

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОЦЕНКЕ СИНДРОМА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С РЕБЕНКОМ

С.В. Поляков, проф., К.И. Григорьев, проф., А.М. Егоренков, канд. мед. наук, доцент
Российский государственный медицинский университет, Москва

Представлен концептуально обоснованный, обобщенный и структурированный материал о требованиях к оценке синдрома жестокого обращения с ребенком и к поведению медицинского работника при возникновении подозрения на возможное насилие над ребенком.

Ключевые слова: синдром жестокого обращения с ребенком, юридический статус, тактика поведения медсестры, профилактика.

Ф.М. Достоевский в «Дневнике писателя» отмечает: «Самые сложные понятия прививаются ребенку совсем незаметно, и он, еще не умея связать двух мыслей, великолепно иногда понимает самые глубокие жизненные вещи». Любая ситуация насилия, в которой оказывается ребенок (как его объект или свидетель), носит негативный характер, тормозит или искажает развитие его еще только формирующейся личности, становится причиной его будущих медико-психологических и социально-психологических проблем.

Синдром жестокого обращения (СЖО) с ребенком связан с насилием, которое испытывает младенец, ребенок или подросток со стороны родителей, опекунов, воспитателей и других лиц, имеющих отношение к ребенку или членам его семьи. Кроме физического истязания, к жестокому обращению относят эмоциональную жестокость (запугивание и т.д.), сексуальное преследование, а также определенные виды социальной запущенности – лишение пищи, одежды, безнадзорность, бродяжничество, препятствие к получению образования и медицинской помощи.

За рубежом в связи с борьбой за права человека и ребенка выделяют синдром битого и оскорбленного ребенка («Abuse Child Syndrome»). В России это воспринимается как ненужная тонкость, а в ряде случаев само существование проблемы насилия над детьми подвергается сомнению.

По определению ВОЗ, «жестокое или плохое обращение с ребенком включает все формы физического и/или эмоционального плохого обращения, сексуальное насилие, отсутствие заботы, пренебрежение, способные привести (или приводящие) к фактическому ущербу для здоровья ребенка, его выживания, развития или достоинства в контексте отношений ответственности, доверия или власти».

Насилие над ребенком – чрезвычайно разносторонняя проблема, решаемая преимущественно на социальном уровне. Медицинские работники первичного звена и прежде всего – медсестры постоянно сталкиваются с неадекватным поведением взрослых по отношению к детям, в том числе и с прямым физическим насилием. В каждом случае медицинский работник должен разобраться

в причине явления и принять решение, выполнимое и приемлемое для ребенка, а в ряде случаев помогающее его защитить и спасти для общества. Помимо медицинских задач, одновременно должны рассматриваться правовые, социальные, материальные, педагогические и биоэтические стороны проблемы, иногда медицинская помощь возможна лишь при этом условии.

Проблема жестокого обращения с детьми имеет глубокие исторические корни. Физические наказания на протяжении веков считались эффективным способом воспитания детей. Вплоть до IV века н.э. детоубийство не считалось нарушением правовых и моральных норм, а еще в начале XX века обычной практикой считалось запугивание, воспитание детей не собственными родителями, а кормилицами и воспитателями. При этом взрослые, наказывающие ребенка, не стеснялись в средствах. Ремень и «угол» были далеко не самыми сильными «педагогическими приемами». Детей били палкой, плетью, линейкой и т.п. В России физические наказания в учебных заведениях были официально запрещены лишь законом от 17 апреля 1863 г.

Основы современных научных представлений о проблеме насилия над детьми были заложены в 1961 г., когда на ежегодном собрании Американской академии педиатрии Н. Кемпе впервые сделал соответствующее сообщение (Kemper R., Kempe C., 1978). Однако и сегодня детей по-прежнему часто бьют и истязают, а родителей и воспитателей крайне редко за это наказывают. В России в условиях социально-экономических изменений, обусловивших демографический спад, снижение жизненного уровня населения, дети и подростки стали одной из наиболее социально уязвимых групп.

Основные причины СЖО с детьми. Детальный анализ всех причин смерти детей, в том числе социально обусловленных, показывает, что наиболее значимой среди них является жестокое обращение.

В России частота СЖО равна примерно 0,3–0,5 на 1000 детей. Цифра эта весьма приблизительная, поскольку учитывались больные, нуждавшиеся в лечении, а подчас и в госпитализации. В стране более 2 тыс. детей каждый год гибнут от тяжелых телесных повреждений, причиненных членами их семей. Регистрируется более 42 тыс. обращений в медицинские учреждения в связи с легкими телесными повреждениями (Румянцев А.Г. и соавт., 2004). Многие случаи смерти детей раннего возраста не расследуются в должном порядке и зачастую их квалифицируют как синдром внезапной смерти, несчастный случай и пр. Лишь повторная, тщательно проведенная экспертиза расценивает эти случаи как убийство.

Что касается детей в возрасте до 1 года, то судебно-медицинская экспертиза довольно часто показывает, что фактической причиной смерти детей являлись плохой уход, недостаточное или нерациональное питание, охлаждение, несвоевременное обращение или необращение за медицинской помощью в случае заболевания. Это позволило А.Д. Царегородцеву считать СЖО с ребенком (в данном случае – пренебрежение нуждами ребенка) первопричиной смертей детей раннего возраста, квалифицированных как смерть от болезней органов дыхания, кишечных и других инфекций, дистрофии, травм, отравлений и несчастных случаев.

Травмы и отравления в структуре общей заболеваемости детей раннего возраста занимают в России 4–5-е место, хотя в структуре смертности детей в возрасте 0–4 года они вышли на 2-е место, а у детей 5–9, 10–14 и 15–19 лет – на 1-е место. Число детей и подростков, погибших в результате самоубийства, превышает число жертв транспортных катастроф. Согласно материалам Детского фонда ООН/ЮНИСЕФ, коэффициент самоубийств в возрастной группе 5–9 лет в России составляет почти 7 на 100 тыс. детей соответствующего возраста. У половины детей суицидальному поведению, по данным анамнеза, предшествовал уход из дома. Уход ребенка из дома следует рассматривать как символическое послание («крик души») родителям: «Если вы не отреагировали на мой уход из дома, то, может быть, замите мой уход из жизни!»

По данным исследователей, частота применения телесных наказаний в российских семьях колеблется от 50 до 95%. Не менее 5% детей постоянно подвергаются физическим оскорблениям – получают пощечины, тычки, подзатыльники. В России, по сообщениям Комитета Госдумы по делам женщин, семьи и молодежи, ежегодно примерно 2 млн детей в возрасте до 14 лет систематически подвергаются избиению в семье. Для большого числа этих несчастных детей истязания заканчиваются бегством из дома, смертью или самоубийством.

Риск насилия с летальным исходом зависит от уровня дохода на душу населения и региона проживания. Регионы, где высок уровень младенческой смертности от травм, отравлений и несчастных случаев, болезней органов дыхания и инфекционных заболеваний, могут считаться территориями с наличием фактора высокого риска насилия над детьми. Наиболее неблагоприятна динамика по этому показателю в Уральском федеральном округе. Достоверный рост смертности детей от травм, отравлений, несчастных случаев отмечен в Хабаровском крае, Смоленской области, Коми-Пермяцком, Таймырском, Эвенкийском, Ямало-Ненецком автономных округах (Максимова Т.М., Гаенко О.Н., 2003).

Проф. И.Н. Григович сообщает, что в течение 4 лет только по данным Петровзаводской детской республиканской больницы диагноз СЖО был зафиксирован у 60 детей. Проф. В.А. Доскин приводит сведения о 197 случаях жестокого обращения с детьми в возрасте от 3 до 14 лет; это – данные его и его сотрудников, собранные за 10 лет и явившиеся результатом анализа работы амбулаторно-поликлинических учреждений в 12 городах Российской Федерации.

Судебная статистика свидетельствует о том, что, например, в Москве по фактам жестокого обращения с детьми в год возбуждается до 5 уголовных дел. Даже если кого-то наказали, ребенку не будет легче: ведь мать или

отца изолируют от общества, а его отдадут на воспитание в интернат.

Следует помнить о возможности насилия над ребенком не только в семье, но на улице, в школе, лечебном учреждении. Мальчиков избивают в 3–5 раз чаще, чем девочек, 2/3 пострадавших – дошкольники. Следует помнить классические эксперименты А. Bandura et al., проведенные в 60-х годах XX века и показавшие, что сцены насилия на телевидении и киноэкране достоверно увеличивают частоту проявлений агрессивного поведения как в отношении детей, так и у самих детей. Кроме того, у людей, сталкивающихся с насилием, возникает своего рода «онемение чувств», известный в психотерапии эффект «усталости от сочувствия», или «сенсорной перегрузки».

Группу риска по СЖО формируют дети от нежеланной беременности, дети-инвалиды, с наследственными заболеваниями, дети из семей, в которых внутрисемейное насилие является стилем жизни, родители (мать или отец) употребляют алкоголь, наркотики, страдают депрессией, дети из семей безработных, с наличием материальных проблем. К семьям с факторами риска в отношении СЖО относятся семьи: с низким материальным уровнем жизни, многодетные, неполные, с наличием инвалидов, тяжелых хроников или престарелых, также нуждающихся в уходе, алкоголиков, наркоманов, лиц с асоциальными проявлениями, усыновленных детей, особенно если есть родные дети.

Значительное место в статистике жестокого обращения занимают младенцы, родившиеся преждевременно и имеющие низкие показатели массы тела при рождении: они подвергаются физическому насилию на 1-м году жизни в 8 раз чаще, чем родившиеся в срок (Волкова Е.Н. и соавт., 2007).

Редкие причины возникновения СЖО

Бывает, что родители, не справляясь с ребенком, «вынуждены» прибегать к угрозам и физическим мерам воздействия. Взрослый, не рассчитав силы, может нанести травму ребенку, не желая того. Существует непреднамеренная жестокость и жестокость как проявление психического недуга взрослого. В случае с Лизой Беленькой, например, имеет место психологический конфликт, дележ любимого ребенка.

Факторами риска могут стать особенности ребенка: гиперкинетический синдром, чрезмерная подвижность, сниженная способность к концентрации внимания, психические и физические отклонения от нормы.

Пренебрежение к детям может проявляться медицинской запущенностью детей, неоказанием им своевременной медицинской помощи при болезни. Из других видов запущенности следует отметить отсутствие должного присмотра, что приводит к несчастным случаям, особенно часто у детей в возрасте до 3 лет. Встречаются и вовсе вопиющие примеры жестокого отношения к детям – лишение их воды, пищи, обливание холодной водой, утопление, удушение, отравление и пр. В 1977 г. британский педиатр R. Meadow описал особый тип поведения родителей, при котором они фальсифицируют заболевание ребенка, а сам ребенок становится жертвой этой фальсификации. Автор назвал это явление синдромом Мюнхгаузена *by проху* (со слов свидетеля). В настоящее время разработаны критерии диагноза «синдром Мюнхгаузена *by проху*»; синдром рассматривается как тяжелая и сложная для диагностики форма плохого обращения с ребенком.

Безнадзорность детей

Причины учащения случаев безнадзорности детей косятся в условиях жизни российских семей, среди которых неблагополучными, по самым скромным подсчетам, сегодня следует признать более 200 тыс. Безнадзорность ведет к социальной дезадаптации ребенка, нарушению его социализации и нормального роста.

Приводим примеры из практики Детской городской больницы № 21 Северо-восточного административного округа Москвы, в которой в течение последних 3 лет находилось свыше 7 тыс. беспризорных и безнадзорных детей. Медицинскую помощь детям оказывали в рамках выполнения общероссийской городской правительственной программы «Подросток», предусматривающей комплекс мер по социальной и медицинской адаптации бездомных детей. Один из этапов этой программы – госпитализация беспризорных в детские больницы, оценка состояния их здоровья, обследование на предмет выявления заболеваний, лечение выявленных у них острых состояний, дальнейшее распределение, в том числе и в социальные приюты. Дети занимались междисциплинарные команды медицинских работников (дети часто страдали психоневрологическими и инфекционными заболеваниями), психологов, работников социальных служб, сотрудников МВД и др.

Оказалось, что более половины наблюдаемых детей испытывали пресс антипедагогических, антигуманных действий со стороны родителей, многие пострадали от бесчеловечных действий случайных людей. К сожалению, дети весьма неохотно рассказывают о совершенном над ними насилии, тщательно скрывают конкретные факты, особенно если дело касается лиц, от которых они зависят (с уголовным прошлым, сутенеров и т.д.). Иногда это связано с противоправными действиями самих подростков. К изощренным жестокостям активно прибегают и близкие им по возрасту «друзья».

Экстремальные реакции детей (токсикомания, бродяжничество и т.д.) в большинстве случаев являются ответом на пренебрежение или насилие со стороны взрослых.

Синдром социальной недостаточности у детей, воспитывающихся в детских домах

В СССР целые научно-исследовательские институты, ведущие педиатры страны занимались разработкой основ воспитания и медицинского контроля за детьми в домах ребенка. Были разработаны методики вскармливания детей, лишенных грудного молока, ухода за этими детьми, их физического воспитания, закаливания, определен объем педагогической и коррекционной работы с детьми раннего возраста в условиях «закрытых» детских учреждений.

Однако время показало, что коллективное воспитание детей – не лучший выход. Это была в определенной степени вынужденная мера в условиях социальных катаклизмов того времени (2 мировые войны и гражданская война). Длительное пребывание в коллективе, в однотипных условиях, ограниченный контакт ребенка с внешним миром приводят к тяжелым последствиям. Даже Царскосельский лицей, в котором мальчики одно время воспитывались с 6 лет практически в идеальных условиях, но без контактов с родителями, был в конце концов закрыт из-за многочисленных попыток самоубийств у воспитанников. При достаточном питании и качественном медицинском обслуживании дети в доме ребенка растут в условиях депривации и отстают в развитии от своих ровесников. Интеллектуаль-

ная недостаточность проявляется рано. Уже в преддошкольном и дошкольном возрасте можно обнаружить нарушения познавательной деятельности, незрелость эмоционально-волевой сферы, ослабление произвольной регуляции поведения, внимания, восприятия, речи, памяти, отставание в развитии тонкой моторики, мышления и т.д.

Несомненно, наиболее правильный выход – устройство таких детей в новые семьи, но, к сожалению, приемная семья как социальный институт пока не получила в нашей стране должного развития. Примеры, известные на всю страну: несчастные случаи с Никитой Чемизовым, Глебом и Полиной Агеевыми и др.

Формы насилия

Формы насилия над ребенком разнообразны. Основой их профилактики могут быть только формирование правильных отношений в семье, соблюдение принципов морали.

При физическом насилии, преднамеренном нанесении травм и/или повреждений, вызывающих нарушение физического и психического здоровья ребенку, необходима медицинская помощь.

Осматривая ребенка, учитывают характер повреждений и их локализацию. Это могут быть ссадины, раны, следы от ударов ремнем, укусов, прижигания сигаретами, горячими предметами, повреждения костей и суставов, выбитые и расшатанные зубы, разрывы или порезы во рту, на губах, участки облысения, кровоподтеки на голове, повреждения внутренних органов, синдром сотрясения у грудных детей.

На несчастный характер травм указывают множественность повреждений, различная степень давности кровоизлияний, специфический характер травм (отпечатки предметов, пальцев), появление травм у ребенка после выходных и праздничных дней и др., а также особенности поведения взрослых. Объяснения, которые они дают по поводу травмы у ребенка, всегда противоречивы и путанны. В травме могут обвинять самого ребенка; характерны позднее обращение за медицинской помощью или игнорирование этой возможности, неспровоцированная агрессия по отношению к медицинскому персоналу, отсутствие эмоциональной поддержки, ласки в общении с ребенком, больше внимания уделяется собственным проблемам, нежели имеющимся у ребенка повреждениям.

Пренебрежение нуждами ребенка (моральная жестокость) проявляется отсутствием заботы о ребенке со стороны родителей или лиц, их заменяющих. Взрослые не выполняют своих элементарных обязанностей. Обычно родители такого ребенка относятся к одной из следующих категорий: алкоголики, наркоманы; лица с психическими заболеваниями; юные родители; с низким социально-экономическим статусом; имеющие инвалидность или хронические заболевания; перенесшие жестокое обращение в детстве; социально изолированные.

Особенностями детей, испытывающих дефицит заботы, являются постоянный голод и жажда, неумение играть, поиск внимания/участия, немотивированные пропуски школьных занятий. Ребенок может красть пищу, рыться в отбросах, крайне инфантилен или играет роль взрослого и ведет себя в псевдовзрослой манере, агрессивен, замкнут, апатичен. Отмечаются неопрятность, задержка речи и психического развития, склонность к мазурбации, жестокость по отношению к животным; у таких детей отсутствуют прививки и т.д.

Эмоциональное (психологическое) насилие. Под психологическим насилием понимают однократное или постоянное воздействие на ребенка или его отвержение со стороны родителей и других взрослых, вследствие чего у ребенка нарушаются эмоциональный статус, поведение и способность к социализации. Все формы насилия в той или иной степени сопряжены с отрицательным эмоциональным фоном. Обычно это угрозы в адрес ребенка в словесной форме без физического воздействия, оскорбление и унижение его достоинства, неприятие и постоянная критика ребенка, преднамеренная его изоляция, лишение социальных стимулов и др. Кроме того, психологический стресс возникает в случае привлечения ребенка к употреблению алкоголя, наркотиков, токсичных веществ.

Особенности поведения детей, подвергающихся эмоциональному (психологическому) насилию со стороны взрослых: низкая самооценка; эмоциональная агрессия (обращенная даже против себя); подавленное состояние; избыточная потребность во внимании; депрессия; попытки суицида; неумение общаться со сверстниками (заискивание, чрезмерная уступчивость или агрессивность); девиантное поведение (асоциальные поступки); нервно-психические и психосоматические заболевания (энурез, энкопрез, тики, расстройства сна, ожирение, бронхиальная астма); плохая успеваемость и др.

Сексуальное насилие, или развращение. Под сексуальным насилием, или развращением понимают вовлечение ребенка с его согласия или без такового в сексуальные действия со взрослыми с целью получения последними сексуального удовлетворения или выгоды.

К данному виду насилия относят половой акт с ребенком любым способом, а также возбуждение эрогенных зон, сексуальную эксплуатацию ребенка, демонстрацию видеопродукции эротического характера с целью сексуальной стимуляции ребенка, совершение полового акта в присутствии ребенка, эксгибиционизм, вуаеризм и др.

Согласие ребенка на сексуальный контакт не позволяет считать его ненасильственным. При распознавании сексуального насилия над ребенком обращают внимание на характер травм и заболеваний — повреждение генитальной, анальной областей, нарушение целостности девственной плевы, «зияние» ануса, следы спермы, наличие заболеваний, передающихся половым путем, беременность, энкопрез и энурез, нервно-психические расстройства. Как показывает практика, в 80% случаев сексуальное насилие над ребенком совершается его родственником или знакомым. Распуценность в поведении девочек может быть связана с перенесенным сексуальным насилием (девочка не стыдится собственного тела). Сексуальные действия в отношении детей могут тянуться годами. В газете «Московский комсомолец» от 25 апреля 2009 г. описан случай, когда отец насильничал сына в течение 3 лет и был задержан, по существу, случайно благодаря вниманию медиков при поступлении ребенка в стационар. Многие жертвы рассказывают о перенесенном насилии только став взрослыми, да и то под давлением обстоятельств.

Семейная «эстафета жестокости». Низкий «эталон» внутрисемейных отношений провоцирует жестокость взрослых по отношению друг к другу и к детям. Агрессия, передаваемая из поколения к поколению, накладывается на семейный раздор, и тогда для ребенка повышается риск подвергнуться жестокому обращению.

Дети, подвергающиеся жестокому обращению, живущие в условиях отвержения родными и в бедности, в конфликтной семье, обычно отстают в развитии, плохо учатся, склонны к нарушениям поведения и антисоциальным поступкам.

Юридическая неграмотность

Следует признать отсутствие правильной установки в отношении СЖО у медицинских работников и возникающие из-за этого многочисленные юридические казусы. Низкое качество правовой помощи женщинам и детям приводит к неправильному оформлению медицинскими работниками документов, имеющих юридическую силу, в родильных домах, стационарах, при отказе от родительских прав (оформлении согласия на усыновление), при выявлении «детей-подкидышей». Обычно все это влечет за собой цепочку юридически неправильных поступков, затягивание процесса оформления ребенка (длительная госпитализация и т.д.), нарушение социальных гарантий и прав детей.

Дети-инвалиды

В РФ общее расчетное число детей-инвалидов в возрасте до 16 лет составляет от 800 тыс. до 1 млн. Около 100 тыс. детей ежегодно впервые признаются инвалидами. Показатель детской инвалидности на конец 2006 г. в целом на 10 тыс. населения в возрасте 0–17 лет – 13,5% (Мохов К.О., 2008). Нередко дети-инвалиды становятся предметом агрессии или, наоборот, в результате насилия дети попадают в данную категорию. Чаще всего причинами детской инвалидности являются психические и нервно-психические заболевания, врожденные пороки развития, хромосомные болезни. Наследственную, как, впрочем, и травматическую причину отставания ребенка в психическом развитии расшифровать удастся редко. Влияние на тяжесть течения конкретного заболевания у ребенка оказывают любые внешние неблагоприятные факторы: плохое питание, отсутствие воспитания, ухода, жестокость, в том числе эмоциональная, и др.

Дети в чрезвычайных ситуациях

К чрезвычайным ситуациям относятся вооруженные конфликты, техногенные аварии, природные катастрофы, заболевания. Попадая в чрезвычайную ситуацию, дети переживают тяжелый психический стресс с последующим развитием депрессии, неврозов, психических заболеваний. Очень важно всемерно развивать медицину катастроф, совершенствовать знания врачей и медсестер в области оказания первичной и специализированной помощи детям в любых условиях (Анашкин И.Н., 1998).

Тактика поведения медицинского работника

Рассматриваемая проблема выдвигает целый ряд вопросов, которые необходимо решать медицинским работникам. Прежде всего это своевременная диагностика СЖО. Медсестры (это в равной мере касается педиатров, детских хирургов, травматологов и других специалистов) должны хорошо знать клиническую картину СЖО. При подозрении на насилие медицинские работники передают эту информацию руководителю лечебно-профилактического учреждения и в органы внутренних дел. Избитые дети нуждаются и в медицинской помощи, и в психологической поддержке. Следует подробно собрать анамнез (рассказ родителей, ребенка) и задокументировать ре-

зультаты осмотра, зафиксировав все телесные повреждения и объективную клиническую симптоматику для составления в последующем заключения судебно-медицинского эксперта.

В современной медицинской литературе довольно четко обозначены косвенные признаки, позволяющие заподозрить жестокое обращение с ребенком. Их делят на 3 группы:

- повторные травмы или отравления;
- травмы, не характерные для возраста ребенка, – ушиб головы у ребенка, который не может стоять или ходить, кровоподтеки на спине у ребенка, который не умеет ползать, необычные ожоги и др.;
- следы от побоев и насилия – линейные кровоподтеки после ударов палкой; кровоподтеки в виде петли от ударов проводом или ремнем; следы связывания, стягивания веревкой и др.; ожоги от сигарет, ожоги кипятком; винтообразные переломы бедра; кровоизлияния в сетчатку глаза от сильного сотрясения; субдуральные гематомы и др.

Осматривая избитого ребенка, медицинский работник должен ответить, по меньшей мере, на следующие вопросы: согласуются ли обстоятельства травмы, описанные родителями, с результатами осмотра ребенка; насколько убедительно объяснение механизма повреждения, учитывая возраст ребенка и его функциональные возможности; получал ли ранее ребенок травматические повреждения; своевременно ли родители обратились за медицинской помощью?

Другое направление действий медицинских работников в такой ситуации – это в основном решение социальных проблем. Семьи, в которых избивают детей, должны находиться под контролем правоохранительных, социальных и медицинских служб. Насилие над ребенком, безусловно, разрушает семью, становится причиной агрессии ребенка по отношению к сверстникам, а в будущем – избивания собственных детей.

Проблема СЖО требует нестандартных подходов, что возможно лишь при создании междисциплинарной команды специалистов.

Программа ВОЗ «Здоровье и развитие ребенка и подростка в Европейском регионе» предусматривает оценку развития детей в возрасте до 5 лет – состояния их здоровья и рекомендует проведение регулярного тренинга для работников здравоохранения по определению ранних симптомов жестокого обращения с детьми, отсутствия должного ухода за ними.

Традиционно различают 3 уровня профилактики жестокого обращения с детьми.

Первичная профилактика: своевременное установление факта жестокого обращения с ребенком, для чего следует распознать сам факт жестокого обращения, сообщить об этом в соответствующие инстанции, при необходимости госпитализировать ребенка, принять меры к пресечению насилия.

Вторичная профилактика: привлечение к этой деятельности специальных служб, которые определяют группу высокого риска и меры профилактики насилия. В связи с социальной значимостью профилактики детской безнадзорности в России спонсируется создание сети специализированных учреждений для несовершеннолетних, оказавшихся в кризисной ситуации и нуждающихся в социальной реабилитации.

Третичная профилактика: работа специальных служб, занимающихся социально неблагополучными семьями, в которых отсутствует должный уход за детьми или допускается насилие над ними.

Медицинские работники (участковые педиатры и медсестры, врачи общей практики, патронажные медсестры, фельдшеры) играют главную роль в раннем выявлении случаев жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы о них. Часто они являются единственными свидетелями таких случаев.

Естественно, ни детское учреждение, ни участие чужих людей не заменят ребенку внимание, ласку, любовь, заботу, которые он должен получать в семье от родных и близких. Тем не менее от медицинских работников очень многое зависит, особенно если ребенка нужно выручить из сложной психологической ситуации, связанной с насилием.

Рекомендуемая литература

- Анашкин И.Н. Дети в чрезвычайных ситуациях // Рос. вест. перинатол. и педиатр. – 1998; 1: 60–64.
- Андреева Л.П., Кулешов Н.П., Мутовин Г.Р. и др. Наследственные и врожденные болезни: вклад в детскую заболеваемость и инвалидность, подходы к профилактике // Педиатрия. – 2007; 3: 8–14.
- Бибчук М.А., Салихова А.Р. Влияние семьи на суицидальное поведение у детей и подростков // Педиатрия. – 2009; 2: 141–143.
- Выхристюк О.Ф. Медицинская помощь сиротам и детям из неблагополучных семей. – М.: Медицина, 2004. – 352 с.
- Григович И.Н. Синдром жестокого обращения с ребенком: общие вопросы и физическое насилие. – Петрозаводск, 2000. – 45 с.
- Григорьев К.И., Егоренков А.М. Клинические и методологические предложения к решению проблемы синдрома жестокого обращения с ребенком в педиатрии // Мед. помощь. – 2006; 2: 3–7.
- Доскин В.А. Жестокое обращение с детьми и их здоровье // Рос. мед. журн. – 2003; 4: 8–11.
- Защита детей от жестокого обращения /Под ред. Е.Н. Волковой. – СПб.: Питер, 2007. – 256 с.
- Максимова Т.М., Гаенко О.Н. Особенности состояния здоровья детей в условиях социальной дифференциации населения // Рос. педиатр. журн. – 2003; 6: 35–38.
- Мохов К.О. Комплексный анализ инвалидности и медико-социальная экспертиза детей с задержкой нервно-психического развития. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 31 с.
- Румянцев А.Г., Тарусин Д.И., Бондаренко С.В. и др. Синдром «битого и поруганного ребенка»: информационное письмо. – М., 2004. – 37 с.
- Царегородцев А.Д., Рюмина И.И., Яковлева И.Н. и др. Стратегия ВОЗ по профилактике жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы // Рос. вест. перинатол. и педиатр. – 2004; 6: 5–11.
- Цыбульский В.Б. Показатели инвалидности у детей 0–17 лет // Рос. вест. перинатол. и педиатр. – 2005; 4: 49–51.
- Чичерин Л.П., Сафонова Т.Я. Жестокое обращение с детьми и подростками: проблемы, меры профилактики // Педиатрия. – 2000; 5: 51–55.
- Kempe R.S., Kempe C.H. Child abuse. – London, 1978. – 200 p.
- Positional Paper on Definitional Issues in Munchausen by Proxy // Child. Maltreat. – 2002; 7(2): 105–111.
- Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. 29–31 March 1999, document WHO/HSC/PVI/99.1.
- Vulliamy A.P., Sullivan R. Reporting child abuse pediatricians experiences with the child protection system // Child abuse & Neglect. – 2000; 24: 1461–1470.

CURRENT REQUIREMENT FOR CHILD ABUSE SYNDROME
Prof. S.V. Polyakov, Prof. K.I. Grigoryev, Associate Professor
A.M. Egorenkov

Russian State Medical University

The paper presents the conceptually founded, summarized, and structuralized material on requirements for evaluating the child abuse syndrome and for a medical worker's behavior when possible violence done to a child is suspected.

Key words: child abuse syndrome, legal status, nurse's behavior tactics, prevention.