

УДК: 377.5:61 (575.2) (04)

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

А.Г. Голов – канд. мед. наук

Main stages of school medicine development in villages are described. The life of children and teenagers and a level of their physical development are shown.

Не будет преувеличенным утверждение, что человеческое общество создало оригинальную модель для наблюдения и контроля за уровнем развития собственного состояния. Такой моделью являются популяции детей и подростков, организованные в структуру, которая называется "школа". На протяжении длительного времени к этой модели приковано внимание представителей различных областей знаний: политиков, педагогов, воспитателей, социологов, антропологов, психологов, медиков, экологов, философов, историков и др., потому что она аккумулирует информацию различного характера и позволяет наблюдать за развитием и здоровьем как самого индивида, так и общества в целом.

Начнем с анализа смысловой нагрузки, которая вкладывалась отечественными авторами на протяжении столетнего развития системы воспитания и обучения детей и подростков в понятие "школа".

В Толковом словаре Владимира Даля (1887) приведено очень лаконичное определение: *школа это – училище*. (Всякое положение человека, где он волей-неволей приобретает находчивость, опытность и знание) [1].

В первой половине XX в. определение "школа" имело политизированную, в соответствии с формирующимся советским государством, окраску.

В первом издании Большой советской энциклопедии приводится следующая формулировка: "Школа – воспитательно-образовательное учреждение, имеющее целью дать учащимся в нем систематическое обучение и вос-

питание в интересах общественного класса, стоящего у власти". Школа остается классовой и в том случае, когда она "единая", "общедоступная" и "бесплатная" [2].

В Большой медицинской энциклопедии 1936 г. издания читаем: "Школа – учебно-воспитательное учреждение для детей и подростков школьного возраста, которое в СССР охватывает детей от 8 до 18 лет. Основным принципом организации советской школы является всеобщее обязательное, бесплатное обучение, единство воспитательной системы (единая школа), политехнизм, совместное обучение детей обоего пола, обучение на родном языке" [3].

В послевоенный период это понятие наполнилось новым смыслом, раздвигая возрастные рамки обучающегося контингента (требование времени!). "Школа – учебно-воспитательное заведение для организованного образования, обучения и воспитания подрастающего поколения, а также взрослых и работающей молодежи" [4].

В третьем издании Большой медицинской энциклопедии рассматриваемое понятие определяется так: "Школа – учебное и воспитательное учреждение, обеспечивающее всестороннее, гармоническое развитие подрастающего поколения. В школах дети получают знания по основам наук, в них осуществляется трудовая и политехническая подготовка, формируется мировоззрение, обеспечивается эстетическое и физическое воспитание, способствующее сохранению и укреплению здоровья" [5].

В настоящее время категория "школа" отражает процессы реформирования образова-

ния, произошедшие в постсоветский период: "Школа – (лат. schola, от гр., schole) – учебно-воспитательное учреждение. Содержится на средства государства или частных лиц и обществ" [6]. В России, а затем в СССР, школьное образование получило всеобщую поддержку государства. Начиная с 1918 г., стало обязательным начальное образование, а затем среднее (восьмилетнее) и полное среднее (10 и 11-летнее). Приведенные определения характеризуют школу как учебное учреждение, проявляющее заботу о здоровье учащихся, особенно обращающее внимание на юношей – будущих призванников.

Надо признать, что школа – это такая структура, которая предложена самой природой развития общества и призвана быть необходимой для проведения обучения и привития умений и навыков жизни, начиная с момента осознанного отношения человека к самому себе, утверждая его индивидуальность. В то же время государственные структуры требовали и требуют здорового, готового переносить большие физические нагрузки, юношу – способного и пригодного для службы в армейских структурах различного назначения.

Таким образом, рассматривая эволюцию определения "школа" за более чем столетний период, интересно, как это понятие наполнялось политическими, педагогическими и медицинскими смысловыми элементами.

Исходные десятилетия XIX в. ознаменовались появлением крупных трудов по педагогике и медицине, в частности, гигиене, педиатрии, теории физического развития и воспитания детей и подростков. История научной педиатрии, физического развития и воспитания школьников рассмотрена в трудах трех монументальных фигур конца XIX в.: Нила Федоровича Филатова (1846–1902), Федора Федоровича Эрисмана (1842–1915) и Петра Францевича Лесгафта (1837–1909). Труды этих ученых получили мировое признание и на протяжении последующих ста лет служили классическими руководствами для педиатров, гигиенистов, педагогов и спортсменов. Они и до настоящего времени не потеряли своего научного и учебно-воспитательного значения.

Для того чтобы проследить этапы формирования школьной медицины и влияние школы на здоровье детей и подростков целесооб-

разно использовать исторические сведения по медицинским, психологическим и педагогическим аспектам развития школы и школьников.

Известно, что первые школы возникли в странах Древнего Востока (Вавилонии, Ассирии, Египте, Индии) – жрецкие школы при храмах, дворцовые школы для обучения знати, школы писцов. В античном мире школа стала важнейшей частью спартанской, афинской и римской систем воспитания [2].

В XIX в. в развитых странах были приняты законы о всеобщем и обязательном начальном обучении детей обоего пола, школа была провозглашена единой, светской.

К этому периоду были накоплены огромный исторический опыт по воспитанию детей и подростков, научная информация по антропологии, биологии развития, медицине. В этот период приобрела твердую научную почву соматологическая методика в работах французского ученого П. Брока, написавшего несколько специальных методических руководств и разработавшего антропометрический инструментарий [26]. Ученые в области естественных наук стали использовать при проведении исследований методы, позволяющие не только качественно, но и количественно измерять изучаемые живые объекты и явления. Методика антропологических исследований П. Брока была усовершенствована в начале XX в. Р. Мартином и получила всеобщее признание [3, 26].

Кроме этого, важной вехой в развитии антропологии стали работы бельгийского ученого Кетле. Видный русский антрополог Д.Н. Анучин характеризует это событие следующим: "Весьма важное значение в истории научного изучения человеческого роста имеют работы известного бельгийского статистика Кетле, начатые еще в тридцатых годах, но законченные лишь к началу семидесятых. Им впервые были установлены некоторые эмпирические законы роста, определяющие его ритм (т.е. порядок увеличения с возрастом), различия по полу и размещение особей различного роста около одной средней нормы во всякой, сколько-нибудь значимой, группе населения одинакового возраста. Кетле принадлежит также введение графического метода для изображения статистических данных о росте посредством построения кривых на сети абсцисс и ординат" [7].

Во второй половине XIX столетия, используя передовые достижения антропологии и статистики, ученые предприняли попытки обобщить накопленную информацию и опыт в области медицины, физического образования и развития детей и подростков. В частности, врачи стали применять антропометрию и вариационную статистику при анализе процессов роста и развития человека и характеристики индивидуальных его особенностей. В этой связи заслуживают особого внимания труды выдающегося ученого, доктора медицины и хирургии, профессора П.Ф. Лесгафта.

В 1888 г. было опубликовано его "Руководство по физическому образованию детей школьного возраста". Глубочайший анализ, основанный на огромном историческом материале, в преломлении антропологических исследований, приверженцем которых был автор, являет собой классический памятник научных знаний, не потерявший актуальность в нашем XXI в.

Одним из главных моментов в жизненном идеале каждого гражданина Греции было здоровье, сильное, правильно сложенное, красивое тело, с добрым, живым духом. Поэтому главная цель всех физических (гимнастических) упражнений в Греции было возбуждение и развитие всех телесных способностей и сил, силы и ловкости всех членов и вообще развитие вполне здорового и красивого тела, с добрым и рассудительным умом, что необходимо для публичной, свободной и многосторонней жизни. Первое из четырех главных желаний каждого жителя Греции состояло в том, чтобы **"быть здоровым и красивым"** [8].

Таким образом, на протяжении тысячелетий понятие "школа" претерпевало изменения, характерные для конкретного этапа развития общества, отвечая в полной мере его потребностям в воспитании и обучении своих членов, которые должны быть прежде всего **здоровыми**.

И это так, ибо обучение человека жизненным навыкам начинается с момента рождения: с первой капли материнского молока, попавшей ребенку, с первого прикосновения к телу матери. И если на протяжении первых шести-семи лет жизни ребенок воспитывается и обучается в семейном кругу, то в последующие периоды он попадает, в большинстве случаев, в школьный

коллектив – класс. По В. Далю: "класс – это отдел, раздел, отделение, разряд, порядок, круг однородного". Ученики в учебных заведениях делятся на классы для облегчения преподавания [1]. Класс, в нашем понимании, сохраняет свою структуру в течение 10–12 лет, претерпевая изменения, в основном количественного характера. Для сохранения стабильной структуры класса и школы в целом, основным условием является показатель здоровья учеников. Поэтому, начиная с конца XVIII в., появилась необходимость отдельные разрозненные требования и правила по отношению к личной гигиене детей и гигиене школы привести в систему. Это было осуществлено И. Франком (1788–1819 гг.) в одной из глав его капитального труда "Система медицинской помощи" [3].

В середине XIX в. Р. Вирхов и другие указывали, что число больных среди учащихся весьма значительно и что наиболее часто встречаются определенные формы заболеваний, которые могут быть названы **"школьными"** [3]. К таковым относили малокровие, развитие близорукости, нервные расстройства, искривление позвоночника и т.п. В связи с этим школа приобретает функцию инструмента для оценки состояния здоровья детского населения. В качестве основного показателя стала выступать категория "заболеваемость и здоровье учащегося" (здоровье школьников, здоровье детей, здоровье подростков).

Следует особо подчеркнуть, что со второй половины XIX в. зародилась и стала интенсивно развиваться новая медицинская дисциплина – школьная гигиена. Основоположником ее является Федор Федорович. Эрисман. Основной тезис Ф.Ф. Эрисмана как учено-гигиениста сводился к тому, что в научных исследованиях критерии для оценки внешней среды выбираются исходя из влияния фактора или комплекса факторов внешней среды на организм человека, в частности ребенка.

Школьная гигиена тесно связана с рядом смежных дисциплин особенно с педиатрией, детской психоневрологией, педагогикой, эпидемиологией, коммунальной и пищевой гигиеной.

Рождение школьной гигиены, как самостоятельной дисциплины, следует отнести к третьей четверти XIX столетия. Именно в этот

период, как указывалось выше, оформилась сама общественная гигиена как наука, а в основу оздоровительных мероприятий в школе легли массовые антропометрические исследования и компетентно проведенные наблюдения в области патологии учащихся. Кроме того, с самого начала школьная гигиена придавала большое значение условиям, в которых обучались и обучаются школьники. На самом деле, влияние школы на формирование здоровья учащихся длительное и непрерывное, так как в образовательном учреждении дети и подростки проводят не менее 1/3 суток, выполняя интенсивную умственную работу в специфических экологогигиенических условиях [9].

На основании обнаруженных фактов укрепилось убеждение, что школьное обучение, проводимое без соблюдения гигиенических правил, оплачивается слишком дорогой ценой – *утратой здоровья*, а молодому поколению в этом отношении грозит серьезная опасность [10]. Поэтому в школьную жизнь начал входить врач.

В России вопросы школьной медицины стали разрабатываться с развитием **земской медицины** во второй половине XIX в. Участковый земский врач среди объектов своей деятельности ставил на видное место школу, на которую он стремился опереться как на фактор оздоровления населения и в которой он встречал *потрясающие явления отрицательного характера* в гигиеническом и педагогическом планах [10].

В начале XX в. определилась судьба школьной медицины: все полномочия за контролем здоровья детей и подростков в школах были возложены на плечи педиатров – в последующем, школьных врачей.

В 1909 и 1914 гг. в России издается первое классическое руководство на русском языке Д.Д. Бекарюкова: "Основы школьной гигиены", а в 1918 г. в Москве состоялся первый губернский съезд, посвященный вопросам школьной гигиены и санитарии детства. И, наконец, начиная с этого периода готовятся кадры, специально работающие в области охраны детства, организуются специальные научно-исследовательские институты как педагогические, так и здравоохраненческие (институт питания, коммунальной гигиены, педиатрии и др.) отраслевого и комплексного характера,

носящие название "Охраны здоровья детей и подростков" (ОЗДиП). Основными задачами этих учреждений были организация оздоровительных мероприятий, охватывающих массового ребенка в школе, изучение ребенка в его взаимодействии с внешней средой.

В 1931 г. в школах СССР была введена штатная единица в лице школьной медицинской сестры, а в 1935 г. НКЗдравом от 20 февраля утверждается Положение "О работе врача педиатра в школах, детсадах, детдомах, школах ФЗУ и т.д." [10]. Согласно Положению, основными задачами школьного врача являлись систематическое наблюдение за состоянием здоровья и психофизиологическим развитием детей и подростков и оказание необходимой медицинской помощи; проведение необходимых лечебных и профилактических мероприятий в целях предупреждения развития разного рода болезней, а особенно заразных заболеваний среди детей и подростков (прививки, направление детей в стационары и амбулаторные учреждения); систематический надзор за санитарным состоянием детских учреждений.

Таким образом, первая треть XX столетия явилась официальным на государственном уровне родоначальником школьной медицины в Советском Союзе. В этот же период (1924 г.) была основана первая кафедра школьной гигиены, которую возглавил видный санитарный врач профессор А.В. Мольков, в 1934 г. издавший первый советский учебник "Школьная гигиена", который выдержал пять изданий.

Основным разделом школьной медицины являлся контроль состояния здоровья учащихся, что осуществлялось с помощью углубленных профилактических осмотров. Главной частью такого наблюдения были антропометрия, включающая определение тотальных размеров тела (рост, вес, объем грудной клетки), а также определение функционального состояния органов дыхания (спирометрия) и кровообращения (нагрузочные пробы). Поэтому с первых своих шагов школьная медицина и гигиена уделяли этим вопросам большое внимание, систематически разрабатывая и обновляя показатели физического развития детей и подростков, контролируя санитарные условия классов и школ (санитарно-эпидемиологический мониторинг).

Следует заметить, что в первой половине XX столетия физическое развитие школьников оценивалось в основном по средним статистическим величинам измерения размеров тела и методу индексов, что весьма ограничивало интерпретацию антропометрических соотношений и объемных показателей [11]. Начиная с 30-х годов стали разрабатываться так называемые "шкалы регрессии", но только в начале третьей четверти прошлого столетия (1959 г.) была описана подробно эта методика [12], позволяющая давать заключение о гармоничности или дисгармоничности физического развития молодежи. Авторами были построены таблицы основных показателей длины и массы тела с применением корреляционно-регрессионного анализа (таблицы регрессии). Это оказалось стимулом к проведению массовых обследований школьников в различных областях Советского Союза и разработке региональных стандартов физического развития детей и подростков. Построение нормативных шкал позволило осуществлять с большой надежностью и достоверностью контроль состояния здоровья и физического развития школьников.

Через 15 лет после указанного события, профессор Р.А. Калюжная издает руководство "Школьная медицина" [13], в котором обобщает накопленный опыт, касающийся патологии детей школьного возраста и определяет роль школы в развитии заболеваний, а также факторов их вызывающих. Автор, придерживаясь идеи профилактической медицины, ставит перед школьными врачами и педиатрами задачу диагностики болезней в стадии предболезни (до нозологической уровень диагностики) и выявления состояний, пограничных с патологией. При этом подчеркивалось, что комплекс функциональных расстройств может постепенно трансформироваться в очерченную нозологическую форму, т.е. привести к конкретному заболеванию.

Анализируя особенности развития и характер отклонений в состоянии здоровья школьников, Р. Калюжная выделяет ряд факторов, которые связаны с феноменом акселерации, изменениями образа жизни населения и ростом неинфекционных заболеваний (онкологических, сердечно-сосудистых, обменных, эндокринных, неврозов).

Примерно с этого периода в Советском Союзе и за рубежом начали выполняться масштабные в пределах отдельных государств и международные программы исследований по выявлению факторов риска и профилактике неинфекционных заболеваний [14–16]. Эти программы предусматривали использование стандартизированных, а следовательно, сопоставимых методов исследования больших групп детей и подростков. Наиболее удобными для интерпретации изучаемых величин были центильные (процентильные) шкалы, а в качестве единицы отбора – класс, на уровне которых проводились определения параметров физического и биологического развития и оценка заболеваемости и состояния здоровья детских популяций. Основной особенностью этих исследований было применение адекватного для биологических объектов анализа – процентильного метода. В настоящее время оценка данных антропометрических измерений с помощью центильных шкал у детей и подростков считается наиболее достоверным статистическим методом для выявления отклонений физического и биологического развития от рождения до 18-летнего возраста [17].

Последние два десятилетия XX столетия были насыщены очень бурными событиями политического и социально-экономического характера как в бывших республиках СССР, так и в странах западной Европы, что отрицательно отразилось на демографических показателях, в том числе на физическом развитии детей и подростков – важнейшем показателе здоровья населения [19]. Повсеместно увеличивалась частота дисгармонического физического развития детей, возрос дефицит массы тела, появилась низкорослость, снизились физиометрические и функциональные показатели, ухудшалась физическая подготовленность школьников, сдвинулось на старшие возрасты половое созревание [20]. Установлено, что ухудшение физического развития согласуется с неблагоприятными изменениями психического здоровья детей. На этом фоне в стороне не осталась и школа.

Во-первых, дети проводят в школе 10–11 лет – это период роста и развития, в котором организм особенно восприимчив не только к благоприятным, но, к сожалению, и к не-

благоприятным воздействиям. Школьный период включает по меньшей мере два так называемых возрастных криза, в которые организм оказывается наиболее чувствительным, они приходятся на возраст 6–7 лет и пубертатный период.

Психическое здоровье учащихся в пубертатный период особо нуждается в защите. Давно замечено, что именно в это время происходят некие, якобы немотивированные, изменения в характере подростков, ухудшается успеваемость, легко назревают конфликты с окружающими.

Во-вторых, основным содержанием жизни в школьном возрасте является учение, т.е. большая умственная нагрузка. Это напряжение не всем дается легко.

В-третьих, в школьной жизни, помимо биологических кризисных периодов, имеют место переломные моменты социализации, такие как поступление в школу, переход от начального обучения с одним педагогом к предметному с рядом новых учителей, необходимость выбора профессии и др. [18].

Психиатры назвали реакции ребенка в такие периоды "школьным неврозом, или "школьным шоком". Необходимо отметить, что очень распространенным и значительным фактором в возникновении неврозов является чрезмерная умственная нагрузка. Кстати, о возникновении неврозов у школьников, говорил еще Р.Вирхов в XIX в. (об этом указано выше).

И, наконец, вступая в новое тысячелетие, мы вынуждены признать, что здоровье и благополучие детей имеют тенденцию к прогрессивному ухудшению, особенно за минувшее десятилетие. Так, в России число здоровых школьников уменьшилось до критической черты и составило по разным регионам от 2 до 10% [21, 22].

Низкий уровень здоровья подростков, особенности роста и развития в этом возрасте определили проблемы формирования психического, соматического и репродуктивного здоровья. Это не позволяет подросткам в полном объеме выполнять свои социальные и биологические функции – профессиональное обучение, труд, служба в армии, реализация репродуктивной функции и связанное с этим воспроизводство будущих поколений. Наиболее

многочисленной группой подростков являются школьники (75%). В этот период на организм подростка, кроме социально-экономических, экологических факторов, значительное влияние оказывают факторы школьной среды (интенсивные учебные нагрузки, несоблюдение санитарных норм образовательного процесса). В связи с этим около 70% подростков к окончанию школы имеют по состоянию здоровья ограничения к получению профессии [23].

В течение последних 20 лет было много попыток найти оптимальную методологию оценки состояния здоровья и благополучия детей. В конце концов, такой инструмент был найден – сформировалось новое понятие в клинической медицине, и в педиатрии в частности, – это интегральный показатель, который назвали **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ**.

Качество жизни (КЖ) – это интегральная характеристика физического психологического и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. В настоящее время КЖ признано одним из ключевых понятий, важнейшим критерием общего благополучия и здоровья. Изучение качества жизни является новым актуальным направлением междисциплинарных исследований в педиатрии и школьной медицине [24].

Здоровье человека является одним из основных прав человека, необходимым для реализации других прав человека. Поэтому и Декларация Объединенных Наций по правам ребенка 1959 г., и Конвенция о правах ребенка 1989 г. подчеркивают всемирную обеспокоенность здоровьем и благополучием детей. Для того чтобы дети могли достичь по возможности наивысшего уровня здоровья и пользоваться наиболее совершенными услугами системы здравоохранения, все страны мира, ратифицировавшие эти документы, обязуются сократить детскую смертность, развивать первичную медико-санитарную помощь, бороться с болезнями и недостаточной массой тела, обеспечить дородовый и послеродовый уход, распространять информацию, касающуюся здоровья и развивать профилактические службы. Правительства ответственны за внедрение соответствующей политики [25].

Таким образом, анализ становления и развития школьной медицины позволяет выде-

лить основные этапы, которые прошла эта дисциплина на протяжении более чем столетнего периода.

ПЕРВЫЙ ЭТАП – ЭМПИРИЧЕСКИЙ – земская медицина и становление антропологии как науки.

ВТОРОЙ ЭТАП – ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЙ (ГОСУДАРСТВЕННЫЙ) – принятие законов и постановлений Правительства СССР по вопросам школьной медицины.

ТРЕТИЙ ЭТАП – ПРАКТИЧЕСКИЙ – накопление сведений о физическом развитии школьников на уровне первичной медико-санитарной помощи и активной профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП – НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ (вторая половина XX в.) – разработка и внедрение прогрессивных научно-практических достижений и становление категорий "Здоровый образ жизни", "Качество жизни".

ПЯТЫЙ ЭТАП – ЮРИДИЧЕСКИЙ – принятие Декларации и Конвенции о правах ребенка, права на здоровье.

Литература

1. *Даль В.В.* Толковый словарь русского языка. – Т. 2, 4. – 2000.
2. Большая советская энциклопедия. – 1-е изд. – В 65 т. – Т. 62. – М.: ОГИЗ РСФСР, 1933. – С. 443–458.
3. Большая медицинская энциклопедия. – 1-е изд. – В 35 т. – М.: ОГИЗ РСФСР, 1927–1936.
4. Большая советская энциклопедия. – 3-е изд. – В 30 т. – М.: Сов. энциклопедия, 1970–1978.
5. Большая медицинская энциклопедия. – 3-е изд. – В 30 т. – М.: Сов. энциклопедия, 1974–1988.
6. Большой энциклопедический словарь. – 3-е изд. – М., 1997. – С. 1374.
7. *Анучин Д.Н.* О географическом распределении роста мужского населения России (по данным о всеобщей воинской повинности в империи за 1874–1883 гг.) сравнительно с распределением роста в других странах. – СПб., 1889. – 156 с.
8. *Лесгафт П.Ф.* Руководство по физическому образованию детей школьного возраста. Ч. I. – СПб., 1888. – 356 с.
9. *Александрова И., Шумкова Т.* // Нар. образование. – 2003. – №7. – С. 206.
10. *Мольков А.В.* Школьная гигиена. – М.: Биомедгиз, 1937. – 375 с.
11. *Сердюковская Г.Н.* Руководство для врачей школ. – М.: Медицина, 1983. – С. 55.
12. *Ставицкая А.Б., Арон Д.И.* Методика исследования физического развития детей и подростков. – М.: Медгиз, 1959. – С. 2–15.
13. *Калюжная Р.А.* Школьная медицина. – М.: Медицина, 1975. – С. 5–7.
14. Методические вопросы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ВКНЦ АМН СССР. Ин-т профил. кардиол.). – М., 1983. – 128 с.
15. Материалы симпозиума международного кооперативного изучения ювенильной артериальной гипертонии (СЭВ. МЗ СССР). – Ташкент: Медицина, 1985. – 148 с.
16. *Голов А.Г., Тузов С.Л.* Показатели физического развития современных школьников г. Фрунзе (Методические рекомендации). – Фрунзе, 1988. – 31 с.
17. *Мазурин А.В., Воронцов И.М.* Справочник по детской диетологии. – Л., 1977. – 450 с.
18. *Громбах С.М.* Школа и психическое здоровье учащихся. – М.: Медицина, 1988. – С. 5–30.
19. Материалы 8-го Съезда педиатров России. – М., 1998.
20. *Антропова М.В., Бородкина Г.В. и соавт.* Проблемы здоровья детей и их физического развития // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1999. – № 5. – С. 17–21.
21. *Баранов А.А.* // Педиатрия. – № 3. – С. 4–6.
22. *Зелинская Д.И.* // Росс. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1999. – Т. 44, № 2. – С. 4–7.
23. *Гаврилова Л.В.* Организация медицинской помощи детям подросткового возраста в современных условиях, 2000.
24. *Новик А.А., Ионова Т.И., Никитина Т.П.* // Педиатрия. – 2002. – № 6. – 83–87 с.
25. Конвенция о правах ребенка. <http://contract/tobinfo/org/books/unicf/rights/02/htm>
26. *Бунак В.В., Нестурх М.Ф., Рогинский Я.Я.* Антропология. – М., 1941. – С. 3–12.