

СЕНТЯБРЬ 2015

ВЕСТНИК

ЭКСПЕРТНОГО СОВЕТА ПРИ УПОЛНОМОЧЕННОМ
ПО ПРАВАМ РЕБЕНКА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ



ТЕМА ВЫПУСКА

Вопросы охраны здоровья детей

Психологическое здоровье детей

Установление инвалидности

Юридическая консультация

Правильное питание

Издатель, главный редактор:

Уполномоченный по правам ребенка
в Иркутской области

Адрес издателя:

664011, г. Иркутск, ул. Горького, 31

Рукописи, присланные в вестник,
не возвращаются. Любые нарушения
издательских прав преследуются по закону.
Перепечатка материалов вестника допускается
только по согласованию с издателем

Вестник имеет полноценную электронную
версию, размещенную на сайте
Уполномоченного по правам ребенка
в Иркутской области www.irdeti.ru

Обложка, дизайн, верстка:

ООО «Весь Иркутск»

© Уполномоченный по правам ребенка
в Иркутской области, 2015
© Экспертный совет при Уполномоченном
по правам ребенка в Иркутской области, 2015

- 04 Колонка редактора**
Помните: здоровье ребенка
в Ваших руках!
- 05 Уполномочен заявить**
Светлана Семенова
Право на охрану здоровья,
как естественное право ребенка
- 07 Персона**
Елена Литвинцева
То, что вы хотели знать о психическом
здоровье, но не знали, у кого спросить
- 11 Мнение эксперта**
Людмила Гаркуша
Установление инвалидности –
новые правила?
- 15 Татьяна Афанасьева**
Елена Поддубная
Паллиативная помощь – необходимость,
продиктованная временем
- 17 Светлана Бурдукова**
Юридическая консультация
- 21 Алексей Петров**
Обзор практики конституционного суда
Российской Федерации
- 30 Елена Свердлова**
Здоровье и как его сохранить
- 33 Анаит Марянян**
Все на борьбу с фетальным алкогольным
синдромом!
- 38 Татьяна Малых**
Здоровое питание: как взрослым
и детям читать этикетки?
- 44 Любовь Решетник**
Актуальные проблемы питания детей
Иркутской области в контексте прав
ребенка на жизнь и здоровье
- 49 Татьяна Дементьева**
Манту: за и против
- 51 Татьяна Афанасьева**
Права детей-инвалидов: социальное
и медицинское обеспечение
- 53 Марианна Садовникова**
Проблемы организации
первичной медицинской помощи
в образовательных учреждениях
- 55 Галина Стародубцева**
Социальная реклама –
польза или вред?
- 57 Летопись добра**
Академик Федор Григорьевич Углов
- 59 Принцип четырех «д»**

Колонка редактора

Помните: здоровье ребенка в Ваших руках!



от нас самих, хотя в современном мире человеку все сложнее сохранять свое здоровье. Ритм большого города приводит к тому, что мы порой забываем о самом главном. От нашей вечной гонки в первую очередь страдают дети. Их организм еще недостаточно сформирован и слишком ранним, а потому пока еще не может в полной мере справляться с негативными воздействиями внешнего мира. Не так уж это и трудно придерживаться здорового образа жизни: заменить чипсы на кукурузные хлопья, конфеты – на сухофрукты, «Кока-колу» на компоты и морсы, а сидение перед телевизором – на занятия спортом и физкультурой. Нужно лишь начать. Ведь если задуматься, сколько потом времени, сил, нервов и денег уйдет на лечение!

Конечно, совсем избавить ребенка от заболеваний невозможно. Но уменьшить их количество, тяжесть или продолжительность вполне реально. В новом выпуске Вестника мы обратились за советами к специалистам. У каждого из них своя специфика, а задача одна – предупредить болезнь. Их рекомендации наверняка не покажутся вам чем-то новым – скорее забытым старым.

И начнем мы с рекомендаций детского психиатра, поскольку ребенок может быть здоровым только тогда, когда его эмоции свободны, а психика не подавлена. Не зря говорят, что большинство болезней от нервов. Поведение ребенка, его страхи и комплексы отражаются на всем его организме. А если ребенок растет уравновешенным, спокойным, добрым, то он и меньше болеет и быстрее выздоравливает. Поэтому, побольше просто общайтесь со своим ребенком, отбрасывая при этом мысли о своих проблемах и заботах, старайтесь в этот момент просто наслаждаться вашим взаимным общением!

Все мы понимаем, что крепкое здоровье – это очень важно, а здоровье детей – особенно! Недаром народная мудрость гласит: «Береги здоровье смолоду». Но сегодня состояние здоровья многих детей вызывает большую тревогу. Согласно статистике только 1 ребенок из 10 считается условно здоровым, да и то, пока его полностью не обследуют. А остальные девять детей?! Это же 90%! Получается, что большинство детей уже с детсадовского возраста имеют букет заболеваний. Вряд ли кто-то сомневается в правомочности изречения: «болезнь легче предотвратить, чем лечить».

Но зачастую «пока гром не грянет», родители не приступят к каким-то действенным мерам. Надо помнить, что многое в этой жизни зависит

Уполномочен заявить

Право на охрану здоровья, как естественное право ребенка

- Наболело, – так Уполномоченный по правам ребенка в Иркутской области Светлана Семенова ответила на вопрос о том, почему темой этого Вестника стало право на охрану здоровья. Ни один ребенок не должен быть лишен доступа к услугам системы здравоохранения, тем не менее, число обращений связанных с нарушением этого естественного права, только растет. Особенно острыми, по опыту работы омбудсмена, являются вопросы, связанные с лекарственным обеспечением социально уязвимых категорий населения, с доступностью медицинских услуг, с организацией наркологической и психиатрической помощи



Светлана Николаевна, по характеру обращений к Уполномоченному можно составить диагноз самой системе здравоохранения?

- В этом году произошло несколько историй, которые очень серьезно повлияли на оценку ситуации. Например, когда ребенок в критическом состоянии был госпитализирован из нашего кабинета, до этого побывав в нескольких медучреждениях и не получив ни в одном практической помощи. Все могло закончиться трагически, и я еще раз хочу сказать спасибо за спасение девочки, замечательному человеку, главному врачу Ивано-Матренинской детской клинической больницы Владимиру Александровичу Новожилову, который всегда, в самых сложных ситуациях отзывается на наши просьбы о помощи.

Однако согласитесь, система здравоохранения должна работать без учета «горячего телефона» и этот ребенок не должен был оказаться в палате интенсивной терапии, тем более, что родители впервые привели девочку к врачу задолго до экстренной госпитализации из кабинета Уполномоченного по правам ребенка.

Помимо непосредственных обращений и жалоб, каким еще образом Вы узнаете о нарушении прав детей на охрану здоровья и медицинскую помощь?

В первую очередь посредством плановых проверок. Посещая детские учреждения, мы обращаем особое внимание на своевременность оказания медицинской помощи. Анализируем необходимость и целесообразность специализированной и высокотехнологичной помощи, особенно в отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. После вступления в силу Закона об образовании, довольно часто приходится подключаться к ситуациям, которые связаны с оказанием медицинской помощи в детских садах и учреждениях профессионального образования.

Например, широкое обсуждение проблем наркологической помощи несовершеннолетним жителям региона инициировали мы сами. Мы уверены, что наркозависимые подростки не должны проходить лечение вместе со взрослыми, как это происходит сейчас. Мы поставили

вопрос необходимости проведения консультаций врачей-наркологов при отделениях токсикологии и острых отравлений, куда попадают дети в состоянии комы после употребления спайсов, солей и других наркосодержащих препаратов. Лечебные учреждения должны плотно взаимодействовать и с родителями и с профилактическими службами. На фоне роста потребления несовершеннолетними синтетических наркотиков отсутствие в области детского реабилитационного отделения – это тоже нарушение права на медицинскую помощь. Мы сейчас готовим спецдоклад по этой теме.

Какие вопросы охраны здоровья детей для Вас, как Уполномоченного приоритетны? И какие пути решения Вы видите?

Сложная социально-экономическая ситуация совсем не освобождает от необходимости обеспечивать надлежащее медицинское обслуживание школьников и малышей, которые посещают детские сады. И не только путем проведения плановых вакцинаций и диспансеризации. Недавно пришлось рассматривать обращение, о том, что ребенок не посещает детский сад, только потому, что ему там никто не может дать необходимую таблетку – медперсонал прикреплен к поликлинике и находится в саду только по определенным часам. Была групповая жалоба, о том, что все медики из штата образовательного учреждения уволены и в результате воспитанники специализированной группы, для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, перестали получать все физиопроцедуры. То есть сокращаются медработники, закрываются медкабинеты, исчезают практические наработки по охране здоровья ребенка. Мы понимаем, что законодательство сегодня разделило полномочия. Тем не менее, финансовые возможности не исключают наличие в штате образовательного учреждения медработников.

Второй вопрос, который у нас в приоритете – оказание психиатрической помощи определенной категории детей. С учетом дефицита врачей-психиатров и отсутствия возможности стационарного ведения детей во многих территориях, зачастую дети, попадая в психиатрические стационары, находятся там гораздо дольше необходимого срока. Кроме того, сопровождение таких де-

тей – это всегда вопрос не только медицинской, но и социальной помощи.

Существует еще одна проблема, о которой нельзя молчать. Это новые правила по установлению, переосвидетельствованию и снятию инвалидности. Безусловно, они нарушают права детей, страдающих редкими заболеваниями, которые например, нуждаются в специальном питании, детей с челюстно-лицевой патологией, у которых нет ограничений жизнедеятельности, но при этом им нужна пластическая хирургия и постоянное наблюдение врачей, даже детей с кардиостимуляторами. Сегодня с них снимается инвалидность, а вместе с ней дети лишаются специально созданных условий и по лекарственному обеспечению и по оказанию бесплатных реабилитационных услуг. Если бы все дети с ограниченными возможностями, независимо от наличия инвалидности были абсолютно полноценны в плане медицинского обслуживания, вопрос бы так остро не стоял. Если государство не может пока создать равные условия, то не допустимо снимать инвалидность с детей, нуждающихся в специальном сопровождении. Мы написали соответствующее письмо и в Министерство труда и социального развития РФ, в Министерство здравоохранения РФ и Павлу Алексеевичу Астахову. И мы намерены выходить в суд по защите интересов детей, которые имеют ограничения жизнедеятельности, но при этом не признаны инвалидами.

Беседовала Елена Поддубная

Персона

То, что вы хотели знать о психическом здоровье, но не знали, у кого спросить

*Мы собрали самые обсуждаемые вопросы, касающиеся психического развития детей, и задали одному из компетентных специалистов в этой области, главному внештатному специалисту, детскому психиатру министерства здравоохранения Иркутской области, **Елене Литвинцевой***

Елена Юрьевна, какова ситуация в регионе с психическим здоровьем детей?

Если сравнивать с другими регионами, мы не в первых рядах и не в последних. Первичная заболеваемость, и болезненность, то есть число состоящих у психиатра на учете, увеличилась за 5 лет в примерно два раза.

И с чем связана динамика роста?

Множество факторов послужили тому причиной, в том числе один позитивный – мы прочувствовали психиатров. В 2013 году прошел цикл занятий профессионального усовершенствования, и в районах Иркутской области стало на 13 врачей больше. То есть появление специалистов на периферии повысило выявляемость и в некоторой степени повлияло на статистику заболеваемости. Что касается основных причин ее роста, то это перинатальная вредность, перинатальные патологии, то есть повреждающие моменты до, во время и после родов, включая первый год жизни ребенка. На развитие коры головного мозга влияют родовые травмы, наследственные повреждения, инфекции, перенесенные в младенчестве и, конечно интоксикации, которые ребенок получил вследствие алкогольной или наркотической зависимости мамы. К сожалению, есть случаи, когда дети у нас рождаются в состоянии алкогольной, наркотической или никотиновой абстиненции. Это влечет за собой гипоксию, то есть недостаток кислорода. И прежде всего, страдает кора, самая

чувствительная, молодая зона мозга.

Есть семейная форма умственной отсталости, когда интеллектуальная недостаточность это фоновая среда в которой растет ребенок.

Ставший притчей во языцех экологический фактор тоже оказывает большое влияние на психическое здоровье, именно поэтому рост психических заболеваний регистрируется по всей России и в мире вообще.

Гиперактивные дети с синдромом дефицита внимания. Что это за дети и в чем особенность их воспитания?

Как правило, гиперактивностью с дефицитом внимания страдают мальчики, отношение в популяции 3 к 1. Выявляется это отклонение в возрасте от 3-х до 10 лет.

Если есть проблемы с вниманием, есть гипердинамические нарушения, то есть двигательные расстройства, они как правило, выявляются ближе к школе. Потому что на уроке требуется сидеть на одном месте как минимум 30 минут. Дети гиперактивные, с синдромом расстройства или дефицита внимания этого сделать не могут. Это сопряжено с произвольным вниманием, у деток с синдромом дефицита, оно с рождения нарушено. Тут, конечно нужно делать поправку на темперамент. Бойким, шустрым детям тоже поначалу трудно в школе, но они адаптируются в течение первого полугодия. Потому что над необходимостью себя контролировать начинает

преобладать интерес. Если ребенок успешен ему все интересно, то он и волевой контроль включает. Таких ребятишек тоже можно отнести к гиперактивным детям, но их гиперактивность целенаправлена, они делают все быстро, и хотя могут отклониться, но работают целенаправленно.

Синдром гиперактивности с дефицитом внимания характеризуется, как правило, хаотичностью, отсутствием целенаправленности действий. Повышенная отвлекаемость мешает овладевать определенными навыками и учиться. Недостаток внимания вызывает неусидчивость, ребенок за это получает замечания, еще больше нервничает, старается себя сдерживать и тем самым только ухудшает свое состояние. В школьном возрасте это в любом случае ведет к неуспеваемости. Ребенок с этим синдромом, даже при наличии среднего интеллекта, оценивает себя критически. Когда родители ругают его за то, что плохо учится, а он при этом прикладывает много усилий, ребенок начинает искать причину в себе, замыкаться, либо, в зависимости от темперамента, проявлять реакции протеста: уходить из школы, отказываться заниматься, убегать из дома.

У детей с преобладанием гиперактивности или импульсивности, ситуация в школе может дойти до агрессивных действий.

Синдром подлежит лечению и в принципе очень успешно лечится, для этого не нужны стационары. Ребенок амбулаторно получает препараты ноотропного ряда, при необходимости применяются некоторые корректоры поведения. Но при этом должна присутствовать обязательная педагогическая коррекция. Такие дети, как никакие другие требуют индивидуального подхода. В свое время в Санкт-Петербурге даже была организована школа, для детей с СДВГ (синдром дефицита внимания, гиперактивность). Ребятишки в этой школе занимались стоя, лежа на матах, на шведской стенке. Их успеваемость, при поступлении в эту школу резко возрастала, им не нужно было себя сдерживать строго в определенной позе, боясь замечаний в течение урока, они свободно двигались и при этом хорошо учились.

Совершенно не напрасно в начальной школе всегда были физкультминутки. Если учитель мудрый, он разрешает гиперактивному ребенку встать и пройти по классу, например, попросит протереть доску или принести что-либо из учи-

тельской, а после, тот снова начинает учиться.

Однако родители вряд ли начнут с анализа неспособности своих детей концентрировать длительное время произвольное внимание и включать волевые усилия для того, чтобы удерживать себя в пределах занятия в одном и том же положении? Родителей в первую очередь будет беспокоить неуспеваемость.

Родителям отстающих детей нужно быть в режиме плотного общения с учителем и обязательно обратиться за консультацией и помощью к психологам. Надо сказать, причин для школьной неуспеваемости может быть масса. И совсем на последнем месте это интеллектуальная недостаточность или какие-то психические расстройства.

Даже когда родители уже обращаются к нам, мы не всегда диагностируем отклонения. Для начала мы досконально выясняем причину проблемы. Что это: задержка психического развития, нарушение внимания, или следствие болезни – бывает, что у астенизированного ребенка просто не хватает сил учиться. Отсюда и решение проблемы может быть разное, но обязательно проводится курс стимулирующего лечения, призванного улучшить функции коры головного мозга: внимание, память, мышление. Некоторым детям в такой ситуации помогает индивидуальное обучение. Как правило, это астеники, перенесшие инфекции, либо травмы, родителям которых лечащий врач забыл сказать, что можно было бы их ребенку поучиться год на дому, чтобы он успевал в учении и не переутомлялся.

Но уж если врач-психиатр выявил у ребенка умственную отсталость или задержку психического развития, тогда требуется перевод на программу обучения соответствующего уровня. Разработаны коррекционные программы разных видов, чаще всего мы рекомендуем седьмой и восьмой вид. То есть соответственно программы для детей с задержкой психического развития и для детей с умственной отсталостью.

Диагноз может быть поставлен в любом возрасте, даже у маленьких детей, но, как правило, легкая умственная отсталость выявляется в школьном возрасте, причем чаще всего при переходе в средний блок. Пока ребенок в детском саду, никто не ставит перед ним задач логическо-

го ряда. В начальном блоке, один учитель, который обласкан родителями, который любит всех своих малышей, и уверен, что сможет вытянуть каждого. Вот и тянут: переводят из класса в класс условно, оставляют на осень, но, как правило, в пятом классе, когда программа становится сложнее, ребенок во всей своей неуспешности просто отказывается учиться.

Надо ли бояться ПМПК, умственная отсталость – приговор?

ПМПК¹ бояться вообще не нужно, потому, что комиссия в принципе создана, чтобы помочь ребенку, и родителям разобраться с проблемами в обучении. Комиссия дает рекомендации, и воспринимать их нужно именно как рекомендации. Не напрасно родители подписывают протокол ПМПК три раза. Они заверяют свое согласие на осмотр ребенка данной комиссией, и, кстати, родители могут отказаться с первой же минуты, если им что-то не понравилось или они чувствуют что ребенок не настроен. И конечно родители ставят подпись в журнале, что согласны с диагнозом и с рекомендациями. Еще раз повторяю, что это только рекомендации. Родитель – юридически ответственное лицо, которое вправе решать, где и как будет учиться его ребенок. Даже с рекомендациями ПМПК по обучению в коррекционной школе или в коррекционном классе, выбор школы остается за законным представителем. Родители приводят ребенка учиться туда, куда считают необходимым, и отказать им в этом конституционном праве не может никто.

Может ли быть снят диагноз умственная отсталость?

Да, если изначально это была, например педагогическая запущенность. Умственная отсталость – это врожденное состояние интеллекта, снижение познавательной активности, которое с возрастом измениться не может. С течением времени при правильной коррекции добавляются определенные навыки и умения. Дети с легкой умственной отсталостью вполне обучаемы, в школах восьмого вида они заканчивают девять классов, получают документ об окончании коррекционной школы. Ребята абсолютно социализируются, получают профессию, создают семьи, прекрасно работают. Если нет никаких наруше-

ний поведения, то никто никогда не задумывается о том, какую школу они закончили.

Как вовремя обнаружить у ребенка отклонение в психическом развитии, на что в первую очередь должны обратить внимание родители?

Давайте начнем с ребятишек постарше. Для родителей дошкольников и младших школьников тревожный признак, если ребенок быстро переключается с одного на другое, никогда не доводя начатое до конца. Это значит, что он попросту не способен к долгим волевым усилиям. Впрочем, если наблюдается другая крайность – ребенок сутки напролет только смотрит мультики или катает часами одну и ту же машинку, тогда тоже нужно обратить внимание на развитие его психики.

В раннем детском возрасте первое, что нами движет в развитии – это внимание. Стоит начать беспокоиться, если ребенок не фиксирует внимание, если он мало любознателен, если не задает постоянно вопросы: что это? почему это? или как это действует?

У детей до года и чуть старше показатель нормального развития, это конечно, эмоции. Бывает, ребенок еще не говорит, но он настолько эмоционален, настолько ярко реагирует на мир, что это можно называть полноценным общением.

В каком возрасте дети должны начать говорить по-настоящему?

В норме, в год детки говорят отдельные слова, их словарь составляет 10-15 слов. В два они должны уметь петь песни, рассказывать стихи, общаться фразой, вести диалогичную речь. Может присутствовать нарушение звукопроизношения, но понятие и отражение речи есть, то есть малыш говорит и понимает.

Сегодня несколько стерлись границы нормы, нередко в три года дети только начинают говорить отдельные слова и родители этому ничуть не удивляются.

За 30 лет моей работы неговорящих детей стало в разы больше. Если допустим в 1985 году в Октябрьском округе Иркутска было десять логопедических групп, то сейчас их двадцать! И контингент детей, которых принимали в 85-м году и сейчас разительно отличается. Раньше это были детки, которые не выговаривали 2-3 звука, а сейчас в логопедических группах дети с общим недо-

¹ ПМПК – психолого-медико-педагогическая комиссия

развитием речи. Ребенок может быть совершенно не говорящим в три, четыре, пять лет. Он произносит, только отдельные звуки и слоги. А тех, кто сегодня не произносит 2-3 звука, уже в логопедические группы не берут. Это называется амбулаторный случай.

С чем связана проблема неговорящих детей?

Речь – самое главное отличие нас от мира животных, вторая сигнальная система, главная функция коры головного мозга. Если кора головного мозга пострадала у ребенка, в период беременности, в родах или чуть позже от перенесенных инфекций, стало быть, у него задержится и речь.

Это, что называется причины классические, но в течение последних 5-10 лет главной причиной становится то, что мы друг с другом перестали разговаривать. Дома, родители с телефонами, ребенок с планшетом. Какие тут разговоры? Надо сказать, сельские дети в этом отношении находятся в более выигрышном положении. Я часто бываю в командировках, в том числе в отдаленных районах, и там молчунов практически нет. А городские, бесконечно занятые родители не в силах дома с ребенком поговорить, спросить его, в конце концов, просто почитать. Ребенок начинает считать это нормой, создается определенный стереотип общения, он не знает, зачем разговаривать.

Этот номер Вестника выходит к началу учебного года. Поход в первый класс и адаптация в новом коллективе считаются переломным психологическим моментом. Как родители могут и должны помочь своему ребенку?

Я бы посоветовала родителям придерживаться золотой середины. Ребенка в шесть лет родители любят безусловно, то есть просто за то, что он есть. Никто всерьез не задумывается о способностях и необходимых знаниях, сын или дочка просто любимы, каждый день видимый объект для обожания. И вот приближается 1 сентября, когда надо готовиться к школе, и родители, как люди взрослые и ответственные, начинают сами чрезвычайно волноваться перед этим днем, а заодно строжить своего ребенка, бесконечно спрашивая, что он знает и почему чему-то не научился до сих

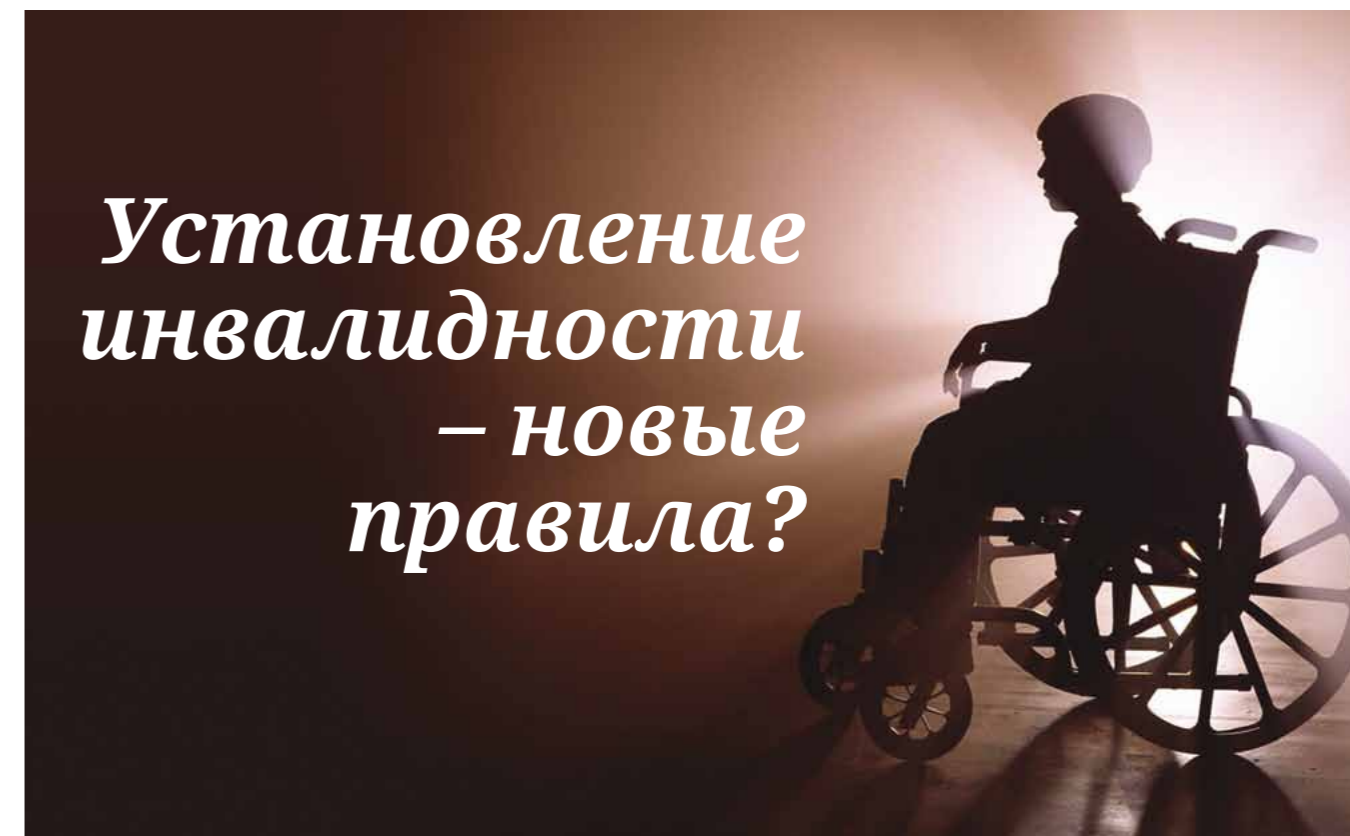
пор. А он сам пока учиться не может, тем более, если никакой любознательности ему не прививали. В итоге, ребенок идет в школу в стрессе. Ему начинает казаться, что это очень страшное место, где его будут мучить. Хотя, по правде говоря, ничего в первом классе особенного нет, тем более, что первый год в школе действует безоценочная система.

Родители должны поддерживать ребенка, избегая волнительных ситуаций. Начать показывать, что такое уроки в игровой форме – то есть попросту играть в школу. Ребенок, который ходил в детский сад, на 100% психологически готов к школе, если он читает и знает элементарный счет, этого вполне достаточно чтобы прийти в первый класс, начать учиться и быть успешным. Никакой паники по этому поводу у родителей быть не должно. Главное, что хорошие родители должны сделать – это начать заранее приучать будущего первоклассника к строгому режиму. Этим вы гораздо больше поможете своему ребенку, чем разговорами о том, как серьезно и ответственно то, что с ним происходит. Понять важность школы маленький человек пока не сможет, но испугается наверняка.

Продолжение следует

Интервью Елены Поддубной, ведущего аналитика по связям с общественностью в аппарате Уполномоченного по правам ребенка в Иркутской области

Мнение эксперта



Вопрос установления инвалидности достаточно трудоемкий и малопонятный обычным людям. Отсюда и возникают многочисленные вопросы, связанные с работой медико-социальной экспертизы (МСЭК). Для того чтобы разобраться в некоторых из них мы обратились к руководителю ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области», к.м.н., заслуженному работнику социальной защиты населения Российской Федерации Л.Г. Гаркуше

1. Людмила Генриховна, расскажите, как изменился подход к установлению инвалидности в связи с ратификацией Россией Конвенции о правах инвалидов?

Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. и подписанная Российской Федерацией 24 сентября 2008 г. (далее – Конвенция), ратифицированной в 2012 году, устанавливает международные обязательства, в соответствии с которыми Государства-участники обязуются обеспечивать и поощрять полную реализацию всех прав человека и основных свобод всеми инвалидами без какой бы то ни было дискриминации по признаку инвалидности. С этой целью государства-участники обязуются выполнять 9 рекомендаций в рамках национальной политики, в том числе:

- принимать все надлежащие законодательные, административные и иные меры для осуществления прав, признаваемых в настоящей Конвенции;

- принимать все надлежащие меры, в том числе законодательные, для изменения или отмены существующих законов, постановлений, обычаев и устоев, которые являются по отношению к инвалидам дискриминационными.

Реализация международных обязательств, принятых Российской Федерацией, предусмотрена в следующих основополагающих документах:

- Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р;

- Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, утвержденных распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1663-р;

- «Концепции совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов», утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2010 г. №ЛЖ-П 12-8210.

Понятие «инвалид» и основания определения группы инвалидности изменений не претерпели, и закреплены Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», согласно ст. 1 которого инвалидом признается лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

С целью решения задачи создания условий для объективизации оценок ограничений жизнедеятельности инвалидов, потребностей инвалидов в различных видах социальной защиты, включая реабилитацию разработаны и утверждены новые классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы гражданами федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденные приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 сентября 2014 г. № 664н (новые Классификации и критерии).

Особенностью вышеуказанного приказа было приведение классификаций функций организма в соответствие с положениями Международной классификации здоровья, функционирования (МКФ, ВОЗ, 2001) г.), т.к. именно в этой классификации может быть реализована, по мнению экспертов ООН, Конвенция по правам инвалидов (2006 г.).

Документ разработан в рамках государственной программы «Доступная среда» на 2011-2015 гг. Подход к установлению инвалидности был отработан в ходе пилотного проекта в трех субъектах Российской Федерации (Тюменская обл., Удмуртская Республика, Республика Хака-

сия) в 2012 году, поддержан как экспертным сообществом, так и общероссийскими общественными организациями инвалидов.

Причиной создания нового документа, помимо подписания и ратификации Конвенции о правах инвалидов и введения в связи с этим в практику «социальной модели инвалидности», послужил также тот факт, что Генеральной прокуратурой РФ в ходе проведенной антикоррупционной экспертизы приказа 1013н было установлено, что пункт 4 Классификаций и критериев содержит коррупциогенные факторы, являющиеся барьером для получения услуг по МСЭ. (В приказе №1013н термины «стойкие», «незначительные», «умеренные», «выраженные», «значительно выраженные» нарушения не определены и ввиду своей неконкретности и оценочности не могут служить основанием для объективного разграничения степеней нарушения функций организма). В связи с этим одной из основных целей разработки и принятия Приказа 664н – было устранение (или максимальное уменьшение) субъективизма при принятии экспертных решений. Этот приказ позволил перейти на более прозрачную и понятную систему, оценки ограничений жизнедеятельности в процентном выражении.

Основные изменения, внесенные Приказом 664н:

- уточнения названия и содержания стойких нарушений функций;
- количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма;
- уточнения содержания ОЖД;
- критерии групп инвалидности (3 группы).

Таким образом, новые классификации и критерии не расширяют и не уменьшают возможности для определения гражданам инвалидности, а дают возможность более объективно и точно определить структуру и степень имеющихся нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности.

2. Особенности подхода к установлению инвалидности в соответствии с Приказом Минтруда России от 29.09.2014 N 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»:

Приложение к новым Классификациям и критериям представляет собой количественную систему оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (14 разделов) в процентах. Количественная оценка в процентах приводится как по основному диагнозу, так и по сопутствующему диагнозу, как в определении процентов с шагом в 10 процентов (10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100%), так и в определенном диапазоне (10-30; 40-60; 70-80; 90-100 %).

В определенном диапазоне приводится интегрированная клинично-функциональная характеристика, учитывающая возможные особенности степени нарушения конкретной функции организма и факторы патологического процесса: форма и тяжесть течения, активность процесса, наличие и частота обострений, наличие и частота пароксизмальных состояний, распространенность патологического процесса, включение органов мишеней, необходимость подавления иммунитета, наличие осложнений.

В соответствии с пунктом 4 Классификаций и критериев, при наличии нескольких стойких нарушений функций организма, каждая из них оценивается отдельно с использованием количественной системы и устанавливается степень выраженности каждого их таких нарушений в процентах.

Затем выбирается максимально выраженное в процентах нарушение функции организма и устанавливается ссылка на пункт количественной системы оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами в процентах, в соответствии с приложением к классификациям и критериям.

Для отдельных заболеваний количественная система оценки не разработана. В этих случаях при проведении медико-социальной экспертизы ориентируются на примечания к соответствующим разделам и известные клинично-функциональные характеристики.

2. Будут ли вноситься изменения в данный приказ с учетом поступающих обращений и результатам мониторинга?

В целях формирования единых подходов к применению Классификаций и критериев приказом Минтруда России от 19 января 2015 г. № 22 «Об организации в 2015 г. мониторинга применения классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы гражданами федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденных приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 сентября 2014 г. № 664н, и осуществления их информационного сообщения» главными бюро по субъектам Российской Федерации вменено в обязанности осуществление мониторинга по применению данного документа, с регулярным направлением форм в установленные сроки в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Нашим учреждением ежемесячно направлялись в ФБ МСЭ сведения о применении новых Критериев и классификаций, а также выявленные несоответствия, замечания и рекомендации.

Согласно официальной информации Минтруда России, в настоящее время по результатам проведенного мониторинга реализации приказа № 664н подготовлен проект приказа о внесении изменений в классификации и критерии. В этом документе конкретизированы подходы к оценке степени выраженности нарушенных функций организма и критерии установления инвалидности, в том числе детям, уточнены формулировки. Это позволит исключить их неодинаковое толкование.

Проект приказа прошел общественное обсуждение, согласован с Министерством финансов Российской Федерации и доработан с учетом замечаний Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России изучен повторно доработанный проект приказа Минтруда России «О внесении изменений в классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы гражданами федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденные приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации», информация представлена в Минтруда России в августе 2015 г.

В проект новой редакции приложения к приказу включены, в том числе такие заболевания и дефекты, как инсулинозависимый сахарный диабет, расщелина губы и неба («заячья губа» и «волчья пасть»), фенилкетонурия, бронхиальная астма у детей. Более подробно изложены нарушения функций, обусловленные такими заболеваниями, как муковисцидоз; врожденные пороки развития, в том числе пороки сердца, костно-мышечной системы (врожденный вывих бедра, косолапость и т.д.), поражения центральной нервной системы (в том числе гидроцефалия); хроническая почечная недостаточность.

3. Чем обусловлена выдача направления на медико-социальную экспертизу для установления категории «ребенок-инвалид» медицинскими организациями?

В соответствии с действующим законодательством, одним из условий признания гражда-

нина инвалидом является нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами (Гл. 1, ст. 1 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу определен Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», согласно которому (п. 16) медицинская организация направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.



Паллиативная помощь – необходимость, продиктованная временем

Т.В. Афанасьева, руководитель аппарата Уполномоченного по правам ребенка в Иркутской области



Каждый год в мире умирает пятьдесят два миллиона человек. Установлено, что десятки миллионов из них умирают, испытывая страдания. Хочется верить в то, что наступит время, когда неизлечимых болезней не станет. К сожалению, сегодня врачи могут вылечить не всех. Поэтому нельзя оставлять больного и его родственников наедине с неизлечимым заболеванием.

Именно поэтому каждый пациент с активным прогрессирующим заболеванием, приближающийся к смертельному исходу, имеет право на паллиативную помощь, то есть помощь, улучшающую качество жизни неизлечимо больных пациентов и облегчающую симптомы неизлечимого (онкологического или другого) заболевания.

Понятие «паллиативная помощь», или «паллиативная медицина», вошло в словарь российских врачей и пациентов относительно недавно. Это обусловлено самим принципом работы российской медицины, основные ресурсы которой направлены на излечение пациента. Если вылечить больного не удастся, он оказывается выброшенным из системы медицинской помощи. Ставший «балластом» для больничного отделения, он отправляется домой, на руки к родственникам и врачам районной поликлиники, у которых нет

ни средств, ни квалификации, ни времени для ухода за умирающим.

Особенно мучительно и несправедливо, когда невозможно облегчить страдания последних дней или месяцев жизни детей. Чаще всего дети и их семьи измучены тяжелым лечением, их родители убиты горем от известия, что болезнь оказалась сильнее. Очень часто родители боятся увозить детей домой, особенно если этот дом находится в маленьком городе или деревне, где нет врачей, где сложно или невозможно получить обезболивающие препараты.

Во всем мире уход за неизлечимо больными детьми и взрослыми осуществляется в хосписах – специальных медицинских учреждениях, персонал которых не ставит перед собой задачу вылечить больного. Все усилия врачей, медсестер, медбратьев и волонтеров хосписа направлены на то, чтобы обеспечить больному комфортную жизнь без боли, достойный сестринский уход, психологическую помощь и поддержку.

В России в паллиативной помощи нуждаются около 300 тысяч детей. При этом только 65% регионов нашей страны имеют детские паллиативные службы. Не хватает хосписов и служб помощи на дому, специалистов, подготовленных для работы с детьми, которые нуждаются в паллиативной помощи, крайне мало.

Мы решили задать несколько вопросов о ситуации с паллиативной помощью в Иркутской области главному врачу Ивано-Матренинской областной детской клинической больницы Владимиру Новожилову, который еще несколько лет назад предложил создать на базе больницы отделение сестринского или паллиативного ухода.

Необходимость такого отделения очевидна, как и проблемы связанные с переходом отечественного здравоохранения к рекомендованному ВОЗ Международному критерию живорождаемости. С одной стороны, выхаживание малышей

с экстремально низким весом, безусловно, развивает технологии, и опыт такого выхаживания уже вывел неонатальную медицину на новый уровень. С другой стороны детей с поражением центральной нервной системы и другими тяжелыми заболеваниями, которые требуют постоянного, пожизненного ухода, с каждым годом будет становиться все больше.

Такими детьми нужно заниматься, – настаивает Владимир Новожилов, Их нужно социально адаптировать. Чтобы семьи не распались, чтобы дети и родители могли жить по-человечески. Основная цель паллиативной помощи – максимальное улучшение качества жизни больного ребенка и его близких. Во мне иногда почти угасает надежда, что мы сможем добиться создания отделения паллиативного ухода – экономические сложности, кризис, но я знаю, что проблема не исчезнет сама собой. Ее нужно решать.

Владимир Александрович, каким Вы видите это отделение?

В первую очередь нужно отдельное помещение. Сейчас мы определили четыре койки для нуждающихся в паллиативном уходе на базе отделения токсикологии. Но это неправильно, надо по-другому делать. Я думаю, необходимо делать самостоятельное отделение на 10-12 коек. Причем нужны небольшие палаты гостиничного типа, чтобы мама с ребенком могла здесь находиться, допустим, в течение месяца. В этой палате должно быть все для длительного комфортного пребывания, начиная с санитарно-гигиенических удобств.

В чем разница между хосписами и отделениями паллиативного ухода?

В хоспис, как правило, попадают больные, в отношении которых терапия уже не имеет смысла. Для облегчения состояния проводится постоянный контроль проявления всех тягостных симптомов, сопутствующих болезни. По сути, им помогают по-человечески уйти.

Да, наверное, такие больные будут и в отделении паллиативной помощи, но большая часть наших пациентов попадет в отделение, чтобы научиться жить. Мы должны маму научить ухаживать за трахеостомами, гастеростомами, делать санацию верхних дыхательных путей, отвечать за зондовое кормление и так далее. Есть целый перечень состояний, которые требуют от близких,

тех, кто ухаживает за больным определенных навыков. Есть еще одна, социальная проблема, которую будет решать отделение. Бывают ситуации, когда родители вынуждены уехать, отлучиться, и тогда тяжелого ребенка можно будет временно поместить в больницу, где за ним будут ухаживать специалисты.

К слову о специалистах. Достаточно ли у Вас квалифицированных кадров для организации ухода за больными детьми, и для оказания грамотной психологической поддержки, как самим пациентам, так и их близким.

К вопросу подготовки кадров мы подходим очень серьезно. Специально ездили в Санкт-Петербург, смотрели как там поставлена работа в аналогичном отделении. Специалисты есть уже сегодня – работают в составе отделения реанимации. Тех, кого будет не хватать, мы оперативно подготовим, чтобы они, в свою очередь, смогли научить родителей справляться со всеми трудностями, которые представляет жизнь рядом с тяжело больным ребенком.

Как скоро может быть создано отделение паллиативного ухода при условии достаточного финансирования?

При условии финансирования, за год запустим. Медико-техническое задание на это отделение мы уже делали. Надо будет делать проект и строить.

В завершение беседы Владимир Новожилов рассказал одну недавнюю историю.

Был у нас такой тяжелый ребенок, на протяжении девяти лет мы его вели. Периодически мальчик попадал к нам в реанимацию, потом выписывался домой, где мама продолжала за ним ухаживать. И вот ребенок умер. Мама пришла ко мне и сказала: «Спасибо вам большое, что вы нас не бросили и мой ребенок прожил настолько долго, насколько это возможно» Это только одна история, а их сколько! Жизнь проходит, раны на сердце остаются...

Интервью Елены Поддубной, ведущего аналитика по связям с общественностью в аппарате Уполномоченного по правам ребенка в Иркутской области

Юридическая консультация

С.В. Бурдукова, советник Уполномоченного по правам ребенка в Иркутской области

Можно ли признать недееспособным вследствие психического расстройства несовершеннолетнее лицо?

Подробный ответ на данный вопрос приводит Верховный Суд РФ в Обзоре судебной практики от 01.03.2006 за четвертый квартал 2005 года: «Согласно части 1 статьи 21 Гражданского кодекса Российской Федерации способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность) возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, то есть по достижении восемнадцатилетнего возраста.

Согласно части 4 статьи 26 Кодекса при наличии достаточных оснований суд по ходатайству родителей, усыновителей или попечителя либо органа опеки и попечительства может ограничить или лишить несовершеннолетнего в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет права самостоятельно распоряжаться своими заработком, стипендией или иными доходами, за исключением случаев, когда такой несовершеннолетний приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с пунктом 2 статьи 21 или со статьей 27 Кодекса.

Таким образом, Кодексом в отношении несовершеннолетних лиц от 14 до 18 лет предусмотрена возможность ограничения или лишения их права самостоятельно распоряжаться своими заработком, стипендией или иными доходами (кроме случаев приобретения ими дееспособности в полном объеме).

Вместе с тем часть 1 статьи 29 Кодекса, в соответствии с которой гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством, не содержит ограничений относительно возраста гражданина, которого можно признать недееспособным.

Следовательно, несовершеннолетний от 14

до 18 лет, страдающий психическим расстройством, может быть признан судом недееспособным (в том объеме дееспособности, которым он наделен в соответствии со статьей 26 Гражданского кодекса Российской Федерации).»

Можно ли обязать родителей, чьи дети страдают социально значимыми заболеваниями, регулярно проводить обследования ребенка и лечить его?

В соответствии с ч. 1 ст. 63 Семейного кодекса «Родители имеют право и обязаны воспитывать своих детей. Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей.»

В соответствии с ч. 1 ст. 65 Семейного кодекса РФ «Родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей. Родители, осуществляющие родительские права в ущерб правам и интересам детей, несут ответственность в установленном законом порядке.»²

Таким образом, при нарушении вышеуказанных обязательств родители, помимо административной ответственности, могут быть привлечены и к семейно-правовой, путем возложения на них обязанности проводить медицинские обследования ребенка, например, страдающего ВИЧ-инфекцией, туберкулезом. В таком случае представителя для защиты прав ребенка должен назначить орган опеки и попечительства, согласно ч.2 ст. 64 Семейного кодекса РФ, поскольку между интересами родителей и детей имеются противоречия.

В отдельных случаях, согласно статье 45 Гражданского процессуального кодекса РФ, не исключается процессуальная инициатива обращения в суд прокурора в защиту прав и интересов как конкретного ребенка, нуждающегося в медицинском обследовании и лечении, так и в

защиту неопределенного круга детей, в обществе которых воспитывается ребенок, страдающий социально значимым и опасным заболеванием.

Учитывая, что, в соответствии с ч. 4 ст. 15 Конституции РФ общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора, в качестве примера судебного усмотрения на ситуации по отказу родителей дать согласие на медицинское вмешательство, можно привести суждения из Постановления Европейского суда по правам человека от 09.03.2004 «Дело «Гласс (Glass) против Соединенного Королевства»:

«Обязанностью родителей в отношении ребенка является дача согласия или отказ давать согласие при соблюдении наилучших интересов ребенка, а не своих собственных.

*Суд при осуществлении юрисдикции *parens patriae* принимает на себя осуществление прав и обязанностей родителей, однако это не означает, что родители будут исключены из процесса принятия решений. Тем не менее, в конечном счете, именно суд должен принять решение давать или не давать согласие.*

Никто не имеет права навязывать тот или иной курс лечения, необходимый для ребенка – ни суд, ни родители, ни врачи. Существует система сдержек и противовесов. Врачи могут порекомендовать лечение А, как более предпочтительное перед лечением В. Они также могут отказаться проводить лечение С на том основании, что оно противопоказано с медицинской точки зрения либо по иной причине является лечением, которое они не могут сознательно назначить. Суд или родители, со своей стороны, могут не дать согласия на проведение лечения А или лечения В, или и того и другого, но не могут настаивать на лечении С. Неизбежный и желаемый результат заключается в том, что выбор лечения, в какой-то мере, является совместным решением врачей и суда или родителей.»

Можно ли пересаживать «детские» органы?

Человек, нуждающийся в пересадке органов

является реципиентом, человек, чей орган трансплантируется, является донором.

В настоящее время вопросы трансплантологии человеческих органов регулируются двумя федеральными законами: Законом РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (далее по тексту – ФЗ № 4180-1) и Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее по тексту – ФЗ № 323).

В соответствии со ст. 3 ФЗ № 4180-1 «Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, не достигшего 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга) либо признанного в установленном порядке недееспособным.»

В соответствии со ст. 47 ФЗ № 323 «Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) не допускается у живого лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста (за исключением случаев пересадки костного мозга) или признанного в установленном законом порядке недееспособным.»

Таким образом, лица, не достигшие 18 летнего возраста, либо признанные в установленном законом порядке недееспособными, не могут являться донорами при жизни. Следовательно, ребенку – реципиенту можно пересадить только орган живого взрослого человека, что не всегда возможно (например, сердце или легкие взрослого человека).

Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», вступивший в силу в 2011 году, при отсутствии аналогичной нормы в ФЗ № 4108-1, узаконил посмертное донорство.

Так, в соответствии с частью 8 ст. 47 ФЗ № 323, «В случае смерти несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) допускается на основании испрошенного согласия одного из родителей.»

При этом остается пробел ныне действующего законодательства – отсутствие процедуры диагностики смерти мозга и последующего изъятия органов у детей.

Урегулировать данные вопросы предла-

гается принятием нового Федерального закона «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации», проект которого подготовлен Министерством здравоохранения Российской Федерации на настоящий момент обсуждается.

В проекте нового Закона сохраняется запрет на живое «детское» донорство, при этом подробно и строго прописано посмертное «детское» донорство. Так, на изъятие органов умершего ребенка требуется так называемое испрошенное согласие одного из его родителей, потому что при жизни ребенок в силу возраста не имел права официально выразить свое согласие\несогласие стать посмертным донором.

В соответствии с предложенной в проекте процедурой испрошенного согласия, медицинский работник больницы в течение 1 часа после подписания протокола установления смерти, сообщает об этом одному из родителей и одновременно спрашивает у него согласие на изъятие органов для трансплантации. Родитель, несогласие на изъятие органов в устной форме, в том числе по телефону при условии автоматической записи телефонного разговора, либо в письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации либо нотариально. Если в течение этих двух часов ни один из родителей не выразит согласие или несогласие или согласится изъять органы, врачи могут изъять их для трансплантации. Если же связаться с родителями невозможно, изъятие органов для трансплантации не допускается. Запрещено также посмертное использование органов детей-сирот или детей, оставшихся без попечения родителей.

При этом все действия, предпринятые для получения согласия (несогласия) на изъятие органов умерших детей отражаются в медицинской документации умершего с указанием даты и времени их осуществления, данных медицинских работников их проводивших и их подписями.

Каким будет окончательный вариант Закона – покажет время.

Как заставить государство заплатить за лечение?

Расходы на лечение или как получить возмещение от государства. Согласно законам и кодексам, государство берет на себя обязанность

возместить часть расходов на социально необходимые услуги, например, на лечение и приобретение лекарств (подп. 3 п. 1 ст. 219 Налогового кодекса РФ). Речь идет о так социальном налоговом вычете, т.е. возможности возврата 13% понесенных расходов.

Воспользоваться им возможно, но не всегда.

Во-первых, к вычету можно предъявить лишь те услуги, которые входят в специальный перечень (утв. постановлением Правительства РФ от 19.03.01 № 201):

Диагностика и лечение при оказании скорой медицинской помощи; диагностика, профилактика, лечение и реабилитация в амбулаторной-поликлинической и стационарной формах, в том числе проведение медицинской экспертизы; диагностика, профилактика, лечение и реабилитация, проводимые в санаториях (к вычету предъявляется часть затрат на путевку, соответствующей стоимости медицинских услуг); услуги по санитарному просвещению.

Затраты на иные виды лечения, не указанные в перечне, принять к вычету нельзя. И тут не без казусов: затраты на приобретение средств реабилитации после операции нельзя принять к вычету, а затраты по липоксакции-ринопластики-увеличения груди – пожалуйста. Дело в том, что расходы на проведение пластических и реконструктивно-пластических операций относятся к дорогостоящим видам лечения (п. 10 Перечня дорогостоящих видов лечения, утв. постановлением Правительства РФ от 19.03.01 № 201), поэтому можно получить налоговый вычет с полной стоимости таких услуг можно без каких-либо ограничений.

Во-вторых, медицинские услуги должны быть оказаны медорганизацией или предпринимателем, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, причем выданную в России. То есть, в случае лечения за рубежом, воспользоваться вычетом вряд ли получится.

В-третьих, лечение должно быть полностью оплачено самим налогоплательщиком за счет его средств. Если, к примеру, добрый директор дал денег на исцеление (в том числе и оказал целевую материальную помощь), то по таким расходам вычет не получить.

Также к вычету можно принять расходы на покупку лекарств, при условии, что:

Они входят в вышеуказанный перечень (в нем содержатся самые распространенные лекарства и витамины К и В1); покупка полностью оплачена из личных средств налогоплательщика; необходимость медикаментов подтверждена рецептом.

Все сомнения относительно того, является ли лечение дорогостоящим, разрешает Минздрав. Можно написать как традиционное обращение и направить его по адресу: 127994, г. Москва, ГСП-4, Рахмановский пер., д. 3, так и воспользоваться виртуальной приемной <http://old.rosminzdrav.ru/reception/ask>, или же направить электронное обращение по адресу help@rosminzdrav.ru. Направляя запрос, следует иметь в виду, что общий срок рассмотрения составляет 30 дней со дня его регистрации (п. 1 ст. 12 Федерального закона от 02.05.06 № 59-ФЗ).

Социальный вычет на лечение и приобретение лекарств можно получить не только для самого налогоплательщика, а также и в отношении его супруга, его родителей и (или) его детей младше 18 лет (в том числе усыновленных) и подопечных (подп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ).

Закрытого перечня необходимых документов в Налоговом кодексе РФ нет, но, как правило, требуются:

- заполненная декларация 3-НДФЛ (можно воспользоваться программными средствами, разработанными налоговиками и размещенными на сайте ФНС России – <http://www.nalog.ru/rn50/program/fiz/decl/>);

- заявление на предоставление налогового вычета на лечение; заявление о возврате излишне уплаченной суммы налога, предоставляемого в налоговый орган при подаче декларации 3-НДФЛ; договор на оказание медицинских услуг; копия лицензии медицинского учреждения; документы, подтверждающие оплату (платежки, чеки) с наименованием услуги и наименование медицинской организации; справка об оплате медицинских услуг, которую по запросу налогоплательщика выдает медучреждение. Она должна быть заверена печатью, в ней должны быть указаны вид и стоимость оказанных услуг, Ф. И. О. пациента и его ИНН. Обратите внимание: в справке об оплате медицинских услуг есть специальная строка с кодом оказанных ус-

луг. Код «1» означает, что лечение дорогостоящим не является, код «2» подтверждает, что лечение относится к категории дорогостоящих.

При приобретении лекарств, представляются документы, подтверждающие факт осуществления расходов и рецепт врача.

Если вычет получают на лечение детей, супруга, родителей, то надо представить документы, подтверждающие степень родства (свидетельства о рождении, заключении брака).

Также надо представить справку 2-НДФЛ (или справки, если источников дохода было более одного), которые выдает бухгалтерия работодателя.

Вычет можно получить только за прошедшие периоды, т. е. если расходы понесены в 2014 году, то заявить вычет можно начиная с 2015 года. При этом вычет можно получить в течение трех лет со дня, когда были понесены расходы (п. 7 ст. 78 Налогового кодекса РФ).

Для подачи заявления и документов придется лично идти в свою налоговую, Налоговый кодекс РФ пока не предусматривает возможности получения вычета у работодателя.

Камеральная проверка, т. е. проверка представленных документов, производится в течение трех месяцев, по результатам выносится решение или о предоставлении налогового вычета или об отказе в его получении.

Если принято положительное решение, то сумма вычета перечисляется на расчетный счет (реквизиты указываются в заявлении о предоставлении вычета) в течение месяца со дня получения заявления о вычете. На самом деле, как правило, просят еще раз прийти в инспекцию и написать еще одно заявление. Таким образом, срок возврата растягивается еще на месяц.

Максимальный размер налогового вычета на лечение – 120 000 руб. в год. Свыше этой суммы расходы к вычету не принимаются. Если в течение года налогоплательщик проходил лечение (покупал лекарства) неоднократно, то расходы суммируются до тех пор, пока итоговая сумма не достигнет установленного порога. Еще раз подчеркнем, что расходы на дорогостоящее лечение учитываются для вычета полностью (абз. 4 подп. 3 п. 1 ст. 219 Налогового кодекса РФ).

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь: что говорит конституция?

(обзор практики конституционного суда России)

А.А. Петров

к.ю.н., директор Иркутского государственного научно-исследовательского казенного учреждения «Институт законодательства и правовой информации имени М.М. Сперанского», Председатель Экспертного совета при Уполномоченном по правам ребенка в Иркутской области



Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 3 июля 2008 года № 612-О-П по жалобе гражданина Тимченко Степана Степановича на нарушение его конституционных прав положением абзаца второго части второй статьи 44 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Суть проблемы

Заявитель оспаривает конституционность положения, согласно которому выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения производится по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно.

По мнению заявителя, названная норма, исключая возможность выписки лица (при том, что это лицо является дееспособным) из психоневрологического учреждения для социального

обеспечения в случае отсутствия положительного заключения врачебной комиссии и тем самым принуждая его проживать именно в этом учреждении, препятствует реализации гарантированных ему прав и свобод, в том числе права свободно передвигаться, выбирать место пребывания и жительства и права на жилище.

Как следует из жалобы, заявитель, будучи сиротой с детства, по достижении 18-летнего возраста был помещен в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения, однако в настоящее время проживает в другом месте; в постановке на очередь для получения жилья ему было отказано со ссылкой на заключение Главного бюро медико-социальной экспертизы по городу Москве от 26 июня 2007 года, в соответствии с которым самостоятельно проживать он не может.

Решение Конституционного Суда

Оспариваемое законоположение адресовано прежде всего администрации психоневрологических учреждений, на которую возложена обязанность по оказанию гражданам психиатрической помощи, включая социально-бытовую помощь лицам, страдающим психическими расстройствами. Соответственно, данное законоположение, призванное обеспечивать эффективную социальную защиту лиц, по состоянию здоровья не способных проживать самостоятельно, само по себе не может рассматриваться как препятствующее реализации такими лицами гарантированных им конституционных прав, в том числе права свободно передвигаться, выбирать место пребывания и жительства.

Дети-сироты, проживавшие до совершеннолетия в детских домах и интернатах, имеют право на внеочередное предоставление жилого помещения по окончании пребывания в учреждении социального обслуживания. Реализация данного права не связывается законодателем с наличием у заинтересованного лица психического расстройства, вследствие которого он может находиться в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения на добровольных основаниях. Оспариваемое заявителем законоположение не может рассматриваться как препятствующее реализации конституционного права на жилище и применяться в качестве основания для отказа в постановке на учет нуждающихся в жилых помещениях.

Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 3 июля 2008 года № 612-О-П по жалобе гражданина Тимченко Степана Степановича на нарушение его конституционных прав положением абзаца второго части второй статьи 44 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Суть проблемы

Заявители по данному делу по заявлениям своих близких родственников решениями судов были признаны недееспособными. При этом о времени и месте рассмотрения дел они извещены не были, поскольку по результатам назначенных для определения их психического состояния судебно-психиатрических экспертиз был сделан вывод, что характер заболевания не позволяет им понимать значение своих действий и руководить ими и что они не могут присутствовать в судебном заседании. Жалобы на данные судебные постановления и заявления о восстановлении срока обжалования, поданные заявителями, были возвращены с указанием на отсутствие у лиц, признанных недееспособными, права на осуществление судебной защиты своих прав лично. Европейский Суд по правам человека, рассмотрев жалобу одного из заявителей, констатировал нарушение его прав на свободу и личную неприкосновенность, на справедливое судебное разбирательство и на уважение частной и семейной жизни, закрепленных Конвенцией о защите прав человека и основных свобод.

Заявители полагали, что оспариваемые законоположения, допуская возможность рассмотрения судом заявления о признании гражданина недееспособным без участия самого гражданина, в отношении которого рассматривается соответствующее дело, не предоставляя гражданину, признанному недееспособным, возможность самостоятельно, т.е. от своего имени и вне зависимости от мнения опекуна, обратиться в суд для защиты своих прав и законных интересов, в том числе для восстановления дееспособности, и не предусматривая обязательность вынесения судом решения по вопросу госпитализации недееспособного лица в недобровольном порядке, нарушают их права, гарантированные Конституцией Российской Федерации.

Решение Конституционного Суда

Неотчуждаемость основных прав и свобод человека и их принадлежность каждому от рождения предполагает необходимость их адекватных гарантий, в том числе в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами. К числу таких гарантий относятся прежде всего право каждого на судебную защиту, носящее универсальный характер и выступающее процессуальной гарантией в отношении всех конституционных прав и свобод, и право каждого на получение квалифицированной юридической помощи, которые в силу Конституции Российской Федерации не подлежат ограничению.

Из предписаний Конституции Российской Федерации в их взаимосвязи с положениями Конвенции о защите прав человека и основных свобод, а также с принципами и требованиями международно-правовых актов вытекает необходимость установления особого уровня гарантий защиты прав лиц, которые страдают психическими расстройствами и в отношении которых возбуждается производство по признанию их в установленном порядке недееспособными, с тем чтобы исключить какую-либо дискриминацию лица по признаку наличия психического расстройства (душевной болезни, умственной отсталости, умственных недостатков), а также связанные с этим ограничения прав, кроме тех, которые допускаются в общепризнанных для таких случаев целях.

Необходимость судебного порядка признания гражданина недееспособным обуслов-

ливается существенным изменением правового положения гражданина, который на формально неопределенный период лишается возможности самостоятельно, собственными действиями осуществлять свои права и обязанности. При этом сам факт обращения с заявлением о признании гражданина недееспособным не предвещает решение суда и, следовательно, не может являться основанием для лишения этого гражданина гражданской процессуальной дееспособности, т.е. возможности своими действиями в полном объеме осуществлять принадлежащие ему процессуальные права, выполнять процессуальные обязанности и поручать ведение дела в суде представителю.

Закон не устанавливает, в какой процедуре и на основании каких критериев определяется, возможна ли (или невозможна) личная явка гражданина в судебное заседание, извещается ли он о времени и месте слушания дела, должен ли суд обеспечить гражданину возможность использовать иные средства для распоряжения на равных основаниях с другими лицами, участвующими в деле, процессуальными правами, например путем назначения ему адвоката для обеспечения квалифицированной юридической помощи. Такая неопределенность допускает неоднозначное истолкование и, следовательно, произвольное применение норм, регулирующих производство по делам о признании гражданина недееспособным, рассматриваемым судом в порядке особого производства. Тем самым нарушается общеправовой принцип формального равенства, закрепленный в Конституции Российской Федерации.

В правоприменительной практике заключение судебно-психиатрической экспертизы о том, что гражданин по характеру заболевания не может понимать значение своих действий, руководить ими и не может присутствовать в судебном заседании, рассматривается как достаточное основание для того, чтобы не вызывать его в судебное заседание. В результате гражданин, по сути, лишается прав, которыми Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации наделяет лиц, участвующих в деле. Тем самым лицу, в отношении которого рассматривается дело о признании недееспособным, не обеспечиваются равные с другими участниками разбирательства процессуальные возможности по отстаиванию своей

позиции и защите своих интересов при рассмотрении дела, что означает нарушение принципов справедливости правосудия, а также состязательности и равноправия сторон в судебном процессе.

В силу сложившейся правоприменительной практики лица, признанные в их отсутствие (в отсутствие их представителей) недееспособными, не извещенные о времени и месте рассмотрения соответствующего заявления и пропустившие по этой причине срок на кассационное обжалование, вообще лишаются процессуальных возможностей обжаловать судебное решение и, следовательно, процессуальных гарантий для защиты от необоснованных ограничений конституционного права самостоятельно осуществлять в полном объеме свои права и обязанности с 18 лет.

Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар лица, страдающего психическим расстройством, в том числе лица, признанного в установленном порядке недееспособным, безусловно, является ограничением свободы, которое в силу конституционных и международно-правовых норм и основанных на них решений Конституционного Суда Российской Федерации допускается только по судебному решению.

Конституционный Суд Российской Федерации постановил:

– признать положение части первой статьи 284 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, предусматривающее, что гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, должен быть вызван в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья, не соответствующим Конституции Российской Федерации в той мере, в какой данное положение – по смыслу, придаваемому ему сложившейся правоприменительной практикой, – позволяет суду принимать решение о признании гражданина недееспособным на основе одного лишь заключения судебно-психиатрической экспертизы, без предоставления гражданину, если его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих, возможности изложить суду свою позицию лично либо через выбранных им самим представителей;

– признать взаимосвязанные положения

части пятой статьи 37, части первой статьи 52, пункта 3 части первой статьи 135, части первой статьи 284 и пункта 2 части первой статьи 379.1 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации не соответствующими Конституции Российской Федерации в той мере, в какой эти положения – по смыслу, придаваемому им сложившейся правоприменительной практикой в системе действующего правового регулирования кассационного и надзорного производства, – не позволяют гражданину, признанному судом недееспособным, обжаловать решение суда в кассационном и надзорном порядке в случаях, когда суд первой инстанции не предоставил этому гражданину возможность изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей, при том что его присутствие в судебном заседании не было признано опасным для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих;

– признать положение части четвертой статьи 28 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», согласно которому лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя, не соответствующим Конституции Российской Федерации в той мере, в какой данное положение предполагает помещение недееспособного лица в психиатрический стационар без судебного решения, принимаемого по результатам проверки обоснованности госпитализации в недобровольном порядке.

Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 5 марта 2009 года № 544-О-П по жалобе гражданки Хорошавцевой Надежды Николаевны на нарушение ее конституционных прав рядом положений Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации

Суть проблемы

Заявитель просит признать противоречащими Конституции Российской Федерации ряд законоположений, которые регулируют порядок подачи и рассмотрения заявлений о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар, а также порядок и условия

принятия решений по таким заявлениям.

Решение Конституционного Суда

Надлежащее состояние психического здоровья человека – одно из необходимых условий функционирования личности в качестве полноценного представителя человеческого общества. Лица, страдающие психическим расстройством, неминуемо оказываются исключенными из системы общественных связей, поскольку не могут надлежащим образом участвовать в социальных отношениях, а потому данная категория лиц нуждается в повышенной правовой и социальной защите.

Принудительная изоляция от общества лиц, страдающих психическим расстройством, по причине их предполагаемой опасности для себя и (или) окружающих происходит путем фактического удержания в психиатрическом стационаре, а следовательно, затрагивает такие закрепленные Конституцией Российской Федерации права, как право на свободу передвижения и право на свободу и личную неприкосновенность. Предварительный характер решения об изоляции таких лиц, сложность оценки их фактического состояния и отсутствие у них возможности в полном объеме осуществлять защиту своих интересов в суде диктуют необходимость установления особой судебной процедуры и ее строгого соблюдения при рассмотрении такого рода дел.

Конституция Российской Федерации определила, что задержание на срок более 48 часов без судебного решения не допускается. Понятие «задержание» носит общий характер, т.е. охватывает не только задержание лица за виновные противоправные действия в рамках уголовно-процессуального или административного законодательства, но и иные виды задержания.

Будучи госпитализированным в психиатрический стационар в недобровольном порядке, лицо принудительно пребывает в ограниченном пространстве, изолировано от общества и семьи, не может выполнять свои служебные обязанности и не в состоянии свободно передвигаться и общаться с неограниченным кругом лиц. Европейский Суд по правам человека относит перечисленные условия к сущностным признакам лишения человека физической свободы.

На случаи недобровольной госпитализации

в психиатрический стационар в полной мере распространяются правовые позиции Конституционного Суда Российской Федерации, сформулированные им при оценке нормативных положений, регламентирующих процедуру ограничения личной свободы. Лицо до вынесения соответствующего судебного решения может быть подвергнуто задержанию лишь на срок не свыше 48 часов, при этом судебное решение призвано гарантировать лицу защиту не только от произвольного продления этого срока, но и от неправомерного задержания как такового, поскольку суд в любом случае оценивает законность и обоснованность применения задержания к конкретному лицу.

Гражданин, о принудительной госпитализации которого идет речь, лишен возможности каким-либо образом оспорить точку зрения представителя психиатрического стационара о том, что он не в состоянии присутствовать в судебном заседании в помещении суда. Именно в силу этого роль суда в таких случаях не может сводиться лишь к формальному удовлетворению заявления о принудительной госпитализации гражданина или о продлении срока его принудительной госпитализации: суд обязан удостовериться, что отсутствуют основания сомневаться в достоверности и полноте сведений, представленных врачами-психиатрами в подтверждение необходимости проведения судебного заседания в психиатрическом стационаре, при этом такие сведения не могут иметь для суда заранее установленной силы и подлежат оценке в совокупности с другими доказательствами на основе внутреннего убеждения судьи.

Конституционный Суд Российской Федерации определил:

– взаимосвязанные нормативные положения частей первой и второй статьи 32, части третьей статьи 33, части первой статьи 34 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и статьи 133, части первой статьи 263, частей первой и второй статьи 303 и части первой статьи 304 ГПК Российской Федерации – по их конституционно-правовому смыслу в системе действующего правового регулирования – не допускают принудительную госпитализацию лица в психиатрический стационар на срок свыше 48 часов без судебного решения;

– положения части первой статьи 304 ГПК Российской Федерации и части второй статьи 34 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» по их конституционно-правовому смыслу не ограничивают дискрецию суда при решении вопроса о месте рассмотрения дела о принудительной госпитализации лица в психиатрический стационар или о продлении срока его принудительной госпитализации.

Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 3 ноября 2009 года № 1366-О-О об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Загидулиной Зельфруз Карибуллоуны на нарушение ее конституционных прав положениями Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации

Суть проблемы

По мнению заявителяницы, отдельные положения оспариваемых ею законов противоречат Конституции Российской Федерации, поскольку допускают принудительное удержание граждан в психиатрическом стационаре без судебного решения на срок свыше 48 часов.

Кроме того, заявительница просит признать противоречащими Конституции Российской Федерации еще ряд положений этих же законов в той мере, в какой они допускает осуществление принудительной госпитализации в психиатрический стационар на основании решения врача-психиатра, не обеспечивая гражданину реальную возможность представить независимое заключение о необходимости дальнейшего пребывания в психиатрическом стационаре, не предусматривают обязанность суда разъяснить гражданину право ходатайствовать о назначении судебно-психиатрической экспертизы и т.д.

Решение Конституционного Суда

Согласно части второй статьи 20 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра

или комиссии врачей-психиатров. Такое правовое регулирование служит одной из гарантий от необоснованной госпитализации и лечения. Использование термина «исключительное право» означает, что при отсутствии мнения врачей-психиатров о необходимости госпитализации лица в психиатрический стационар госпитализация в стационар невозможна в принципе.

В силу части первой статьи 28 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи. Приведенная норма носит общий характер и не предполагает возможность свободного усмотрения врача-психиатра: если лицо, страдающее психическим расстройством, отказывается от госпитализации, то его госпитализация в недобровольном порядке врачом-психиатром без участия суда возможна только при наличии определенных условий и продолжаться может только в течение установленного срока.

Конституционность частей первой и четвертой статьи 11 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» оспаривается заявительницей в связи с тем, что эти нормы допускают принудительное лечение гражданина в стационаре без согласия независимого органа. Конституция Российской Федерации гарантирует право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Это предполагает не только обязанность уполномоченных государственных и муниципальных лечебных учреждений оказывать медицинскую помощь при обращении за ней, но и право граждан свободно принимать решение об обращении за медицинской помощью и о прохождении курса лечения. Иное было бы недопустимым вмешательством в сферу индивидуальной свободы. Однако эта свобода может быть ограничена в определенных случаях, установленных федеральным законом. Одним из таких случаев является наличие у лица тяжелого психического расстройства, обуславливающего непосредственную опасность для него или для окружающих.

Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 19 января 2011 года № 114-О-П по жалобе гражданина Ибрагимов Азамата Ишмуратовича на нарушение его конституционных прав положением части первой статьи 41 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Суть проблемы

Заявитель оспаривал конституционность нормы, согласно которой основанием для помещения лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения является решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра, которое должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения.

По мнению заявителя, оспариваемое им законоположение нарушает его права, поскольку не предполагает судебную проверку обоснованности решения органа опеки и попечительства, принимаемого на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра, о принудительном помещении лица, страдающего психическим расстройством и признанного недееспособным, в специализированное (психоневрологическое) учреждение для социального обеспечения.

Решение Конституционного Суда

Правовые позиции и выводы Конституционного Суда Российской Федерации о недопустимости недобровольной госпитализации граждан в психиатрический стационар без надлежащего судебного контроля применимы и в отношении порядка и процедуры помещения граждан, признанных недееспособными, в специализированные (психоневрологические) учреждения для социального обеспечения. Иное приводило бы к несоразмерному ограничению прав указанных лиц, в том числе права на свободу и личную неприкосновенность, а также права на судебную защиту.

Конституционный Суд Российской Федерации определил:

– положение части первой статьи 41 Закона

Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не предполагает помещение лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, в специализированное (психоневрологическое) учреждение для социального обеспечения на основании решения органа опеки и попечительства, принятого по заключению врачебной комиссии с участием врача-психиатра, которое содержит сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, без проверки обоснованности такого решения в надлежащем судебном порядке.

Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 27 июня 2012 года № 15-П по делу о проверке конституционности пунктов 1 и 2 статьи 29, пункта 2 статьи 31 и статьи 32 Гражданского кодекса Российской Федерации в связи с жалобой гражданки И.Б. Деловой

Суть проблемы

Как утверждалось в жалобе, право заявительницы на неприкосновенность частной жизни и ее право частной собственности несоразмерно ограничивается оспариваемыми нормами, поскольку они не предполагают возможность ограничения дееспособности гражданина, которое необходимо для защиты его прав в связи с имеющимся у него психическим расстройством, соразмерно степени нарушения способности понимать значение своих действий или руководить ими и тем самым лишают такого гражданина права самостоятельно совершать юридически значимые действия, в том числе распоряжаться пенсией для удовлетворения бытовых нужд.

Решение Конституционного Суда

Обязанность государства признавать, соблюдать и защищать права и свободы человека и гражданина и обеспечивать их адекватные гарантии, равно как и принятые ею на себя международные обязательства в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, требуют принятия комплекса мер, направленных на наиболее эффективную защиту прав и законных интересов таких лиц, которые позволяли бы учитывать в каждом конкретном случае их индивидуальные особенности.

Конституционно значимая цель, которую преследовал федеральный законодатель, предусматривая возможность признания недееспособными граждан, которые вследствие психического расстройства не могут понимать значения своих действий или руководить ими, и определяя правовые последствия соответствующего судебного решения, состоит в защите прав и законных интересов как самих указанных лиц, относящихся к одной из наиболее социально уязвимых категорий, так и любых третьих лиц, вступающих с ними в гражданско-правовые отношения, что позволяет рассматривать оспариваемые положения как не противоречащие в этом аспекте Конституции Российской Федерации.

Признание гражданина недееспособным вследствие психического расстройства означает существенное изменение его правового статуса: с момента вынесения судебного решения он на формально не определенный период считается утратившим возможность совершать гражданско-правовые сделки, а также исполнять обязанности и нести ответственность за свои действия. Между тем обусловленная тем или иным психическим нарушением неспособность при осуществлении определенных прав и обязанностей в полной мере понимать значение своих действий или руководить ими далеко не всегда означает, что гражданин не в состоянии принимать осознанные самостоятельные решения во всех сферах социальной жизни и совершать юридически значимые действия, в частности мелкие бытовые сделки за счет собственной пенсии, направленные на удовлетворение собственных разумных потребностей и не нарушающие права и законные интересы других лиц.

Регулирование в сфере отношений, связанных с деятельностью в области оказания психиатрической помощи, исходит из того, что наличие у гражданина психического расстройства может по-разному отражаться на его интеллектуальном и волевом уровне, определяя степень имеющихся нарушений, в частности способности к адекватному восприятию окружающей обстановки, осознанию себя и адекватному поведению. Такой подход, подразумевающий комплексную оценку различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, в том числе нарушения психических функций, по-

зволяет выделить различные степени их выраженности.

В гражданско-правовом регулировании порядка и правовых последствий признания гражданина недееспособным предусматривается возможность принятия судом только одного из двух решений – либо признание гражданина, страдающего психическим расстройством, недееспособным в полном объеме, либо отказ в таком признании, что фактически ставит суды перед неразрешимой – без издержек для сферы охраны прав и свобод – дилеммой в тех случаях, когда даже при наличии психического расстройства лицо сохраняет способность принимать некоторые осознанные самостоятельные решения в определенных сферах социальной жизни, направленные на удовлетворение личных потребностей, отвечающие его интересам и не нарушающие при этом чьих-либо прав и законных интересов. В таких случаях и тот и другой вариант порождают существенные риски, не исключают злоупотреблений и «линейного», упрощенного подхода к принятию решения, что ведет к нарушению требования юридического равенства.

Признание гражданина недееспособным – исходя из верховенства и прямого действия Конституции Российской Федерации, приоритета общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров Российской Федерации – должно иметь место лишь в тех случаях, когда иные меры защиты его прав и законных интересов оказываются недостаточными. Законодатель обязан выработать оптимальный механизм, предполагающий необходимость учета степени нарушения их способности понимать значение своих действий или руководить ими в конкретных сферах жизнедеятельности и вместе с тем не допускающий умаления достоинства их личности и несоразмерного вторжения в частную жизнь.

Конституционный Суд Российской Федерации постановил:

– признать взаимосвязанные положения пунктов 1 и 2 статьи 29, пункта 2 статьи 31 и статьи 32 Гражданского кодекса Российской Федерации соответствующими Конституции Российской Федерации постольку, поскольку они направлены на защиту прав и законных интересов граждан, которые вследствие психического расстройства

не могут понимать значения своих действий или руководить ими, а также на обеспечение прав и свобод других лиц и охрану иных конституционно значимых ценностей;

– признать взаимосвязанные положения пунктов 1 и 2 статьи 29, пункта 2 статьи 31 и статьи 32 Гражданского кодекса Российской Федерации не соответствующими Конституции Российской Федерации постольку, поскольку в действующей системе гражданско-правового регулирования не предусматривается возможность дифференциации гражданско-правовых последствий наличия у гражданина нарушения психических функций при решении вопроса о признании его недееспособным, соразмерных степени фактического снижения способности понимать значение своих действий или руководить ими.

Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 4 февраля 2014 года № 373-О об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Шарафутдиновой Лейсан Ирековны на нарушение ее конституционных прав положениями части 2 статьи 71 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» и части 3.3 статьи 34 Федерального закона «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд»

Суть проблемы

Заявительница оспаривала конституционность следующих законоположений:

– положения части 2 статьи 71 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», согласно которому лекарственные средства, зарегистрированные до дня вступления в силу данного Федерального закона, подлежат включению в государственные реестры лекарственных средств без прохождения вновь процедуры государственной регистрации лекарственных препаратов;

– части 3.3 статьи 34 Федерального закона от 21 июля 2005 года № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд», согласно которой в случае, если предметом аукциона является поставка лекарственных средств, в документации об аукционе должно содержаться указание их международ-

ных непатентованных наименований или при отсутствии таких наименований – химических, группировочных наименований лекарственных средств (за исключением случая, предусмотренного частью 3.4 данной статьи).

По мнению заявительницы, эти нормы противоречат Конституции Российской Федерации, поскольку лишают пациента, проходящего лечение в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, возможности получить лекарственный препарат, прошедший клинические исследования в России и обладающий подтвержденной терапевтической эффективностью.

Решение Конституционного Суда

Государство обязано принимать все необходимые меры к тому, чтобы гарантировать гражданам осуществление данного конституционного права в полном объеме, включая возможность пользоваться необходимыми лекарственными средствами независимо от того, где они производятся – в Российской Федерации или за ее пределами, что, в свою очередь, предполагает установление приоритета государственного контроля производства, изготовления, качества, эффективности, безопасности лекарственных средств.

При осуществлении правового регулирования отношений, связанных с реализацией конституционного права граждан на охрану здоровья, и финансировании соответствующих программ необходимо исходить из того, что здоровье человека – высшее неотчуждаемое благо, без которого утрачивают свое значение многие другие блага и ценности, и что конституционные принципы справедливости и соразмерности предполагают соблюдение надлежащего баланса между, с одной стороны, свободой действий оказывающего медицинскую помощь врача, проявляющейся, в частности, в его полномочии указывать в рецепте лекарственные средства, необходимые для лечения пациента с учетом его индивидуальных особенностей и исходя из тяжести, характера заболевания и стандартов его диагностики и лечения, и, с другой стороны, реальными возможностями органов публичной власти по бесплатному оказанию медицинской помощи.

Невключение в перечень лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соот-

ветствии с их торговыми наименованиями, того или иного лекарственного средства может быть обжалована в судебном порядке.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривает, что врач при осуществлении своей профессиональной деятельности обязан внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах (часть 1 статьи 71). Данное требование распространяется и на действия врача, связанные с назначением лекарственных препаратов.

При наличии достоверных сведений о том, что терапевтическая эффективность препарата, аналогичного по международному непатентованному наименованию другому препарату, но имеющего иное торговое наименование, для конкретного пациента существенно отличается, либо об отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства данные препараты уже не могут считаться для такого пациента полностью взаимозаменяемыми. В подобных случаях может быть использован существующий правовой механизм обеспечения его иным препаратом.

Здоровье и как его сохранить

Что же такое здоровье, зачем оно нам и как его сохранить и приумножить?

Думаю, каждый хотя бы раз задумывался об этом. Возможность максимально полноценно прожить каждую минуту своей жизни, иметь силы справляться с трудными жизненными ситуациями, достигать намеченных целей – всему этому способствует хорошее здоровье – естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем.

Здоровье – состояние организма человека (его физических и психических качеств), обеспечивающее ему возможность активно жить и трудиться в различных условиях окружающей среды и противостоять ее неблагоприятным факторам.

Сохранение здоровья – важнейшая жизненная задача, решить которую вполне по силам каждому человеку. Для этого необходимо следовать в своей жизни определенным правилам.

Первое из них – просто не губить себя. Речь идет о вредных привычках, они явно ухудшают здоровье человека и наносят по нему прямой удар. Вред курения известен всем, но общество, к сожалению, терпимо относится к курильщикам, хотя известно, что даже пассивное курение мало уступает активному по вредности для здоровья. Начиная с сигарет и кальяна, определенная часть курильщиков переходит на «легкие» наркотики вроде конопли, откуда рукой подать до проблем не только со здоровьем, но и с законом.

Второй весьма бесполезной, но также мало осуждаемой нашим обществом привычкой является злоупотребление алкоголем. Алкоголь, принимаемый семейной парой за 3-6 месяцев до зачатия ребенка может отрицательно сказаться на его физическом и интеллектуальном развитии. И растут потом ребятишки, похожие друг на друга скошенными лбами, невыразительными глазами, плоскими лицами, неспособные к обучению, но агрессивные и малообщительные. Сколько у нас в стране таких детей? 2-5-10%?, если в развитых европейских странах их число доходит до 3-5%.

Речь идет не только о крепких винах, водке, коньяке, виски, ликерах и прочем, но и о пиве, которое, с одной стороны, вызывает определен-

ную зависимость, а с другой – в пиве содержится большое количество гормоноподобных веществ – фитоэстрогенов, способных изменить гормональный фон мужчины, начиная с роста живота как у беременной женщины и заканчивая неспособностью к деторождению.

Следующая зависимость, не только приносящая ощутимый вред, но и вообще значительно сокращающая продолжительность жизни – наркотическая. Сначала доза для жизни, а потом жизнь для дозы. И вот уже отвернулась любимая девушка, косятся соседи, прячет глаза и плачет мать... Доза, еще доза, передоза – неотложка – экстренная помощь и диагноз: ВИЧ-инфицированный. Когда заразился, кого еще заразил – часто невосстановимые события, но вот она – неизлечимая, прогрессирующая страшная болезнь. Присоединяется туберкулез, поражение кожи, у женщин быстро прогрессирующий рак шейки матки. Отказ от лечения – мучительная смерть, а лекарства, тормозящие развитие СПИДа, требуют дисциплины в приеме, отказа от курения и алкоголя, отсутствия физического и эмоционального перенапряжения, качественного питания и постоянного медицинского наблюдения. Инфекционист, фтизиатр, акушер-гинеколог, хирург – вот неполный список врачебных специальностей, к которым ежедневно приходят пациенты с диагнозом ВИЧ-инфекция, стадия 4В, что означает развернутая форма заболевания, прогноз неблагоприятный.

Есть, конечно, «менее вредные» вредные привычки, в частности малоподвижное времяпровождение. Жизнь – это движение. Поэтому двигайтесь, занимайтесь спортом, делайте по утрам зарядку, тренируйте мозги и тело, это

Е.С. Свердлова
доцент кафедры акушерства и гинекологии
ГБОУ ДПО ИГМАПО,
врач высшей категории



даст заряд бодрости и положительный настрой на предстоящий день. Не забывайте о правилах личной и общественной гигиены, начиная от мытья рук и включая использование индивидуальных гигиенических средств (зубные щетки, полотенца, мочалки и т.д.). На общих полотенцах живут возбудители многих болезней, в том числе вирус герпеса, кишечная палочка, стрепто- и стафилококки.

Отдельная тема – это сохранение репродуктивной (детородной) функции – наиважнейшей составляющей здоровья.

В настоящее время каждая пятая семейная пара не имеет детей из-за бесплодия. Частой причиной бесплодия у мужчин являются перенесенные венерические болезни, а у женщин – прерывание первой, но в свое время нежеланной беременности с развитием воспаления в матке, маточных трубах и гормональных нарушениях в яичниках. Даже высокотехнологичные методы экстракорпорального оплодотворения могут ошарашивать деторождением далеко не каждую обратившуюся пару, а только одну из трех. Аборт – это всегда риск бесплодия. Половые инфекции – это риск бесплодия. А роды у подростков в 13-15 лет? Что говорит статистика об этой стороне репродуктивного здоровья? Беременность у юных более часто имеет осложненное течение,

заканчивается преждевременными родами. Дети у таких мам более слабые, часто болеющие, среди них выше младенческая смертность. Мамы-дети чаще имеют послеродовые осложнения и в дальнейшем также чаще лечатся у гинекологов, чем их сверстницы, планирующие беременность в 20-25-летнем возрасте.

Хочется сказать: не позволяйте необдуманным сиюминутным желаниям перечеркнуть вашу жизнь и возможность родиться вашим будущим детям и внукам! Сохраняйте себя для настоящей любви. Используйте надежные контрацептивные средства, которые поможет подобрать врач, а если такой возможности нет, то не пренебрегайте «изделием №2» – презервативом, который единственный в списке средств предохранения защищает от ВИЧ\СПИДа.

В эпоху доступности информации легко найти формальный ответ на любой вопрос, в том числе о здоровье и в первую очередь в интернете. Но все же вопросы, касающиеся лечения надо задавать специалисту.

Настойчивые пожелания: не занимайтесь самолечением, симптомы у многих болезней похожи, а варианты лечения разные, и поэтому неблагоприятные исходы, хронизация процесса, формирование спаек, стойкий болевой синдром – вот далеко не полный список вероятных по-





следствий «оздоровления» по совету друзей или родственников, из интернета и телевизора. Старайтесь своевременно проходить периодические медицинские осмотры, время – поистине дорогая вещь, а в отношении здоровья особенно!

А как наши мысли влияют на здоровье?

Наиболее сложно переломить привычку негативно мыслить. Внутренний психологический настрой часто сказывается на физическом самочувствии и может стать причиной различных недугов. Хорошо известно, что оптимист чаще чувствует себя счастливым, чем пессимист, он менее подвержен болезням, чем человек, склонный к негативным мыслям.

Мысль – это то, что ты можешь изменить, несмотря на ситуацию вокруг. Измени мысль, и жизнь постепенно изменится. Чтобы этому научиться - для начала научись жить здесь и сейчас, видеть хорошее вокруг, дарить другим радость.

Вот они несложные основные моменты, соблюдение которых позволит сохранить здоровье, а значит подарить себе и своим близким счастливую жизнь на долгие годы.

А теперь подведем маленький итог:

Чтобы сохранить здоровье, нужно больше двигаться, не переедать, не иметь вредных привычек, стремиться к упорядоченной жизни, любить свою работу, беречь и баловать своих родных и близких, быть терпимым к окружающим, постоянно совершенствоваться морально и физически, повышать свой образовательный и культурный уровень.

А здоровье в ответ поможет вам найти и не потерять достойную работу, хороший заработок, жить долго, счастливо и вырастить здоровое потомство, которое будет вас радовать и заботиться о вас в старости. Во всем следует стремиться к гармонии.

Здоровье – это бесценный дар природы, но от человека и от общества зависит, сохранится и умножится или растратится этот бесценный дар.

Все на борьбу с фетальным алкогольным синдромом!

А.Ю. Марьян, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков ИГМУ, к.м.н.

Я не сержусь на маму, которая родила меня, за то, что она выпивала, когда я была у нее в животе. Она не знала, что калечила меня.

Лиз Кали

Причиняемый алкоголем вред выходит далеко за рамки физического и психологического здоровья человека, употребляющего алкоголь.

Чрезмерное употребление алкоголя сказывается на благополучии и здоровье людей.

Проблема «пьяного зачатия» считалась крайне актуальной, начиная с XVIII в. Философ Плутарх добился правительственного разрешения на то, чтобы на домах алкоголиков писали фразу: «Пьяницы рожают пьяниц», и свахи обходили эти дома стороной. О вреде употребления алкоголя во время беременности упоминается в религиозных источниках, произведениях литературы, живописи, сообщениях врачей и общественных деятелей.

Существуют и национальные традиции, по которым строго-настрого запрещено пить же-

лиху и невесте на свадьбе, а юноше – до создания своей семьи. Наиболее строгие законы в отношении алкоголя существуют и по сей день в странах Востока, у мусульман. Но не менее решительно настроены и некоторые европейские страны; например, финны по приговору суда стерилизуют своих злостных пьяниц.

Впервые воздействие алкоголя на плод было описано в научной литературе в середине XX в. P. Lemoine и соавт. (1968), которые обследовали 127 детей с различными аномалиями, родившихся в семьях алкоголиков. Более детально влияние алкоголя на плод было изучено K.L. Jones и D.W. Smith (1973), которые дали ему название «фетальный (плодный) алкогольный синдром» (ФАС), Статьи ученых, опубликованные в журнале «Lancet», получили широкий отклик врачей и других специалистов, что положило начало исследованиям и разработке специализированной помощи и профилактики ФАС в мире.

Более поздние исследования доказали, что употребление женщиной алкоголя во время беременности может приводить к ФАС и вызывать дисморфические, когнитивные и поведенческие нарушения фетального алкогольного спектра.

ФАС – это расстройство, возникающее вследствие употребления алкоголя матерью в пренатальный период; это сочетание психических и физических дефектов, которые впервые проявляются при рождении ребенка и остаются у него на всю жизнь. Это пожизненное нарушение, которое не проходит с возрастом и является главной причиной нарушений умственного развития, которые можно предотвратить в 100% случаев.

Фетальный алкогольный спектр нарушений





ТРЕЗВОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ – здоровье ДЕТЕЙ!

(ФАСН) – термин, относящийся к индивидуумам, у которых может быть больше одного из признаков, связанных с ФАС, но не демонстрирующий всех признаков, согласно которым может быть поставлен четкий диагноз (в рамки данной терминологии включаются отклонения, имеющие обозначение ARND – неврологические дефекты, связанные с воздействием алкоголя, и врожденные дефекты развития других органов).

Распространенность ФАС составляет от 0,2 до 2,0 случаев на 1 000 живорожденных, хотя в штате Вашингтон (США) выявлена частота ФАС 3,1 на 1 000 живорожденных. Недавние исследования показывают, что распространенность ФАС может достигать 2-7 на 1 000. Однако в определенных субпопуляциях распространенность может быть намного выше. Например, в некоторых областях Южной Африки, где население занимается виноделием, встречаемость ФАС может быть больше чем 50 на 1 000 живорожденных. Самая низкая распространенность ФАС зарегистрирована в Японии и составляет 0,1 на 1 000 живорожденных. Эти данные указывают на более высокую распространенность ФАС во всем мире по сравнению со многими другими врожденными нарушениями, например, синдромом Дауна (1,3 на 1 000 новорожденных). ФАС – наиболее распространенная предотвратимая причина умственной отсталости в мире.

В России точных эпидемиологических данных о частоте ФАС и ФАСН нет. Имеются лишь отдельные сообщения о распространенности ФАС на локальном уровне. Следует отметить, в стандартах статистической формы учета ФАС не имеется. Это и является основной причиной, что в нашей стране и в том числе г. Иркутске и Иркутской области, нет статистических данных о частоте встречаемости ФАС. Поэтому для точного учета распространенности ФАС, было бы целесообразно внести данную патологию отдельной строкой в статистическую форму учета заболеваний.

Так, при обследовании педиатрами 2 352 детей в специальных сиротских приютах Москвы (83 % от числа детей, находящихся в этих учреждениях) было выявлено 186 (7,9 %) детей с ФАС. Исследования, проведенные в домах ребенка в Мурманске, показали, что 13 % детей имели ФАС и у 45 % детей отмечались нарушения фетального алкогольного спектра. По данным Е.Р. Riley, (2003), до 15% детей в детских домах Москвы страдают данной патологией. Исследования на наличие ФАС среди новорожденных обсервационного отделения одного из родильных домов в России в 2005 г. показало, что на 1000 живорожденных ФАС составил 3,62. По данным А.Б. Пальчика (2006) инвалидизация у детей в 35–40% случаев обусловлена перинатальными поражениями нервной системы, в том числе и вслед-

ствие употребления матерью алкоголя во время беременности. Если мать страдает алкоголизмом и продолжает употреблять алкоголь во время беременности, то вероятность рождения ребенка с ФАС у нее составляет примерно 25-45%.

Распространенность ФАС в российских детских домах по данным ряда отечественных авторов варьирует от 46 до 340 случаев на 1 000. Примерно такие же данные были получены зарубежными исследователями в российских детских домах, где распространенность ФАС составила от 55 до 330 случаев на 1 000.

Установлено, что население плохо информировано о последствиях, связанных с употреблением алкоголя. Особенно это касается алкогольного воздействия на организм беременной женщины и на развитие плода.

Данная проблема является социальной и актуальной, особенно при отсутствии достаточной информированности врачей в Российской Федерации (РФ), в том числе и акушеров-гинекологов, а так же женщин репродуктивного возраста.

В женских консультациях, безусловно, врачи спрашивают о вредных привычках будущих мам (употребление алкоголя, наркотиков, курение), но это «дежурные», стандартные вопросы, задаваемые беременным женщинам.

По результатам исследований автора статьи выявлено, что большинство врачей (врачи акушеры-гинекологи, неонатологи, детские психиатры, педиатры, детские неврологи) недостаточно информированы о проблеме тератогенного влияния алкоголя на плод, в частности о проблеме ФАС и ФАСН. Установлено, что сравнительно более информированы в данных вопросах неврологи, менее – акушеры-гинекологи и студенты. Из этого следует, что должны быть разработаны эффективные методы обучения врачей и студентов с включением вопросов ФАС и ФАСН в циклы последипломного образования врачей всех специальностей и в ученую программу студентов высших учебных заведений.

Важным результатом данного исследования является выявление факта низкой информированности врачей, студентов и других медицинских и социальных работников в отношении негативных последствий употребления алкоголя во время беременности и ФАСН, недостаток об-

разовательных программ по данной тематике и современной научно-методической литературы, отвечающей запросам клинической практики.

В своих статьях автор обращает внимание на то, что уровень потребления алкоголя в России представляет серьезный риск для здоровья населения и будущих поколений, так как пренатальное воздействие алкоголя нарушает нормальное течение беременности и может вести к невынашиванию, мертворождению, врожденным порокам развития и другим нарушениям фетального алкогольного спектра, включая ФАС.

В настоящее время в мире накоплен значительный опыт в проведении успешных и эффективных программ профилактики факторов риска, влияющих на здоровье современного человека. Повышение эффективности системы профилактики в злоупотреблении алкоголем является важнейшей функцией современной системы здравоохранения РФ.

День борьбы с фетальным алкогольным спектром нарушений (ФАСН) впервые состоялся 09.09.1999 года. Дата – напоминание: на все 9 месяцев беременности женщины должны отказаться от алкоголя! Каждый год 9 сентября в 9 часов 9 минут в разных странах мира звенит символический «звонок» и проходят мероприятия по повышению информирования общества о нарушениях, связанных с ФАСН. Задача таких мероприятий – показать опасность употребления алкоголя во время беременности, поддержать людей, страдающих от ФАСН, и их семьи.

В 2014 году 9 сентября* – в 9 день, девятого месяца года, по случаю Международного дня профилактики ФАСН у детей Европейский альянс проводил информационную кампанию **«Слишком молоды (малы), чтобы пить», «Too Young To Drink».**

Международное сотрудничество в этот день осуществлялось с помощью кампании, зародившейся в группе «Фабрика» из исследовательского центра информационной группы Бенетон. Эта кампания проводилась для того, чтобы повысить информированность о рисках возникновения у детей ФАСН, который порождает спектр пожизненных осложнений из-за необратимых нарушений головного мозга, вызванных употреблением алкоголя матерью во время зачатия и беременности.

Кампания «Слишком молоды (малы), чтобы пить» объединила вокруг себя 40 организаций из 30 стран. В этот день наглядные материалы с изображением новорожденных детей с патологиями ФАС и ФАСН убеждали в опасности принятия алкоголя во время беременности.

В сообщении Елены Алексеевны Воронковой сказано, что Кампания *Too Young To Drink* задумана кубинским художником Эриком Равело, отвечающим за кампании по социальной вовлеченности – информационного исследовательского центра в Италии, где молодые люди из разных стран мира развивают информационные проекты с идеями социального прогресса.

Основные цели кампании «Слишком молоды, чтобы пить» заключались в следующем:

- повысить настороженность и информированность о вреде алкогольных напитков во время беременности в обществе и среди людей детородного возраста;

- распространять аккуратную и достоверную научную информацию о рисках употребления алкоголя во время беременности;

- помочь женщинам и дать им большие возможности для осознания и грамотного выбора, а также настроить друзей, семью и общество на поддержку отказа от алкоголя во время беременности.

В России деятельность по профилактике ФАСН проводится в Москве, Санкт-Петербурге, Н. Новгороде, Иркутске, Тольятти, среди народов Севера. В Москве работает Координационный совет по профилактике вредного воздействия алкоголя и ФАСН (<http://www.mednet.ru/ru/koordinacziornyj-совет-po-profilaktike-vreda-zdorovyu-ot-alkogolya-i-fetalnogo-alkogolnogo-sindroma.html>).

Хочется отметить, что 9 сентября 2014 года, в Международный день профилактики и знаний о ФАСН, по инициативе доцента кафедры педиатрии Университета Оклахомы Татьяны Николаевны Балашовой (США); координатора международного проекта по ФАС и ФАСН, ассистента кафедры акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков ИГМУ, к.м.н. Анаит Юрьевны Марьян; доцента кафедры педиатрии №1 в ИГМУ, руководителя отдела международных связей, к.м.н. Тамары Семеновны Крупской;

заведующего кафедрой педиатрии №1, д.м.н., профессора Натальи Николаевны Мартынович в ИГМУ прошла интерактивная образовательная акция.

По окончании акции, у входа в Ивано-Матренинскую детскую больницу был организован флэш-моб под всемирным логотипом **«СЛИШКОМ МАЛ, ЧТОБЫ ПИТЬ»**.

ИГМУ (ректор, д.м.н., проф. И.В Малов) сотрудничает с различными медицинскими учреждениями Франции и США. В первую очередь это Гренобльский Госпитальный Университетский центр. Одним из направлений сотрудничества ИГМУ является проблема **ФЕТАЛЬНЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМОМ (ФАС)**. В январе 2013 года подан грант с Центром наук о здоровье университета Оклахомы (США) (Барбара Боннер и Татьяна Балашова).

Необходимо отметить, что проблема профилактики ФАС является очень актуальной и серьезной, а проект о сотрудничестве между учреждениями Франции, США и ИГМУ в данном направлении является перспективным.

Есть надежда, что, продолжая сотрудничество и внедрение мер профилактики ФАС, приведет к отказу или, хотя бы к снижению употребления алкоголя женщинами нашего региона (при планировании беременности и с момента ее наступления) и будет способствовать снижению частоты рождения детей с ФАС и ФАСН.

23–24 сентября 2014 г. в ИГМУ состоялась научно-практическая российско-американская конференция «Здоровый образ жизни и профилактика медико-социальных проблем у будущих поколений». В конференции приняли участие руководитель аппарата уполномоченного по правам ребенка в Иркутской области Татьяна Афанасьева, педиатры, акушеры-гинекологи, неонатологи, психотерапевты, неврологи, психологи Иркутска и Иркутской области, Центра наук о здоровье Университета Оклахомы (США).

Особый интерес в плане обмена опытом для врачей практического здравоохранения представляли доклады наших американских коллег Татьяны Балашовой (доцента кафедры педиатрии Университета Оклахомы) и Барбары Боннер (директора Центра по жестокому обращению с детьми Университета Оклахомы).

Не менее насыщенным по информативности с практической точки зрения был и второй день работы конференции, полностью посвященный тренингам по проблемам диагностики, лечения и профилактики фетального алкогольного синдрома новорожденных, а также жестокого обращения с детьми. Тренинги провели американские коллеги, доценты и профессора кафедры педиатрии Центра наук о здоровье Университета Оклахомы. Особое внимание привлек тренинг по диагностике и лечению фетального алкогольного синдрома, проведенный Мэри Стокетт (Университет Оклахомы).

Хочется выразить огромную благодарность нашим американским коллегам за поддержку и наставничество, проведенный интересный и информативный тренинг.

Таким образом, из вышеизложенного можно сделать вывод, что влияние алкоголя на здоровье людей может быть крайне негативным и даже приводить к таким катастрофическим последствиям, как формирование полной интеллектуальной неполноценности в случаях тяжелого ФАС. Особую актуальность тема вредных последствий от алкоголя принимает в разрезе воздействия на еще не рожденного ребенка, на его здоровье и будущие перспективы.

Необходимо привлечения внимания специалистов и исследователей разного медицинского и социального профиля к столь значимой для благополучия будущих поколений нашей страны и всего мира проблеме.

Крайне важным является обучение врачей акушеров-гинекологов, наркологов, клинических психологов и других специалистов, работающих с женщинами, страдающими алкогольной зависимостью, женщинами детородного возраста и беременными женщинами, стратегиям скрининга факторов риска (алкоголизация сексуально активных женщин на фоне отсутствия надежной контрацепции, наличие ребенка с ФАС и ФАСН и других) и проведению специфических профилактических вмешательств.

Также важно обучение неонатологов, педиатров, неврологов, психиатров методам диагностики, лечения детей с ФАС и ФАСН и оказания помощи их семьям.

Хочется отметить, что если врач будет вла-

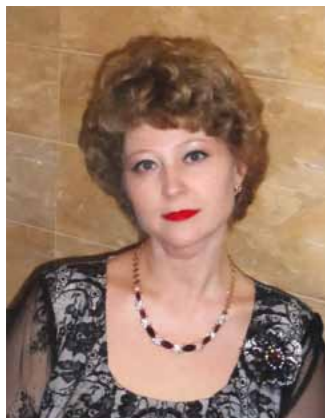
деть информацией о последствиях влияния алкоголя на плод, проводить скрининг пациенток на возможное употребление алкоголя, население тоже получит должную и грамотную информацию о вреде алкоголя во время беременности. Это поможет в профилактике рождения детей с пожизненными нарушениями, возникающими под воздействием алкоголя, которые не проходят с возрастом и являются главной причиной нарушений умственного развития.

Информирования медицинских работников о тяжелых последствиях воздействия алкоголя на плод, обучение врачей навыкам диагностики ФАС и ФАСН, а также широкого круга специалистов по вопросам оказания целенаправленной помощи лицам с ФАСН и их семьям, является важным и крайне необходимым шагом для России.

Пропаганда отказа от употребления женщинами алкоголя при планировании беременности и с момента ее наступления, должна снизить частоту рождаемости детей с ФАС и ФАСН. Медицинские работники, педагоги, психологи, социологи должны сыграть важную роль в просвещении населения и профилактике нарушений ФАСН.

Все вместе – мы сила и можем профилактировать рождение умственно отсталых детей, родившихся от матерей, употреблявших алкоголь в пренатальный период.

Как детям и взрослым читать этикетки?



Т.А. Малых, кандидат педагогических наук, директор АНО Социально-методический Центр Иркутской области «Содействие», доцент ГАУ ДПО «Институт повышения квалификации работников образования», член Экспертного совета при Уполномоченном по правам ребенка в Иркутской области

Учите ребенка работать с информацией и анализировать ее. Учите ценностно относиться к своей жизни и жизни других. Понимание того, что именно содержится в пищевых продуктах, которые вы покупаете, имеет ключевое значение для хранения у себя на кухне здоровой пищи. Тем не менее, этикетки продуктов питания не всегда легко расшифровать. Что именно вы получаете, покупая «сок», «хлеб из нескольких видов злаков» или «продукты питания с низким содержанием жира»?

Что значит фраза мелким шрифтом на жевательной резинке и газированной воде «запрещено больным фенилкетонурией»? Роль продуктов питания для человека очень велика. Они удовлетворяют потребности нашего организма в энергии, биологически активных веществах, участвуют в формировании иммунитета, регулируют обмен веществ. Поэтому, когда вы отправляетесь за покупками, очень важно всегда уделять несколько секунд, чтобы прочесть этикетку и иметь представление о составе покупаемой пищи. Только когда вы знаете, что в них содержится, вы сможете выбрать самые качественные продукты. Именно при помощи этикетки производитель пытается ввести нас в заблуждение. Но мы, потребители, имеем уникальную возможность стимулировать производителей, поставщиков, продавцов к реализации полезных для здоровья пищевых продуктов, отдавая предпочтение безопасным и качественным товарам. **И никто, кроме нас самих, не несет ответственности за наш выбор.**

Итак, на что учим обращать внимание детей? Все чаще можно встретить на этикетках такие термины, как «свежий», «без добавок» и «натуральный». Еще больше запутывают нас различные меры измерений. Хотя эти продукты и хорошо выглядят на упаковках, эти термины не регламентируются, а значит, они не обязательно означают, что эти продукты лучше для вас. Секрет чтения этикеток состоит в знании того, что там искать. Если вы понимаете, язык этикеток, делать здоровые покупки окажется для вас не таким уж сложным. Покупая тот или иной продукт, первое, на что следует обращать внимание так это на целостность этикетки. Если этикетка стерлась, смялась, порвалась или приклеена поверх какого-либо старого текста, лучше отложите такой



продукт в сторону и не покупайте его. Не следует покупать импортные продукты, на этикетке которых нет русского перевода с координатами отечественного поставщика. Это говорит о том, что продукт попал на прилавок нелегально, а значит, его качество весьма сомнительно. Но даже если с этикеткой визуально все в порядке, практика показывает: далеко не все понимают, что сообщает этикетка и насколько эта информация соответствует истине. Хотя, казалось бы, ничего сложного на ней нет, и любой из нас сможет разобраться в информации на этикетке.

Попробуем?

Согласно закону «О защите прав потребителей», на этикетках продуктов питания должна быть указана следующая информация:

- **наименование продукта** – оно должно быть выделено крупным, хорошо читаемым шрифтом и точно характеризовать данный продукт. В названии продукта следует упомянуть способ обработки и форму продукта («сухой», «стерилизованный» и т.д.).

Добавление на этикетку информации об экологичности продукта или его уникальных органических свойствах допустимо только при наличии необходимых подтверждающих документов;

- **торговая марка производителя данного товара** – производитель обязан написать на этикетке полное название своей организации (ООО, ЧП, ОАО и т.п.) и свои координаты: полный почтовый адрес (почтовый индекс, страну, город, улицу и т.д.), телефон для возникших вопросов и жалоб. Если на этикетке этого нет, стоит задуматься: а нужен ли вам продукт, произведенный неизвестно кем и неизвестно где?;

- **состав продукта** – ингредиенты, входящие в состав, должны быть расположены в порядке уменьшения их массовой доли. Если ингредиент только один, состав продукта можно не указывать. На этикетку должна быть обязательно нанесена информация о применении пищевых добавок и генно-модифицированных организмов (ГМО). Названия пищевых добавок должны соответствовать Международной цифровой системе (ISN), Европейской системе (E). Кроме того, на этикетке должна быть нанесена информация о противопоказаниях при тех или иных заболеваниях, если таковые имеются;

- **пищевая и энергетическая ценность продукта** – этикетка должна содержать массу жиров, белков, углеводов, рассчитанных на 100 г, а также данные о калорийности.

- **масса или объем** (для жидких продуктов);
- **дата изготовления и упаковки** – эта информация наносится в цифровом виде или как отметка соответствующей цифры на кромке;

- **срок годности продукта** – каждый пищевой продукт имеет срок хранения, но производители могут его обозначать по-разному. Например, на некоторых изделиях может быть надпись «годен до». Это значит, что данный продукт нужно использовать до этой точной даты. Бывают варианты, когда написан конкретный срок хранения. В таком случае необходимо самостоятельно искать на этикетке дату производства и подсчитывать, до какого числа годен товар. Нежелательно приобретать продукты, срок годности которых уже на исходе. Есть вполне реальная возможность получить отравление. Сроки хранения пищевых изделий должны наноситься в соответствии с определенными правилами, с помощью печатного станка или штампа в углу этикетки. Если эти данные вписанные фломастером или ручкой, ни в коем случае нельзя приобретать такой товар.

Мясные, хлебобулочные и молочные продукты должны быть только свежими, полученными в текущий день или небольшого срока хранения – не более 72 ч. Овощи и фрукты, а также замороженная продукция не должны быть сроком более 6 мес.

Запомните: Пищевых продуктов с неограниченным сроком хранения не бывает!

- **назначение продукта и условия применения** – эта информация должна быть указана на этикетке для продуктов детского питания, диетических продуктов, биологически активных добавках;

- **рекомендации по приготовлению** – если продукт является полуфабрикатом, этикетка должна содержать информацию о способах его приготовления;

- **условия хранения** – если продукт требует особых условий хранения, это должно быть указано на этикетке;

- **штрих-код.**

ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ ИЛИ «Е-ШКИ»

Практически ни одно производство продуктов питания сегодня не может обойтись без пищевых добавок. Часто они имеют длинные и сложные названия, которые непросто уместить на упаковках фасованного товара. Поэтому была создана Международная система, согласно которой каждой такой пищевой добавке присвоено определенное число, перед которым в Европе ставится буква «Е» (от англ. «eatable»). Этой буквой обозначают все химические ингредиенты, добавленные в продукты для улучшения их потребительских характеристик: внешнего вида, продления срока годности, улучшения вкуса, запаха.

Информационный журнал «Содружество» приводит реестр пищевых добавок огромен и запомнить их все чрезвычайно сложно. Зато можно выделить следующие основные группы:

Е 100-180 – красители. Они используются для придания привлекательного вида продуктам, потерявшим свой цвет во время обработки или изначально бесцветным. Пищевые красители бывают двух видов - натуральные или синтетические. Натуральные пищевые красители получают из растений, животных и микроорганизмов и поэтому пищевые продукты, содержащие натуральные красители, считаются безопасными для здоровья. Синтетические пищевые красители производятся химическим путем и часто не имеют природных аналогов, но имеют для производителя ряд преимуществ по сравнению с натуральными и потому пользуются большей популярностью: они дешевле, дольше хранятся, имеют более яркие цвета.

Пищевые красители добавляют в напитки (особенно газированные), мороженное, леденцы, кондитерские изделия, мясные и рыбные продукты, соусы.

Среди запрещенных красителей следует отметить Е 121 – цитрусовый красный, Е 123 – красный амарант, Е 128 – красный 2G.

Е 200-285 – консерванты. Эти пищевые добавки увеличивают срок хранения продукта, подавляют рост микроорганизмов, грибков (плесени). Консерванты бывают натуральные (считаются безопасными) и синтетические, которые могут вызвать камечно-почечную болезнь, расстройство кишечника, аллергию (дерматит, астма). К сожалению, пищевые консерванты присут-

ствуют почти во всех продуктах.

К запрещенным относится формальдегид Е 240 и диоксид серы Е 220.

Буква Е в обозначении пищевых добавок означает, что вещество одобрено специальной комиссией ВОЗ для использования в пищевой промышленности Европы.

Номера:

- 100-180 – красители,
- 200-285 – консерванты,
- 300-321 – антиоксиданты,
- 400-495 – эмульгаторы, загустители, желеобразующие вещества.

Не все «Е» – искусственного происхождения. Например, Е 440 – полезный для пищеварения яблочный пектин, Е 300 – витамин С, а Е 306-Е 309 известный антиоксидант витамин Е. Чем меньше в продукте добавок, тем проще понять, из чего он сделан. Внимательно изучайте состав любого продукта.

ХИТРОСТИ ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

Умные покупатели не обращают внимания на броские фразы на лицевой стороне упаковки. Ведь все это разработки маркетинговых и рекламных отделов компаний, которые содержат милые картинки и модные словечки для быстрой продажи товара.

Поэтому запомните, яркие рекламные надписи типа «натуральный», «без консервантов», «экологически чистый продукт», «диетический» никакого отношения к составу продукта и его пищевой ценности не имеют. Таких категорий в официальных документах нет, а следовательно, и не проводилась их проверка.

Получается, что еда может оказаться совсем не такой полезной, как утверждает красочная реклама. Приведем примеры нескольких хитрых обозначений.

«Копченый» – термин обозначает аромат продукта, но не то, как его коптили. На самом деле продукт могли сделать копченым искусственно, химическим путем или просто добавили нужный ароматизатор, что и дало законное право называть его «копченым».

«Без холестерина» – мы сразу думаем, что данный продукт совершенно безопасен для нашего сердца. В действительности, очень часто отсутствие холестерина значится на этикетках

продуктов растительного происхождения. А мы должны знать, что холестерин содержится только лишь в продуктах животного происхождения.

«С добавлением витаминов» – нам сразу кажется, что этот продукт самый полезный, так как содержит массу витаминов как овощных, так и фруктовых. Исследования показали, что для здоровья не будет никакого эффекта, если добавить минералы и витамины одних продуктов и пополнить ими другие продукты питания. Это говорит о том, что витамины надо получать от натуральных продуктов, то есть от самих фруктов и овощей.

«Обезжиренный» или **«Light»** – потребитель думает, что поскольку обезжиренное менее калорийно, его можно съесть намного больше, чем обычного жирного. Не забывайте, что обезжиренные продукты плохо утоляют голод и даже усиливают аппетит. В результате после малокалорийного обеда нам хочется побаловать себя чем-нибудь еще. Вот и получается, что, переходя на продукты с пониженной жирностью, мы съедаем в два раза больше, чем съели бы в обычном «жирном» режиме. Ученые установили, что регулярное употребление в пищу обезжиренных продуктов повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Лишая продукты жира, производители одновременно снижают в них уровень «полезного» холестерина, защищающего наши сосуды от появления бляшек. А вот количество «вредного» холестерина в этих продуктах остается неизменным.

Если на этикетке указано **«С ароматом сыра»** или **«Со вкусом лесных орехов»**, это говорит о том, что ни сыра, ни орехов в продукте нет - есть только ароматизаторы, идентичные натуральным. Если дорогостоящий компонент все же есть в составе, посмотрите, как он располагается в составе продуктов. Если выше по списку, значит, его количество приемлемо, если ниже – ничтожно мало.

«Рекомендовано НИИ питания РАМН», «Одобрено Ассоциацией стоматологов России», «Союз педиатров рекомендует», «Разработано совместно с НИИ гастроэнтерологов» – такие надписи есть на этикетках творожков, соков, йогуртов, хлопьев и сухих завтраков. Многие из нас волею-неволею выбирают именно «одобренные» и «рекомендованные» продукты. Все-таки хоть какая-то гарантия. Не будут же такие

уважаемые и авторитетные организации просто так ручаться за йогурт или хлопья. Но часто оказывается, что эти организации ничего не одобряют и уж тем более не рекомендуют. Откуда же тогда на этикетках появляются такие надписи? Перед тем как получить сертификат, любой продукт проверяют на безопасность. Это может делать любая аккредитованная лаборатория, в том числе и Институт питания РАМН. Некоторые производители просто пользуются этим и ставят на этикетки своего продукта надпись: «Рекомендован НИИ питания РАМН». Говорить, что эти продукты полезны и уж тем более рекомендованы к употреблению главными профессорами страны, мягко говоря, преувеличение.

Сегодня в России используются только те пищевые добавки, которые Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разрешила применять несколько десятилетий назад. Разработан и утвержден «Список пищевых добавок, разрешенных к применению в пищевой промышленности Российской Федерации», согласно которому в пищевых продуктах допускается присутствие около 250 таких добавок. Есть и список запрещенных веществ, среди которых консерванты Е216 и Е217, красители Е121 (цитрусовый красный 2) и Е123 (красный амарант), Е240 (формальдегид). Определенные добавки могут быть запрещены в Европе, но разрешены в России, например, загуститель Е425.

Еще в СССР на каждом товаре в обязательном порядке должен был стоять ГОСТ – государственный стандарт. Эта традиция сохраняется в России и сегодня. Продукты, производимые по «советским» ГОСТам содержат в своем составе только натуральные красители и консерванты.

ЧТО ДОЛЖНО БЫТЬ НАПИСАНО?

Этикетка должна содержать не только название продукта и его производителя, но и количество белков, жиров, углеводов и калорий на 100 г продукта.

Состав продукта выглядит как список – в строчку через запятую или столбик. Яркие надписи «без ГМО», «натуральный», «диетический», располагающиеся на этикетке, к составу продукта никакого отношения не имеют.

Если на продукте зарубежного производства нет наклейки с переводом на русский язык

и координатами поставщика в России, продукт, скорее всего, попал на рынок нелегально, и может быть некачественным.

Покупайте продукты только с хорошо читаемыми этикетками, на которых указаны пищевая ценность и состав продукта. Как должен быть обозначен срок хранения? Срок хранения продукта может быть обозначен несколькими способами. «Годен до» означает, что в определенную дату и время продукт теряет годность. Если указан конкретный срок хранения, на упаковке надо искать дату и время производства продукта и рассчитывать, когда срок хранения у него заканчивается. Пищевых продуктов с неограниченным сроком хранения не бывает. Выбирайте только те продукты, срок хранения которых указан явно и еще не истек. Дата производства не может быть нанесена на упаковку шариковой ручкой или фломастером – они выбиваются на краю упаковки специальным станком или печатаются штампом на этикетке.

КАК ЧИТАТЬ СОСТАВ ПРОДУКТОВ?

Названия ингредиентов в списке располагаются строго в порядке убывания по количеству, вошедшему в состав продукта.

На первом месте стоят основные ингредиенты. В мясных продуктах это может быть только мясо, в хлебе – мука, в молочных продуктах – молоко.

Состав на 100 грамм или на одну порцию?

Состав обычно принято указывать на 100 г продукта.

В упаковке может быть и больше, и меньше этого количества. Поэтому содержание тех или иных ингредиентов придется пересчитать на реальный вес упаковки. Иногда состав продукта указывается из расчета на порцию весом чаще всего менее 100 г, и их в упаковке может быть несколько. В таком случае надо внимательно посмотреть, сколько порций содержит упаковка, и как их отмерять. Всегда обращайтесь внимание не только на состав продукта, но и на вес упаковки и количество порций в ней.

ОБЕЗЖИРЕННЫЙ – НЕ ЗНАЧИТ ЗДОРОВЫЙ?

Если продукт обезжиренный, он не обязательно низкокалорийный. Калорийность и вкусовые качества часто добиваются за счет до-

бавленного сахара. Внимательно изучите состав продукта: если сахар стоит на первом или втором месте в списке – такой продукт нельзя назвать полезным. Сравните обезжиренный продукт с его «жирным» соседом по полке. Если различия в количестве калорий незначительны, ищите альтернативу.

ЧТО ОЗНАЧАЕТ «БЕЗ ХОЛЕСТЕРИНА»?

Этот рекламный слоган иногда размещается на продуктах, которые никогда и не содержали холестерин – для привлечения дополнительного внимания. Например, его нет в любых растительных маслах, так как холестерин – продукт исключительно животного происхождения.

Продукты без холестерина не обязательно очень полезны для здоровья. Например, нет холестерина в спредах, сделанных на основе растительных масел, многих кондитерских жирах и дешевых маргаринах. Эти продукты высококалорийны и содержат трансжиры. Относитесь к рекламным слоганам на упаковках со здоровым скепсисом и обращайтесь больше внимания на состав.

КАК ВЫЯВИТЬ БЫСТРЫЕ УГЛЕВОДЫ?

Не все углеводы – это сахар. Если в составе продукта много углеводов, но сахара в списке ингредиентов нет, или он стоит на последних местах – продукт содержит в основном медленные углеводы.

ГДЕ ИСКАТЬ ЛИШНИЙ САХАР?

Лишние быстрые углеводы есть в сладкой газировке, нектарах, сокодержащих и энергетических напитках. В стакане обычной шипучки может быть до 8 чайных ложек сахара.

Особенно внимательно изучайте состав так называемых здоровых продуктов – мюсли, зерновых батончиков, каш быстрого приготовления и продуктов для детей – производители часто добавляют туда лишний сахар. Старайтесь вообще не покупать продукты со «скрытым» сахаром – из-за них калорийность рациона может окончательно выйти из-под контроля.

КАК НАЙТИ СКРЫТЫЕ ЖИРЫ В СОСТАВЕ?

Внимательно смотрите на калорийность продуктов, у которых жиры не определяются визу-

ально. Много скрытого жира в вареных колбасах и сосисках, красной рыбе и красной икре, тортах, шоколаде и пирожных. Процент жира можно определить по его количеству на 100 грамм. Постарайтесь исключить из списка покупок продукты со «скрытыми» жирами. Они недешевы и слишком калорийны.

КАК ВЫЯВИТЬ ТРАНСЖИРЫ?

Трансжиры – это форма молекул жирных кислот, которые образуются во время создания маргарина из растительного масла. Диетологи рекомендуют ограничивать их потребление, так как они, как и насыщенные жирные кислоты, существенно повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. В России пока нет требований указывать на этикетках продуктов количество трансжиров, поэтому наличие в составе продукта гидрогенизированных или насыщенных растительных жиров должно настораживать. Особенно важно это для продуктов, которые содержат растительные жиры, искусственно сделанные твердыми: маргарины, кулинарные жиры, спреды, дешевые конфеты, шоколад и печенье. Откажитесь от дешевых жиров и продуктов на их основе – количество и качество настоящих сливочного и растительного масла контролировать проще.

ГДЕ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА СОЛЬ?

Соль в составе продукта может обозначаться и как «соль», и как «натрий». Внимательно смотрите на количество соли в продукте – чем ближе она к началу списка продуктов, тем больше ее доля в пище. Безопасная для здоровья доза соли в день – около 5 г. В пересчете на натрий – 1,5-2,0 г натрия, которого в соли около трети. Лишняя соль содержится во всех продуктах из переработанного мяса: колбасах, копченостях, вяленом и соленом мясе, мясных консервах. Много соли в твердых сырах, соленой и копченой рыбе, консервах, маринованных овощах, чипсах, сухариках, фаст-фуде и даже в хлебе. Проще контролировать количество соли в рационе, если готовить дома и не злоупотреблять твердыми сырами и копченостями.

ЧТО НАДО ЗНАТЬ ПРО ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ?

В России используются только те пищевые добавки, которые Всемирная организация

здравоохранения разрешила применять в Европе несколько десятилетий назад. А в продуктах, производимых по «советским» ГОСТам могут содержаться только натуральные красители и консерванты.

Чтобы купить гарантированно безопасные продукты, обращайтесь внимание на продукцию крупных производителей, соблюдающих ГОСТы.

ПАСТЕРИЗОВАННЫЙ ИЛИ СТЕРИЛИЗОВАННЫЙ?

Пастеризованный продукт обработан при температуре до 70 градусов Цельсия в течение определенного времени. Вредные бактерии в нем погибли, а большинство витаминов осталось в сохранности. Такие продукты хранятся от нескольких дней до недель. Стерилизация предполагает обработку при температуре 100 и выше градусов. Стерилизованный продукт хранится дольше, чем после пастеризации, но содержание витаминов в нем падает в два и более раза. Пастеризованные продукты для здоровья полезнее, а стерилизованные хранятся дольше и иногда не требуют даже холодильника.

КАКИЕ КОНСЕРВАНТЫ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕНЫ?

Консерванты – это вещества, которые препятствуют размножению бактерий и порче продуктов. В составе продуктов часто встречаются сорбиновая и бензойная кислоты и их соли – это наиболее распространенные промышленные консерванты. Ищите на этикетке названия натуральных консервантов: лимонная кислота, яблочная кислота, поваренная соль. Эти ингредиенты используются и при домашнем консервировании.

ЗАЧЕМ НУЖНЫ ЭМУЛЬГАТОРЫ?

Эмульгаторы стали применяться в пищевой промышленности в последние десятилетия для производства низкожирных продуктов, когда требуется создать видимость жирной текстуры. Чаще всего употребляется натуральный эмульгатор лецитин. Это эфир холина и жирной кислоты – компонент, важный для здоровья.

Уважаемые родители, учите ребенка заботиться о своем здоровье!

Актуальные проблемы питания детей Иркутской области в контексте прав ребенка на жизнь и здоровье

Л.А. Решетник,
заведующая кафедрой детских болезней ГБОУ ВПО ИГМУ,
д.м.н., профессор, Заслуженный врач Российской Федерации,
главный внештатный диетолог и гастроэнтеролог
Министерства здравоохранения Иркутской области

Демографические показатели отчета 2014 года по Иркутской области радуют в связи с естественным приростом населения, увеличившегося за год на 3729 человек, снижением младенческой смертности с 9,9 на 1000 рожденных живыми в 2013 году до 8,8 на 1000 рожденных живыми в 2014 году. Но все же младенческая смертность в Иркутской области остается одной из высоких, как в сравнении с соседними регионами Сибири (таблица 1), и недопустимо высокой в сравнении с развитыми странами мира (таблица 2).

Официальный сайт Правительства России сообщает, что с 2010 по 2014 год младенческая смертность от врожденных пороков развития (ВПР) снизилась на 11,5%, с 18,2 до 16,1 на 10 000 новорожденных. Для России, где число ВПР в 3,5 раза выше в сравнении с цивилизованным миром это значимые достижения. В это же время в Иркутской области число детей с ВПР с 2013 по 2014 год увеличилось на 40%. В чем причина, как преодолеть проблему?

**Младенческая смертность в различных регионах Сибири в 2013 и в 2014 г.
(на 1000 рожденных живыми)**

Таблица 1

Субъект СФО	Показатель 2013 года	Показатель 2014 года
Республика Бурятия	8,8	6,3
Забайкальский край	8,8	7,3
Иркутская область	9,9	8,8
Кемеровская область	7,3	7,1
Красноярский край	8,2	8,4
Новосибирская область	6,9	6,8
Омская Область	7,4	7,2
Томская область	7,0	4,9

**Младенческая смертность в различных странах мира в 2014 г.
(на 1000 рожденных живыми)**

Таблица 2

Страна	Показатель	Страна	Показатель
Монако	1,81	Куба	4,7
Япония	2,3	США	6,17
Германия	3,46	Россия	7,58
Белоруссия	3,64	Украина	8,1
Англия	4,43	Иркутская область	8,8

Известно, что большинство ВПР формирует-ся на самых ранних этапах зачатия:

- гамет (половые клетки плода) – между 4-6 неделями внутриутробной жизни;
- врожденные пороки нервной системы – между 4-8 неделями;
- сердца – 5-9 неделями.

Женщина еще не подозревает, что в ней новая жизнь, а уже predeterminedo здоровье ее внуков, поскольку половые клетки ее ребенка уже заложены! Следует особо отметить, что этот период не охвачен медицинским наблюдением, и он не защищен!

Усилия акушеров и педиатров вряд ли заслуживают упрека в отношении какой-либо неадекватности используемых технологий в сохранении жизни и здоровья женщин и детей. Более того, значительные средства, вложенные в оснащение перинатальных центров и специализированных служб оживления новорожденных дали существенное снижение смертности детей в периоде новорожденности и на первом году жизни в последнее десятилетие, но исходно низкое качество здоровья беременных и новорожденных привели к естественному ограничению возможности длительного выживания и сохранения здоровья.

Детское здоровье становится большой редкостью. По данным многолетних исследований тысяч детей только в единичных территориях области число здоровых детей может достигать 10, а в большинстве районов составляет от долей процента до 2-3%. Оживление недоношенных детей с экстремально низкой массой ведет к росту числа детей-инвалидов. Хосписные, неперспективные в плане лечения дети остаются на попечение государства либо становятся обузой для родителей. Рушатся семьи, мужчины чаще всего

не остаются в семье, где ребенок-инвалид, бремя ложится на одинокие женские плечи.

Опыт последних лет убедил всех, что если оснастить каждое лечебное учреждение аппаратами ультразвуковой диагностики, компьютерной томографией и др., невозможно получить изменений предстоящей длительности жизни для новорожденных или распространенности хронических заболеваний у детей и взрослых. Использование технологий лечебной медицины ориентировано только на очень дорогостоящее продление жизни ограниченного числа больных, чаще взрослых и даже пожилых людей.

Все вышеперечисленное свидетельствует о том, что истоки неблагоприятных тенденций лежат вне круга лечебных технологий, а опосредованы немедицинскими негативными обстоятельствами, создающими высокий риск для частоты и тяжести медицинских событий (болезней, несчастных случаев и травм).

Известно, что одним из таких обстоятельств, универсальным по своей повреждающей роли при широком круге заболеваний и причин смерти является недоедание.

Последние годы характеризуются очередным нарастанием интереса к проблемам связи здоровья и питания, попытками переосмысления ранее известных фактов на основе новых достижений фундаментальной медицины, биологии и самой науки о питании. Связь между здоровьем и питанием вполне понятна. Процесс роста и увеличения массы тела происходит за счет использования пищи и ее компонентов в собственно тканевые структуры. Чем более интенсивно происходят процессы роста, тем более зависимы они от степени оптимальности питания. Наиболее интенсивен рост ребенка внутриутробно, поэтому

связь дефицитов питания и здоровья в дальнейшем наиболее демонстративна.

Речь не идет о голодании в прямом понимании этого феномена, недоедание следует понимать как дефицит в питании человека отдельных или многих микронутриентов: витаминов, минералов, микроэлементов, неусвояемых углеводов, гликозидов, фенолов, терпенов и т.д. По результатам собственных исследований автора до 90% детей Иркутской области дефицитны по йоду; 67% – по магнию; 48% – по селену; 43% – по цинку; 42% – по кальцию и т.д. Питание, которое не имеет существенного разнообразия может вызвать дефицит определенных микронутриентов. Иногда продукты питания региона не содержат значительных питательных веществ из-за особенностей почвы (дефицит йода, селена) или воды (дефицит магния и кальция) или из-за присущих населению стереотипов питания (отказ от овощей и фруктов).

Интенсификация производства продуктов питания и технологии их ускоренного выращивания снизили содержание в них многих витаминов и микроэлементов. Например, содержание железа в яблоках уменьшилось в 25 раз за период 1914-1997 годов (данные минсельхоза США).

Особенно неблагоприятны дефициты в обеспеченности микронутриентами для беременных женщин, поскольку их отсутствие или недостаток имеет программирующее воздействие на здоровье будущих поколений.

Еще в 1932 году Fred Hail опубликовал исследование по дефициту по витамину А рациону питания свиней на ранних сроках беременности. Было получено потомство без зрачков, с расщелиной неба, дефектами задних конечностей.

В 1955 году Joseph Warkany было доказано увеличение частоты врожденных пороков при дефиците фолиевой кислоты (ФК) в питании беременных женщин. Известно, что фолиевая кислота-витамин В-9 принимает участие в биосинтезе белка и нуклеиновых кислот. Чем более интенсивен синтез белка – тем более она востребована. Источником фолиевой кислоты для человека является листовая зелень, чем она темнее, тем больше фолата (петрушка, шпинат, капуста брокколи).

В связи с длинной зимой в Сибири, население области потребляет свежие овощи ограни-

ченный период времени и потому каждый десятый дошкольник, каждый четвертый подросток и каждая третья девушка, вступающая в детородный возраст в Иркутской области по результатам анализа содержания фолата в крови, имеет его дефицит и риск рождения ребенка с ВПР. Но даже адекватное потребление фолата с овощами, кисломолочными продуктами и печенью не может обеспечить профилактический эффект предупреждения нездоровья будущего ребенка. При планировании беременности необходима подготовка к ней, прием препаратов ФК.

Исследования, проведенные в Англии и Северной Ирландии (R.W. Smithells et al. 1989) показали, что назначение ФК, планирующим беременность женщинам позволяет снизить риск рождения детей с дефектами нервной трубки на 83-91%. Исследования, проведенные в Венгрии доказали снижение ВПР на 40-70% при профилактическом приеме ФК до зачатия, а при приеме мультивитаминов с ФК – на 90% (E.Czeizel 1984).

В настоящее время известно, что дефицит ФК у беременных является пусковым фактором для развития невынашивания, частичной или полной отслойки плаценты, спонтанного аборта или мертворождения, повышает риск развития у плода ВПР, в частности, дефектов нервной трубки, водянки мозга или его недоразвития (анэнцефалии), мозговых грыж. После рождения, дефицит фолата увеличивает риск задержки роста и умственного развития ребенка, возникновение парезов и параличей, инфекций мочевыводящих путей, риск белокровия (лейкозов), опухолей мозга, нейробластом.

Исключительное внимание привлекли исследования 70-80 годов в Великобритании и США по предупреждению ВПР головного мозга путем назначения ФК женщинам до зачатия и в течение некоторого срока беременности и экономике технологий обогащения продуктов питания. При введении в рацион питания женщин детородного возраста и беременных только самой минимальной дозы ФК при затратах 3 цента в сутки, удалось снизить число детей с ВПР на 1000. Средний уровень затрат в течение года на лечение и содержание детей с ВПР центральной нервной системы в США составляет 65-125 тыс. долларов на 1 пациента в год. По результатам данного исследования Сенату США было доложено, что 1 дол-



лар, вложенный в питание женщин репродуктивного возраста, позволит сэкономить 5 долларов из бюджета.

В Непале были обследованы около 5 тыс. беременных женщин и их новорожденных детей. ФК в сочетании с железом, получаемая беременными женщинами достоверно увеличивала средние показатели веса новорожденных и уменьшала число детей с весом менее 2,5 кг. Специфика детской внутриутробной недостаточности питания и развития заключается в ее пожизненности. Признаки недостаточности питания могут с годами стираться, но в целом, судьба или сценарий жизни таких детей и будущих взрослых не очень благополучна. Маловесность при рождении программирует нездоровье в последующей жизни и ассоциируется с:

- риском острых заболеваний и смерти от них в любом периоде жизни в 4-10 раз;
- сохранением маловесности на длительный период;
- отставанием в росте в любом периоде жизни;
- нарушением памяти, обучаемости, интеллектуального развития, поведения;
- хроническими заболеваниями желудочно-

но-кишечного тракта;

- повышением холестерина и ишемической болезнью сердца;
- артериальной гипертонией;
- сахарный диабет;
- хроническими болезнями почек.

Риск в будущем материнстве у девочек, рожденных с низким весом, будет реализован:

- перинатальной и неонатальной смертностью их новорожденных;
- тяжестью дыхательных расстройств и патологией зрения у новорожденных, маловесностью новорожденных.

Многие находки в области диетологии беременности просто поражают воображение. Зависимость возникновения острого белокровия (лейкоза) у ребенка от обеспеченности ФК его матери во время беременности показал почтовый опрос, проведенный в Австралии.

С тех пор в связи с большой защитной ролью ФК для формирования здорового генофонда человека во многих развитых странах назначение ФК введено в обязательный протокол планирующим беременность женщинам и при подготовке к экстракорпоральному оплодотворению. По инициативе Всемирной организации здраво-

охранения, в 70 странах мира, более двадцати лет предусмотрена программа обогащения всех круп и муки, потребляемой населением ФК. Это позволило снизить число ВПР у новорожденных на 27% в США и на 42% – в Канаде, препятствовало развитию онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых, опухолей, малокровия, гипотрофии, рецидивирующих стоматитов – у детей.

Если в поисковиках в интернете набрать фразы: «ВПР и ФК», можно получить информацию в более чем 60 тысяч ответов. Однако не все население имеют такую возможность и не все женщины имеют интерес к знанию.

Влияние связи обогащения продуктов питания и здоровья человека закреплено в Указе Президента России от 30.01.2010 № 120 «Основы государственной политики в области рационального питания населения до 2020 года». Оно предусматривает обогащение продуктов питания, как единственный приоритетный способ коррекции здоровья населения России с помощью ликвидации микронутриентных дефицитов.

Наиболее ярким примером таких продуктов являются обогащенные продукты питания, в состав которых дополнительно введены пищевые волокна, бифидо- и лактобактерии, антиоксиданты, витамины, минеральные вещества (кальций, железо, цинк, фтор, селен и др.), флавоноиды (фитострогены, кверцетины и др.), полиненасыщенные жирные кислоты. Это продукты предназначенные для систематического употребления в составе пищевых рационов всеми возрастными группами здорового населения, которые снижают риск развития заболеваний, связанных с питанием, сохраняют и улучшают здоровье за счет наличия в их составе физиологически функциональных пищевых ингредиентов.

Подвергать обогащению следует пищевые продукты массового потребления, доступные для всех групп детского и взрослого населения, используемые регулярно в повседневном питании.

В соответствии с Указом процентное содержание обогащенных продуктов питания на местных рынках должно достичь 50%. Это сделано по примеру Японии, где большинство продуктов являются обогащенными и продолжительность жизни в Японии – одна из самых длинных на планете.

Не в этом ли причина динамики снижения ВПР в России за 4 года на 11%? Ведь такие регионы как Омская область, Красноярский край, имеющие низкие показатели младенческой смертности, имеют долю обогащенных продуктов в 11-15%.

В Иркутской области обогащенные продукты питания производятся только 21 предприятием, их доля в общем объеме составляет 3,5% в 2015 году. Они не отличаются разнообразием обогащаемых ингредиентов (йод, ФК) При этом производители продуктов питания сетуют на то, что они не востребованы населением области. И было бы удивительно, если бы их сметали с полок магазинов. Ведь в средствах массовой информации об этом не сказано ни слово, нет никакой рекламы. Средства массовой информации частные и за время в эфире нужно платить. А кто это будет делать? Попытки придать динамику продвижения обогащенных продуктов питания на территории области не увенчались успехом.

Предложения о необходимости внедрения технологий по обогащению продуктов питания, проведения просветительской работы среди населения, высказанные автором этой статьи на уровне исполнительной и законодательной властей региона не нашли поддержки.

Программа «Школьное молоко» реализована во многих развитых странах в течение 20 лет. Ведь стакан молока для человека – это 40% обеспеченности белком и витамином В-2. В России ее успешно освоили 44 территории. К сожалению, в Иркутской области данная программа даже не рассматривается.

Досадно и то, что область имеет собственный опыт обогащения всего хлеба йодом с 2000 по 2007 годы. В результате снизилось число мертворождений и недонашиваний, количество эндокринных заболеваний уменьшилось в 20 раз, инфекционных – в 2 раза, в 6 раз уменьшилось число малорослых детей. Экономисты посчитали, что на вложенный 1 рубль бюджет сэкономил 14 рублей. Но закрылся дрожжевой завод, и закончилась недолгая благодать.

Своевременное осознание необходимости проведения работы, направленной на оздоровление населения области обеспечит соблюдение прав человека и в первую очередь прав ребенка на жизнь и здоровье!!!

Манту: за и против

Т.В. Дементьева, главный консультант

в аппарате Уполномоченного по правам ребенка в Иркутской области

Современная медицина рассматривает туберкулинодиагностику или, как мы все ее называем, пробу Манту как основной и эффективный метод раннего выявления туберкулеза у детей и подростков.

Все чаще в адрес Уполномоченного по правам ребенка в Иркутской области стали поступать обращения граждан по вопросу отказа детям, туберкулинодиагностика которым не проводилась, в посещении дошкольных образовательных организаций.

При рассмотрении таких обращений было установлено, что в большинстве случаев причиной отсутствия туберкулинодиагностики у детей явилось внутреннее убеждение родителей об отсутствии необходимости в такой диагностике.

Действительно действующее законодательство, а именно ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и п. 3 ст. 7 Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», провозглашает принцип добровольного согласия или отказа от медицинского вмешательства, в том числе на оказание противотуберкулезной помощи.

Казалось бы, учитывая данный принцип, а также право на общедоступное и бесплатное дошкольное образование в образовательных организациях, гарантированное Конституции Российской Федерации (ст. 43), а также Федеральным законом от 29 декабря 2012 года «Об образовании в Российской Федерации» (ч. 3 ст. 5), отказ в допуске в дошкольную образовательную организацию, по причине отсутствия туберкулинодиагностики у несовершеннолетнего, является существенным нарушением указанного конституционного права. Однако, все не так бесспорно, как кажется, в связи с чем, обратимся к действующему законодательству.

К одним из основных прав воспитанников, в соответствии с Законом об образовании (п. 9 ч.1 ст. 34) относится охрана жизни и здоровья, которые вытекают из положений Конституции

Российской Федерации (ст. 41).

Согласно Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 2) охрана здоровья граждан это система мер, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического) характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения является одним из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Отношения в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения регулируются Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», согласно которого (п. 3 ст. 39), соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

Кроме того, ст. 28 указанного закона определено, что в образовательных учреждениях независимо от организационно-правовых форм должны осуществляться меры по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, и выполняться требования санитарного законодательства.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2003 года «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 октября 2013 года «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13

«Профилактика туберкулеза» туберкулинодиагностика (проба Манту) проводится ежегодно всему детскому населению, начиная с возраста 1 года. Отдельным детям по медицинским показаниям туберкулинодиагностика проводится 2 раза в год.

Перед проведением пробы Манту, как и перед любым медицинским вмешательством, в соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 20) и Федерального Закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (п. 2 и 3 ст. 7) требуется информированное добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства от законного представителя ребенка, не достигшего возраста пятнадцати лет.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю ребенка в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа (п. 4 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В этом случае, дети, туберкулинодиагностика которым не проводилась, допускаются в детскую организацию только при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания (п. 5.7. Правил СП 3.1.2.3114-13).

Врач-фтизиатр обязан не позднее 1 месяца со дня обращения выдать заключение. При заключении об отсутствии заболевания ребенок допускается в детскую образовательную организацию.

При отсутствии пробы Манту врач-фтизиатр может сделать заключение об отсутствии туберкулеза только при наличии результатов обследования: общего анализа крови, общего анализа мочи, рентгеномографического обследования органов грудной клетки.

Только данное полное клиническое обследование позволяет исключить у ребенка локальные формы туберкулеза, в том числе малые формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, которые могут протекать бессимптомно с возможным формированием в последующем посттуберкулезных изменений (кальцинатов). При отсутствии результатов обследования ребенка заключение врача-фтизиатра об отсутствии за-

болевания туберкулезом будет необоснованным.

Кроме того, статья 10 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» предусматривает, что граждане обязаны заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и об обучении своих детей и не осуществлять действия, влекущие за собой нарушения прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Следует отметить, что абзац 2 пункта 5.7 Правил СП 3.1.2.3114-13 был предметом рассмотрения в Верховном Суде Российской Федерации как нарушающий право несовершеннолетнего на получение дошкольного образования.

Согласно позиции Верховного Суда Российской Федерации, изложенной в решении от 17 февраля 2015 года № АКПИ 14-1454, установленное абзацем вторым пункта 5.7 Правил, требование о допуске детей, туберкулинодиагностика которым не проводилась, в детскую организацию при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания, направлено на предупреждение возникновения, распространения туберкулеза, а также соблюдение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Вот и получается, что допуск ребенка, туберкулинодиагностика которому не проводилась, в дошкольную образовательную организацию, может повлечь за собой нарушение прав несовершеннолетних, посещающих эту организацию, на охрану жизни и здоровья, которое также как и право на получение на общедоступное и бесплатное дошкольное образование гарантировано Конституцией Российской Федерации.

Также следует помнить, что эпидемиологическая ситуация, связанная с распространением туберкулеза, относящемуся к социально значимому заболеванию, на территории Иркутской области, является крайне напряженной, а обязанность заботиться о здоровье своих детей возложена на родителей.

Право отказаться от пробы Манту есть у всех. Но такое же право имеют родители других детей школьного или детского сада коллектива, когда требуют гарантий, чтобы туберкулезом не заразился их ребенок.

Права детей-инвалидов: социальное и медицинское обеспечение

Т.В. Афанасьева,
руководитель аппарата Уполномоченного по правам ребенка в Иркутской области

Жизнь ребенка-инвалида, как и других детей многогранна. Но недостатки в физическом или психическом здоровье мешают им выразить себя, да и просто «жить». Ежедневно родители ребенка-инвалида, да и сам ребенок, сталкиваются с проблемами, которых в принципе не должно быть. Это и получение образования, медицинской помощи и медицинского ухода, реабилитации, санаторно-курортного лечения, транспортного обеспечения.

В данной статье речь пойдет о ситуации, сложившейся с начала 2015 года по обеспечению детей-инвалидов бесплатным проездом к месту лечения и обратно.

В начале текущего года к Уполномоченному по правам ребенка в Иркутской области стали поступать жалобы от родителей детей-инвалидов. В своих обращениях они указывали на нарушение прав их детей, при оформлении бесплатного проезда к месту лечения и обратно.

Так, мама Светланы жаловалась, что не может оформить проездные документы к месту лечения дочери по настройке кохлеарного аппарата. Мама Никиты и Есении сообщили, что также не могут получить необходимые документы для оформления проездных документов для поездки в федеральную глазную клинику.

Рассматривая эти и другие обращения, получив ответы от органов власти, курирующих эти вопросы, мы выяснили следующее.

Федеральным законом от 17 июля 1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», дети-инвалиды имеют право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в том числе права на бесплатный проезд к месту лечения и обратно. Сразу стоит отметить, что при предоставлении данной

услуги дети-инвалиды имеют право на бесплатный проезд к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица.

Во исполнение указанного закона Приказами Минздравсоцразвития России были утверждены «Порядок предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан» (№ 328 от 29.12.2004) и «Порядок направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний» (№ 617 от 05.10.2005). Данные документы регулируют порядок направления граждан для получения ими лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета.

До 1 января 2015, в соответствии с этими порядками, родители (законные представители) детей-инвалидов при наличии медицинских показаний обращались в органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, которые выдавали направление на лечение в медицинское учреждение и Талон № 2, на основании которого территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации выдавал проездные документы к месту лечения и обратно.

В связи с принятием в конце 2014 года Министерством здравоохранения РФ ряда нормативных правовых актов сложилась ситуация, при которой за счет средств федерального бюджета осуществляется оказание высокотехнологичной медицинской помощи (№ 930н от 29.12.2014 «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы»). В остальных случаях, направление пациентов в медицинские организа-

ции, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной (за исключением высокотехнологической) медицинской помощи, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (№796н от 2 декабря 2014 г. «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи»).

Таким образом, с начала 2015 года, стало возможным получать лечение не только за счет средств федерального бюджета, но и за счет средств обязательного медицинского страхования.

Благодаря принятым изменениям увеличился перечень источников финансирования данного вида социальных услуг, а это должно привести к расширению возможности выбора медицинских организаций. Упростился порядок направления граждан в федеральные медицинские организации. Направление осуществляется лечащим врачом медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи.

Однако, на практике выявились и негативные моменты. Предоставление детям-инвалидам бесплатного проезда к месту лечения и обратно для оказания им специализированной медицинской помощи стало невозможным, так как порядок направления на лечение за счет средств обязательного медицинского страхования Министерством здравоохранения Российской Федерации до настоящего времени не принят.

Во избежание нарушения прав детей-инвалидов на получение бесплатного проезда к месту лечения и обратно, учитывая большой поток жалоб граждан, министерством здравоохранения Иркутской области и Уполномоченным по правам ребенка в Иркутской области были направлены соответствующие письма в адрес директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации Е.Н. Байбаринной, в адрес министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой, Уполномоченному при Президенте Российской Федерации по правам ребенка П.А. Астахову с предложениями по

внесению изменений в действующие нормативно-правовые акты либо по принятию новых актов регламентирующих данные правоотношения.

В результате Министерство здравоохранения Российской Федерации подготовило изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 года № 617 «О порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний». Проект приказа с 17 апреля 2015 года размещен на официальном сайте в сети «Интернет», проходит процедуру согласования. Принятие изменений позволит урегулировать вопросы бесплатного проезда к месту лечения и обратно граждан Российской Федерации льготных категорий, в том числе детей-инвалидов к месту лечения в федеральные медицинские организации.

Все бы хорошо, но что делать родителям Светланы Никиты, Есени и других детей-инвалидов? Ждать, пока будут приняты изменения? Практика показывает, что правовое урегулирование подобных вопросов занимает определенное количество времени. Поэтому, в целях восстановления прав ребенка-инвалида на предоставление бесплатного проезда к месту лечения и обратно, граждане вправе в судебном порядке взыскать потраченные суммы за проезд к месту лечения и обратно. Мы же в свою очередь можем помочь правильно составить пакет необходимых документов для обращения в суд, за защитой прав детей-инвалидов.

Проблемы организации первичной медицинской помощи в образовательных учреждениях

М.Н. Садовникова,

к.ю.н., директор «Иркутского центра медиации»,
член Экспертного совета при Уполномоченном по правам ребенка в Иркутской области,
член Общественного Совета при Уполномоченном по правам ребенка при Президенте РФ



кнули, он упал и головой ударился. Мне сразу бросилось в глаза, что он стал вялым, хотел прилечь спать, что на него не похоже. Конечно, я стала сразу звонить родителям. Вызвали скорую. Оказалось черепно-мозговая травма... Говорит, что в школе его отправили домой... Медсестры сегодня нет, поэтому беги быстрее домой...»

Рассказывает мама Вали: «Валя упала на уроке в обморок... Конечно, все понятно – весна, нагрузка, нервы... Учительница математики отправила ее домой. В итоге все оказалось куда сложнее. Валя проходит лечение. Но возмущает спокойствие педагогов – иди домой... Упадешь по дороге? Ничего, это уже не наша проблема, ведь не в школе же...»

И таких примеров наберется десяток. Во всех этих рассказах – хороший конец. Но хороший он по случайности... И если сегодняшние образовательные учреждения совместно с учреждениями здравоохранения не решат: как и кто должен вести себя в подобных ситуациях, могут возникнуть и другие последствия.

Вместе с тем, проблемы в настоящее время две.

Первая. Обеспеченность медицинским персоналом образовательных учреждений.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации (ст. 41), каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Федеральный Закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» устанавливает механизм реализации данного права в образовательных учреждениях для детей.

Одним из основных принципов государ-

Будучи тренерами, профессиональными медиаторами, психологами – команда АНО «Иркутский центр медиации» вот уже в течение трех лет аккумулирует информацию о различных проблемных ситуациях, возникающих вокруг детей...

В последнее время все чаще и чаще мы стали слышать рассказы мам, бабушек о том, как их ребенка, которому требовалась срочная медицинская помощь, просто отправляли из школы домой... Уже дома, вызвав скорую помощь, родители стали осознавать чем все могло закончиться, не окажись их дома... не позвони им вовремя ребенок...

Рассказывает бабушка Мити: «Когда внук пришел домой, он был весь в крови. Голова, шея, вся рубашка. Я даже сначала понять не могла откуда идет кровь. Оказалось из головы, его тол-

ственной политики в сфере образования является приоритет охраны жизни и здоровья обучающихся (ст. 3 Закона «Об образовании»). К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования относится и обязанность организации медицинской помощи обучающимся.

Вопросы оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях регламентированы Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 ноября 2013 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

В соответствии с данным приказом организацию оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания, осуществляют органы исполнительной власти в сфере здравоохранения. Образовательная организация обязана предоставить безвозмездно медицинской организации помещение, соответствующее условиям и требованиям для осуществления медицинской деятельности.

Первичная медико-санитарная помощь обучающимся, нуждающимся в лечении, оказывается врачами-педиатрами, врачами по гигиене детей и подростков, врачами-специалистами, фельдшерами и медицинскими сестрами.

Это означает, что и Мите и Вале должна была быть оказана первичная медицинская помощь непосредственно в образовательном учреждении. И именно образовательное учреждение несет ответственность не только за жизнь и здоровье ребенка, но и за оказание своевременной медицинской помощи.

Школьная медицина имеет уже более чем 130 летнюю историю. Еще в 1870 году в школах Санкт-Петербурга впервые проверили зрение у всех детей. Десять лет спустя у 26 тысяч школьников было проведено обследование состояния здоровья. С тех самых пор школьная медицина набирала обороты. В конце 80-х годов медсестры и врачи были в каждом образовательном учреждении. А в 2000 годах, к сожалению, ситуация изменилась. Медсестры есть только в тех образовательных учреждениях, где норматив количества

учащихся соответствующий. Мало детей – тогда и доктор не положен!

Вторая проблема связана с осведомленностью участников образовательного процесса об ответственности за жизнь и здоровье ребенка.

Рассказывает бабушка Мити: «Ну как же это так... отправить маленького ребенка домой... Ведь не отправила бы она (имеется в виду учительница) своего собственного ребенка из школы домой в таком состоянии...»

Рассказывает мама Вали: «Конечно, меня удивляет реакция учителя... Я знаю, что ребята из класса говорили о том, что нужно позвать врача, классного руководителя... На что учитель им сказала – ничего страшного, не надо паниковать... поспит дома и все пройдет...»

Возникает множество вопросов по поводу того, насколько сегодняшний учитель готов не только обучать, но и, осознавая, нести ответственность за свои действия, в частности, в вопросах организации первичной медицинской помощи учащемуся. Бесспорно, что учитель не врач. От него не требуется лечение, да и оказание первичной помощи. Но предпринять максимум усилий для того, чтобы обезопасить ребенка от возможных негативных последствий, связанных с возникающими ситуациями угрозы его здоровью, он обязан.

Важно проведение лекториев для всех участников образовательного процесса по вопросам организации первичной медицинской помощи ребенку.

Социальная реклама – польза или вред?

Стародубцева Галина, кандидат психологических наук, эксперт информационной продукции Роскомнадзора России

Посмотрите на картинку справа... Что вы чувствуете? Какие мысли вас посещают в этот момент? Что вы будете или не будете делать после?

Чувство отвращения и ужаса посещают меня вновь и вновь, когда я смотрю на этот постер социальной рекламы о вреде курения и его влиянии на беременность и развитие детей. Хочется помочь этому малышу – вытащить его из бокала – и кричать: «Милые женщины, берегите своих детей!».

Но давайте по порядку и для начала обратимся к теории.

Данный постер представляет собой вид социальной рекламы, воздействующей на убеждения людей для достижения желаемого поведения. Данная реклама предполагает выбор альтернатив действий и выполняет функцию просвещения (распространение полезных знаний!), информирования и коммуникации. Социологи дают следующее определение социальной рекламе: «Социальная реклама – это коммуникация с помощью СМИ и других средств передачи информации с целью повлиять на установки людей в отноше-



нии тех или иных социальных проблем», и далее «...эффективность социальной рекламы состоит в создании позитивных установок, действенных эталонов позитивных действий, поступков, изменения социальных смыслов и ценностей, создание внутренних ориентиров» (Голуб, 2013, с.17). Хочу заметить, что создание позитивных установок на действия и поступки людей является главной характеристикой такого вида рекламы.

Исходя из определения, попробуем отве-





тить на вопрос: о чем этот постер? Пропаганда здорового образа жизни? Нет... О проблеме табакокурения в нашем обществе? Да... А где альтернатива? Где позитивные установки и социально-желательные способы поведения по отношению к нашим детям и содействие в решении детских проблем безопасности? Их нет... И таких примеров в нашем городе огромное количество. Их часто можно встретить в больницах, в социальных и образовательных учреждениях.

А теперь о детях...

К сожалению, дети, и особенно маленькие дети, не понимают социальной рекламы, несущей полезную информацию. Для понимания такого вида рекламы детям необходимы определенные способности, они с трудом распознают такие эмоции, как грусть и печаль, страх, а также не понимают причин, вызывающих эти эмоции. И только, начиная с 5-6 летнего возраста, им становится более или менее доступно содержание социальной рекламы и то в ограниченном объеме. В первую очередь, ребенок видит перед собой картинку, он не может мгновенно уловить смысл та-

ких сообщений, поскольку у него слиты воедино эмоции, чувства и мысли по этому поводу. Дети не рождаются с готовыми знаниями, даже подросткам необходимо предоставлять выбор альтернатив и показывать пути и способы достижения здорового образа жизни. Важно помнить, что у несовершеннолетних нравственные нормы не являются полностью сформированными, что может в дальнейшем привести к неверному пониманию смысла социальных сообщений и к развитию искаженных норм поведения.

Что делать?...

Общественности необходимо консолидировать усилия по выявлению неправильных и ложных примеров социальной рекламы, направленной на пропаганду здорового образа жизни и жизни будущего поколения. Авторам таких сообщений следует уделить особое внимание разработке социальной рекламы и ее размещения в местах общественного пользования с учетом психологии маленьких детей и подростков. Дети – наше будущее, и нравственные ориентиры служат залогом здоровья общества.



Академик Федор Григорьевич Углов

5 октября нашему земляку, выдающемуся хирургу, ученому с мировым именем, педагогу, автору книг Федору Григорьевичу Углову исполнилось бы 111 лет.

Родился Федор Григорьевич в 1904 году в деревне Чугуево Киренского уезда Иркутской губернии, Российской империи. Его семья, из восьми человек, жила очень скромно. Решив учиться на хирурга, он в 1923 году три недели добирался до Иркутска: двумя пароходами, на лодке, на авто и на лошадях, поступил на медицинский факультет Восточно-Сибирского университета (ныне Иркутский государственный университет). Позднее, из-за болезни, перевелся в Саратов, где и закончил обучение в 1929 г. После окончания, работал участковым врачом на родине, в Сибири. В 1937-м поступил в аспирантуру, в Ленинграде. Во время Великой Отечественной войны был военным врачом, начальником хирургического отделения госпиталя. Оперировал и во время налетов, при недостаточном освещении, на пронизывающем холоде. Всю ленинградскую блокаду простоял у операционного стола. С 1950 года возглавлял кафедру госпитальной хирургии Первого медицинского института имени академика И.П. Павлова (ныне - Санкт-Петербургский государственный медицинский университет). Уже в 70-х годах хирурги многих стран мира стремились лично познакомиться с Федором Григорьевичем, о котором складывали легенды, и увидеть проводимые им операции.

Академик РАМН Ф. Г. Углов был действитель-

ным и почетным членом Петровской академии наук и искусств, вице-президентом Международной Славянской академии, президентом Государственного православного фонда, почетным доктором Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени И.П. Павлова, почетным членом зарубежных научных обществ, лауреатом многочисленных премий. Федор Григорьевич попал в Книгу рекордов Гиннеса как старейший в мире практикующий хирург. Свой 100-летний юбилей он провел за операционным столом. Автор книг и нескольких сотен научных статей. Одним из первых в СССР участвовал в разработке методов хирургического лечения пороков сердца, успешно выполнял сложнейшие операции на пищеводе, при заболеваниях легких. Является автором изобретения «Искусственный клапан сердца и способ его изготовления». Федор Углов был членом Союза писателей России, почетным членом хирургического общества имени Пирогова, возглавлял Всероссийское общество трезвости. Вот что говорил Федор Григорьевич о вреде алкоголя: *«Алкоголь – зло никак не меньшее, чем любые другие наркотики. Потребление спиртного сокращает жизнь на 20-25 лет. Любая доза алкоголя сокращает сосуды мозга. Эритроциты перестают туда попадать, и клетки мозга через какое-то время погибают. В результате, даже после умеренного потребления спиртного в мозгу человека остается целое кладбище из погибших нервных клеток. А через несколько лет мозг у него сморщивается, умень-*

шается в объеме. После умеренного потребления спиртного мозг приходит к норме только через 20 дней. Все это время человек работает «пьяным» мозгом. А смертельная доза алкоголя – 8 грамм на килограмм веса. Так что алкоголь – это настоящий яд. Согласно данным ВОЗ, в мире каждый третий умирает от причин, связанных с употреблением алкоголя. Пьянство в России стало основным губителем общества». Федор Григорьевич Углов неустанно пропагандировал здоровый образ жизни. Первая его книга «Сердце хирурга» увидела свет в 1974 году и многократно переиздавалась, переведена на многие языки мира. Последняя его книга носит название «Сто лет для человека слишком мало». Среди секретов долголетия академик называл умеренность в пище, трезвость, добродетель и трудолюбие.

Федор Григорьевич был награжден двумя

орденами Трудового Красного Знамени, орденом Дружбы народов, орденом «За заслуги перед Отечеством», медалями «За боевые заслуги», «За оборону Ленинграда», «Изобретатель СССР».

До последних своих дней работал на кафедре госпитальной хирургии медицинского университета, проводил обходы больных, консультировал на операциях. В книге Федора Григорьевича есть такие слова: «Если бы Господь подарил мне еще сто лет жизни – я бы их, не раздумывая, также отдал служению Отечеству, своему народу, а особую сокровенную часть сердца – любимому городу Санкт-Петербургу».

Федор Григорьевич умер на 104-м году жизни, в день народной скорби 22 июня 2008 г.

Академик Углов весь свой ум, всю силу характера, огромный запас доброты отдал делу народного здоровья, телесного и душевного.

12 ЖИЗНЕННЫХ ПРИНЦИПОВ АКАДЕМИКА УГЛОВА:

- 1) Люби Родину. И защищай ее. Безродные долго не живут.
- 2) Люби работу. И физическую тоже.
- 3) Умей владеть собой. Не падай духом ни при каких обстоятельствах.
- 4) Никогда не травись ни алкоядом, ни табакоядом, иначе бесполезны будут все остальные рекомендации.
- 5) Люби свою семью. Умей отвечать за нее.
- 6) Сохрани свой нормальный вес, чего бы тебе это ни стоило. Не передай!
- 7) Будь осторожен на дороге. Сегодня это одно из самых опасных для жизни мест.
- 8) Не бойся вовремя пойти к врачу.
- 9) Избавь своих детей от разрушающей здоровье музыки.
- 10) Режим труда и отдыха заложен в самой основе работы своего тела. Люби свое тело, щади его.
- 11) Индивидуальное бессмертие недостижимо, но продолжительность твоей жизни во многом зависит от тебя самого.
- 12) Делай добро; зло, к сожалению, само получится.

Принцип четырех «д»

«Очень нужная клиника для девушек подросткового возраста!»

«Многие проблемы становятся значительно легче с вашей помощью».

«Нужно как можно больше проводить познавательных акций, рассказывать подросткам о проблемах половой жизни!»

«Здесь работают самые понимающие люди»

«Я буду приходить сюда еще»

«Побольше-бы таких центров»

Все это отзывы юных посетителей иркутских Клиник дружественных к молодежи.

В условиях демографической нестабильности сохранение здоровья молодежи – первостепенная национальная задача. По различным данным, за последние годы общая заболеваемость подростков увеличилась на 29,4%. Частота гинекологических заболеваний у девушек возросла в 3 раза. Смертность подростков в России является одной из самых высоких в мире. Свыше 70% подростков имеет признаки психологической и социальной дезадаптации. Именно в переходном возрасте необходимо заниматься предупреждением рискованного поведения, профилактикой инфекций передаваемой половым путем, формированием у молодых людей правильных межличностных и сексуальных отношений.

Идея создания сети медико-социальных служб, дружественных к молодежи реализуется при поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ). Иркутск участвует в этом проекте пять лет. Первая Клиника, дружественная к молодежи «Линия Жизни» была открыта на базе поликлиники ОГАУЗ «ИГКБ №8» «Линия жизни» строит свою работу на принципе четырех «Д»: Доступности, Доброжелательности, Доверия и Добровольности.

Среди специалистов клиники не только медики: гинеколог, уролог – андролог, подростковый терапевт, психолог, консультации ведут также юрист и социальный работник.

Придерживаясь наставления Пирогова, о том, что медицина должна быть предупредительной, специалисты Клиники разработали и реали-

зуют основательно продуманную профилактическую программу: работает лекторий по вопросам репродуктивного здоровья подростков и формированию навыков здорового образа жизни, проводятся массовые акции в подростковой среде и ярмарки здоровья.

В рамках ярмарок здоровья, которые проходят в учебных учреждениях, старшеклассники и студенты могут получить консультацию гинеколога и психолога КДМ, пройти экспресс-диагностику уровня сахара и холестерина, экспресс-тестирование на ВИЧ специалистами Центра здоровья.

Еще одно направление работы – отбор и подготовка волонтеров. Подростки недоверчивы, мир взрослых часто кажется им чужим и враждебным. И напротив, информация от равного – равному воспринимается гораздо дружественней.

Из числа девушек, перенесших медицинский аборт, а также студентов медицинского колледжа, участвующих в волонтерском движении создана группа поддержки по принципу работы с людьми, затронутыми одной проблемой.

Цель создания группы – психологическая и социальная реабилитация девушек-подростков перенесших аборт, привлечение в волонтерское движение для формирования навыков здорового образа жизни и сохранения репродуктивного здоровья. По собственной статистике Клиники 39% девушек 13-18 лет, живут половой жизнью. Девять из десяти используют средства контрацепции. Все девушки с подтвержденным фактом беременности проходят обязательное консультирование психолога Клиники с целью оказания психологической поддержки и помощи в выборе оптимального выхода из сложившейся ситуации.

Кроме того, в клинике «Линия жизни» разработана программа комплексной реабилитации девушек с нарушениями в репродуктивной системе из группы Д наблюдения: нарушениями менструальной функции, полового развития. Девушки проходят комплексное обследование в Центре Здоровья детской поликлиники и обязательную консультацию психолога с последующей коррекцией выявленных функциональных, соматических и психологических нарушений.

Роль «Линии жизни» заключается в активной работе с подростками по профилактике рискованного поведения, нежеланной беременности, формированием у молодежи правильных межличностных и сексуальных отношений.

**Список подразделений медицинских организаций Иркутской области,
оказывающих медико-социальную, психотерапевтическую помощь детскому населению**

№	Наименование медицинской организации	Наименование структурного подразделения	Адрес, контактный телефон
1	ГБУЗ «Иркутский психоневрологический диспансер»	амбулаторно-поликлиническое отделение, Центр психотерапевтической помощи	г. Иркутск ул. Красноармейская, 12 Тел. регистратуры 24-04-03, телефон доверия 24-00-07, 24-00-09
2	ГБУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница	Центр психотерапевтической помощи детям	г. Иркутск, бул. Гагарина, 4 тел. (3952) 24-38-93
3	МАУЗ «Иркутская городская детская поликлиника № 2»	Отделение медико-социальной помощи детям и подросткам «КИНО»	г. Иркутск, м. Солнечный, 62 тел. (3952) 35-00-86
4	МАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 8»	Отделение медико-социальной помощи детям и подросткам «Линия жизни»	г. Иркутск, ул. Баумана, 191 тел. (3952) 51-80-70
5	ОГБУЗ «Братская детская городская больница»	Центр охраны репродуктивного здоровья «Ариадна»	г. Братск, ул. М. Жукова, 8 тел. (3953) 45-98-08, 44-88-71
6	ОГБУЗ «Саянская городская больница»	Молодежная консультация «Бригантина»	г. Саянск, м. Юбилейный, 26 Тел. (395-53) 5-32-32
7	ОГБУЗ «Зиминская городская больница»	Отделение медико-социальной помощи детям и подросткам	г. Зима, ул. Куйбышева, 98 тел.(395-54) 366-40
8	ОГАУЗ «Ангарская городская детская больница № 1»	Отделение медико-социальной помощи детям подросткового возраста «Здоровое поколение»	г. Ангарск, 88 квартал, 3 тел. (3955) 53-02-21, 53-09-59
9	ОГБУЗ «Иркутская городская детская поликлиника № 6»	Детский центр здоровья	г. Иркутск, ул. Академическая, 60 Тел. (3952) 706-248, 706-249
10	ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 8»	Детский центр здоровья	г. Иркутск, ул. Баумана, 206 Тел. (3952) 44-89-17
11	ОГАУЗ «Ангарская городская детская больница № 1»	Детский центр здоровья	г. Ангарск, 15 микрорайон, 7 Тел. (3955) 55-60-12
12	ОГБУЗ «Районная больница г. Бодайбо»	Детский центр здоровья	г. Бодайбо, ул. 30 лет Победы, 6 Тел. (395-61) 5-12-05
13	ОГБУЗ «Братская детская городская больница»	Детский центр здоровья	г. Братск, ул. Курчатова, 8 Тел. (395-3) 41-25-69
14	ОГБУЗ «Черемховская детская городская больница»	Детский центр здоровья	г. Черемхово, ул. Дударского, 17 Тел. 8-908-64-77-926
15	ОГБУЗ «Усть-Илимская городская детская поликлиника»	Детский центр здоровья	г. Усть-Илимск, ул. Карла Маркса, 22 Тел. (395-35) 5-37-51
16	ОГБУЗ «Саянская городская больница»	Детский центр здоровья	г. Саянск, м. Юбилейный, 26 Тел. (395-53) 5-32-32

В следующем выпуске

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

Тема номера:

***Реализация региональной стратегии действий
в интересах детей на 2012-2017 годы в Иркутской области
за период 2013-2014 года и первое полугодие 2015 года***