

**И.Н. Григович<sup>1</sup>, С.М. Мокуров<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Кафедра детской хирургии Петрозаводского государственного университета<sup>2</sup>Министерство здравоохранения и социального развития Республики Карелия, Петрозаводск

## «Синдром жестокого обращения с ребенком» – медицинский диагноз

В 2004 году Минздравсоцразвития Республики Карелия ввело форму отчетности для лечебно-профилактических учреждений региона о детях до 17 лет, перенесших различные виды синдрома жестокого обращения (СЖО). Анализ отчетов за 2008–2010 гг. выявил 727 детей, более половины (61%) из них – в возрасте до 3 лет. Пренебрежение родительскими функциями имело место в 76,5% случаев, от физического насилия пострадали 23% детей, а сексуальное и психологическое насилие испытали соответственно двое и один ребенок. Но эти данные не дают истинного представления о количестве детей, пострадавших от СЖО в регионе, так как согласно отчетам из 10 среди 17 районов за эти 3 года не выявлено ни одного ребенка с СЖО. Анкетирование 249 врачей и фельдшеров Карелии показало, что 98% из них знакомы с данной патологией, но 22% из них считают, что СЖО – не медицинская проблема. В отчетах нет сведений о детях из семей, которыми занимаются органы опеки и внутренних дел. В России должен быть принят Закон «О защите детей от жестокого обращения». Этот позволит создать единую систему выявления, помощи и предупреждения семейного насилия в стране.

**Ключевые слова:** *«синдром жестокого обращения с ребенком», семейное насилие, защита детей от плохого обращения.*

**Контактная информация:** *Григович Игорь Николаевич. E-mail: igrigovich@yandex.ru*

© Коллектив авторов, 2012

**I.N. GRIGOVICH, S.M. MOKUROV**

### «Battered child syndrome» – medical diagnosis

In 2004, the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Karelia introduced a requirement for medical institutions of the region to report on children under 17 years old with a history of exposure to different forms of child abuse. Reports for the period 2008–2010 identified 727 victims; of whom more than half (61%) were under 3 years old. 76.5% of these children had been neglected by their parents; 23% – had been physically abused; sexual and psychological abuse were reported in two and one cases, respectively. However, these figures fail to provide an adequate account even of the number of children who had suffered abuse in the region, since the medical reports from 10 districts (out of 17) did not cite a single case of battered child syndrome. The assumption that medical workers of Karelian Republic were unaware of the problem of domestic violence was not confirmed: a survey of 249 physicians and nurses showed that 98% of the respondents were familiar with the issue; but 22% of the respondents did not consider child abuse to be a medical problem. Moreover, the returns did not contain information on children whose parents had had their parental rights terminated for Maltreatment of Children, in so far as these children are the responsibility of the departments of Child Care and of the Ministry of the Interior (more than 1,500 families within three years). The authors consider that in the Russian Federation there is a need for a «Law for the protection of children against abuse» and that this law should be underpinned by the creation of a unified system for the detection and prevention of violence against children and for the provision of support.

**Key words:** *battered child syndrome, domestic violence, protection of children against maltreatment.*

**П**оказатели заболеваемости и смертности детей и подростков всегда были и остаются отражением состояния здравоохранения и социальных условий жизнедеятельности общества в государстве. Особенно актуальна данная проблема для стран с неблагоприятными демографическими показателями. Россия, к сожалению, входит в их число.

Официальные статистические данные о причинах заболеваемости и смертности детей от 1 года до 17 лет свидетельствуют об изменении структуры этих причин за последние несколько лет. Так, на фоне снижения заболеваемости и смертности от различных заболеваний в «лидеры» вышла группа под названием «внешние причины», или «неестественные причины» [1–3]. Эта группа неоднородна по своему содержанию: убийства, самоубийства, утопления, случайные удушения и другие травмы от неустановленных причин. В возрастной группе от 1 года и до 14 лет смертность от «внешних причин» к 2010 году занимает треть, а в некоторых регионах второе ранговое место, а среди подростков 15–17 лет – первое [4]. Внутри группы «внешних причин» не выделен «синдром жестокого обращения с ребенком» (СЖО), хотя не вызывает сомнения то, что этот синдром – этиологический фактор у какого-то количества пострадавших.

Напомним классическое определение СЖО, сформулированное еще в 1960-х годах американским педиатром Генри Кемпом (*H. Kempe*): «Синдром жестокого обращения с детьми и подростками включает в себя любую форму плохого обращения с ними, допускаемую родителями, опекунами или воспитателями» [5]. Сегодня СЖО включает четыре основных вида возможного насилия над несовершеннолетними: физическое, сексуальное, психологическое, а также запущенность, или неисполнение родителями своих обязанностей. В последние несколько лет в некоторых странах появился еще один его вид – СЖО перинатального периода, когда беременная женщина курит, употребляет алкоголь или наркотики и тем самым сознательно наносит серьезный вред здоровью еще не родившегося ребенка [6]. Следовательно, СЖО – это преимущественно семейное неблагополучие.

Почему так важно выделять из всех «внешних причин» именно СЖО? Приведем несколько основных аргументов.

1. Среди большого количества случайных обстоятельств, приводящих ребенка (подростка) к травмированию, инвалидизации, а в ряде случаев к летальному исходу, СЖО ограничен семейным кругом. Следовательно, более ясной становится среда, на которую необходимо воздействовать при проведении профилактических мероприятий, – это семья и ее окружение.

2. Хорошо известно, что несвоевременно выявленный СЖО в неблагополучной семье повторяется, но уже в более тяжелом варианте, и в конце концов может закончиться трагически.

3. Каждый четвертый человек, перенесший в детстве СЖО, становясь взрослым, копирует такое же отношение к своим собственным детям.

4. В семьях, где происходит СЖО с детьми, проще учитывать и изучать причины проявленной жестокости, принимать различные меры для их устранения.

Роль медицинских работников (не только врачей, но и медицинских сестер) в решении проблемы СЖО очень велика. Врачи первыми еще во 2-й половине XIX века обратили внимание на физическое насилие над детьми. Они первыми описали различия между случайными травмами и умышленным насилием, определили виды, клинические, рентгенологические, лабораторные критерии, изучили эпидемиологию СЖО. На основании этих исследований во многих странах, в первую очередь в США, была разработана и успешно функционирует четкая государственная система от момента выявления до реабилитации пострадавших и наказания виновников.

Однако роль медицины в решении проблемы СЖО не всеобъемлюща. Во-первых, далеко не все дети, пострадавшие от СЖО, обращаются за медицинской помощью. Во-вторых, среди причин, порождающих жестокость к ребенку, имеются те, на которые нельзя воздействовать медицинскими средствами. Многие причины связаны с социальными обстоятельствами: финансовые трудности, плохие жилищные условия, безработица, характерологические особенности членов семьи, самого ребенка и многое другое, не зависящее от медицины. Именно поэтому в решении проблемы СЖО принимают участие социальные службы, система образования и воспитания, правоохранительные органы. В цивилизованных странах велика роль гражданского общества: любой человек, увидев плохое обращение с ребенком, считает своим гражданским долгом обратиться за помощью к представителям власти в любой форме (устно или письменно). В этой связи отметим два важных обстоятельства. Первое: все сообщения, независимо от источника поступления, проверяют в течение 72 часов с момента получения, и второе – имя автора сообщения не разглашается (принцип конфиденциальности).

И все-таки роль медицинских работников в распознавании СЖО – ведущая. Часто именно они первыми встречаются с детьми и подростками, пострадавшими от плохого обращения. Задачу медиков при учете и регистрации всех видов СЖО, казалось бы, облегчает то, что при любом посещении врача в лечебно-профилактическом учреждении предполага-

ется постановка диагноза, а каждый диагноз имеет свой международный код. Имеет свой код и СЖО, причем в шести вариантах, предусматривающих вид синдрома, а также код с неустановленным точно видом [7]. Все страны, входящие в систему ВОЗ, пользуются этим кодированием, что позволяет ежегодно оценивать динамику заболеваемости и смертности как в своей стране, так и в сравнении с другими государствами. Особенно это важно при оценке социально значимых болезней – туберкулеза, СПИДа, инфекций, передающихся половым путем. Россия – член ВОЗ, поэтому кодирует свои медицинские документы по международным правилам. Исключением является СЖО, и этому есть объяснение.

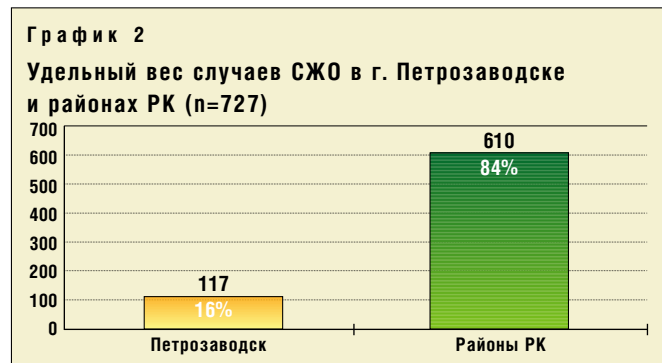
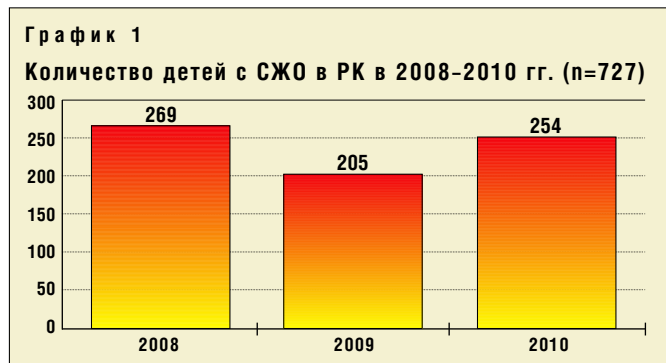
Для того чтобы статистика была точной, код ставят только при подтвержденном диагнозе, но врач не занимается проверкой своего подозрения на СЖО. Этим занимаются те организации, куда врач сообщает о своем подозрении: отдел опеки местного муниципалитета и управление полиции. Обе эти организации расследуют врачебное сообщение и выносят свой вердикт – подтверждается СЖО или нет. Как они это делают, нам неизвестно, но по запросу могут прислать итоги за год: подтвердился СЖО или нет, какие меры приняты. К этому времени пострадавший ребенок будет выписан или похоронен, если травма была чрезмерной, а в истории болезни или в справке о смерти будет указан нозологический диагноз, например: ушиб головного мозга, ожог, утопление, алиментарное истощение и т.п. СЖО в этом диагнозе не отмечен, история болезни будет регистрироваться по диагнозу и коду «внешние причины», который содержит травмы и летальные исходы от неустановленных причин. Поэтому в официальных статистических документах органов здравоохранения на всех уровнях, включая федеральный, отсутствуют данные о количестве СЖО, а следовательно, эпидемиологический анализ данного социального явления невозможен.

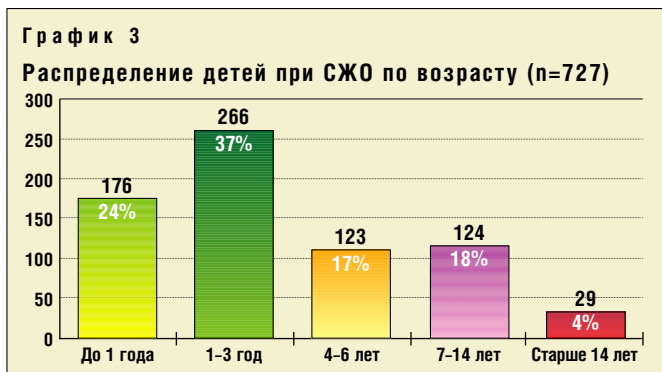
В марте 2009 года вопрос о насилии над детьми обсуждали на Совете безопасности под председательством Президента РФ Д.А. Медведева. Кроме того, значительную часть своего Послания Совету Федерации в 2010 году Президент уделит положе-

нию детей в РФ [8]. Оба события сопровождалось поручениями федеральным министерствам, в том числе Минздравсоцразвития, разработать документы по защите детей от насилия [8, 9]. В феврале 2012 года в Республике Карелия был издан Указ Главы РК: «О выявлении и учете на территории Республики Карелия случаев жестокого обращения с несовершеннолетними, оказании помощи несовершеннолетним, подвергшимся жестокому обращению». Все упомянутое должно способствовать борьбе с этим социальным злом.

В Республике Карелия с 1997 года по инициативе кафедры детской хирургии и при тесном участии республиканского Министерства здравоохранения (ныне Минздравсоцразвития РК) начата работа по выявлению несовершеннолетних, пострадавших от СЖО. Первый этап этой работы можно назвать просветительским: проводились лекции, семинары и тренинги для врачей-педиатров, учителей школ, воспитателей дошкольных детских учреждений, инспекторов по делам несовершеннолетних МВД. Ежегодно читают лекции для студентов педиатрического отделения Петрозаводского госуниверситета, факультета психологии Карельской педагогической академии. Опубликованы два учебных пособия для врачей и студентов по всем видам СЖО [10, 11]. В том же году начал формироваться банк данных о детях, пострадавших от СЖО и поступивших в Республиканскую детскую больницу. На сегодня в этом банке имеется информация о 497 детях, данные продолжают поступать.

В 2000 году во все лечебные и образовательные учреждения были разосланы письма, подписанные руководителями двух ведомств, о выявлении детей с СЖО и информировании муниципальных отделов опеки и органов МВД о каждом пострадавшем ребенке. С 2004 года Минздравсоцразвития РК получает информацию из всех районов Карелии о количестве детей с СЖО, их возрасте, виде синдрома (физическое, сексуальное, психологическое насилие), его запущенности. Но, как показали сообщения, практически «отсутствуют» пострадавшие в детских поликлиниках г. Петрозаводска и в 11 (из 17) районах Карелии. На *графиках 1–4* представлены данные сводных отчетов Минздравсоцразвития РК за

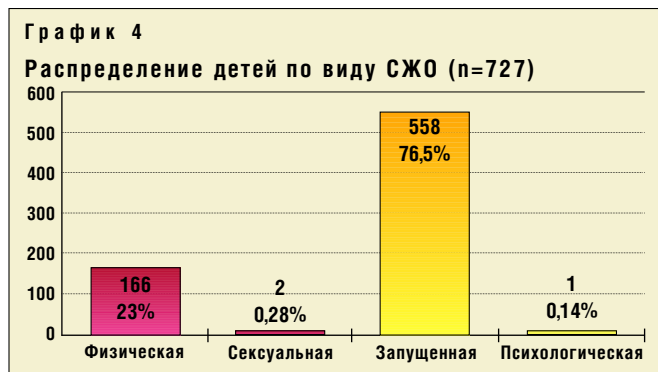




2008–2010 гг. о количестве детей, пострадавших от СЖО, удельный вес случаев СЖО, выявленных в г. Петрозаводске и районах республики, возраст детей и вид СЖО.

К сожалению, приведенные данные дают лишь приблизительное представление даже об общем количестве несовершеннолетних, пострадавших от СЖО. Причин, препятствующих точному анализу СЖО, много, но главная – одна: ведомственная разобщенность и отсутствие единого центра, в котором концентрировались бы сведения о всех детях до 17 лет, подвергшихся СЖО. В качестве примера можно привести те 727 детей, о которых стало известно Минздравсоцразвитию РК в течение 2008–2010 гг. Так, в Петрозаводске работают четыре детские поликлиники, но только из одной (при ДРБ, принимающей детей одного из районов города) поступают сведения о детях с СЖО, остальные три, обслуживающие около 50 тысяч детского населения, выявили за три года только одного ребенка с подозрением на СЖО. Примерно такая же картина наблюдается в районах Карелии: из 17 районных лечебно-профилактических учреждений только в 5–7 выявляли случаи СЖО. За эти же три года около 1500 родителей были лишены родительских прав, в большинстве случаев из-за жестокого обращения с детьми. Но этим вопросом занимаются отделы опеки, подчиненные Министерству образования. Эти случаи также должны быть учтены в общем количестве детей, пострадавших от СЖО. В общую статистику не вошли безнадзорные дети (за эти годы их было около 2 тыс.) и дети, постоянно не посещающие школу (около 100).

Не менее важен вопрос: у скольких детей, отнесенных к пострадавшим от СЖО, этот диагноз истинный? Ведь врачи устанавливают лишь подозрение на СЖО и сообщают об этом в ОВД и муниципальный отдел опеки, которые должны проводить расследование для подтверждения СЖО. Подозрение на любой вид плохого обращения должно проходить экспертную оценку специалистов. На наши запросы в ОВД мы получаем лаконичный ответ через несколько месяцев: «подтвердилось» или «не подт-



вердилось», но как это определили, мы не знаем. О том, что подтверждается только 1/3 подозрений, известно из опыта США. Так, в отчете Федерального департамента здравоохранения США за 2010 год из 3,5 млн сообщений о СЖО после экспертной оценки подтвердились 1,2 млн [12]. Это объясняется тем, что о подозрении на СЖО должны сообщать все работающие с детьми – медицинские работники, учителя, воспитатели, полицейские и др. Любой из них, пропустивший пострадавшего от СЖО ребенка, несет серьезную ответственность вплоть до лишения профессиональной лицензии. Не следует забывать о роли гражданского общества, когда каждый человек в стране настроен на фискальную волну и, видя жестокость по отношению к ребенку, сообщает об этом в ответственную за данный раздел работы организацию. За неподтвердившийся сигнал человек не несет ответственности. Но все-таки наибольшее количество сообщений о СЖО поступает от медицинских работников.

В 2012 году мы провели анонимное анкетирование медицинских работников Республики Карелия, чтобы понять, каковы их осведомленность о СЖО, личный опыт в его диагностике, сотрудничестве с МВД и отделами опеки, гражданская позиция по отношению к проблеме СЖО. В анкетировании приняли участие 249 медицинских работников, наиболее часто встречающихся с больными и травмированными детьми и подростками. Среди них были 142 педиатра, 40 специалистов (хирургов, травматологов и др.), 30 врачей скорой помощи (СП), 31 фельдшер СП, осуществляющий самостоятельные вызовы, 51 педиатр и специалист, работающий в стационарах, 124 – в поликлиниках. Только 7% анкетированных имели стаж работы менее 10 лет, остальные работали в профессии достаточно долго: до 20 лет – 21%, свыше 20 лет – 57%. Подавляющее большинство опрошенных (80%) работают в Петрозаводске, 19,4% – в районах РК.

Показательно, что 98% опрошенных встречались в своей практике с СЖО; столько же ответили, что насилие над детьми – важная проблема нашего общества. Такая осведомленность и гражданская по-

зиция подавляющего числа опрошенных медицинских работников внушают надежду на их активное участие в работе по выявлению и предупреждению этого социального явления. Почти 80% сообщили в анкетах, что встречались с детьми, пострадавшими от различных видов СЖО, и сообщили о своих подозрениях в различные инстанции.

В то же время анкетирование выявило отрицательные моменты. Так, 42 (22,1%) врача, встретившись с СЖО, никому не сообщили об этом. Причины названы различные: не знали, кому надо сообщать; боялись конфликта с родителями; некоторые посчитали, что врач не должен «кляузничать»; 38 человек написали, что врач вообще не должен заниматься проблемой СЖО, – это самый тревожный среди ответов.

В 2010 году в журнале «Медицинское право» были опубликованы результаты анкетирования 330 врачей-педиатров Ивановской области [13]. Авторы исследования получили интересные данные: 80% детских врачей проявили гражданскую позицию, считая, что врач должен защищать ребенка, подвергнувшегося домашнему насилию, но у половины опрошенных эта позиция носила теоретический характер: встретившись с СЖО, они никуда об этом не сообщили, объясняя это тем, что одним лишь обращением в правоохранительную службу решить проблему защиты ребенка невозможно. Конечно, проблему семейного неблагополучия нельзя решить радикально только путем обращения в полицию, прокуратуру, суды и социальные службы, но такие сообщения необходимо посылать – это гражданский долг каждого человека, а тем более врача.

Даже по приблизительным подсчетам, количество детей, пострадавших от различных видов семейного насилия, исчисляется в России миллионами, до двух тысяч из них ежегодно погибают от СЖО. С учетом неблагополучной демографической ситуации проблема плохого обращения с детьми приобрела в нашей стране государственное значение, это прозвучало в Послании Президента страны Федеральному собранию в 2010 году. Однако, как свидетельствует многолетний опыт ряда стран, никакими ведомственными указами, приказами и другими документами не удастся добиться эффективной защиты ребенка от жестокого обращения.

Защита детей от жестокого обращения должна иметь тщательно проработанную законодательную базу. Необходимо разработать и принять «Закон о защите детей от жестокого обращения». Только на основании такого закона возможно создание в России стройной системы с едиными определениями всех видов СЖО, видами ответственности тех, кто плохо обращается с ребенком, и тех, кто должен выявлять пострадавших от насилия. В этом законе должно быть предусмотрено наличие отдельной структуры при

Минздравсоцразвития РФ, единой отчетности, создание федерального банка данных и подобных структур в регионах. Учитывая важность проблемы и количество пострадавших детей, на общественных началах такую большую работу сделать не удастся, даже совмещая ее с другими разделами своей работы. Это требует больших финансовых затрат, но здоровье и благополучие будущего поколения оправдывает все затраты.

#### Литература

1. Доклад Минздравсоцразвития РК «О положении детей в Республике Карелия в 2010 году». – Петрозаводск, 2011, 124 с.
2. Областные, краевые, республиканские, окружные детские больницы России в 2010 году. Информационно-аналитический обзор № 13. – М., Ассоциация детских больниц, РДКБ, 2011, 60 с.
3. Царегородцев А.Д., Рюмина И.И., Яковлева И.Н., Гусарова Г.И. Стратегия Всемирной организации здравоохранения по профилактике жестокого обращения с детьми и отсутствию заботы (анализ ситуации в Российской Федерации) // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2004, №6, с. 5–11
4. Зелинская Д.И. Смертность детей от внешних причин и синдром жестокого обращения // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2011, т. 56, №1. с. 4–7.
5. Кетре R.S., Кетре С.Н. Child Abuse. Fontana/Open books. London, 1978. – 157 p.
6. Григович И.Н., Мебелова И.И., Никула М.З. Алкогольный синдром плода – разновидность синдрома жестокого обращения с ребенком // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2006, №1, с. 10–13.
7. Международная классификация болезней и причин смерти X пересмотра, 1993. – Женева, 1996, 456 с.
8. Приказ Минздравсоцразвития РФ №1137 от 20.12.2010 г. «О плане мероприятий Минздравсоцразвития РФ по реализации задач, поставленных в послании Президента РФ Федеральному собранию РФ 30 ноября 2010 года».
9. Приказ Минздравсоцразвития РФ №225 от 22.03.2011 г. «Об утверждении правил предоставления в 2011 году из федерального бюджета субсидий фонду поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».
10. Григович И.Н. Синдром жестокого обращения с ребенком. Общие вопросы и физическое насилие. Учебное пособие. – Петрозаводск: ПетрГУ, 2001, 79 с.
11. Григович И.Н. Синдром жестокого обращения с ребенком. Часть II. Запущенность. Сексуально-порочное обращение с ребенком. Учебное пособие. – Петрозаводск: ПетрГУ, 2008, 108 с.
12. Child Maltreatment 2010. US Department of Health of Human Service. 233 p.
13. Шиляев Р.Р., Баклушина Е.К., Нуженкова М.В. О формировании системы правозащитной деятельности медицинских работников // Медицинское право, 2010, №2, с. 1–3.