

Медико-социальные аспекты жестокого обращения с детьми: роль врача-педиатра

С.Я. Волгина¹, Р.Г. Гамирова², Н.А. Соловьева¹, Г.А. Кулакова¹, Е.А. Курмаева¹, Е.С. Курбанова¹

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

²ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия

Medical and social aspects of child abuse: the role of a pediatrician

S.Ya. Volgina¹, R.G. Gamirova², N.A. Solovyeva¹, G.A. Kulakova¹, E.A. Kurmayeva¹, Y.S. Kurbanova¹

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

²Kazan (Volga region) Federal University, Kazan, Russia

В статье дается обзор темы жестокого обращения с детьми, описываются масштабы проблемы и факторы риска, приводящие к жестокому обращению с детьми и безнадзорности. Пережитая в детстве травма способствует формированию нарушений соматического и психического здоровья жертв на протяжении всей жизни. После изучения юридических определений жестокого обращения с детьми рассматриваются общие клинические результаты и диагностические стратегии, позволяющие врачу-педиатру провести дифференциальную диагностику между случайной и преднамеренной травмами ребенка. Представлен алгоритм дальнейших действий врача. Показано, что для оказания помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в Республике Татарстан, эффективно действует трехуровневая система медико-социальной помощи. За нарушение родительских обязанностей установлена ответственность семейным, административным и уголовным правом.

Ключевые слова: дети, врач-педиатр, жестокое обращение с детьми.

Для цитирования: Волгина С.Я., Гамирова Р.Г., Соловьева Н.А., Кулакова Г.А., Курмаева Е.А., Курбанова Е.С. Медико-социальные аспекты жестокого обращения с детьми: роль врача-педиатра. Рос вестн перинатол и педиатр 2024; 69:(5): 5–12. DOI: 10.21508/1027-4065-2024-69-5-5-12

This article provides an overview of child abuse, describing the scale of the problem and the factors that put children at risk of abuse and neglect. It also discusses the trauma experienced in childhood and how it contributes to the development of disorders in the physical and mental health of victims later in life. After examining the legal definitions of child abuse, common clinical findings and diagnostic strategies are reviewed to enable the pediatrician to differentiate between accidental and intentional injury to a child. An algorithm for further doctor's actions is presented. It is shown that a three-tiered system of medical and social support is effectively operating in the Republic of Tatarstan to assist children in difficult situations and prevent socially dangerous situations. Family, administrative, and criminal laws establish responsibility for violation of parental obligations.

Key words: children, pediatrician, child abuse.

For citation: Volgina S.Ya., Gamirova R.G., Solovyeva N.A., Kulakova G.A., Kurmayeva E.A., Kurbanova Y.S. Medical and social aspects of child abuse: the role of a pediatrician. Ros Vestn Perinatol i Peditr 2024; 69:(5): 5–12 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2024-69-5-5-12

© Коллектив авторов, 2024

Адрес для корреспонденции: Волгина Светлана Яковлевна — д.м.н., проф. кафедры госпитальной педиатрии Казанского государственного медицинского университета,

ORCID: 0000-0002-4147-2309

e-mail: volgina_svetlana@mail.ru

Соловьева Наиля Анасовна — к.м.н., доц. кафедры госпитальной педиатрии Казанского государственного медицинского университета, ORCID: 0000-0002-9687-4583

Кулакова Галина Александровна — к.м.н., доц. кафедры госпитальной педиатрии Казанского государственного медицинского университета, ORCID: 0000-0003-1741-2629

Курмаева Елена Анатольевна — к.м.н., доц. кафедры госпитальной педиатрии Казанского государственного медицинского университета, ORCID: 0000-0003-0873-8037

Курбанова Есуман Сайбиловна — ординатор кафедры госпитальной педиатрии Казанского государственного медицинского университета, ORCID: 0009-0005-8926-0136

420012 Казань, ул. Бутлерова, д. 49

Гамирова Римма Габдулбаровна — к.м.н., доц., зав. кафедрой неврологии с курсами психиатрии, клинической психологии и медицинской генетики, ведущий научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории «Нейрокогнитивные исследования» Казанского (Приволжского) федерального университета, ORCID: 0000-0002-8582-592X

420008 Казань, ул. Кремлевская, д. 18

Жестокое обращение с детьми — крайне важная медико-социальная проблема, требующая немедленного решения, создающая серьезные последствия на всех этапах жизни людей. Пережитая в детстве травма влечет за собой нарушения в развитии мозга, иммунной и нервной систем. Изменения, вызванные стрессом, начинаются с дисфункции глюкокортикоидной, норадренергической и вазопрессин-окситоциновой стресс-систем и нейротрансмиттеров, которые влияют на основные процессы развития нервной системы (нейрогенез, синаптогенез и миелинизация) [1, 2]. Нейробиологические изменения, связанные со стрессом в раннем возрасте, формируют нарушения нейроиммунных реакций, микробиома, метаболизма, изменяют сон/циркадную систему [3].

В зрелом возрасте люди, пострадавшие от физического насилия в детстве, сильнее прочих подвержены возникновению проблем с физическим и психическим здоровьем. Они более уязвимы и могут становиться как жертвами насилия, так и агрессорами, иметь склонность к депрессиям, к формирова-

нию психотических симптомов и психотических расстройств, различного рода зависимостям (алкоголь, курение, пищевые расстройства). Преступления, совершенные в отношении несовершеннолетних, повышают их собственную криминальную активность [4–6].

Под жестоким обращением с детьми понимаются насильственные действия или неправомерное бездействие в отношении детей в возрасте до 18 лет. Оно охватывает все виды физической и/или эмоциональной жестокости, сексуального насилия, отсутствия заботы, невнимания и эксплуатации в коммерческих или иных целях со стороны лица, выполняющего обязанности, пользующегося доверием или облеченного властью, которые приводят к нанесению реального или потенциального ущерба здоровью ребенка [4, 7].

Жестокое обращение с детьми представляет собой комплексную и трудную для изучения проблему. Имеющиеся оценки случаев насилия варьируют в широком диапазоне в зависимости от страны и используемой методологии исследований. Лишь небольшое число детей, пострадавших от жестокого обращения, получают поддержку медицинских специалистов. Данные международных исследований свидетельствуют, что ежегодно каждый второй ребенок (около одного млрд детей) сталкивается с той или иной формой воздействия, регулярно подвергаясь физическим наказаниям и/или психологическому насилию со стороны родителей или воспитателей, каждая пятая женщина и каждый тринадцатый мужчина перенесли сексуальное насилие в детском возрасте. Большинство насильственных смертей среди детей в возрасте до 18 лет обусловлены жестоким с ними обращением [8, 9].

Вторая половина XX века прошла под знаком расширения и укрепления защиты прав человека, что отражено во Всеобщей декларации прав человека Организации объединенных наций (ООН) 1948 г. и Декларации прав ребенка ООН 1959 г. [10, 11]. Согласно последнему документу «ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту как до, так и после рождения». Вместе с тем права и правомерные интересы самой беззащитной категории людей — детей — были закреплены отдельной Конвенцией ООН лишь спустя 41 год [12]. В ней впервые была раскрыта специфика понятия жестокости в отношении ребенка: в содержание этого термина включаются и оскорбление ребенка, и злоупотребление родительскими правами в отношении него, и небрежность при обращении (в том числе отсутствие заботы). В частности, п. «а» ст. 37 Конвенции закрепляет, что ни один ребенок не может быть подвергнут пыткам или другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания. Ни смертная казнь, ни пожизненное тюремное заключение, не предусма-

тривающее возможности освобождения, не назначаются за преступления, совершенные лицами моложе 18 лет. Кроме того, Конвенцией (ст. 39) также устанавливается запрет на любые виды «пренебрежения, эксплуатации и злоупотребления, пыток или любых других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, наказания или вооруженных конфликтов», если они касаются ребенка.

В настоящее время права человека рассматриваются как наиболее значимая конституционная ценность, где подчеркивается (ст. 21), что никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию [13]. Однако до сих пор в России нет специального закона о предотвращении жестокого обращения с детьми, а существующее законодательство крайне фрагментировано и лишено системности [14].

Данные официальной статистики свидетельствуют [15], что более половины преступлений в отношении детей совершались в Российской Федерации родителями или иными законными представителями (в 2020 г. — 52,6%, в 2022 г. — 58,2%). На фоне увеличения общего числа преступлений (в 2020 г. — 47 514, в 2022 г. — 60 053) возросло число тяжких (в 2020 г. — 434, в 2022 г. — 490) и особо тяжких (в 2020 г. — 956, в 2022 г. — 1124) из них. На конец 2022 г. на учете в Министерстве внутренних дел Российской Федерации состояли 134 915 родителей или иных законных представителей несовершеннолетних (в 2020 г. — 128 090, в 2021 г. — 132 700). К административной ответственности в рассматриваемый период привлечены 474 686 лиц (в 2020 г. — 480 579, в 2021 г. — 474 782), в том числе за неисполнение обязанностей по содержанию и воспитанию несовершеннолетних в соответствии с частью 1 статьи 5.35 КоАП РФ (Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях) — 436 771 (в 2020 г. — 438 782, в 2021 г. — 435 649), за нанесение побоев — 4 844 (в 2020 г. — 4 182, в 2021 г. — 4358;), за вовлечение несовершеннолетних в употребление алкогольной и спиртосодержащей продукции, новых потенциально опасных психоактивных или одурманивающих веществ в соответствии с частью 2 статьи 6.10 КоАП РФ — 640 (в 2020 г. — 568, в 2021 г. — 601), за вовлечение несовершеннолетних в процесс потребления табака в соответствии с частью 2 статьи 6.23 КоАП РФ — 333 (в 2020 г. — 260, в 2021 г. — 285). В отношении родителей или иных законных представителей, не исполняющих обязанности по воспитанию несовершеннолетних, допускающих жестокое обращение с детьми, в 2022 г. возбуждено 1102 уголовных дела по признакам преступлений, предусмотренных статьей 156 (неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего) Уголовного кодекса Российской Федерации (в 2020 г. — 1288). В связи с ходатайствами органов внутренних дел 2364 родителя (в 2021 г. — 2155) были ограничены в роди-

тельских правах по решению суда. В случае злостного уклонения от исполнения родительских обязанностей крайней мерой реагирования является лишение родительских прав, число которых в 2022 г. составило 4178 (в 2020 г. — 3932) [15].

В научной литературе вопрос о жестоком обращении с детьми в Российской Федерации представлен недостаточно полно. Вместе с тем в 2014 г. проводилось исследование среди студентов высших учебных заведений ($n=1580$, средний возраст опрошенных 21 год), в результате которого о сексуальном насилии в детстве сообщили 5,7%, о физическом насилии — 14%, об эмоциональном насилии — 37,9%, об эмоциональном пренебрежении — 57,9% опрошенных [16].

Следует подчеркнуть, что именно врач-педиатр первичного звена чаще всего сталкивается с проблемой ненадлежащего обращения с детьми. Проведенное анкетирование 73 педиатров показало, что с физическим и психологическим видами насилия над детьми встречались 40 и 53% опрошенных соответственно [17]. Жестокое обращение с детьми в рамках обычного осмотра врачи выявляли в 45% случаях. Физическое насилие считали самой распространенной формой жестокого обращения 52% педиатров, которое может привести к различным типам травм, таким как поражение кожи, ожоги, ушибы, переломы костей, повреждения брюшной полости и центральной нервной системы. Важная задача врача — определение отношения травмы ребенка к физическому насилию или случайно возникшей ситуации, а определение намерений лица, осуществляющего уход, выходит за рамки медицинской практики. И наконец, последствия физического насилия у этих детей, вероятно, будут иметь долгосрочные физические, эмоциональные, поведенческие и когнитивные проблемы [18].

Необходимо отметить, что сбор жалоб и анамнеза, возможно, окажется сложной задачей для педиатра, так как ребенок может обратиться с другой жалобой и травма будет выявлена значительно позднее. Ребенка, скорее всего, будет сопровождать родитель-обидчик, который не расскажет о том, что произошло на самом деле. Поэтому первым шагом остается сбор подробного анамнеза, который следует собрать и у родителей (анамнез травмы, биологический, наследственный, социальный) и у ребенка.

Следует помнить, что при проведении опроса детей младше 11 лет важно соблюдать особую осторожность, особенно в случаях сексуального насилия [19]. Следующие признаки травмы должны прежде всего насторожить педиатра при осмотре ребенка [20, 21]:

- травма, несовместимая с предоставленным анамнезом;
- множественные переломы на различных стадиях заживления;
- повреждения метафиза кости или переломы задних частей ребер;

— любые ушибы, особенно у младенцев в возрасте до 5 мес, травмы полости рта (разрывы уздечки), субконъюнктивальные кровоизлияния;

— ушибы на лице, щеках, в области ушной раковины, ягодицах, ладонях, подошвах, шее, гениталиях у детей раннего возраста;

— узорчатые кровоподтеки (следы хватания или сдавливания), пощечины, шлепки, человеческие укусы и следы, например от ремня;

— контактные ожоги четкой формы от горячего предмета (например, вилки, утюга, плойки, зажигалки и т.д.)

— локализованные ожоги гениталий, ягодиц и промежности (особенно на этапе приучения ребенка к туалету);

— необоснованная и чрезмерная задержка обращения за медицинской помощью;

— травма головы, ранее известная как синдром встряхивания ребенка, которая сопровождается кровоизлияниями в сетчатку, внутримозговыми кровоизлияниями (особенно субдуральными), развитием вторичного отека головного мозга, переломами ребер.

Осмотр детей, подвергшихся жестокому обращению, обычно требует больше времени, особенно если это касается детей раннего возраста, поскольку они в большей степени зависят от родителей, которые за ними ухаживают. Физикальный осмотр должен включать оценку общего внешнего вида ребенка, жизненно важных показателей, параметров физического развития, оценку по шкале комы Глазго и полное обследование органов и систем, включая обследование по поводу конкретной травмы (например, конечностей) [22].

Важным аспектом является проведение дифференциальной диагностики между случайной и нанесенной травмой, зависящей от ее типа, возраста ребенка, от клинической симптоматики, проведения дополнительных исследований. После физикального обследования определяют, какие лабораторно-инструментальные исследования и консультации каких специалистов требуется провести.

При наличии кровотечения следует сделать общий анализ крови, включая тромбоциты, оценить продолжительность протромбинового времени, активированного частичного тромбопластинового времени, уровень фактора VIII, фактора IX и Виллебранда, фибриногена, D-димера с последующей консультацией при необходимости гематолога [23]. При переломах костей и наличии остеопении (остеопороза) определяют уровень общего и ионизированного кальция в сыворотке крови, магния, фосфора, меди, витамина С, щелочной фосфатазы, церулоплазмينا, а также витамина D 25-ОН и паратиреоидного гормона, соотношение кальция и креатинина в моче. Проводится рентгенологическое исследование пораженных костей, при необходимости — компьютерная томография или магнитно-резонансная томография.

Возможно, потребуется консультация детского эндокринолога и/или генетика (для исключения несовершенного остеогенеза) [24]. При любой травме грудной клетки (травма в анамнезе, ушибы или ссадины; переломы ребер, грудины или ключиц) следует определять уровень тропонина и, если он превышает 0,04 нг/мл, необходимо рассмотреть возможность проведения эхокардиографии [25].

Исключение травмы брюшной полости у детей рекомендуется проводить при наличии других травм, даже в отсутствие явных внешних признаков (болезненность, вздутие или кровоподтеки на передней стенке живота). Следует оценить уровни трансаминаз (аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы), амилазы и липазы (при подозрении на повреждение поджелудочной железы), оценить общий анализ мочи (наличие эритроцитов может указывать на повреждение мочевыводящих путей), наличие гваяковой кислоты в кале (подозрение на повреждение кишечника). Если уровни трансаминаз превышают 80 МЕ/л или содержание липазы превышает 100 МЕ/л, необходимо выполнить компьютерную томографию брюшной полости/таза с внутривенным введением контрастного вещества, так как ультразвуковое исследование в этом случае может быть недостаточно чувствительным [26].

У детей с изменением психического статуса важно провести тестирование на наличие токсичных и наркотических веществ в моче и сыворотке крови, по показаниям организовать консультацию специалиста по медицинской токсикологии [27]. Кроме того, следует сделать качественные фотографии места повреждения у ребенка, таких как ожоги, следы укусов, ушибы или другие травмы, которые станут важным доказательством физического насилия. Необходимо подробно описать жалобы, данные анамнезов, физикального обследования и лабораторно-инструментальных исследований при их наличии в истории развития ребенка. Указанная информация может понадобиться для суда. По показаниям ребенок должен быть госпитализирован в стационар.

Для оказания помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении, в Республике Татарстан действует трехуровневая система медико-социальной помощи детям и их семьям [28, 29]. Ее основные задачи — выявление, мониторинг, анализ причин и принятие экстренных мер по защите прав детей и их семей в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении, а также разработка и реализация индивидуальных комплексных программ оказания медико-социальной, правовой и психологической помощи [30].

Первый уровень оказания помощи включает кабинеты, второй — межмуниципальные отделения, третий уровень — Республиканский центр медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении (ГАУЗ «Детская республикан-

ская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Татарстан). Особое внимание обращается на следующие семьи:

- с ребенком или родителем (родителями) инвалидом;

- с неудовлетворительными условиями для жизнеобеспечения детей (с низким среднедушевым доходом, отсутствием работы у родителей, неудовлетворительными жилищными условиями, отсутствием у семьи постоянного жилья и т.д.);

- в которых родители не исполняют своих обязанностей по жизнеобеспечению (отсутствие необходимой одежды, регулярного питания, несоблюдение санитарно-гигиенических условий) и воспитанию детей (игнорирование их насущных интересов, отсутствие связей со школой, попустительское вредным привычкам детей (алкоголизм, наркомания), асоциальному поведению, вовлечение детей в противоправные или антиобщественные действия);

- в которых родители ведут аморальный образ жизни, имеются постоянные конфликтные ситуации, угрозы, применение насилия над детьми;

- с зафиксированным жестоким обращением с детьми (физическое, сексуальное, моральное);

- в которых родители злоупотребляют спиртными напитками, употребляют наркотические, психотропные вещества, при наличии психических заболеваний;

- имеющие детей с отклоняющимся поведением (состоящих на учете в подразделении Министерства внутренних дел по делам несовершеннолетних, совершивших правонарушение, антиобщественное деяние, замеченных в употреблении алкоголя, психоактивных веществ, наркотиков, склонных к бродяжничеству, к агрессии и т.д.);

- жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий, с наличием у членов семьи статуса беженцев и вынужденных переселенцев;

- в которых оба родителя или единственный родитель являются несовершеннолетними;

- в которых произошли развод родителей, признание родителя пропавшим без вести, отбытие его в места лишения свободы, длительное пребывание на стационарном лечении, смерть одного из родителей или другого родственника;

- в которых родители или ребенок возвратились из мест лишения свободы;

- в которых осуществлена попытка совершения суицида ребенком;

- другие трудные жизненные ситуации, требующие содействия государственных органов [31].

При выявлении признаков или при подозрении на жестокое обращение с детьми педиатр участковый обязан:

- поставить в известность о своих предположениях руководителя детской поликлиники и социального работника;

- отметить факт жестокого обращения с ребенком в журнале учета;
- правильно оформить медицинскую документацию (историю развития ребенка);
- при необходимости обеспечить госпитализацию ребенка, подвергшегося жестокому обращению и нуждающегося в защите, в стационар и изоляцию [30].

В свою очередь, руководитель детской поликлиники (социальный работник) должен выяснить обстоятельства социальной опасности для ребенка и срочно проинформировать органы и учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, направляя экстренное извещение (при этом передача персональных данных ребенка по каналам межведомственного взаимодействия допускается без оформления добровольного информированного согласия одного из его родителей или иных законных представителей). При необходимости он должен организовать проведение экстренного заседания медико-социальной комиссии медицинской организации с целью разработки индивидуальной комплексной программы оказания помощи [31]. Таким образом, при выявлении ребенка, находящегося в социально опасном положении, в обязанности работников медицинской организации совместно с их руководителем входит инициация межведомственного взаимодействия с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также при необходимости внутриведомственное взаимодействие с другими медицинскими учреждениями.

Далее социальный работник (возможно, совместно с участковой бригадой/врачом) с представителями комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, органов опеки и попечительства посещают ребенка на дому, затем проводится межведомственный консилиум с решением вопроса о необходимости подачи сигнальной карты в информационную систему: «Учет и мониторинг семей и несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении в Республике Татарстан». Далее для этой семьи разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (включая оказание специализированной медицинской, социальной, психологической и юридической помощи в межмуниципальных отделениях (центрах) медико-социальной помощи второго уровня системы), в которой участвует ряд ведомств: комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав; орган опеки и попечительства; орган управления социальной защитой населения; орган внутренних дел; орган управления здравоохранением; орган, осуществляющий управление в сфере образования; орган по делам молодежи; орган службы занятости. В свою очередь, информация о семье с социально опасным положением передается на участок специалистом по социальной работе. После этого осуществ-

ляется еженедельное диспансерное наблюдение (медико-социальный патронаж, включающий мониторинг обстановки в семье, проведение профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий мультидисциплинарной командой, состоящей из врача-педиатра, врачей-специалистов и специалиста по социальной работе) несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, которое обеспечивается работниками отделения (кабинета) медико-социальной помощи при тесном взаимодействии с медицинскими работниками участковой педиатрической службы, дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций с предоставлением еженедельного отчета в Республиканский центр медико-социальной помощи и прикреплением патронажного бланка в амбулаторную карту пациента или патронажный журнал. Сведения о работе Республиканского центра медико-социальной помощи детям и их семьям в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении ежеквартально предоставляются в отдел организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Управления лечебной и профилактической помощи Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Решение о снятии с диспансерного учета таких детей принимается на заседании медико-социальной комиссии медицинской организации. В случае попыток суицида среди несовершеннолетних внесение сигнальных карт в информационную систему осуществляется в течение суток [30]. Информация по детям, возвращаемым из зон боевых действий, и детям из семей мобилизованных ежемесячно поступает в Республиканский центр медико-социальной помощи [32]. Следует помнить, что важным звеном раннего выявления семейного неблагополучия признана служба экстренной психологической помощи по телефону (общероссийский детский телефон доверия 8–800–2000–122).

Таким образом, главное достижение сформированной трехуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению в Республике Татарстан заключается в организации оптимальной маршрутизации, своевременности и доступности оказания качественной мультидисциплинарной помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении.

За нарушение родителями своих обязанностей установлена ответственность семейным, административным и уголовным правом. Родители (один из них) могут быть лишены родительских прав (ст. 69) [33], если они:

- уклоняются от выполнения своих обязанностей, в том числе от уплаты алиментов;
- отказываются без уважительных причин взять своего ребенка из родильного дома (отделения) либо из иной медицинской организации, образовательной

организации, организации социального обслуживания или из аналогичных организаций;

— злоупотребляют своими родительскими правами;

— жестоко обращаются с детьми, в том числе осуществляют физическое или психическое насилие над ними, покушаются на их половую неприкосновенность;

— являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией;

— совершили умышленное преступление против жизни или здоровья своих детей, другого родителя детей, супруга, в том числе не являющегося родителем детей, либо против жизни или здоровья иного члена семьи.

Согласно статье 5.35 и статье 6.10 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних, а также вовлечение их в употребление спиртных напитков или одурманивающих веществ влечет за собой предупреждение или наложение административного штрафа [34]. Уголовная ответственность, в отличие от административной, наступает в случае, если названные деяния соединены с жестоким обращением с детьми. Согласно статье 156 Уголовного кодекса Российской Федерации данные деяния наказываются штрафом либо обязательными работами, либо исправительными работами, либо принудительными работами с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, либо лишением свободы [35].

Заключение

Таким образом, насилие над детьми остается острой медико-социальной проблемой, представляющей угрозу развития современного общества. Имеющиеся официальные статистические данные жестокого обращения с детьми указывают на менее чем десятую часть этого бремени. Подверженность различным видам жестокого обращения с детьми связана с повышенными детской смертностью и заболеваемостью и имеет долгосрочные последствия для формирования психического здоровья, злоупотребления наркотиками и алкоголем (особенно у девочек), рискованного сексуального поведения, развития ожирения и преступного поведения, которые сохраняются и во взрослом возрасте. Именно

педиатр первый сталкивается с проблемой ненадлежащего обращения с детьми. Почти каждый третий врач встречался с последствиями физического насилия над ребенком, которые могут привести к формированию различных типов травм. Крайне важно полно собрать жалобы и анамнез, провести тщательный физикальный осмотр, при необходимости сделать лабораторно-инструментальные исследования и проконсультировать этих детей со специалистами с отражением объективной полученной информации в истории развития ребенка. В Республике Татарстан внедрена и эффективно действует трехуровневая система медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении. Активное выявление подобных детей, проведение еженедельного патронажа позволяют мониторировать уровень их состояния здоровья, оказывать необходимую медицинскую, психологическую, социальную и правовую помощь на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности ребенка и членов его семьи.

За нарушение родительских обязанностей установлена ответственность семейным, административным и уголовным правом. Безусловно, что чем быстрее педиатры установят факт жестокого обращения с детьми и информация поступит в соответствующие социальные, юридические службы, тем эффективнее будут отстаиваться интересы этих детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении.

Серьезные ожидания по стимулированию развития медико-социальной помощи детскому населению связаны с Указом Президента РФ «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства» на 2018–2027 гг., где подчеркивается, что ключевыми принципами Национальной стратегии является защита прав каждого ребенка путем формирования в нашей стране системы, обеспечивающей реагирование на нарушение прав каждого ребенка без какой-либо дискриминации, включая диагностику ситуации, планирование и принятие необходимого комплекса мер по обеспечению соблюдения прав ребенка и восстановлению нарушенных прав; правовое просвещение; предоставление реабилитационной помощи каждому ребенку, ставшему жертвой жестокого обращения или преступных посягательств. Особое внимание следует уделять уязвимым категориям детей. Необходимо разрабатывать и внедрять формы работы с такими детьми, позволяющие преодолевать их социальную изоляцию и способствующие реабилитации и полноценной интеграции в общество.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. *Teicher M.H., Samson J.A.* Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect.

J Child Psychol Psychiatry 2016; 57(3): 241–266. DOI: 10.1111/jcpp.12507

2. Zelenko O., Mathews B. Child Maltreatment and Long-Term Physical and Mental Health Outcomes: An Exploration of Biopsychosocial Determinants and Implications for Prevention. *Child Psychiatry Hum Dev* 2023; 54(2): 421–435. DOI: 10.1007/s10578-021-01258-8
3. Agorastos A., Pervanidou P., Chrousos G.P., Baker D.G. Developmental trajectories of early life stress and trauma: a narrative review on neurobiological aspects beyond stress system dysregulation. *Front Psychiatry* 2019; 10: 118. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00118
4. Жестокое обращение с детьми. Всемирная организация здравоохранения. [Child abuse. World Health Organization] URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> / Ссылка активна на 18.03.2022
5. Zhang X., Wu L., Wang J., Mao F., Sun J., Cao D., Cao F. The Independent and Joint Effects of Different Childhood Abuse Types on Subjective Prospective and Retrospective Memory Impairment During Pregnancy. *Front Psychol* 2021; 12: 753008. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.753008
6. Kaufman J., Torbey S. Child maltreatment and psychosis. *Neurobiol Dis* 2019; 131: 104378. DOI: 10.1016/j.nbd.2019.01.015
7. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child Maltreatment 2021. 2023. <https://www.acf.hhs.gov/cb/data-research/child-maltreatment> / Ссылка активна на 4.09.2024.
8. Глобальный доклад о положении дел в области предупреждения насилия в отношении детей за 2020 г. [Global status report on preventing violence against children 2020. (in Russ.)]. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020> / Ссылка активна на 4.09.2024.
9. Seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization; 2017, 109 p. <https://www.who.int/ru/news/item/11-07-2016-new-strategies-to-end-violence-against-children> / Ссылка активна на 4.09.2024.
10. Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 A (III) от 10 декабря 1948 г.) [Universal Declaration of Human Rights (adopted at the third session of the UN General Assembly by resolution 217 A (III) of December 10, 1948)] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120805 / Ссылка активна на 4.09.2024.
11. Декларация прав ребенка (принята резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 года [Declaration of the Rights of the Child (adopted by resolution 1386 (XIV) of the UN General Assembly on November 20, 1959)] https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/childdec.shtml / Ссылка активна на 4.09.2024.
12. Конвенция ООН о правах ребенка (Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года) [UN Convention on the Rights of the Child (Adopted by General Assembly resolution 44/25 of November 20, 1989)] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9959 / Ссылка активна на 4.09.2024.
13. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) [Constitution of the Russian Federation (adopted by popular vote on 12/12/1993 with amendments approved during the all-Russian vote on 07/01/2020). (in Russ.)] <https://docs.cntd.ru/document/9004937> / Ссылка активна на 4.09.2024.
14. Ерохина Е.В., Филиппова Е.О. Проблемы жестокого обращения с детьми. *Российская юстиция* 2021; 3: 23–27. [Erokhina E.V., Filippova E.O. Problems of child abuse. Rossiiskaya yustitsiya 2021; 3: 23–27. (in Russ.)] DOI: 10.18572/0131-6761-2021-3-23-25
15. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации, 2022; 357. [Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation. State report on the situation of children and families with children in the Russian Federation, 2022; 357. (in Russ.)] <https://mintrud.gov.ru/docs/2564> / Ссылка активна на 4.09.2024.
16. Качаева М.А., Sethi D., Бадмаева В.Д. Исследование распространенности неблагоприятных событий детства среди молодых людей в Российской Федерации. WHO Regional Office for Europe; 2014; 31 с. [Kachaeva M.A., Sethi D., Badmaeva V.D. Study of the prevalence of adverse childhood events among young people in the Russian Federation: report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. 31 p. (in Russ.)] Исследование распространенности неблагоприятных событий детства среди молодых людей в Российской Федерации: доклад (who.int) / Ссылка активна на 4.09.2024.
17. Намазова-Баранова Н.В., Устинова Л.С., Альбицкий В.Ю., Эфендиева К.Е., Шер С.А., Вишнева Е.А. и др. Осведомленность и компетенции педиатров первичного звена по вопросам жестокого и ненадлежащего обращения с детьми: результаты одномоментного исследования. *Педиатрическая фармакология* 2020; 17(5): 429–436. [Namazova-Baranova N.V., Ustinova L.S., Al'bitskiy V.YU., Efendieva K.E., Sher S.A., Vishnyova E.A. et al. Awareness and competencies of pediatrician on child abuse: preliminary results of the international cross-sectional study. *Pediatricheskaya farmakologiya* 2020; 17(5): 429–436. (in Russ.)] DOI: 10.15690/pf.v17i5.2162
18. Chen H.H., Wang I.A., Hsieh T.W., Tsay J.H., Chen C.Y. Early predictors for maltreatment-related injuries in infancy and long-term mortality: a population-based study. *BMC Public Health* 2023; 23(1): 2232. DOI: 10.1186/s12889-023-17180-8
19. Giles S., Alison L., Christiansen P., Humann M., Alison E., Tejero R. An Economic Evaluation of the Impact of Using Rapport-Based Interviewing Approaches With Child Sexual Abuse Suspects. *Front Psychol* 2021; 12: 778970. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.778970
20. Ruiz-Maldonado T.M., Russell M.R., Giardino E.R., Moles R.L., Giardino A.P., Windle M.L. et al. Physical Child Abuse. 2023. <https://emedicine.medscape.com/article/915664-overview#showall> / Ссылка активна на 4.09.2024.
21. Danaher F., Vandeven A., Blanchard A., Newton A.W. Recognizing, diagnosing, and preventing child maltreatment: an update for pediatric clinicians. *Curr Opin Pediatr* 2018; 30(4): 582–590. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000648
22. Zeanah C.H., Humphreys K.L. Child Abuse and Neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018; 57(9): 637–644. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.06.007
23. Christian C.W.; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2015; 135(5): e1337–1354. DOI: 10.1542/peds.2015-0356
24. Flaherty E.G., Perez-Rossello J.M., Levine M.A., Hennrikus W.L. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; Section on Radiology, American Academy of Pediatrics; Section on Endocrinology, American Academy of Pediatrics; Section on Orthop. Evaluating children with fractures for child physical abuse. *Pediatrics* 2014; 133: e477–89. DOI: 10.1542/peds.2013-3793
25. Bennett B.L., Mahabee-Gittens M., Chua M.S., Hirsch R. Elevated cardiac troponin I level in cases of thoracic nonaccidental trauma. *Pediatr Emerg Care* 2011; 10: 941–944. DOI: 10.1097/PEC.0b013e3182307afe

26. Lindberg D.M., Shapiro R.A., Blood E.A., Steiner R.D., Berger R.P. Utility of hepatic transaminases in children with concern for abuse. *Pediatrics* 2013; 1(2): 268–275. DOI: 10.1542/peds.2012–1952
27. Archer J.R., Wood D.M., Dargan P.I. How to use toxicology screening tests. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2012; 7(5): 194–199. DOI: 10.1136/archdischild-2012–301792
28. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» [Federal Law of July 24, 1998 No. 124-FZ (as amended on April 28, 2023) “On the basic guarantees of the rights of the child in the Russian Federation”. (in Russ.)] <https://docs.cntd.ru/document/901713538> / Ссылка активна на 4.09.2024.
29. Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (с изменениями на 21 ноября 2022 года) [Federal Law of June 24, 1999 № 120-FZ “On the fundamentals of the system for preventing neglect and juvenile delinquency” (as amended on November 21, 2022). (in Russ.)]. <https://docs.cntd.ru/document/901737405> / Ссылка активна на 4.09.2024.
30. Приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан (РТ) от 3 октября 2023 г. № 2278 «О реализации модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении» [Order of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan (RT) dated October 3, 2023 № 2278 “On the implementation of a model of a three-level system of medical and social assistance to children and their families in difficult life situations and socially dangerous situations”. (in Russ.)]
31. Письмо Минздрава России от 25.05.2017 № 15–2/10/2–3461 «О направлении Методических рекомендаций "Организация трехуровневой системы медико-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации"» [Letter of the Ministry of Health of Russia dated 25.05.2017 No. 15–2/10/2–3461 “On the direction of Methodological recommendations “Organization of a three-level system of medical and social assistance to children in difficult life situations”. (in Russ.)]
32. Приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 22.02.2022 № 452 «Об организации медицинского обеспечения лиц, прибывших в Республику Татарстан с территории Украины» [Order of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan dated February 22, 2022 No. 452 “On the organization of medical support for persons arriving in the Republic of Tatarstan from the territory of Ukraine”. (in Russ.)]
33. «Семейный кодекс Российской Федерации» от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 31.07.2023) (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.10.2023) [“Family Code of the Russian Federation” dated December 29, 1995 No. 223-FZ. (in Russ.)] <https://docs.cntd.ru/document/9015517> / Ссылка активна на 4.09.2024.
34. «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 22.06.2024) [“Code of the Russian Federation on Administrative Offenses” dated December 30, 2001 No. 195-FZ. (in Russ.)]. <https://docs.cntd.ru/document/901807667> / Ссылка активна на 4.09.2024.
35. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 12.06.2024) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2024) [Criminal Code of the Russian Federation” dated June 13, 1996 N 63-FZ. (in Russ.)] <https://docs.cntd.ru/document/9017477> / Ссылка активна на 4.09.2024.

Поступила: 26.08.24

Received on: 2024.08.26

Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.