

Уважаемые коллеги!

Представляем вашему вниманию невероятно важную и актуальную именно для сегодняшней российской детской медицины записку, написанную практически 60 лет назад нашими гениальными педиатрами академиками АМН СССР Г.Н. Сперанским и А.Ф. Туром. По сути, в оборот вводится неизвестный ранее исторический документ, свидетельствующий об ответственной гражданской позиции и прозорливости выдающихся советских педиатров. В середине 60-х гг. прошлого столетия Георгий Несторович и Александр Федорович привлекли внимание руководства Минздрава и страны к «здоровью здоровых», отмечая острую необходимость отделить профилактическое направление работы педиатра от куративного, придать значимость работе школьного/детсадовского врача и медсестры (предлагался даже очень привлекательный термин «медсестра здоровья» для соответствующего среднего медицинского персонала) и выйти на новое понимание необходимости серьезной профилактической работы с организованными детьми. Поражает воображение несколько моментов:

- в СССР на тот момент было 83 млн детей, что почти в три раза больше, чем в современной России (только дошкольников было 33 млн), а педиатров — почти 72 000;
- описанный в записке факт уменьшения в те годы вдвое при профилактических осмотрах числа здоровых детей — с 60 до 35%;
- высокий процент детей с признаками артериальной гипертензии — как минимум каждый 10-й школьник и треть студентов первых курсов имели повышенное давление (!) (что же удивляться, что смертность от сердечно-сосудистых болезней стала доминирующей среди других причин, когда эти дети стали взрослыми трудоспособного возраста, несколько десятилетий спустя...);
- абсолютно провидческое изложение парадигмы программирования здоровья человека, сформулированное десятилетиями позже («советскому здравоохранению и педиатрической службе страны в частности необходимо разработать систему мероприятий по СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА С МОМЕНТА ЗАЧАТИЯ (правильное питание и режим беременной женщины) ДО ЕГО ПОЛНОГО ФОРМИРОВАНИЯ», с. 9).

К сожалению, записка получила негативную оценку одного из чиновников Минздрава, чье имя не останется в истории (в отличие от авторов документа), в результате чего тогдашним министром здравоохранения СССР Б.В. Петровским было принято решение не поддерживать предложения педиатров и отправить записку в архив. Но, как говорится в известной поговорке, «вода свое возьмет» — или, как в более красивом варианте, «ручеек справедливости все равно найдет дорогу на поверхность, даже когда его пытаются засыпать». Поэтому два предложения Г.Н. Сперанского и А.Ф. Тура все же имели некоторую практическую реализацию.

Первое предложение, изложенное в финале записки, звучало так: «Для научной разработки проблемы «ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ РАСТУЩЕГО ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА» создать Всесоюзный институт здорового ребенка и подростка, состоящий из секторов: гигиенического, физиологического, клинического (здорового ребенка и подростка)» (с. 11). Совершенно не будучи знакомым с данным документом, академик РАН А.А. Баранов, проработавший заместителем, в том числе первым, министра здравоохранения СССР в самые сложные годы завершения эпохи Советского Союза (1987–1992), добился создания в 1998 г. Научного Центра здоровья детей РАМН путем объединения Института педиатрии и Института гигиены детей и подростков и 20 лет (до 2018 г.) уверенно руководил им, реализуя именно эту концепцию.

И второе предложение — о необходимости придания значимости работе педиатров в школе, предоставив «им права заместителей директоров детских учреждений по здоровью» (с. 10). Опять же совершенно не зная о существовании этого документа, в течение нескольких последних лет ГВС Минздрава России по педиатрии и детской профилактической медицине академики РАН А.А. Баранов и Л.С. Намазова-Баранова вносили предложения в Минздрав России и Минпрос России о необходимости введения должности заместителя директора образовательной организации по профилактической работе с обучающимися.

Дорогие друзья! Мы остаемся верны памяти наших великих учителей и будем всегда хранить и развивать наследие наших гениальных предшественников!

Министру здравоохранения СССР
Академику Б.В. ПЕТРОВСКОМУ

Докладная записка: О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ В СОВЕТСКОМ СОЮЗЕ СЛУЖБЫ ЗДОРОВЬЯ РАСТУЩЕГО ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА

35,6% всего населения СССР составляют дети от 0 до 17 лет (по данным ЦСУ, на 01.01.1966 г. детей было 82 993 420). Из них: 33 095 066 дошкольного и дошкольного возраста (0–6 лет) и 49 898 354 школьного возраста (7–17 лет). Медицинское их обслужива-

ние осуществляют 71 738 педиатров всех ведомств, что составляет лишь 12,9% всех врачей (555 тысяч).

Подавляющее большинство детского населения — это практически здоровые дети, организованные в коллективах детских учреждений: 48,245 млн школьников

и 8 млн детей в постоянных детских садах, садах-яслях, яслях, т.к. свыше 5 млн детей находятся в детских коллективах. К ним можно добавить 1,7 млн детей-подростков 15–17 лет, обучающихся в профессионально-технических училищах и школах, школах ФЗО.

Однако почти все внимание педиатров сосредоточено на патологии. Из 62 023 педиатрических должностей в системе Минздравов на 01.01.1966 г. на лечебно-профилактическое обслуживание школ и детских садов приходилось только 7890, из них занято 6979,75 должности (6933,75 — в городах, 46,0 — на селе), на которых было 4472 физических лица. Другими словами, в среднем на 1 врача в стране на 01.01.1966 г. приходилось обслуживание свыше 12 000 детей садов и школ. Если учесть, что многие врачи детских учреждений работают по совместительству, то станет ясным, насколько снизился в стране уровень изучения и обслуживания практически здорового ребенка. По существующим штатным нормативам (приказ Минздрава СССР № 282-м от 26.12.1955 г.) 1 должность врача дается на 2500 детей школ или 400–600 детей детсадов, что должно соответствовать работе врача одновременно в двух школах (на 880 учеников каждая) и двух детсадах. При такой норме врач заходит в детское учреждение 2 раза в неделю.

В действительности же во многих школах Москвы и промышленных городов страны сама должность врача детского учреждения фактически ликвидирована, а обслуживание коллективов детей школ и садов возложено на участкового педиатра, который перегружен патологией на участке и может забегать в школу или детсад раз в 2–3 недели. Должность же школьного врача или врача детсада числится в поликлинике, а сами врачи детских коллективов используются как участковые педиатры.

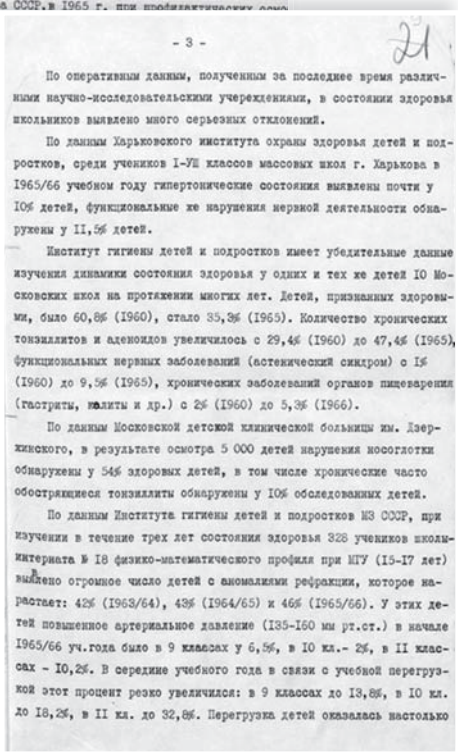
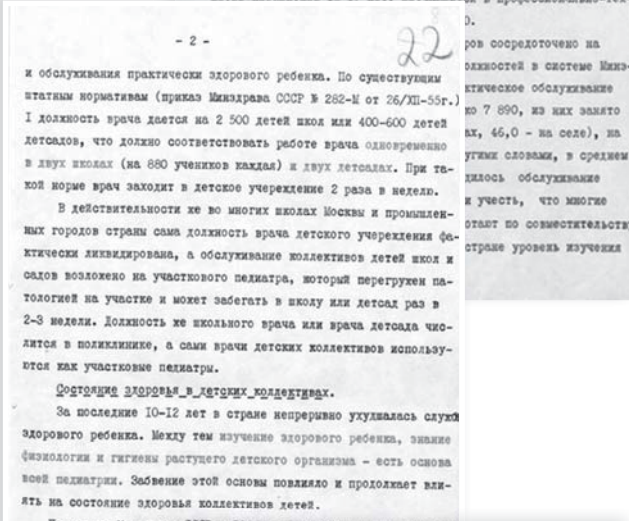
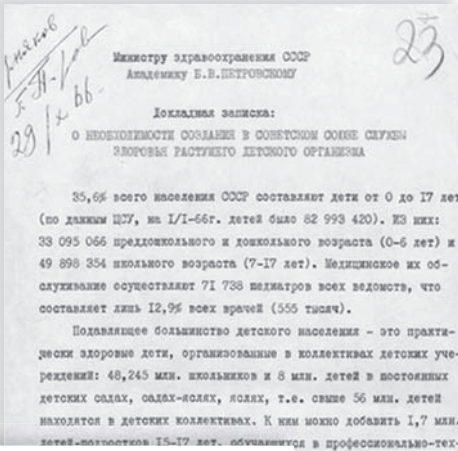
Состояние здоровья в детских коллективах

За последние 10–12 лет в стране непрерывно ухудшается служба здорового ребенка. Между тем изучение здорового ребенка, знание физиологии и гигиены растущего детского организма — есть основа всей педиатрии. Забвение этой основы повлияло и продолжает влиять на состояние здоровья коллективов детей.

По данным Минздрава СССР, в 1965 г. при профилактических осмотрах 17 359 728 школьников городских поселений выявлено: а) с пониженной остротой зрения — 1 216 917, с нарушением осанки — 458 297, со сколиозом I–III степеней — 326 363; т.е. на 1000 осматриваемых.

По оперативным данным, полученным за последнее время различными научно-исследовательскими учреждениями, в состоянии здоровья школьников выявлено много серьезных отклонений.

По данным Харьковского института охраны здоровья детей и подростков, среди учеников I–VIII классов



Осматриваемых		С пониженной остротой зрения	С нарушением осанки	Со сколиозом I–III ст.
Школьников	17 359 728	70,1	26,4	18,8
Посещающих младшие классы	2 296 735	46,1	16,8	10,0

массовых школ г. Харькова в 1965/66 учебном году гипертонические состояния выявлены почти у 10% детей, функциональные же нарушения нервной деятельности обнаружены у 11,5% детей.

Институт гигиены детей и подростков имеет убедительные данные изучения динамики состояния здоровья у одних и тех же детей 10 Московских школ на протяжении многих лет. Детей, признанных здоровыми, было 60,8% (1960), стало 35,3% (1965). Количество хронических тонзиллитов и аденоидов увеличилось с 29,4% (1960) до 47,4% (1965), функциональных нервных заболеваний (астенический синдром) с 1% (1960) до 9,5% (1965), хронических заболеваний органов пищеварения (гастриты, колиты и др.) с 2% (1960) до 5,3% (1966).

По данным Московской детской клинической больницы им. Дзержинского, в результате осмотра 5000 детей нарушения носоглотки обнаружены у 54% здоровых детей, в том числе хронические часто обостряющиеся тонзиллиты обнаружены у 10% обследованных детей.

По данным Института гигиены детей и подростков МЗ СССР, при изучении в течение трех лет состояния здоровья 328 учеников школы-интерната № 18 физико-математического профиля при МГУ (15–17 лет) выявлено огромное число детей с аномалиями рефракции, которое нарастает: 42% (1963/64), 43% (1964/65) и 46% (1965/66). У этих детей повышенное артериальное давление (135–160 мм рт. ст.) в начале 1965/66 уч. года было в 9 классах у 6,5%, в 10 кл. — 2%, в 11 классах — 10, 2%. В середине учебного года в связи с учебной перегрузкой этот процент резко увеличился: в 9 классах до 13,8%, в 10 кл. до 18,2%, в 11 кл. до 32,8%. Перегрузка детей оказалась настолько велика, что 43% детей, живя в интернате, совершенно не бывали на свежем воздухе, а 10% детей гуляло только до 30 мин в день.

По данным АПН РСФСР, в спецшколе № 2 физико-математического профиля Октябрьского р-на г. Москвы повышенное артериальное давление (135–160 мм рт. ст.) выявилось у 32% учащихся даже после зимних каникул в феврале 1966 г.

Большой интерес представляют данные поликлиники № 8 при МГУ. С 1953 г. по 1965 г. на 1 курсе МГУ поступало по 2400–3000 студ. Изучение функции сердечно-сосудистой системы показало, что до 1/3 студентов перед сессией и во время сессии имеет повышенное артериальное давление (до 160–170 мм рт. ст.). При поступлении на 1 курс обнаружены следующие основные отклонения в состоянии здоровья:

	1953 г.	1965 г.
Аномалии рефракции	20,6%	37,6%
Заболевания серд.-сос. системы	12,9%	15,9%
ЛОР-заболевания	7,8%	7,6%
Болезни нервной системы	12,0%	7,3%
Гипертоническая болезнь	0,4% (1955)	3,6%
Признано полностью здоровыми	40%	31% (1963)

- 4 -

20

велика, что 43% детей, живя в интернате, совершенно не бывали на свежем воздухе, а 10% детей гуляло только до 30 мин. в день.

По данным АПН РСФСР, в спецшколе № 2 физико-математического профиля Октябрьского р-на г. Москвы повышенное артериальное давление (135–160 мм рт.ст.) выявилось у 32% учащихся даже после зимних каникул в феврале 1966 г.

Большой интерес представляют данные поликлиники № 8 при МГУ. С 1953 г. по 1965 г. на 1 курсе МГУ поступало по 2 400–3 000 студ. Изучение функции сердечно-сосудистой системы показало, что до $\frac{1}{3}$ студентов перед сессией и во время сессии имеет повышенное артериальное давление (до 160–170 мм рт.ст.). При поступлении на 1 курс обнаружены следующие основные отклонения в состоянии здоровья:

	1953 г.	1965 г.
1. Аномалии рефракции	20,6%	37,6%
2. Заболевания серд.-сос.системы	12,9%	15,9%
3. ЛОР-заболевания	7,8%	7,6%
4. Болезни нервной системы	12,0%	7,3%
5. Гипертоническая болезнь	0,4% (1955)	3,6%
Признано полностью здоровыми	40%	31% (1963)

Поликлиника обоснованно считает, что отклонения в здоровье приобретены в период учебы в школе.

Мы считаем необходимым обратить особое внимание на состояние здоровья школьников в пубертатном возрасте в широком смысле этого понятия (10–18 лет). В результате эндокринной перестройки и созревания детского организма происходит усиленный рост, повышение

- 5 -

19

превращалась гипертония, нейроциркулярная астенія, акроцианоз, отклонения в функции пищеварительной системы и т.д. и т.п.

Из изложенного видно, что в настоящее время в стране отсутствует физиологическое повсеместное изучение и оздоровление практически здоровых детей.

Именно поэтому советскому здравоохранению и педиатрической службе страны в частности необходимо разработать систему мероприятий по ПО ОХРАНИИ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА С МОМЕНТА ЗАЧАТИЯ (правильное питание и режим беременной женщины) ДО КТО ПОЛНОГО ВОЗРАСТА. Для этого физиология и гигиена здорового растущего детского организма обязательно следует выделить как одну из основных отраслей медицины.

В соответствии с таким пониманием в Генуе (Италия) создан научный центр по изучению физиологии здорового растущего детского организма - институт аутоэкологии. Подобный же институт функционирует в Лондоне. В Швейцарии имеется Национальный институт здорового ребенка и развития человека.

В Швеции имеется 1515 центров по охране здоровья ребенка, а все дети охвачены школьной службой здоровья, детям в школе выдаются бесплатные завтраки. Школьная служба здоровья имеется и в других скандинавских странах.

Очень хорошо массовая оздоровительная и профилактическая работа среди школьников поставлена в Болгарии, где имеются специальные школьные симуляторы, а в 1 школьный врач психиатра на 1 500 школьников. Все в Чехословакии.

В США 1 школьный здоровья на 1 500 учеников (46 750 тыс.).

- 6 -

18

Между тем, служба охраны здоровья детей и подростков имеет замечательную историю и традиции. Впервые Отдел здоровья детей и подростков создан по инициативе В.И.Ленина еще декабре 1917 г., когда служба ОЗД и П была возглавлена В.И.Бонч-Бруевичем (Величинной), старым больничником и крупным организатором здравоохранения педиатром. Уже в начале Советская страна стала при помощи краткосрочных курсов готовить из врачей общего профиля школьных врачей (врача-педагога и воспитателя), несмотря на невероятно тяжелый 1918 год. 15 сентября 1921 г. В.И.Ленин подписал специальный декрет Совнаркома, вводящий в нашей стране "Положение об охране здоровья подростков и детей", которое определяло задачи и подробно регламентировало службу ОЗДП. Согласно этого декрета были созданы "Советы ОЗДП", все постановления которых после утверждения Наркомздравом и Наркомпросом получали обязательный характер. В течение 20-х и 30-х годов в стране развернулась интенсивная работа по подготовке кадров школьных врачей (в 1937 г. их было около 4 000). В соответствии с приказом НКЗ РСФСР (от 19/1-33 г. норма обслуживания на 1 школьного врача была 1600–1900 школьников) в стране велась интенсивная работа по изучению физиологии, гигиены, психологии и воспитания здорового ребенка и подростка.

Приказом НКЗдрава СССР № 142 от 27.11.1950 г. была установлена штатная норма: 1 должность школьного врача 1000–1 500 учащихся. В послевоенные годы подготовка школьных врачей, врачей ОЗДП научно-исследовательская работа постепенно прекратилась. Среди организаторов здравоохранения, занимавшихся детьми, получили распространения взгляды, что достаточно участковых педиатров и незначим иметь врачей в детских учреждениях, где есть здоровые дети. Старых кадров не стало в результате естественной убыли. Уровень лечебно-профилактической работы среди детских коллективов резко снизился.

Поликлиника обоснованно считает, что отмеченные отклонения в здоровье приобретены в период учебы в школе.

Мы считаем необходимым обратить особое внимание на состояние здоровья школьников в пубертатном возрасте в широком смысле этого понятия (10–18 лет). В результате эндокринной перестройки и созревания детского организма происходит усиленный рост, повышенная двигательная и нервно-психическая активность, вызывающая огромное напряжение нервной системы, эндокринных желез, обмена веществ. При неблагоприятных внешних воздействиях в такой физиологический период развиваются невротические состояния, неустойчивость психики и поведения, эндокринные отклонения, юношеское сердце, ювенильная гипертония, нейроциркулярная астенция, акроцианоз, отклонения в функции пищеварительной системы и т.д. и т.п.

Из изложенного видно, что в настоящее время в стране отсутствует физиологическое повсеместное изучение и оздоровление практически здоровых детей.

Именно поэтому советскому здравоохранению и педиатрической службе страны в частности необходимо разработать систему мероприятий по СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА С МОМЕНТА ЗАЧАТИЯ (правильное питание и режим беременной женщины) ДО ЕГО ПОЛНОГО ФОРМИРОВАНИЯ. Для этого физиологию и гигиену здорового растущего детского организма обязательно следует выделить как одну из основных отраслей медицины.

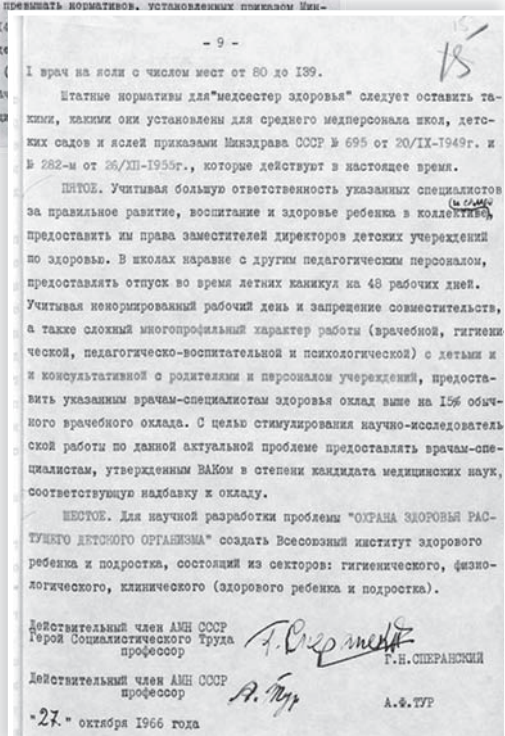
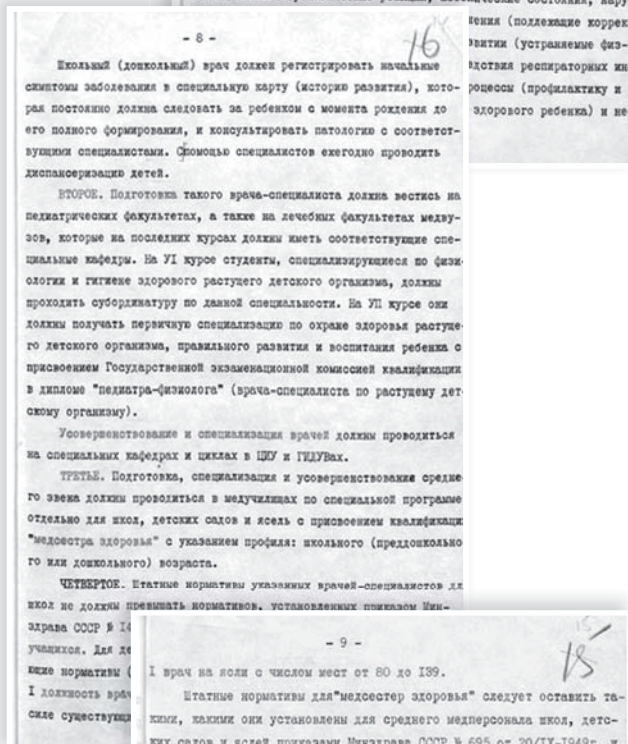
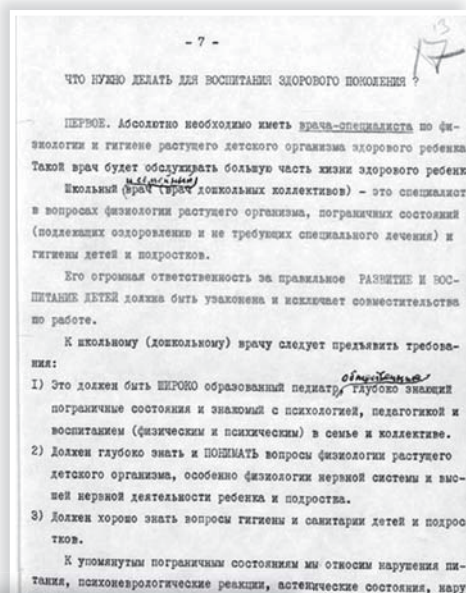
В соответствии с таким пониманием в Генуе (Италия) создан научный центр по изучению физиологии здорового растущего детского организма — институт аукологии. Подобный же институт функционирует в Лондоне и в Париже. В Швейцарии имеется Национальный институт здорового ребенка и развития человека.

В Швеции имеется 1515 центров по охране здоровья ребенка, а все дети охвачены школьной службой здоровья, детям в школе выдаются бесплатные завтраки. Сходная служба здоровья имеется и в других скандинавских странах.

Очень хорошо массовая оздоровительная и профилактическая работа среди школьников поставлена в Болгарии, где имеются специальные школьные амбулатории, а 1 школьный врач приходится на 1500 школьников. Все дети охвачены школьной службой здоровья и в Чехословакии.

В США 1 школьный врач приходится на 2200 учащихся, а сестра здоровья на 1500 учащихся (в 1962/63 уч. г. было учащихся школ 46 750 тыс.).

Между тем, служба охраны здоровья детей и подростков имеет замечательную историю и традиции. Впервые Отделы здоровья детей и подростков созданы по инициативе В.И. Ленина еще декабре 1917 г., когда служба ОЗДиП была возглавлена В.М. Бонч-Бруевич (Величкиной), старым большевиком и крупным организатором здравоохранения, педиатром. Уже в июле Советская страна стала при помощи краткосрочных курсов готовить из врачей общего профи-



ля школьных врачей (врача-педагога и воспитателя), несмотря на невероятно тяжелый 1918 год. 15 сентября 1921 г. В.И. Ленин подписал специальный декрет Совнаркома, вводящий в нашей стране «Положение об охране здоровья подростков и детей», которое определяло задачи и подробно регламентировало службу ОЗДиП. Согласно этого декрета были созданы «Советы ОЗДиП», все постановления которых после утверждения Наркомздравом и Наркомпросом получали обязательный характер.

В течение 20-х и 30-х годов в стране развернулась интенсивная работа по подготовке кадров школьных врачей (в 1937 г. их было около 4000). В соответствии с приказом НКЗ РСФСР (от 19.01.1933 г.) норма обслуживания на 1 школьного врача была 1600–1900 школьников. В стране велась интенсивная работа по изучению физиологии, гигиены, психологии и воспитания здорового ребенка и подростка.

Приказом Минздрава СССР № 142 от 27.02.1950 г. была установлена штатная норма: 1 должность школьного врача на 1000–1500 учащихся. В послевоенные годы подготовка школьных врачей, врачей ОЗДиП, научно-исследовательская работа постепенно прекратились. Среди организаторов здравоохранения, занимавшихся детством, получили распространение взгляды, что достаточно участковых педиатров и незачем иметь врачей в детских учреждениях, где есть здоровые дети. Старых кадров не стало в результате естественной убыли. Уровень лечебно-профилактической работы среди детских коллективов резко снизился.

ЧТО НУЖНО ДЕЛАТЬ ДЛЯ ВОСПИТАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ?

ПЕРВОЕ. Абсолютно необходимо иметь врача-специалиста по физиологии и гигиене растущего детского организма здорового ребенка. Такой врач будет обслуживать большую часть жизни здорового ребенка.

Школьный и семейный врач (врач дошкольных коллективов) — это специалист в вопросах физиологии растущего организма, пограничных состояний (подлежащих оздоровлению и не требующих специального лечения) и гигиены детей и подростков.

Его огромная ответственность за правильное **РАЗВИТИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ** должна быть узаконена и исключает совместительства по работе.

К школьному (дошкольному) врачу следует предъявлять требования:

1) Это должен быть **ШИРОКО** образованный педиатр общественник, глубоко знающий пограничные состояния и знакомый с психологией, педагогикой и воспитанием (физическим и психическим) в семье и коллективе.

2) Должен глубоко знать и **ПОНИМАТЬ** вопросы физиологии растущего детского организма, особенно физиологии нервной системы и высшей нервной деятельности ребенка и подростка.

3) Должен хорошо знать вопросы гигиены и санитарии детей и подростков.

К упомянутым пограничным состояниям мы относим нарушения питания, психоневрологические реакции, астенические состояния, нарушения осанки и легкие

ортопедические отклонения (подлежащие коррекции), небольшие отклонения в физическом развитии (устраняемые физкультурой или лечебной гимнастикой), последствия респираторных инфекций, фаринготонзиллиты, ревматоидные процессы (профилактику и борьбу с которыми может осуществлять врач здорового ребенка) и некоторые другие состояния.

Школьный (дошкольный) врач должен регистрировать начальные симптомы заболевания в специальную карту (историю развития), которая постоянно должна следовать за ребенком с момента рождения до его полного формирования, и консультировать патологию с соответствующими специалистами. С помощью специалистов ежегодно проводить диспансеризацию детей.

ВТОРОЕ. Подготовка такого врача-специалиста должна вестись на педиатрических факультетах, а также на лечебных факультетах медвузов, которые на последних курсах должны иметь соответствующие специальные кафедры. На VI курсе студенты, специализирующиеся по физиологии и гигиене здорового растущего детского организма, должны проходить субординатуру по данной специальности. На VII курсе они должны получать первичную специализацию по охране здоровья растущего детского организма, правильного развития и воспитания ребенка с присвоением Государственной экзаменационной комиссией квалификации в дипломе «педиатра-физиолога» (врача-специалиста по растущему детскому организму).

Усовершенствование и специализация врачей должны проводиться на специальных кафедрах и циклах в ЦИУ и ГИДУВах.

ТРЕТЬЕ. Подготовка, специализация и усовершенствование среднего звена должны проводиться в педучилищах по специальной программе отдельно для школ, детских садов и ясель с присвоением квалификации «медсестра здоровья» с указанием профиля: школьного (преддошкольного или дошкольного) возраста.

ЧЕТВЕРТОЕ. Штатные нормативы указанных врачей-специалистов для школ не должны превышать нормативов, установленных приказом Минздрава СССР № 142 от 27.02.1950 г.: 1 должность врача на 1000–1500 учащихся. Для детских садов целесообразно оставить в силе существующие нормативы (приказ Минздрава СССР № 282-м от 26.12.1955 г.): 1 должность врача на 400–600 детей детсада. Для яслей — оставить в силе существующие нормативы (приказ Минздрава № 695 от 20.11.1949 г.): 1 врач на ясли с числом мест от 80 до 139.

Штатные нормативы для «медсестер здоровья» следует оставить такими, какими они установлены для среднего медперсонала школ, детских садов и яслей приказами Минздрава СССР № 695 от 20.11.1949 г. и № 282-м от 26.12.1955 г., которые действуют в настоящее время.

ПЯТОЕ. Учитывая большую ответственность указанных специалистов за правильное развитие, воспитание и здоровье ребенка в коллективе и семье, предоставить им права заместителей директоров детских учреждений по здоровью. В школах наравне

с другим педагогическим персоналом предоставлять отпуск во время летних каникул на 48 рабочих дней. Учитывая ненормированный рабочий день и запрещение совместительства, а также сложный многопрофильный характер работы (врачебной, гигиенической, педагогическо-воспитательной и психологической) с детьми и консультативной с родителями и персоналом учреждений, предоставить указанным врачам-специалистам здоровья оклад выше на 15% обычного врачебного оклада. С целью стимулирования научно-исследовательской работы по данной актуальной проблеме предоставлять врачам-специалистам, утвержденным

ВАКом в степени кандидата медицинских наук, соответствующую надбавку к окладу.

ШЕСТОЕ. Для научной разработки проблемы «ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ РАСТУЩЕГО ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА» создать Всесоюзный институт здорового ребенка и подростка, состоящий из секторов: гигиенического, физиологического, клинического (здорового ребенка и подростка).

Действительный член АМН СССР
Герой Социалистического Труда
профессор **Г.Н. СПЕРАНСКИЙ**
Действительный член АМН СССР
профессор **А.Ф. ТУР**

Министру здравоохранения СССР
Академику **Б.В. ПЕТРОВСКОМУ**

Глубокоуважаемый Борис Васильевич,

В связи с предстоящим обсуждением у Вас моей Докладной записки «О необходимости создания службы здоровья растущего детского организма» считаю необходимым просить пригласить следующих специалистов по обсуждаемому вопросу:

1. В.В. Парин — академик (физиология человека и животных)
2. В.П. Лебедева — доктор медицинских наук (основположник охраны материнства и детства в СССР)
3. Ю.Ф. Домбровская — профессор (педиатрия)
4. Д.Д. Лебедев — профессор (педиатрия)
5. А.Г. Цитлин — профессор (педиатрия, организация здравоохранен.)
6. Е.М. Белостоцкая — профессор (школьная гигиена)
7. Г.Н. Сердюковская — кандидат медицинских наук (директор И-та гигиены детей и подростков)
8. М.В. Антропова — доктор медицинских наук (школьная гигиена)
9. Ю.М. Пратусевич — доктор медицинских наук (физиология растущего детского организма, нейрофизиология ребенка)
10. А.В. Коробков — профессор (физиология физического воспитания, директор Всес. и-та физкульт. и спорта)
11. Н.М. Аксарина — профессор (психология и воспитание детей раннего возраста)
12. М.А. Умнова — гл. специалист Главного лечебно-профил. управления Министерства здравоохранения СССР)

Я полагаю, что участие указанных товарищей в обсуждении вопроса о воспитании, развитии и улучшении здоровья детского населения страны позволит всесторонне рассмотреть данный вопрос и рекомендовать Вам наиболее эффективные меры для его решения.

С искренним и глубоким
уважением

А.Н. СПЕРАНСКИЙ

16 декабря 1966 года

