6].

А. Холладей и Дж. Пул в статье 1979 г. перечислили множество вариантов — оспа, бубонная чума, скарлатина, корь, сыпной тиф, брюш-

ной тиф, эрготизм, или же множественное заражение — смесь оспы, тифа и кори. Однако, отмечают авторы, идея множественного заражения опровергается сообщением Фукидида, что пережившие болезнь приобретали к ней иммунитет — следовательно, болезнь была одна, а не комбинацией нескольких. Возможно, это была исчезающая к нашему времени болезнь [5].

Д. Моренс и Р. Литтман предполагают, что эпидемию вызвало респираторное заболевание [10].

Усилия исследователей прошлого века были обречены остаться безуспешными. Однако в XXI веке новые возможности предоставили достижения генетики. В 2005 г. вышла сенсационная статья греческих учёных. В ней было заявлено, что ДНК тест решил эту загадку. Этому позволила свершиться находка массового захоронения на Керамике, датированного V в. до н.э. — в беспорядке сваленные в одну яму костяки без сомнения свидетельствовали о том, что это братская могила, созданная в условиях чрезвычайного положения. Фукидид пишет, что в разгар эпидемии люди перестали заботиться о погребении умерших: «Все прежние погребальные обычаи теперь совершенно не соблюдались: каждый хоронил своего покойника как мог» (II, 52, 4). Древние греки были очень щепетильны в вопросах погребения, примером чему является трагедия Софокла «Антигона». Без порядка разбросанные трупы — свидетельство чрезвычайной ситуации, какой была афинская «чума». Соответственно, останки найденных афинян принадлежали жертвам «чумы». Из пульпы трёх случайно разбросанных зубов удалось извлечь материал ДНК. Лабораторные анализы показали, что результаты полимеразной цепной реакции дают 93% сходства структуры с *Salmonella enterica serovar typhi*, возбудителем брюшного тифа, и 91% с *Salmonella typhimurium*. Эти результаты дают основание идентифицировать болезнь, погубившую раскопанных на Керамике афинян как брюшной тиф. Тем более, по мнению авторов статьи, описание болезни, сделанное Фукидидом, хорошо подходит к симптомам брюшного тифа. Таковыми являются высокая температура, понос, сыпь, депрессия центральной нервной системы (т.н. status typhosus), поражение лёгких (бронхит или пневмония) [12].

Таким образом, вопрос о природе афинской «чумы» можно считать с той или иной степенью уверенности решённым — это был брюшной тиф. С этим выводом кроме описанных Фукидидом симптомов согласуются и другие детали. Первый момент. Фукидид пишет о том, что больные бросались в колодцы для утоления жажды и жара (II, 49, 5). Это приводило к заражению источников питьевой воды бактериями *Salmonella typhi*, которые могут обитать в воде, употребление которой в

свою очередь приводит к заражению возбудителями брюшного тифа. Учитывая нахождение Афин в осаде, нетрудно догадаться, что доступ к источникам воды за пределами городских стен был затруднён, и афинянам приходилось пользоваться городскими колодцами, заражёнными бактериями *Salmonella typhi*. Это наряду с перенаселённостью Афин и привело к невиданному масштабу эпидемии, когда от болезни скончалось предположительно до четверти населения города.

Второй момент. В. Макартур отмечает, что тиф — это одна из тех болезней, которые с высокой долей вероятности поражают как пациентов, так и врачей. Что согласуется с сообщением Фукидида о высокой смертности от «чумы» среди врачей (II, 47, 4).

Таким образом, согласно имеющимся исследованиям, вопрос о природе и происхождении афинской «чумы» решён. Также исследования историков и филологов дают нам понять источники медицинских познаний Фукидида. Но этот вопрос окончательно раскрыт быть не может — в любом случае остаются неизвестны современные корпусу Гиппократова сочинения других авторов. Также остаётся без ответа и другой вопрос — почему Фукидид называл эпидемию «чумой», при том, что тиф был известен древнегреческим врачам? В трактате «О внутренних страданиях», приписанном Гиппократу, но скорее всего принадлежавшем автору книдской медицинской школы, даётся определение тифа и его симптомы (*De affectionibus internis*, 39). Фукидид должен был знать об этой болезни из тех или иных источников. Возможно, он не считал себя достаточно компетентным, чтобы определить болезнь. Кроме того, история афинской «чумы» представляет и другие темы для исследования — социальные последствия, сакральные представления афинян о причине чумы (тема проклятия богов), состояние медицины в конце V в. до н.э. Все эти темы нуждаются в изучении, особенно в российской историографии, в которой тема афинской «чумы» не исследована должным образом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиппократ. Избранные книги. М.: Госбиомедгиз; 1936.
2. Фукидид. История. Л.: Наука; 1981.
3. Цинзерлинг А.В., Цинзерлинг В.А., Ариэль Б.М., Индикова М.Г., Мельникова В.Ф., Шастина Г.В., Попова Е.Д., Анисимова Ю.Н. Современные инфекции. Патологическая анатомия и вопросы патогенеза. Руководство. Санкт-Петербург; 1993.
4. Cochrane C.N. *Thucydides and the Science of History*. Oxford: Oxford University Press; 1929.
5. Holladay A.J., Poole J.C.F. *Thucydides and the Plague of Athens*. *The Classical Quarterly*. 1979; 29 (02): 282–300.
6. Hooker E. Buboes in Thucydides? *The Journal of Hellenic Studies*. 1958; 78: 78–83.
7. John H. Finley, Jr. *Thucydides*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1942.
8. Longrigg J. The Great Plague of Athens. *History of Science*. 18 (3): 209–225.
9. MacArthur W. The Plague of Athens. *Bulletin of the History of Medicine*. 1958; 32 (3): 242–246.
10. Morens D., Littman R. Epidemiology of the Plague of Athens. *Transactions of the American Philological Association*. 1992; 122: 271–304.
11. Page D.L. Thucydides' Description of the Great Plague at Athens. *Classical Quarterly*. 1953; 3 (3/4): 97–119.
12. Papagrigorakis M., Yapijakis Ch., Synodinos Ph., Baziotopoulou-Valavani E. DNA examination of ancient dental pulp incriminates typhoid fever as a probable cause of the Plague of Athens. *International Journal of Infectious Diseases*. 2006; 10(3): 206–214.
13. Thucydides. *Historiae* in two volumes. Oxford: Oxford University Press; 1942.

REFERENCES

1. Gippokrat. *Izbrannye knigi*. [Selected books]. M.: Gosbiomedgiz; 1936. (in Russian).
2. Fukidid. *Istoriya*. [History]. L.: Nauka; 1981. (in Russian).
3. Tsinzerling A.V., Tsinzerling V.A., Ariel' B.M., Indikova M.G., Mel'nikova V.F., Shastina G.V., Popova E.D., Anisimova Yu.N. *Sovremennye infektsii. Patologicheskaya anatomiya i voprosy patogeneza. Rukovodstvo*. [Modern infections. Pathological anatomy and pathogenesis issues. Guide]. Sankt-Peterburg; 1993.
4. Cochrane C.N. *Thucydides and the Science of History*. Oxford: Oxford University Press; 1929.
5. Holladay A.J., Poole J.C.F. *Thucydides and the Plague of Athens*. *The Classical Quarterly*. 1979; 29 (02): 282–300.
6. Hooker E. Buboes in Thucydides? *The Journal of Hellenic Studies*. 1958; 78: 78–83.
7. John H. Finley, Jr. *Thucydides*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1942.
8. Longrigg J. The Great Plague of Athens. *History of Science*. 18 (3): 209–225.
9. MacArthur W. The Plague of Athens. *Bulletin of the History of Medicine*. 1958; 32 (3): 242–246.
10. Morens D., Littman R. Epidemiology of the Plague of Athens. *Transactions of the American Philological Association*. 1992; 122: 271–304.
11. Page D.L. Thucydides' Description of the Great Plague at Athens. *Classical Quarterly*. 1953; 3 (3/4): 97–119.
12. Papagrigorakis M., Yapijakis Ch., Synodinos Ph., Baziotopoulou-Valavani E. DNA examination of ancient dental pulp incriminates typhoid fever as a probable cause of the Plague of Athens. *International Journal of Infectious Diseases*. 2006; 10(3): 206–214.
13. Thucydides. *Historiae* in two volumes. Oxford: Oxford University Press; 1942.

ГЕРОИ-АСТРАХАНЦЫ, СПАСАВШИЕ ОТ СМЕРТИ

© *Ольга Анатольевна Мурзова, Гульнара Рафиковна Сагитова, Елена Михайловна Ищенко, Роман Владимирович Гарянин, Александра Игоревна Отто, Диана Мохуббатовна Фараджова*

Астраханский государственный медицинский университет. 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

Контактная информация: Сагитова Гульнара Рафиковна — доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования. E-mail: sagitova-gulnara04@yandex.ru

РЕЗЮМЕ: Данная статья посвящена 75-летию со дня Великой победы. В ней представлен вклад преподавателей Астраханского медицинского института, которые в минимально короткие сроки подготовили квалифицированных врачей из числа своих студентов, и в то же время «второй стороной» их неопенимой деятельности стала разработка новых лекарственных средств в лабораториях ВУЗа, благодаря которым удалось сохранить множество человеческих жизней. В статье отражены тяжёлые условия выполнения профессионального и военного долга медиков. Несмотря на все тяготы и лишения военного времени, они сумели сохранить верность принципам врачебного служения пациенту, были милосердны к каждой человеческой жизни, спасали раненых на поле боя и в эвакуационных госпиталях, работали, не щадя себя, проявляли небывалое мужество и героизм. Всё вышесказанное отражено в моментах биографии известных астраханских медиков периода Великой Отечественной войны, таких как Служко Л.Л., Лычманов Н.Г., Ногаллер А.М., Завгороднев Л.М., Стерлигов Г.Ф., Коновалов Г.И., Бирюков М.В., Лазарев Н.Т., Приказчиков А.И., Танинов П.Ф., Ардина С.Б., Тарасьян Е.А., Мизинова Н.Г., Алексеева Анна, Колоколова Елизавета, Дробахина Ольга. Их имена увековечены в Книге памяти города Астрахани. В честь подвига и как дань светлой памяти на территории больницы им. Кирова г. Астрахани 29 апреля 2015 г. был открыт ещё один монумент памяти медикам, погибшим в годы Великой Отечественной войны, в образе которого отражены герои статьи. Благодаря их самоотверженному и героическому труду на полях сражения, в прифронтовой зоне, в тылу, удалось сократить число человеческих жертв, и дать многим солдатам шанс вернуться домой живыми.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Великая Отечественная война; Астрахань; Астраханский медицинский институт; подвиг; врач; Книга памяти.

HEROES-ASTRAKHANIANS WHO SAVED PEOPLE'S LIVES

© *Olga A. Murzova, Gulnara R. Sagitova, Elena M. Ishchenko, Roman V. Garyanin, Alexandra I. Otto, Diana M. Farajova*

Astrakhan State Medical University. Bakinskaya st., 121. Astrakhan, Russia, 414000,

Contact information: Sagitova G. Rafikovna — MD, Professor of the Department of Hospital Pediatrics with Postgraduate Education. E-mail: sagitova-gulnara04@yandex.ru

ABSTRACT: This article is dedicated to the 75th anniversary of the Great Victory. It presents the contribution of teachers of the Astrakhan Medical Institute, who in the shortest possible time trained qualified doctors from among their students, and at the same time the “second side” of their invaluable activity was the development of new medicines in the laboratories of the university, thanks to which it was possible to save many human lives. The article reflects the difficult conditions for fulfilling the professional and military duties of doctors. Despite all the hardships of wartime, they managed to remain faithful to the principles of medical service to the patient, were merciful to every human life, saved the wounded on the battlefield and in evacuation hospitals, worked without sparing themselves, showed

unprecedented courage and heroism. Everything mentioned above is reflected in the biographical notes of famous Astrakhan doctors in the time of the Great Patriotic War, such as Sluvko L.L., Lychmanov N.G., Nogaller A. M., Zavgorodnev L.M., Sterligov G.F., Kononov G.I., Biryukov M.V. zarev, Lazarev. Their names are immortalized in the Book of Memory of the city of Astrakhan. In honor of the feat and as a tribute to a bright memory on the territory of the hospital named after Kirov in Astrakhan on April 29, 2015, another monument was opened in the memory of doctors who died during the Great Patriotic War, the image of which reflects the heroes of the article. Thanks to their selfless and heroic work on the battlefields, in the front-line zone, in the rear, it was possible to reduce the number of human casualties, and give many soldiers a chance to return home alive.

KEY WORDS: Great Patriotic war; Astrakhan; Astrakhan medical Institute; feat; doctor; the Book of remembrance.

Очень часто в нашей жизни мы привыкаем к определенному укладу — плыть по течению. Насколько же нам бывает некомфортно, когда что-то идет не так... А что, если этим «не так» стала война?

Великая Отечественная война началась внезапно, неожиданно. Никто не был готов к ней. Страх за себя и своих близких парализует, не дает мыслить. Нужно обладать невероятной выдержкой и смелостью, чтобы не только вынести эту тяжкую ношу, но и помогать другим, жертвуя собою [5]. 75 лет назад таких людей была целая страна. Может быть, поэтому мы называем их «поколение победителей» [3]? Может быть, поэтому мы преклоняемся перед теми, кто прошел через то, о чем мы предпочитаем не думать. Да и думать страшно... Многие из нас стыдливо прячут глаза от фотографий военной разрухи, жертв, потому что больно, потому что неловко.

Астрахань тоже воевала, это всем известно. Да, здесь не было таких ожесточенных боев как в соседнем Сталинграде, но разве это уменьшает подвиг приближавших победу? Знаем ли мы своих героев? Необходимо отмотать пленку назад и вдумчиво взглянуть в лица своих земляков.

Когда в каждый астраханский дом, в каждую квартиру постучалась война, никто не захотел спрятаться и отсидеться в укромном месте. Для каждого жителя от мала до велика, стал принципиально важным вопрос: «А что я могу сделать?». На фронт уходили не только взрослые мужчины, оставившие семьи и маленьких детей, но и вчерашние школьники, студенты, которым кроме мамы и писем писать было некому. Их увозят тяжелые, шумные военные эшелоны. Сколько солдат вернется назад? Неведомо. Их семьи и близкие с тоской смотрят уходящим в след. Свидятся ли они еще хоть раз? Неизвестно. Но жизнь в городе не прекращается. Перед теми, кто остался, стоит задача — сделать все для фронта, все для Победы!

Из материалов астраханского музея Боевой славы известно, что в городе разворачивалось

восемьдесят эвакуационных госпиталей. Каждый из местных жителей становится добровольцем, забывает о себе и своих нуждах. Кто-то после работы бежит не домой, а в школу, техникум, институт, общежитие. Нет, не для того, чтобы получить новые знания или отдохнуть. Для того, чтобы помочь врачам переоборудовать эти помещения в санитарные пункты, лазареты. Благодаря такой сплоченной работе медиков и простых астраханцев госпиталя начинают принимать раненых бойцов гораздо раньше, а значит, гораздо больше жизней удастся спасти.

Когда в 1942 году количество солдат, нуждающихся в медицинской помощи, превышает число коек, женщины и дети бросаются на помощь и помогают эвакуировать их через Волгу на другой берег. Но вот новая беда: не хватает врачей, нет рабочих рук, чтобы спасать жизни защитников Родины. Тогда Астраханский медицинский институт решается на серьезный шаг. Перед преподавателями стоит непосильная задача: необходимо в минимально короткие сроки сделать из своих студентов квалифицированных врачей. И это удастся. За четыре года войны медицинский институт готовит восемь выпусков. Более тысячи новоиспеченных врачей отправляются на фронт выполнять свой долг. Многие оказываются плечом к плечу со своими преподавателями в составе 28 армии. А alma mater продолжает готовить новых врачей и совершать открытия, спасающие тысячи жизней. Пытливые умы преподавателей медицинского института разработали средство, которое прозвали «чудесной палочкой» — витаминизированный рыбий жир. Это, казалось бы, простое и известное всем лекарство помогло спасти сотни жизней солдат, получивших огнестрельное ранение. Знали ли эти бойцы, кому обязаны своими жизнями?

Обычно, когда говорят о военном подвиге, всегда вспоминают военных и мало говорят о военных врачах. Их самопожертвование зачастую совершенно незаслуженно остается в тени. Давайте осветим их подвиги, чтобы навсегда оставить их в своем сердце.

Сегодня в Книге памяти города Астрахани мы можем найти имя Леона Людвиговича Служко. Своим землякам он известен, прежде всего, как врач Первой Областной клинической больницы. Но мало кто знает, что во время Великой Отечественной войны Леона Служко был настоящей легендой. В невыносимо тяжелых военных условиях Леон Людвигович провел более двух тысяч операций. Представляем ли мы себе эти условия? Отсутствие сна на протяжении нескольких суток, минимальный запас медикаментов и сотни раненых, нуждающихся в помощи.

Каждый астраханец хоть раз в жизни слышал словосочетание «улица Лычманова», но мало кто задавал себе вопрос и пытался узнать чье имя носит улица. Николай Георгиевич Лычманов в годы войны работал ведущим хирургом на Втором Украинском фронте. В музее боевой славы мы сможем найти его личные вещи и инструменты, но что особенно ценно, так это портрет Николая Георгиевича, написанный одним из благодарных пациентов. Интересно, что чувствовал этот врач-герой, которому на протяжении всей его жизни приходили письма с разных концов необъятной родины со словами: «Здравствуйте, Николай Георгиевич! Спасибо за мою жизнь» [1].

Если ввести в поисковой строке имя Александр Михайлович Ногаллер, то можно увидеть фотографию пожилого, но бодрого мужчины с серьезным взглядом и обезоруживающей доброй улыбкой. С трудом верится, что 22 мая

2020 года он отметил свой столетний юбилей! В далекие военные годы он был старшим врачом истребительного противотанкового артиллерийского полка действующей армии, затем стал начальником отделения армейского хирургического полевого госпиталя. Это был трудный путь военного врача, прошедшего всю войну от Москвы до Берлина. В 1959 году Александр Михайлович начал свою работу в Астраханском медицинском институте и стоял у истоков создания Астраханской гастроэнтерологической школы терапевтов [2].

Смогли бы вы принимать решения на поле боя? Ведь цена этих решений — жизнь. Выпускник Астраханского медицинского института, Завгороднев Леонтий Михайлович, уроженец города Ставрополь, в звании майора медицинской службы, командовал медицинским санитарным батальоном 415-й дивизии 61-й армии Белорусского фронта. Проявил исключительную инициативу, как командир, обеспечив быстро налаженную переправу раненых солдат через Днепр и оказание им необходимой медицинской помощи силами своего санитарного батальона. Его грамотное руководство эвакуацией во время боя спасло сотни человеческих жизней. За преданность Родине и своему делу он был награжден: Орденом Красной Звезды, Орденом Отечественной войны II степени, а также медалями «За отвагу», «За взятие Берлина», «За оборону Москвы», «За Победу над Германи-



Рис. 1. Военврач Служко Леон Людвигович среди медсестер медсанбата 1944 год

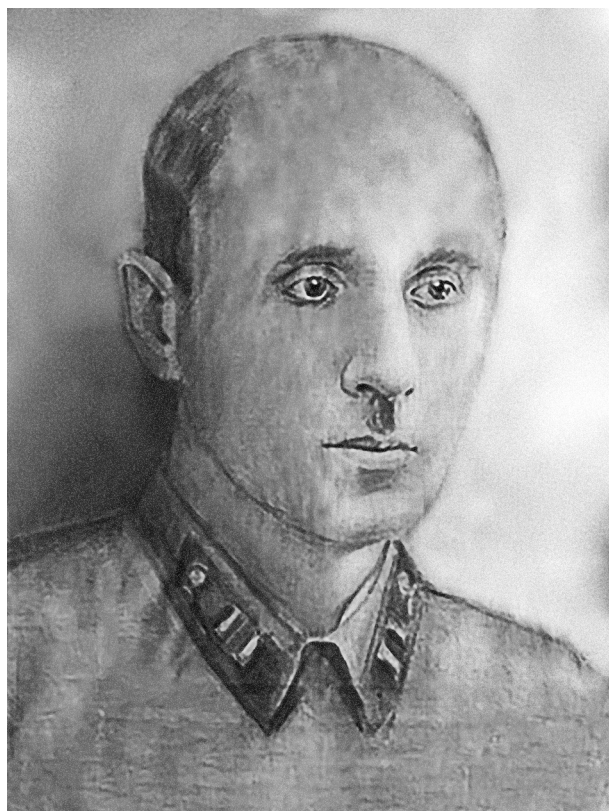


Рис. 2. М. Протасов «Портрет хирурга Николая Лычманова». Ткань, сухая кисть. 1943 год

ей в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

Ещё одним без приуменьшения талантливым руководителем медицинской службы во время войны является гвардии подполковник Стерлигов Григорий Филиппович. Он возглавлял медслужбу южной группировки войск второго Украинского фронта во время освобождения Югославии. В сражении за город Белгород он организовал продвижение медсанвзвода вслед за продвигающимися в глубь города танковыми формированиями, что позволило оказывать оперативную медицинскую помощь раненым на поле боя и своевременно доставлять в тыл с последующей переправкой в госпитали. Свои способности Григорий Филиппович использовал не только на полях сражений, но и принимал участие в организации медицинской помощи отрядам, ведущим партизанскую деятельность по освобождению своей Родины от захватчиков. За все свои боевые заслуги был дважды награждён Орденом Красной звезды и медалями «За боевые заслуги», «За освобождение Белгорода», «За взятие Будапешта», «Отечественная война 1944–1945 гг.», «За Победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». Выполнив свой военный долг Стерлигов Григорий Филиппович вернулся на родину и возглавил

медицинское училище, передавая свой богатый опыт последующим поколениям.

Очень часто, выполняя свой долг, врачи рисковали собственной жизнью на поле боя. Так врач-терапевт Коновалов Георгий Иванович, во время наступления у высоты 204,4 спас 9 бойцов, получивших тяжелые ранения, оказав им своевременную помощь прямо на поле боя, что позволило доставить раненых в медицинский пункт бригады живыми. Также в июле 1944 Георгий Иванович принимал участие в боях, проходивших в районе Волковичи, где, будучи в боевом порядке своего расчета, вынес из под огня 7 раненых солдат и офицера. Проявленные им отвага и героизм, не остались незамеченными. Коновалов Георгий Иванович был награжден Орденом Красной Звезды и медалью «За отвагу». Службу в армии наш герой закончил в 1946 году в звании гвардии капитан медицинской службы, вернулся в Астрахань, где продолжил работать по призванию, но уже под мирным небом своей родины.

Бирюков Михаил Васильевич прошел всю войну в должности начальника хирургического отделения госпиталя 28 армии. За свои заслуги перед Отечеством и свою доблесть был награжден орденами «Красной Звезды», «Отечественной войны II степени», медалями «За взятие Ке-



Рис. 3. А. М. Ногаллер, капитан медицинской службы

нигсберга», «За взятие Берлина», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». После войны Михаил Васильевич стал доцентом кафедры акушерства и гинекологии.

Лазарев Николай Тимофеевич, будучи студентом пятого курса военно-медицинской академии г. Куйбышева (в г. Астрахань закончил 2 курса, затем перевёлся в ВМА), был направлен для прохождения службы в действующую армию. Находясь в действующей армии, Николай Тимофеевич своими знаниями, заботливым отношением к раненым спас не одну сотню человеческих жизней. Смелый и выдержанный, он умел своевременно организовать эвакуацию раненых с поля боя, сокращая тем самым срок излечения, способствуя скорейшему возвращению в строй бойцов и офицеров. Участник боёв за освобождение г. Борисова, Карачева, Орши, Млодечно и боёв при прорыве немецкой обороны и взятии городов Инстрербург, Лабиау, Кенигсберг, Пиллау, майор медицинской службы Лазарев не жалел сил в трудных полевых условиях, отдавал все знания и всё своё умение на оказание помощи раненым бойцам и офицерам. В г. Астрахань Николай Тимофеевич вернулся только в 1968 году, где начал работу в ГКБ №1.

Во время войны Приказчиков Александр Иванович служил командиром орудия в третьей батарее, а после санитарным инструктором в

третьем Гвардейском минометном полке ордена Кутузова с 1943 по 1945 гг. Принимал участие в боях за освобождение Смоленска, Польши, Белоруссии. Счастливая весть об окончании войны застала его на Эльбе. За свою доблесть Александр Иванович стал кавалером орденов «Красной Звезды», «Отечественной войны II степени» и множества других наград. После войны бывший санинструктор закончил учебу в Астраханском медицинском институте, защитил кандидатскую и докторскую диссертации. Стал известным кардиологом, профессором, руководил кафедрой общей терапии, был деканом лечебного факультета мединститута.

К сожалению, мы мало обращаем внимания на подвиг простых сельских врачей. Так, мы мало что знаем о Петре Ефимовиче Танине. А между тем, он нес свое служение людям в поселке Долбан (ныне поселок носит название Лиман). В населенном пункте, где проживало более трех с половиной тысяч человек, была всего одна больница. Она была рассчитана на 20 коек для мужчин и 10 коек для женщин. Здесь и был единственным врачом Петр Ефимович, а помогали ему всего три медсестры. Но с приходом войны количество пациентов, нуждающихся в лечении, резко увеличивается. Тогда администрация принимает решение оборудовать под госпиталь местный клуб. А врач на весь район, как и прежде, всего один. Не помня себя, не об-



Рис. 4. Отважная девушка-санитарка, оказывающая первую медицинскую помощь на поле боя

рашая внимания на усталость, хроническое недосыпание, отсутствие отдыха, Петр Ефимович оперирует больных. Спать получается короткими урывками, практически не выходя из операционной. После 22.00 работа становится просто невообразимой. В это время отключают электричество, и хирургу приходится оперировать при свете одних керосиновых ламп. Иногда для операций подгоняли машину. И для лучшего освещения операционной включали фары. Подобные условия кажутся нам невозможными, но у врача-героя не было времени рассуждать о сложности работы в таких условиях. Петру Ефимовичу Танину нужно было спасти жизни солдат, и это было важнее [1].

Женщины-врачи не были большой редкостью на войне, но все же встречались нечасто. Нежные и хрупкие, те, кого дома часто ждали дети и пожилые родители, редко бывали в кругу семьи [4].

Еще одна неизвестная героиня поколения победителей — Елизавета Колоколова. Когда началась война, она работала хирургом в Правобережной больнице. В конце июня 1941 года ее назначают заведующей четвертого отделения сортировочного госпиталя № 1589. Помимо приема и распределения больных Елизавета каждый день проверяет, хватает ли в отделениях и операционной всего самого необходимого, хватит ли пациентам мест, лекарств, постоянно проводит занятия с врачами и медицинским персоналом, читает лекции о переливании крови. Всячески пытается помочь коллегам и подготовить их к приему большого количества больных. Отдельный подвиг, где профессионализм Елизаветы Колоколовой проявился во всей своей полноте, произошел 6 августа 1941 года. В этот день пришел первый эшелон, где было более восьмисот солдат. Перед ней стояла непростая задача: в максимально короткие сроки распределить всех поступивших по документам и по характеру ранения. Ведь в некоторых случаях была дорога каждая минута. И с поставленной задачей она справилась. Восьмисот человек были направлены каждый в свои отделения всего за три часа. Всю войну Елизавета трудилась в родном городе, став настоящим примером самоотверженного служения для своих земляков.

Особо трогают сердце истории о совсем юных девушках, которые, осознавая в какой опасности находится Родина, забывают обо всех своих желаниях и нуждах, покидают родной дом и посвящают себя служению людям. Такой девушкой стала Анна Алексеева. В свои восемнадцать лет она принимает решение стать медсестрой на фронте и начинает помогать в госпи-

талях Сталинграда. Очень быстро отважную девушку назначают старшиной медицинской службы, в составе которой Анна участвует в спасении сотен человеческих жизней в кровопролитных боях за освобождение Харькова, Звенигорода, Белгорода. Смелая медсестра прошла всю войну и радостную весть о победе встретила под Будапештом.

Для Ардиной Сары Борисовны фронтовая жизнь началась в августе 1942 года. Она оказывала помощь раненым в саратовском военном госпитале и в летном полку Подмоскovie и Новосибирска. Стала участницей боев на Курской дуге в мае 1943 года. За свою отвагу Сара Борисовна была награждена медалью «За боевые заслуги» и орденом «Красной Звезды».

Тарасьян Елизавета Абрамовна сразу после получения диплома отправилась на фронт служить хирургом в полевом подвижном госпитале, так ей довелось спасать жизни в г. Тирасполе, Сексарде, Суботице, Видине. За время работы в госпитале Елизавета Аркадьевна проявила себя образцово в выполнении задач, поставленных перед госпиталем, а это уход и лечение раненых, в первую очередь. Госпиталь принимал большую нагрузку, порой до 1000 человек. Эта стойкая девушка, не выходя из госпиталя несколько суток, стояла за операционным столом и оперировала тяжелораненых, спасая их жизни. Помимо этого, без её внимания не оставались сотни раненых, она успевала делать ежедневный обход и назначать лечение каждому пациенту. Не считаясь ни с какими трудностями, без сна и отдыха, делая все для скорейшего выздоровления бойцов и офицеров, проливших кровь за свободу и независимость нашей Родины.

Когда началась война, Мизинова Надежда Гавриловна окончила первый курс медицинского техникума. Но уже после окончания второго курса ее призвали на фронт в качестве санитарного инструктора. Им она и прослужила вплоть до мая 1945 года. Вместе со ставшей уже родной за три года 94 гвардейской стрелковой дивизией 5 ударной армии Надежда прослужила на полях Сталинградского, Воронежского, Центрального, 2-го Украинского и 1-го Белорусского фронтов. 9 мая 1945 года Надежда Гавриловна встретила в Берлине и оставила на рейхстаге свою подпись. За свои боевые заслуги была награждена медалями, орденами «Красной звезды» и «Отечественной войны II степени».

Дробахина Ольга начала свой нелегкий путь на войне в Сталинграде. Служила командиром санитарной роты 99 стрелковой дивизии 64 армии. Труд ее был опасным и тяжелым. Вместе со своей ротой Ольга должна была на поле боя отыскивать

раненных бойцов, оказывать им необходимую первую помощь и доставлять в батальонный медпункт. Перед глазами сразу же встает картина, как хрупкая девушка каждый день, рискуя собой, уносит на своих плечах раненных бойцов, всячески стараясь спрятать их от вражеских пуль. А что если сама оказывается ранена? Тогда, забывая о себе, не обращая внимания на жгучую, мучительную боль, она продолжает тащить солдата на себе. Если сама идти не может, то просто закрывает его собой. Это повторяется изо дня в день. Изо дня в день командир санитарной роты, вместе со своими бойцами, такими же девчонками, как она сама, рискует своей жизнью и не имеет права на слабость и трусость, потому что она — пример, они равняются на нее. Ольга каждый день надеется, что вечером они соберутся все вместе, что никого из них она не потеряет, что никого из ее девочек сегодня не придется вспоминать минутой молчания. Изо дня в день... [1].

Пожалуй, Дробахину Ольгу, можно назвать самым ярким образом, который приходит в голову, когда мы говорим о медиках на войне. Не случайно обелиск именно с изображением самоотверженной девушки, подставляющей своё хрупкое плечо бойцу, был установлен на территории Астраханской городской клинической больницы им. С.М. Кирова в канун 70 годовщины Великой Победы в память о медиках, отдавших свою жизнь ради спасения раненных.

Мы не должны забывать своих героев, не должны позволить кануть в лету их подвигам, их жертвенному служению Родине и людям. Все эти врачи, медицинские сестры и братья, санинструкторы — все, кто помогал в госпиталях и лечебницах во время Великой Отечественной войны, кто приближал победу своим трудом, должны стать для нас примером истинного героизма и настоящей любви к людям и своему делу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гречко В.И., Захарова В.С., Левина Т.А. Жизнь замечательных врачей. Т. 2. Астрахань: Март; 2011.
2. Калинина Р.Е. ред., Ногаллер А.М., Кирюшина В.А., Козеевской Н.А. Ногаллер А.М. Воспоминания врача о Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Рязань: РИО РязГМУ; 2016.
3. Медведев В.Р., Кульбачинский В.В., Погодин Ю.И., Тарасевич Ю.В. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой отечественной войне. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2015; 5(1): 8–15.
4. Медицина в годы Великой Отечественной Войны. Доступен по: <https://lenarudenko.livejournal.com/256915.html> (дата обращения 04.06.2020).



Рис. 5. Памятник медикам, погибшим в годы ВОВ. Открыт 29 апреля 2015 года. Автор казахский скульптор Едиге Рахмадиев

5. Мирошников В.М., Сагитова Г.Р. Клинический этикет: учебное пособие. Астрахань: Астраханская государственная медицинская академия; 2008.

REFERENCES

1. Grechko V.I., Zakharova V.S., Levina T.A. Zhizn' zamechatel'nykh vrachev. [Life of remarkable doctors]. T. 2. Astrakhan': Mart; 2011. (in Russian).
2. Kalinina R.E. red., Nogaller A.M., Kiryushina V.A., Kozeevskoy N.A. Nogaller A.M. Vospominaniya vracha o Velikoy Otechestvennoy voyne 1941–1945 gg. [Memoirs of a doctor about the great Patriotic war 1941–1945]. Ryazan': RIO RyazGMU; 2016. (in Russian).
3. Medvedev V.R., Kul'bachinskiy V.V., Pogodin Yu.I., Tarasevich Yu.V. Sovetskoe zdravookhraneniye i voennaya meditsina v Velikoy otechestvennoy voyne. [Soviet health care and military medicine in the great Patriotic war]. Rossiyskiy vestnik detskoj khirurgii, anesteziologii i reanimatologii. 2015; 5(1): 8–15. (in Russian).
4. Meditsina v gody Velikoy Otechestvennoy Voyny. [Medicine during the Great Patriotic War]. Available at: <https://lenarudenko.livejournal.com/256915.html> (access 04.06.2020). (in Russian).
5. Miroshnikov V.M., Sagitova G.R. Klinicheskiy etiket: uchebnoye posobie. [Clinical etiquette: textbook]. Astrakhan': Astrakhanskaya gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya; 2008. (in Russian).

СЛОВО ОБ УЧИТЕЛЕ. ДАВЫДЕНКО-СУВОРОВА РИММА ВАСИЛЬЕВНА (14.06.1925–25.08.2011)

© Галина Львовна Микиртичан

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

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

РЕЗЮМЕ: Рассматривается деятельность доцента кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения Риммы Васильевны Давыденко-Суворовой, работавшей в Ленинградском педиатрическом медицинском институте (ЛПМИ, ныне СПбГПМУ) с 1957 по 1980 гг. Она создала в ЛПМИ курс истории медицины, разработала оригинальную систему преподавания этой дисциплины, изучала историю ЛПМИ и была автором ее первой музейной экспозиции. Проанализированы научные исследования Р.В. Давыденко-Суворовой в области истории педиатрии и охраны материнства и детства, медицинской этики (биоэтики) и деонтологии, показана ее роль в становлении этих дисциплин. Дана характеристика преподавательской деятельности, отличительной чертой которой был высокий методический уровень. Ее лекции, занятия, выступления перед врачами или студентами, каким бы проблемам они не были посвящены, всегда вызвали интерес, демонстрировали глубокое знание предмета, были насыщены материалом, новыми сведениями, примерами из практики, подкреплялись данными соцопросов, отличались логичностью, четкими формулировками, грамотным, образным языком. Названы свойства личности Риммы Васильевны, привлекавшие к ней людей: доброжелательность, стремление помочь, эрудиция, скромность, принципиальность, честность и др. Благодарную память о Римме Васильевне хранят все, кто знал ее, работал с ней, учился у нее не только профессии, но и жизни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Римма Васильевна Давыденко-Суворова; Ленинградский педиатрический медицинский институт; М.П. Мультановский; П.Е. Заблудовский.

IN MEMORY OF THE TEACHER. DAVYDENKO — SUVOROVA RIMMA VASILYEVNA (14.06.1925–25.08.2011)

© Galina L. Mikirtichan

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

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

ABSTRACT: The article deals with the activities of associate professor of the Department of Social Hygiene and Health Organization Rimma Davydenko-Suvorova, who worked at the Leningrad pediatric medical Institute ((LPMI, now SPbSPMU) from 1957 to 1980. She created a course of the histo-

ry of medicine at LPMI, worked out an original system of teaching this discipline, studied the history of LPMI and was the author of its first Museum exhibition. The research of R. V. Davydenko-Suvorova in the field of history of Pediatrics and protection of motherhood and childhood, medical ethics (bioethics) and deontology is analyzed, and its role in the development of these disciplines is shown. The characteristic of teaching activity, the distinctive feature of which was a high methodological level, is given. Her lectures, classes, speeches to doctors or students, no matter what problems they were devoted to, always aroused interest, demonstrated a deep knowledge of the subject, abandoned in interesting material, new information, examples from practice, supported by data from social surveys, were logical, clear wording, competent, imaginative language. The properties of Rimma Vasilyevna's personality that attracted people to her are named: benevolence, desire to help, erudition, modesty, integrity, honesty, etc. The grateful memory of Rimma Vasilyevna is kept by everyone who knew her, worked with her, and learned from her not only profession, but also life values.

KEY WORDS: Rimma Vasilyevna Davydenko-Suvorova; Leningrad pediatric medical Institute; M. P. Multanovsky; P. E. Zabludovsky.

14 июня 2020 г. Римме Васильевне Давыденко Суворовой исполнилось бы 95 лет.

Родилась Римма Васильевна в Ярославле, позже ее семья переехала в Ленинград. Римма Васильевна росла болезненной девочкой, она много читала, интересовалась живописью, музыкой. Большое влияние на ее формирование оказала семья и особенно бабушка Александра, человек религиозный, православный. В Ленинграде она встретила Великую Отечественную войну и пережила трудные годы блокады, награждена знаком «Жителю блокадного Ленинграда». После окончания школы в 1943 г. поступила в Ленинградский Санитарно-гигиенический медицинский институт (ныне Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова), который окончила в 1948 г. по специальности лечебное дело с присвоением квалификации врача. О студенческих годах Римма Васильевна вспоминала с большой теплотой, всю жизнь она оставалась в дружеских отношениях со своими одногруппниками.

После окончания института Римма Васильевна некоторое время работала врачом, а в 1951 г. поступила в аспирантуру на кафедру истории медицины II Московского медицинского института (ныне Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова). Заведующим кафедрой в это время был выдающийся советский историк медицины, доктор медицинских наук, профессор Михаил Петрович Мультиановский (1895–1972). Он стал для нее учителем, много значил для Риммы Васильевны и повлиял на ее дальнейшую деятельность. Она часто вспоминала его лекции и доклады, отличавшиеся огромной эрудицией и логикой изложения. Во многом эти черты были свойственны и Римме Васильевне. Он был также специалистом в об-

ласти медицинской библиографии и источниковедения, что способствовало формированию у его учеников и последователей подходов к поиску и выбору опубликованных и неопубликованных источников, оценке их достоверности, к достижению правильной интерпретации источника и анализу его содержания, а также тщательного их библиографического описания. М.П. Мультиановский был автором одного из первых в СССР учебников «История медицины» (1961).

Под руководством своего учителя она работала над кандидатской диссертацией «Хирургическая помощь детям в Москве до Великой Октябрьской социалистической революции. (Материалы по истории детской хирургии в России)», которую триумфально защитила в 1954 г. [2]. Одним из оппонентов была д.м.н. профессор Эсфирь Мироновна Конюс, врач-педиатр, организатор здравоохранения и историк педиатрии, автор нескольких монографий «Истоки русской педиатрии» (1946), «Александр Андреевич Кисель и его школа» (1949), «Пути развития советской охраны материнства и младенчества: 1917–1940» (1954) и др. Диссертационное исследование Риммы Васильевны не потеряло своей актуальности и сегодня, оно наиболее полно отражает тему, до сих пор продолжает цитироваться. В диссертации представлено становление детской хирургии в стране, описана деятельность пяти хирургических отделений, действовавших до революции в Москве при трех детских больницах, клинике Московского университета и при Московском воспитательном доме. Дан анализ практической и научной деятельности первых московских детских хирургов. Основоположниками детской хирургии были названы детские хирурги Л.П. Александров и Д.Е. Горохов. Впервые в Москве передовыми детскими хирургами была

высказана мысль о целесообразности выделения детской хирургии в отдельную отрасль медицинской науки и необходимость ее преподавания студентам и врачам. Л.П. Александровым были сформулированы особенности хирургии детского возраста, определены ее область и задачи. Римма Васильевна выявила этапы развития детской хирургии, ввела в научный оборот новые факты, назвала имена до этого мало известных врачей, внесших вклад в развитие детской хирургии. По результатам своего исследования и материалов, не вошедших в диссертацию, Римма Васильевна совместно с М.А. Ахметели издала монографию о Т.П. Краснобаеве, одном из основоположников детской хирургии и ортопедии в нашей стране [1].

После аспирантуры Римма Васильевна некоторое время проработала в Ленинградском научно-исследовательском институте хирургического туберкулёза. Здесь она познакомилась с замечательным врачом В.А. Талантовым и его семьей, на всю жизнь ставшими ее близкими друзьями, они часто встречались вне работы, вместе путешествовали.

В 1957 г. Римма Васильевна пришла работать в наш институт — тогда Ленинградский педиатрический медицинский институт (ЛПМИ, ныне СПбГПМУ) на кафедру организации здравоохранения, которой руководила с 1956 по 1965 гг. Нина Георгиевна Синявская (1899–1975), известная тем, что в годы блокады Ленинграда она возглавляла детскую консультацию №16 Василеостровского района, и совместно с сотрудниками кафедры организации здравоохранения ЛПМИ под руководством заведующей кафедрой и одновременно ректора ЛПМИ Ю.А. Менделевой, разработала новую форму поликлинической помощи детям по системе единого педиатра, когда врач наблюдал ребенка от рождения до 15 лет. С конца 1942 г. эта система была внедрена в работу детских поликлинических учреждений (детских консультаций для детей от 0 до 3-х лет и детских поликлиник для детей старше 4-х лет), что в тяжелейших условиях дефицита кадров способствовало более тщательному наблюдению за здоровьем детей, оставшихся в городе и переживающих блокаду. С июля 1942 г. Н.Г. Синявская была приглашена на кафедру организации здравоохранения, где обучала врачей на курсах усовершенствования работе по системе единого педиатра. В 1945 г. она полностью перешла в ЛПМИ. С 1950 по 1956 гг. она была главным врачом клинической больницы ЛПМИ.

Римма Васильевна была тепло встречена сотрудниками кафедры, быстро влилась в коллектив, и со многими поддерживала добрые отношения многие годы, в том числе с ассистентом кафедры Ниной Ипполитовной Туровой (1893–1975), организатором детского здравоохранения, интересным, художественно одаренным человеком, литературное творчество которой положительно оценивали М. Горький, А.А. Ахматова и др. Стихи и заметки Нины Ипполитовны часто печатались на страницах нашей многотиражной газеты «Советский педиатр».

На кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения в ЛПМИ Римма Васильевна работала с 1957 по 1980 гг. сначала в должности ассистента, а с 1968 г. — доцента.

Римма Васильевна создала в ЛПМИ курс истории медицины. Во все эти годы она не прерывала связи со своим учителем, который в 50–60-е годы активно занимался проблемами преподавания истории медицины, в частности, он говорил о необходимости ее системного преподавания, акцентирования внимания на наиболее крупных проблемах и анализе их развития в различные периоды истории. Это было созвучно размышлениям Риммы Васильевны, также связанным с поиском методики преподавания истории медицины в нашем вузе. С течением времени она разработала оригинальную программу преподавания этой дисциплины, в основу которой положено изложение материала в один хронологический ряд, что позволяет сравнивать состояние медицины в определенный временной период в разных странах; разбор событий истории медицины в каждый хронологический период проводится по определенной системе, положенной в основу единого плана для всех исторических периодов; большое внимание она уделила профилизации курса по педиатрии. Совершенствование системы преподавания не прекращалось, в 1970-е годы в отдельный раздел было выделено преподавание в курсе истории медицины истории классической медицинской этики, а также более детальное изложение связей медицины и искусства. Она также принимала участие в усовершенствовании методики преподавания социальной гигиены и организации здравоохранения, стремилась сделать преподавание более практически ориентированным, творческим, показать значимость этого предмета для любого врача,

Мы, ее ученики, восприняли идеи и положения Риммы Васильевны, стремились следовать им и развивать их.

Я познакомилась с Риммой Васильевной как с преподавателем кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения, будучи студенткой ЛПМИ. После окончания вуза в 1972 г. по приглашению заведующего этой кафедрой Алексея Алексеевича Шошина (1913–1978), знаменитого ученого, основоположника военно-медицинской географии, внесшего существенный вклад в разработку теории и практики общей медицинской географии, я стала работать на кафедре старшим лаборантом. Он знал меня, т.к. студенткой 4 курса я занималась на факультете общественных профессий. Ответственной за его работу была ассистент кафедры Алла Васильевна Краснова, которая вместе с Риммой Васильевной очень много потом значили в моей жизни, не только в профессиональной, и которым я стольким обязана. Алла Васильевна привела меня к профессору, а он пригласил участвовать в работе студенческого научного общества (СНО) кафедры. Вскоре в работе СНО стал участвовать и В.К. Юрьев, который был избран его председателем, затем выполнил под руководством А.А. Шошина кандидатскую диссертацию, а с 1989 г. заведует кафедрой общественного здоровья и здравоохранения СПбГПМУ. Атмосфера, в которой мне посчастливилось начинать свою работу, была очень благоприятная, дружелюбная. На кафедре работали высококвалифицированные специалисты, кроме Риммы Васильевны и Аллы Васильевны преподавателями были Николай Глебович Веселов, Лидия Александровна Тахванова, Людмила Константиновна Севбо. Здесь продолжалось образование не только по специальности, но и в плане расширения культурного кругозора. Римма Васильевна была прекрасно знакома с литературой, обладая феноменальной памятью, она прочитывала массу художественной литературы. Любила и хорошо знала поэзию, музыку, особенно оперу, посещала премьеры оперных спектаклей в Ленинграде и в Москве, где жили ее двоюродная сестра Наталия Фёдоровна Орбелиани, филолог, исследователь творчества А.С. Пушкина, и Маргарита Дмитриевна Виноградова, родственница, изучавшая наследие всемирно известного воспитателя, педагога и писателя А.С. Макаренки. Именно с последней Римма Васильевна много путешествовала по России, ей нравились теплоходные экскурсии по Волге. То же можно сказать и об Алле Васильевне, она была на всех премьерах драматических театров, много путешествовала, в том числе за границей. Неоднократно нами совместно посещались спектакли, художествен-

ные музеи, выставки. Все, конечно, обсуждалось на кафедре, никто не оставался безучастным.

Алексей Алексеевич настаивал на активных занятиях научной работой, и именно он определил направление моей научной и преподавательской деятельности по истории медицины и только тогда начинавшимся исследованиям по медицинской этике под руководством Р.В. Давыденко-Суворова. С этого момента наше общение с Риммой Васильевной не прекращалось до конца ее жизни. Все мы новенькие, приходившие на кафедру, учились у Риммы Васильевны. Слушали ее лекции, посещали занятия, пользовались ее методическими материалами, которые она тщательно разрабатывала и собирала, используя примеры из клинической практики, художественной литературы, живописи. Доброжелательность, действенная и бескорыстная помощь многим — характерная черта Риммы Васильевны.

На протяжении всей жизни научные интересы Риммы Васильевны были связаны с историей педиатрии и охраны материнства и детства. Она и мне предложила тему кандидатской диссертации «Развитие поликлинической помощи детям в Петербурге — Петрограде — Ленинграде», практически мало исследованную, отличающуюся новизной. С этого времени началось мое вхождение в науку под руководством Риммы Васильевны, она передала мне свою методику работы с источниками, тщательность в подборе материала, стремление к поиску и изучению всех доступных источников при написании работы, внимание не только к крупным, но и мелким деталям — скрупулезность, уважение и любовь к исследуемому материалу, событию, к герою статьи или монографии, помогала мне на каждом этапе работы. В дальнейшем уже после ее ухода на пенсию при ее научном консультировании мною выполнялась работа по основным этапам и направлениям развития педиатрии в России. По результатам этой работы мы совместно издали монографию «История отечественной педиатрии (1998)» [5].

В 1973 г. Римма Васильевна была на курсах ФПК в Москве на кафедре истории медицины II Московского медицинского института, где обучалась в аспирантуре, которой в это время заведовал ученик М.П. Мультановского профессор М.М. Левит. Он инициировал, буквально посадив вместе Римму Васильевну и доцента З.М. Мельникова из Свердловского медицинского института и предоставив условия для работы, написание «Учебно-методического по-

собия для семинарских занятий по истории медицины для педиатрических факультетов» (М., 1974), не имеющего аналогов [10]. По сути это и пособие, и хрестоматия, т.к. содержит выдержки из трудов отечественных педиатров.

Римма Васильевна практически первой в нашем вузе начала серьезно заниматься историей ЛПМИ, она побывала в библиотеках и архиве, где нашла материалы, позволившие представить основные этапы развития института. Ею написана прекрасная статья о крупном педиатре конца XIX — начала XX вв. Дмитрие Александровиче Соколове — первом главном враче детской больницы «В память священного коронования их императорских величеств», на базе которой был открыт наш институт [6].

А мне в качестве первой научной работы она поручила собрать материал о первом директоре института Викторе Осиповиче Мочане, а затем о следующем директоре с апреля 1925 по 1949 г. — Юлии Ароновне Менделевой.

В 1973 г. по инициативе ректора ЛПМИ профессора Г.А. Кайсарьянц началась работа по созданию музея истории вуза. Доцент кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения Р.В. Давыденко-Суворова вошла в состав организационной группы, она осуществляла сбор материалов, которые хранились на различных кафедрах, стала автором первой экспозиции по истории института. Римма Васильевна привлекла меня к сбору материала, познакомила с азами музейного дела. В 1975 г. выставка по истории вуза была открыта в административном корпусе, здесь проводились занятия со студентами, знакомившие их с основными вехами истории ЛПМИ. Римма Васильевна была научным руководителем этого направления работы. В конце 1970-х г. экспозиция была перенесена на кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения. Эта выставка послужила основой для создания научной концепции Музея истории ЛПМИ, когда в 1984 г. по инициативе ректора профессора В.П. Алферова начались работы по превращению выставочной экспозиции в музейную. Римма Васильевна уже не работала в институте, но мы постоянно консультировались с ней, прислушивались к ее советам.

Одной из первых в стране в конце 1960-х — начале 1970-х годов Р.В. Давыденко-Суворова начала исследовать проблемы медицинской этики с историко-теоретических позиций и с использованием методов социологического опроса. Опрашивались врачи различных специальностей, родители здоровых и больных детей, население,

дети в Ленинграде, Пскове, Владимире и в Киришах Ленинградской области. Организационную помощь в этом исследовании оказывали Николай Глебович Веселов, доцент кафедры и секретарь парткома ЛПМИ (впоследствии основатель и заведующий в нашем вузе первой в России кафедрой социальной педиатрии с 1986 по 1996 гг.) и главный врач Киришской Центральной районной больницы Валерий Петрович Есиновский. В этой работе большую роль сыграла заинтересованность главных врачей детских учреждений, в основном детских поликлиник, в рассмотрении новых проблем взаимоотношений врачей, пациентов и их родителей, позволивших выявить резервы совершенствования педиатрической помощи детям. По числу респондентов и рассмотренных проблем смело можно сказать, что это исследование в те годы не имело аналогов. По его материалам последовали публикации в центральных педиатрических журналах [7].

Впервые в нашем городе, возможно и в стране, ею была разработана программа по проблемам медицинской этики в педиатрии и при поддержке Н.Г. Веселова организованы курсы для руководителей детских лечебно-профилактических учреждений. С лекциями и докладами по результатам первого в нашей стране масштабного исследования по деонтологии в педиатрии она выступала на конференциях во многих медицинских учреждениях, на циклах Факультета повышения квалификации преподавателей (ФПК) и Факультета усовершенствования врачей (ФУВ).

Очень ценил ее лекции руководитель ФПК проф. А.В. Цинзерлинг и стремился, чтобы все, приезжавшие на курсы, обязательно слушали эту лекцию. Лекции Риммы Васильевны по этике приходили слушать профессора, в частности заведующий кафедрой факультетской педиатрии профессор А.В. Папаян. По ее мнению, проблемы медицинской этики должны быть выделены в медицинском вузе в отдельный курс, кроме того, все кафедры должны уделять особое внимание этой тематике [9]. И это задолго до введения обязательного преподавания биоэтики, последовавшего в 2000 г. Как указывалось, в нашем вузе это было начато Р.В. Давыденко-Суворовой в 1970-х годах.

Ее лекции, занятия, выступления перед врачами и студентами, каким бы проблемам они ни были посвящены — социальной гигиене и организации здравоохранения, истории медицины, медицинской этике, связям медицины и искусства и др., всегда вызывали интерес, демонстрировали глубокое знание предмета, были насыщены материалом, новыми сведениями.

ями, примерами из практики, подкреплялись данными соцопросов, отличались высоким методическим уровнем, логичностью, четкими формулировками, хорошим литературным, грамотным, образным языком, артистичностью. На циклах ФУВ лекций и занятий было несколько больше. Здесь она начала применять совершенно новый тогда и редкий так называемый игровой метод в проведении занятий с врачами: использовать ролевые игры, решение ситуационных задач. Затем она распространила эту методику на занятия со студентами, что усилило их интерес и сделало возможным более глубокое понимание проблемы. Традиционные викторины применялись постоянно.

Опросы врачей, студентов по проблемам медицинской этики, а затем и биоэтики проводились постоянно. Одна из них была опубликована в Социологическом журнале в 1996 г., когда исследования по биоэтике в нашей стране только начинались [4]. Также эти проблемы нашли отражение в коллективной монографии «Проблемы медицинской этики в хирургии» (2000) [3].

Римме Васильевне был свойственен творческий подход к любому делу, она всегда заинтересовывала слушателей и студентов, которые по прошествии лет давали высокие отзывы о ее деятельности, вспоминали эпизоды из ее лекций, переписывались с ней, обращаясь с просьбами о консультации, а затем и на правах друзей. Примером можно назвать, обучавшуюся в 70-е годы на курсах ФПК преподавателя — милую Е.М. Чуйкину из Караганды, затем переехавшую в Ригу, которая стала добрым другом Риммы Васильевны, приезжала к ней, по несколько дней жила у нее и трогательно заботилась.

В 1975 г. в составе СНО кафедры организовалась группа студентов (Е. Умецкая, Л. Сипович, С. Попова, З. Александрова, Г. Ольшанникова, М. Волчек, Л. Ратманова), которые заинтересовались проблемами медицинской этики и под руководством Риммы Васильевны помогали ей в обработке анкет, собранных в рамках обширного исследования по проблемам медицинской этики в педиатрии. Их называли «энтузиасты». С результатами исследования студенты-энтузиасты выступали на конференциях в разных городах, их доклады всегда привлекали внимание, т.к. в них освещались совершенно новые проблемы. Работа и обучение также переросли в дружбу и после окончания института многие из этой группы не порывали связи с Риммой Васильевной, навещали ее, в том числе и те, кто жил в других городах. При подготовке этой статьи эти уже состоявшие врачи — бывшие студенты Риммы Васильев-

ны, откликнулись, и в память о ней прислали материалы, которые пополняют фонды Музея истории СПбГПМУ.

В феврале 1978 г. состоялось празднование 50-летнего юбилея кафедры. Ответственной за проведение торжественного заседания была Римма Васильевна. Шла очень серьезная подготовка к этой дате. Была собрана библиография трудов, опубликованных сотрудниками за годы существования кафедры (З.О. Мичник, А.Н. Антонова, Р.П. Левитиной, Е.П. Соколова-Натансон и др.), написаны очерки о ряде выдающихся работников кафедры, разработаны этапы ее развития [8]. Подготовка к юбилею предполагает не только научную программу, но и решение многих организационных проблем. В работу включились кроме сотрудников и студенты-свои, в том числе из группы «энтузиастов», их помощь была неоценима. Кроме всего прочего, они обследовали некоторые кладбища города с целью нахождения захоронений ушедших из жизни сотрудников кафедры: ими была найдена могила Юлии Ароновны Менделевой — первой заведующей кафедры социальной гигиены женщины и ребенка (так кафедра называлась при ее основании), Лидии Ивановны Чулицкой, известного педиатра, организатора кафедры педологии раннего детского возраста, а затем сотрудника кафедры социальной гигиены, с ее именем связан так называемый индекс Чулицкой для оценки физического развития детей раннего возраста, и др.

Но самое главное, на юбилей были приглашены старейшие сотрудники, работавшие на кафедре с первых лет ее основания с Ю.А. Менделевой: А.Н. Типольт, которая олицетворяла связь со знаменитым педиатром К.А. Раухфусом, организатором Всероссийского попечительства по охране материнства и младенчества, работала до революции в его учреждениях, а в нашем институте была ближайшей сотрудницей знаменитого статистика и демографа В.В. Паевского; С.С. Якубсон — создатель первого санитарно-просветительного музея по охране материнства и младенчества в институте; Ф.И. Огнева — секретарь парторганизации в годы Великой Отечественной войны. Для них это приглашение было очень значимым, им было приятно, что их знают и помнят. Это была зримая связь поколений, поскольку на юбилее присутствовали студенты, которые принимали деятельное участие в организации торжества.

Римма Васильевна была членом государственной экзаменационной комиссии, тогда выпускники сдавали и экзамен по социальной



Рис. 1 Римма Васильевна Давыденко-Суворова



Рис. 2. Доцент Римма Васильевна Давыденко-Суворова

гигиене и организации здравоохранения. Здесь она встречалась с экзаменаторами с различных кафедр. Ее эрудиция и обширный кругозор импонировал коллегам, они часто беседовали на разные темы. Однажды, на экзамене по педиатрии, как рассказывала Римма Васильевна, она подошла к знаменитому педиатру Александру Федоровичу Туру и спросила его, как он мог бы сформулировать основное кредо педиатра. А.Ф. Тур подумал немного и ответил: «Педиатр должен любить детей, быть преданным своей профессии и быть терпеливым с матерью ребенка». Теперь этот девиз широко известен и упоминается в литературе.

Римму Васильевну очень уважали и любили как высокого специалиста и доброжелательного человека ее коллеги по всему Советскому Союзу, несмотря на ее величайшую скромность, отсутствие желания показать себя, свои обширные знания в разных областях, свое взвешенное суждение. Мне неоднократно довелось убедиться в этом. Диссертационного совета по специальности 07.00.10 история науки и техники (медицинские науки) в нашем городе не было, поэтому надо было ехать в Москву в НИИ медицинской информации, где такой совет был. Институт возглавлял действительный член Российской академии медицинских наук, доктор медицинских наук, профессор Юрий

Павлович Лисицын, президент конфедерации историков медицины. Но прежде надо было пройти апробацию в Отделе истории медицины НИИ им. Н.А. Семашко. Я приехала в Москву с именем Риммы Васильевны (она уже была на пенсии) и увидела, как московские ученые уважают моего Учителя, как доброжелательно сотрудники отдела под руководством члена-корреспондента АМН СССР профессора Б.Д. Петрова (профессор Е.И. Лотова, кандидаты наук Х.И. Идельчик, И.В. Венгрова, Е.И. Данилишина, М.Я. Яровинский, И.В. Егорышева и др.), отнеслись к нашему труду. Защита прошла очень успешно, и с этих пор эти люди — мои дорогие коллеги и друзья, которые так по-доброму отнеслись ко мне и тогда и потом, когда я в Москве же защищала докторскую диссертацию.

В 60–80-е годы ежегодно Центральным институтом усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ) кафедрой истории медицины устраивались выездные курсы повышения квалификации для преподавателей истории медицины в разных городах СССР: весной — для профессоров и доцентов, осенью — для младшего звена преподавателей. Римма Васильевна участвовала практически во всех курсах, ее туда приглашали, ее там ждали, все желали послушать ее выступления по истории педиатрии, меди-

цинской этике, проблемам преподавания. Большой резонанс имели ее исследования по связям медицины и искусства. Заведовал кафедрой истории медицины ЦОЛИУВ известный историк медицины, доктор медицинских наук, профессор Заблудовский Павел Ефимович (1894–1993), автор перевода классиков мировой медицины (Джироламо Фракасторо, Парацельса, Бернардино Рамаццини и др.) и совершенно уникальных комментариев к ним. Человек классически образованный, владевший несколькими языками, интеллигент, любивший и уважающий людей и в каждом видевший личность. Ему принадлежат фундаментальные труды по истории всемирной и отечественной медицины, истории организации здравоохранения, истории клинической медицины, физиологии, патологии, микробиологии, иммунологии и др. Он очень нежно относился к Римме Васильевне, ценил ее ум и свойства характера, ее интеллигентность. Вел с ней переписку, а когда приезжал в Ленинград, обязательно встречался, и они вели долгие разговоры, гуляя по на-

шему прекрасному городу. Римма Васильевна и меня познакомила с Павлом Ефимовичем, он стал приглашать меня на курсы, давал ценные советы, рассказывал эпизоды из своей интереснейшей жизни при встречах и в письмах.

Приезжая в Ленинград, П.Е. Заблудовский часто останавливался в семье Валентина Петровича и Людмилы Михайловны Грицкевичей и их дочери Ирины. В.П. Грицкевич — известный ученый в области источниковедения и музейного дела, автор уникальных монографий по истории музееведения, человек обширных знаний. Римма Васильевна очень дружила с ними, часто бывала в их гостеприимном доме, находила понимание, внимательное отношение и заботу.

Долгая дружба связывала Римму Васильевну и с другими известными учеными, например с Евгенией Яковлевной Белицкой (1906–1983) доктором медицинских наук, профессором, заведующей кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института с 1961 по 1971 гг., которая стояла у истоков



Рис. 3. Заседание СНО на кафедре социальной Гигиены и организации здравоохранения ЛПМИ. 1976 г.

Повестка дня: Результаты социологического опроса врачей и населения по медицинской этике.

1 ряд: К.В. Мельник — главный врач детской поликлиники ЛПМИ; Е.П. Есиновский — главный врач Киришской ЦРБ; Р.В. Суворова — доцент кафедры; А.А. Шошин — профессор, заведующий кафедрой; Л.К. Севбо — руководитель СНО;

2 ряд: студенты — члены СНО: З. Александрова, Г. Ольшанникова, С. Попова, М. Волчек, Е. Умецкая, Скачков, Л. Сипович, Т. Шаламова, Л. Ратманова.

охраны материнства и детства и социальной гигиены в СССР.

Добрые отношения были у Риммы Васильевны с Александрой Николаевной Типольт (1888–1986), человеком приветливым и доброжелательным, которая была хранительницей истории охраны материнства и младенчества (ОММ), она много рассказывала об этом, всю жизнь чтит своего учителя В.В. Паевского (1893–1934), создателя статистики в области ОММ. Римма Васильевна не раз посещала гостеприимный дом Александры Николаевны, приглашая меня сопровождать ее.

Р.В. Давыденко-Суворова — участник съездов и конференций по социальной гигиене и истории медицины. Она участвовала в разработке резолюций съездов, была членом научного Общества историков медицины, в 70-е годы — член правления этого общества.

Римма Васильевна очень рано ушла на пенсию, в 1980 г., как только ей исполнилось 55 лет. Для вуза это была, несомненно, потеря. Мы были свидетелями того как ректор института профессор Г.А. Тимофеева уговаривала Римму Васильевну не уходить. Но она была непреклонна, принципиальность, кристальная честность были в ее характере.

Ее пригласили на работу в НИИ кардиологии А.В. Краснова, где она к тому времени работала в оргметодотделе, и его руководитель В.Ф. Чавпецов. Здесь Римма Васильевна развернула исследование проблем медицинской этики в кардиологии с помощью социологического метода. Были разработаны специальные анкеты, по которым были опрошены врачи и пациенты. По результатам были опубликованы статьи и сделаны доклады, вызвавшие большой интерес.

Вскоре Римма Васильевна заболела, и ушла с работы. Но к ней продолжали обращаться многие исследователи, им необходимы были ее консультации, советы по написанию статей, докладов, диссертаций. Она бескорыстно помогала каждому, кто к ней обращался, причем независимо от темы его работы и специальности. Этому способствовали ее ясный ум, склонность к систематизации, логичность и оригинальность мышления, творческий подход, прекрасная память, владение методологией исследовательской работы, большой профессиональный опыт и любовь к людям.

Римма Васильевна была верующим православным человеком.

Я счастлива, что в моей жизни встретился такой человек, был рядом со мной с 1972 по 2011 гг., человек, определивший мой путь и в науке, и в жизни, мой Учитель.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахметели М.А., Суворова Р.В., З. Ю. Ролье, ред. Т.П. Краснобаев. М.: Акад. мед. наук СССР. Ин-т туберкулеза; 1958.
2. Давыденко-Суворова Р.В. Хирургическая помощь детям в Москве до Великой Октябрьской социалистической революции. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1954.
3. Лучкевич В.С., Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В., Шепилов В.В. Проблемы медицинской этики в хирургии. СПб.: СПбГМА; 2000.
4. Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В. Отношение студентов-медиков к эвтаназии. Социологический журнал. 1996; N 1–2: 190–193.
5. Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В. История отечественной педиатрии. Лекции. СПб.: СПбГПМА; 1998.
6. Суворова Р.В. Д.А. Соколов и его роль в истории отечественной педиатрии. В кн.: Охрана здоровья женщин и детей. Л.: ЛПИИ; 1976: 4–15.
7. Суворова Р.В. и др. Деонтологические аспекты организации помощи детям. Педиатрия. 1979; N 7: 47–49.
8. Суворова Р.В., Веселов Н.Г., Микиртичан Г.Л., Севбо Л.К. Научная деятельность кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения Ленинградского педиатрического медицинского института. Советское здравоохранение. 1979; N 5: 42–46.
9. Суворова Р.В., Микиртичан Г.Л., Коротких Р.В. Морально-этические аспекты профессионального воспитания врачей. Советское здравоохранение. 1988; N 2: 46–52.
10. Суворова Р.В., Мельникова З.М., Левита М.М., ред. Учебно-методическое пособие для семинарских занятий по истории медицины для педиатрических факультетов. М.: М-во здравоохранения РСФСР. Второй моск. гос. мед. ин-т им. Н. И. Пирогова; 1974.

REFERENCES

1. Ahmeteli M.A., Suvorova R.V., Z. Ju. Rol'e, red. T.P. Krasnobaev. [T. P. Krasnobaev]. M.: Akad. med. nauk SSSR. In-t tuberkuleza: 1958. (in Russian).
2. Davydenko-Suvorova R.V. Hirurgicheskaja pomoshh' detjam v Moskve do Velikoj Oktjabr'skoj socialisticheskoy revoljucii. [Surgical care for children in Moscow before the great October socialist revolution]. PhD thesis. M.; 1954. (in Russian).
3. Luchkevich V.S., Mikirtichan G.L., Suvorova R.V., Shepilov V.V. Problemy medicinskoj jetiki v hirurgii. [Problems of medical ethics in surgery]. SPb.: SPbGMA; 2000. (in Russian).
4. Mikirtichan G.L., Suvorova R.V. Otnoshenie studentov-medikov k jevtanazii. [Attitude of medical students to euthanasia]. Sociologicheskij zhurnal. 1996; N 1–2: 190–193. (in Russian).

5. Mikirtichan G.L., Suvorova R.V. Istorija otechestvennoj pediatrii. [History of Russian Pediatrics]. Lekcii. SPb.: SPbGPMA;1998. (in Russian).
6. Suvorova R.V. D.A. Sokolov i ego rol' v istorii otechestvennoj pediatrii. [D.A. Sokolov and his role in the history of Russian Pediatrics]. In.: Ohrana zdorov'ja zhenshin i detej. L.: LPMI; 1976: 4–15. (in Russian).
7. Suvorova R.V. i dr. Deontologicheskie aspekty organizacii pomoshhi detjam. [Deontological aspects of the organization of assistance to children]. Pediatrija. 1979; N 7: 47–49. (in Russian).
8. Suvorova R.V., Veselov N.G., Mikirtichan G.L., Sevbo L.K. Nauchnaja dejatel'nost' kafedry social'noj gigieny i organizacii zdravooohranenija Leningradskogo pediatričeskogo medicinskogo instituta. [Scientific activity of the Department of social hygiene and health organization of the Leningrad pediatric medical Institute]. Sovetskoe zdravooohranenie. 1979; N 5: 42–46. (in Russian).
9. Suvorova R.V., Mikirtichan G.L., Korotkih R.V. Moral'no-jeticheskie aspekty professional'nogo vospitanija vrachej. [Moral and ethical aspects of professional education of doctors]. Sovetskoe zdravooohranenie. 1988; N 2: 46–52. (in Russian).
10. Suvorova R.V., Mel'nikova Z.M., Levita M.M. Uchebno-metodicheskoe posobie dlja seminarских zanjatij po istorii mediciny dlja pediatričeskikh fakul'tetov. [Training manual for seminars on the history of medicine for pediatric faculties]. M.: M-vo zdravooohranenija RSFSR. Vtoroj mosk. gos. med. in-t im. N. I. Pirogova; 1974. (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 www.mhco.ru).

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

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

АВТОРСКОЕ ПРАВО

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

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

му Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;

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

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

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

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Статья должна иметь (НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Статья из журнала

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

Кирищенко 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

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

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.

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

Структура основного текста статьи.

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

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

Объем рукописей.

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

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

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

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

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

АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

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