

# MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2017, VOLUME 2, N 2

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL FOR DOCTORS

**Рецензируемый  
научно-практический журнал  
MEDICINE AND HEALTH  
CARE ORGANIZATION  
МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Основан в 2016 году  
в Санкт-Петербурге**

**Ежеквартальное издание**  
Журнал реферируется РЖ ВИНТИ

**Учредитель:**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России,

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу,  
ПИ № ТУ78-01872 от 17 мая 2016 г.

**Проект-макет:** Титова Л. А.

**Распространяется по подписке.**

*Электронная версия* — <http://elibrary.ru>

**Издатель, учредитель:**

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России  
**Титова Л.А.** (выпускающий редактор)  
**Варламова И.Н.** (верстка)

**Адрес редакции:** Литовская ул., 2,  
Санкт-Петербург, 194100;  
тел/факс: (812) 295-31-55;  
e-mail: medorgspb@yandex.ru

**Статьи просьба направлять по адресу:**  
medorgspb@yandex.ru

**Address for correspondence:**

2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100,  
Russia. Tel/Fax: +7 (812) 295-31-55.  
E-mail: medorgspb@yandex.ru.

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 9.

Тираж до 500 экз. Цена свободная.

Оригинал-макет изготовлен

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.  
Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100.  
Заказ 89. Подписано в печать 07.07.2017.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции.

Ссылка на журнал «Медицина и организация здравоохранения/ Medicine and health care organization» обязательна.

**Редакционная коллегия: Editorial Board:**

**Главный редактор**

З.д.н., д.м.н., проф. **В.И. Орел**

**Заместитель главного редактора**

З.д.н., д.м.н., проф. **В.К. Юрьев**

Д.м.н., проф. **Г.Л. Микиртичан**

**Технический редактор**

К.и.н., доц. **Л.Н. Лисенкова**

**Члены редколлегии**

Член-корр. РАН, д.м.н., проф.

**В.А. Медик** (В. Новгород)

Член-корр. РАН, д.м.н., проф.

**Н.В. Полунина** (Москва)

Член-корр. РАН, д.м.н.,

проф. **А.П. Щербо**

Д.м.н., проф. **Ю.С. Александрович**

З.д.н., д.м.н., проф. **В.Ю. Альбицкий** (Москва)

Д.м.н., проф. **В.С. Василенко**

З.д.н., д.м.н., проф. **Н.И. Вишняков**

Д.м.н., проф. **И.В. Зимин**

Д.м.н., проф. **М.П. Королев**

З.д.н., д.м.н., проф. **В.С. Лучкевич**

К.м.н., доц. **С.Н. Львов**

К.ф.н., доц. **И.И. Могилева**

Д.м.н., проф. **Р.А. Насыров**

Д.м.н., проф. **П.В. Павлов**

Д.м.н., проф. **Т.П. Павлович** (Беларусь)

К.м.н., доц. **Ю.В. Петренко**

Д.м.н., проф. **А.Г. Сердюков** (Астрахань)

Д.м.н., проф. **В.Н. Филатов**

Д.м.н., проф. **Т.В. Яковлева** (Москва)

**Редакционный совет:**

Д.м.н., проф. **М.Ю. Абросимова** (Казань)

Д.п.н., проф. **В.А. Аверин**

Д.м.н., проф. **Е.Л. Борщук** (Оренбург)

Д.м.н., проф. **В.В. Бржецкий**

Д.м.н., проф. **А.А. Будко**

Д.м.н., проф. **Е.М. Булатова**

Д.м.н., проф. **Жозеф Гласа** (Словакия)

Д.м.н., проф. **В.И. Гузева**

Д.м.н., проф. **Д.П. Дербенев** (Тверь)

Д.м.н., проф. **Т.С. Дьяченко** (Волгоград)

Д.ист.н., проф. **Н.Т. Ерегина** (Ярославль)

Д.м.н., проф. **В.Е. Жолобов**

Проф. **М. Зильберман** (США)

Д.м.н. **А.В. Ким**

Д.м.н., проф. **Д.И. Кича** (Москва)

Д.м.н., проф. **Л. В. Кочорова**

Д.м.н. **О.И. Кубарь**

Д.м.н., проф. **А.Г. Кучер**

Д.м.н., проф. **Л.И. Лавлинская** (Воронеж)

Д.м.н., проф. **Д.Е. Мохов**

Д.м.н., проф. **В.М. Остапенко** (Смоленск)

Д.м.н., проф. **К.В. Павелец**

Д.м.н., проф. **Гордана Пелчић** (Хорватия)

Д.м.н., проф. **А.Н. Редько** (Краснодар)

Д.м.н., проф. **В.М. Середя**

Д.м.н., проф. **Г.А. Сулова**

Д.м.н., проф. **В.Ю. Тегза**

Д.м.н., проф. **В.Н. Тимченко**

Д.м.н. проф. **С.Б. Чолоян** (Оренбург)

Д.м.н., проф. **Г.Н. Чумакова** (Архангельск)

Д.м.н., проф. **Н.Х. Шарафутдинова** (Уфа)

Д.м.н., проф. **А.М. Шелепов**

Д.м.н., проф. **Ю.Г. Элланский** (Ростов-на-Дону)

**Head Editor**

**V.I. Orel**, Prof., MD, PhD

**Head Editor-in-Chief**

**V.K. Yur'ev**, Prof., MD, PhD

**G.L. Mikirtichan**, Prof., MD, PhD

**Technical Editor**

**L.N. Lisenkova**, PhD

**Members of the Editorial Board**

**V.A. Medik**, Corresponding Member of the

RAS, Prof., MD, PhD (V. Novgorod)

**N.V. Polunina**, Corresponding Member of the

RAS, Prof., MD, PhD (Moscow)

**A.P. Shcherbo**, Corresponding Member of the

RAS, Prof., MD, PhD

**Yu.S. Aleksandrovich**, Prof., MD, PhD

**V.Yu. Al'bitskiy**, Prof., MD, PhD (Moscow)

**V.S. Vasilenko**, Prof., MD, PhD

**N.I. Vishnyakov**, Prof., MD, PhD

**I.V. Zimin**, Prof., MD, PhD

**M.P. Korolev**, Prof., MD, PhD

**V.S. Luchkevich**, Prof., MD, PhD

**S.N. L'vov**, Associate Prof., MD, PhD

**I.I. Mogileva**, Associate Prof., PhD

**R.A. Nasyrov**, Prof., MD, PhD

**P.V. Pavlov**, Prof., MD, PhD

**P.V. Pavlov**, Prof., MD, PhD (Belarus)

**Yu.V. Petrenko**, Prof., MD, PhD

**A.G. Serdyukov**, Prof., MD, PhD (Astrakhan)

**V.N. Filatov**, Prof., MD, PhD

**T.V. Yakovleva**, Prof., MD, PhD (Moscow)

**Editorial Council:**

**M.Yu. Abrosimova**, Prof., MD, PhD (Kazan)

**V.A. Averin**, Prof., PhD

**E.L. Borshchuk**, Prof., MD, PhD (Orenburg)

**V.V. Brzesskiy**, Prof., MD, PhD

**A.A. Budko**, Prof., MD, PhD

**E.M. Bulatova**, Prof., MD, PhD

**Jozef Glasa**, Prof., MD, PhD (Slovak Republic)

**V.I. Guzeva**, Prof., MD, PhD

**D.P. Dербенев**, Prof., MD, PhD (Tver)

**T.S. D'yachenko**, Prof., MD, PhD (Volgograd)

**N.T. Eregina**, Prof., PhD (Yaroslavl)

**V.E. Zholobov**, Prof., MD, PhD

**M. Zilberman**, Prof., MD, PhD (USA)

**A.V. Kim**, MD, PhD

**D.I. Kicha**, Prof., MD, PhD (Moscow)

**L.V. Kochorova**, Prof., MD, PhD

**O.I. Kubar'**, MD, PhD

**A.G. Kucher**, Prof., MD, PhD

**L.I. Lavlinskaya**, Prof., MD, PhD (Voronezh)

**D.E. Mokhov**, Prof., MD, PhD

**V.M. Ostapenko**, Prof., MD, PhD (Smolensk)

**K.V. Pavelets**, Prof., MD, PhD

**Gordana Pelčić**, Prof., MD, PhD (Croatia)

**A.N. Red'ko**, Prof., MD, PhD (Krasnodar)

**V.M. Sereda**, Prof., MD, PhD

**G.A. Suslova**, Prof., MD, PhD

**V.Yu. Tegza**, Prof., MD, PhD

**V.N. Timchenko**, Prof., MD, PhD

**S.B. Choloyan**, Prof., MD, PhD (Orenburg)

**G.N. Chumakova**, Prof., MD, PhD (Arkhangelsk)

**N.Kh. Sharafutdinova**, Prof., MD, PhD (Ufa)

**A.M. Sheleпов**, Prof., MD, PhD

**Yu.G. Ellanskiy**, Prof., MD, PhD (Rostov-na-Donu)

2017, ТОМ 2, № 2

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

# МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

# CONTENT

# СОДЕРЖАНИЕ

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

*Л.А. Еникеева, М.С. Шишкикова*  
Теоретические и практические аспекты  
использования индикаторов  
оценки качества жизни ..... 4

*В.И. Орел, С.В. Гречаный, А.А. Трещевская*  
Психологическая адаптация  
работников промышленного предприятия  
по результатам психиатрического  
профессионального осмотра ..... 16

*О.В. Калинин, Н.Г. Петрова,  
Е.В. Дембикова, С.А. Калинина*  
Медико-социальные особенности детей,  
госпитализированных в центр медицинской  
и социальной реабилитации ..... 31

*Ц.М. Теблеев*  
Некоторые показатели  
характеризующие течение родов  
у женщин республики Калмыкия ..... 38

*Н.Н. Тимофеева*  
Медико-социальная характеристика  
иностранцев студентов медицинского  
университета, условия и образ жизни ..... 41

## ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

*О.А. Джарман, Г.Л. Микиртичан*  
Кормилицы в древней Месопотамии ..... 51

## БИОЭТИКА

*Г.Л. Микиртичан, Д.Е. Мохов,  
И.Г. Юшманов, А.З. Ликтшангоф*  
Принцип информированного согласия  
в деятельности врача-остеопата ..... 62

## ORIGINAL PAPERS

*L.A. Enikeeva, M.S. Shirshikova*  
Theoretical and practical aspects  
of the use of indicators to assess  
the quality of life ..... 4

*V.I. Orel, S.V. Grechanyj, A.A. Treshhevskaja*  
Psychological adaptation of workers  
of an industrial enterprise based  
on the results of a psychiatric  
professional examination ..... 16

*O.V. Kalinichenko, N.G. Petrova,  
E.V. Dembikova, S.A. Kalinina*  
Medical and social characteristics of children  
hospitalized in the center of medical and social  
rehabilitation ..... 31

*T.M. Tableau*  
Some indicators characterizing  
delivery in women of the republic  
of Kalmykia ..... 38

*N.N. Timofeeva*  
Living conditions and way of life of foreign  
students in a medical university, their medical  
and social characteristics ..... 41

## HISTORY OF MEDICINE

*O.A. Jarman, G.L. Mikirtichan*  
Wet nurses in ancient Mesopotamia ..... 51

## BIOETHICS

*G.L. Mikirtichan, D.E. Mokhov,  
I.G. Yushmanov, Al.Z. Likhtshangof*  
The principle of informed consent  
in the osteopathic physician's activities ..... 62

---

**ПЕРСОНАЛИИ**

---

*Н.М. Попова, Ю.В. Храмова, Л.Л. Шубин*  
С.Ф. Тучемский — выдающийся врач-гуманист,  
доктор семьи П.И. Чайковского .....66

*Н.И. Вишняков, Е.Н. Пенюгина,  
Л.В. Кочорова*  
К 95-летию со дня рождения  
профессора В.А. Миняева ..... 75

---

**ИНФОРМАЦИЯ**

---

Правила для авторов ..... 80

---

**PERSONALITIES**

---

*N.M. Popova, Y.V. Khramova, L.L. Shubin*  
S.F. Tuzemsky is the outstanding doctor  
and humanist, family doctor of P.I. Tchaikovsky .....66

*N.I. Vishnyakov, C.N. Penyugina,  
L.V. Kochorova*  
To the 95th anniversary of the birthday  
of professor V.A. Minyaev ..... 75

---

**INFORMATION**

---

Rules for authors ..... 80

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИКАТОРОВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

---

© *Лилия Аубакировна Еникеева, Марина Сергеевна Ширишкова*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт кино и телевидения»  
191119, г. Санкт-Петербург, ул. Правды, 13

**Контактная информация:** Лилия Аубакировна Еникеева — д.э.н., профессор кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики, профессор кафедры управления экономическими и социальными процессами в кино- и телеиндустрии.  
E-mail: enikeeva\_lilia@mail.ru

---

**РЕЗЮМЕ:** Авторами статьи проанализированы существующие модели оценки качества жизни населения с учетом российского и зарубежного опыта. Составлена хронология создания показателей качества жизни населения. Выявлены факторы, влияющие на качество жизни, которые могут быть условно разделены на материальные и нематериальные. Авторы считают наиболее перспективным проведение исследований по оценке информативности индикаторов качества жизни населения и разработке моделей прогнозирования на основе международных индексов. Проведено изучение качества жизни студентов Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации и выполнен анализ материальных и нематериальных составляющих качества жизни студентов младших курсов, выявлены факторы, ухудшающие их качество жизни. В зависимости от выбранного направления и специальности обучения результаты по качеству жизни студентов различны: студенты педиатрической и стоматологической специальностей оценивают качество своей жизни выше, чем студенты сестринского дела и дефектологического направления подготовки. В ходе проведенного авторами статистического исследования также были изучены составляющие качества жизни по сферам: показатели качества жизни студентов по сферам недостаточно высокие, их средние значения колеблются от 2,8 балла (физическая сфера) до 3,9 балла (социальная сфера и окружающая среда).

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** качество жизни; сферы качества жизни; физическая сфера; психическая сфера; социальная сфера; окружающая среда.

---

## THEORETICAL AND PRACTICAL ASPECTS OF THE USE OF INDICATORS TO ASSESS THE QUALITY OF LIFE

---

© *Liliya A. Enikeeva, Marina S. Shirshikova*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100  
Saint-Petersburg State Institute of Film and Television. Pravda street, 13. Saint-Petersburg, Russia, 191119

**Contact information:** Liliya A. Enikeeva — doctor of Economics, Professor, chair of Humanities and Bioethics, Professor of the Department of Economic and Social Processes in the film and television industry. E mail: enikeeva\_lilia@mail.ru

---

**ABSTRACT:** Authors analyzed existing models of evaluation of the quality of life of the population, taking into account Russian and foreign experience, compiled a chronology of the creation of indicators of quality of life of the population, identified the factors affecting the quality of life and divided them into material and intangible. The authors believe the most promising studies on the evaluation of the information content indicators of quality of life population and the development of forecasting models on the basis of international indexes. The study of the quality of life students of St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation was made and the analysis of material and intangible components of quality of life of undergraduate students, the factors that worsen their quality of life was fulfilled. Depending on the chosen directions and specialties of training results on quality of life of students differs: students of pediatric and medical specialties assess the quality of their lives higher than students of nursing and speech pathology areas of training. In the course of conducting the statistical studies were also reviewed components of quality of life areas: the quality of life of students in areas are not sufficiently high, their mean values range from 2.8 points (the physical sphere) to 3.9 points (social sphere and the environment).

**KEY WORDS:** quality of life; physical domain; psychological sphere; social sphere; environment.

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования определяется необходимостью улучшения качества жизни населения РФ и регионов, так как устойчивый рост качества жизни населения был и остается одной из главных целей и задач государства, носит многоаспектный и межрегиональный характер. Качество жизни населения является одним из важнейших факторов обеспечения экономической безопасности и стабильности развития нашей страны. В Стратегии экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 года прописано о недопущении снижения качества жизни населения наряду с предотвращением кризисных явлений во всех сферах экономики [2, 8]. В рамках Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, в части 9, посвященной молодежной политике, особое внимание уделяется созданию условий для успешной социализации и эффективной самореализации молодежи, развитию потенциала молодежи и его использованию в интересах инновационного развития страны [6]. Помимо интенсивных медико-биологических исследований ученые нацелены на поиск материальных и нематериальных (психологических, социокультурных, индивидуально-личностных факторов, потребностей и возможностей, влияющих на отношение молодых людей к жизни, ее качеству [3, 9]. Так одной из главных целей государственной культурной политики отмечается создание условий для реализации каждым человеком его творческого потенциала через обеспечение доступа граждан к зна-

ниям, информации, культурным ценностям и благам [7]. Также и в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года прописана необходимость интенсивного развития человеческого капитала и создание эффективной социальной инфраструктуры (здравоохранение, образование, социальная защита населения), рынка доступного жилья, гибкого рынка труда, улучшение санитарно-эпидемиологической обстановки, без чего невозможен экономический рост и устойчивый рост благосостояния населения, снижение уровня бедности и уменьшение дифференциации населения по доходам [4].

Отметим, что повышение качества жизни населения страны невозможно без разработки и совершенствования методов и моделей статистической оценки различных социально-экономических индикаторов развития регионов и составления на их основе долгосрочных прогнозов [1].

Одна из приоритетных задач демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года — это укрепление здоровья населения, существенное снижение уровня социально значимых заболеваний, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни [3]. Здоровью подрастающего поколения уделяется особое внимание специалистами разных дисциплин во многих странах. И если исследования социальных факторов здоровья детей и подростков становятся более основательными и продуктивными, то в отношении здоровья молодежи и студенчества сохраняется дефицит информации, связанный с недостаточностью принятых в системе медицинской и ведомственной статистики показате-

Таблица 1

## Хронология создания показателей качества жизни населения

Период	Исследователи	Компоненты
1961 г.	Европейская комиссия ООН	Здоровье, потребление продуктов питания, образование, занятость, условия труда, жилищные условия, социальное обеспечение, одежда, рекреация, свободное время.
1962–1973 г.г.	США	Система «Социальных показателей», состоящая из 7 блоков: здоровье, общественная безопасность, образование, труд, доход, жилище, досуг
1966 г.	Сборник Р. Бауэра	Система 12 «индикаторов» социально-регионального свойства: возможности профессионального образования, образования по возрастным группам.
1973–1977 гг.	Концепция оощуаеаого кааства жизни в США	Основа направления построения систем социальных показателей с дальнейшей разработкой проблематики качества жизни на основе «ощущения счастья» и «чувства удовлетворения потребностей»
Последнее десятилетие XX века	ООН	Индекс развития человеческого потенциала Организации объединенных наций
	Комиссия ЮНЕСКО по народонаселению и качеству жизни	Здоровье, образование, рациональное питание, стабильная, экологически чистая окружающая среда, включая жилище, здравоохранение, участие в жизни общества, создание необходимых услуг для развития общества.
	Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)	Здоровье, образование, личная безопасность, занятость и качество трудовой жизни, досуг и отдых, состояние окружающей среды, состояние потребительского рынка товаров и услуг, социальные возможности и социальная активность
	Комитет по демографическому кризису (США)	Стоимость питания, жилищные условия, связь, образование, здравоохранение, уровень шума, уличное движение, чистота воздуха, общественная безопасность
1992 г.	Центр экономической конъюнктуры и прогнозирования	«Основные показатели уровня жизни населения в условиях рыночной экономики»: система показателей для оценки хода экономической реформы в России
1993 г.	Министерство РФ и Госкомстат России	Унифицированная система показателей, характеризующих муниципальное образование
	Центральный экономико-математический Институт РАН	Интегральная характеристика качества жизни населения регионов России сосредоточена в следующих блоках: качество населения, эффективность экономики, социальная сфера, уровень жизни населения, качество социальной сферы, качество окружающей среды
1999 г.	ВНИИТЭ	Всероссийский научно-исследовательский институт технической эстетики. «Методика оценки качества жизни». Сферы: трудовая жизнь, духовная жизнь, потребительская жизнь, семейно-родовая жизнь
	Всероссийский центр уровня жизни	Комплексное изучение проблем уровня и качества жизни населения РФ (ВЦУЖ)
2004 г.	Минфин России и Минэкономразвития России	«Методические рекомендации по подготовке докладов о результатах и основных направлениях деятельности субъектов бюджетного планирования», в которых представлена первая официальная номенклатура показателей качества жизни населения
2006 г.	ВНИИТЭ	Унифицированная общероссийская номенклатура показателей качества жизни населения России: качество населения и условия его жизни, качество жизнедеятельности населения, показатели ИРЧП

Таблица 1 (окончание)

Период	Исследователи	Компоненты
Настоящее время	Методика С.А. Айвазяна	Интегральный индикатор формируется на основе анализа синтетических категорий: «Качество населения», «Качество социальной сферы», «Материальное благосостояние населения», «Качество экологической ниши», «Природно-климатические условия»
	Методика управления социально-экономическим развитием регионов (Е.А. Анимича и др.)	Система индикаторов показателей: ожидаемая продолжительность жизни, естественное воспроизводство населения, неустойчивость семейных отношений, неудовлетворенность жизнью, неадекватность решения проблем собственности
	Методика института комплексных стратегических исследований	Благосостояние, доступность жилья, качество жилищных условий, качество образования, доступность медицинской помощи, состояние здоровья, состояние социальной среды
	Методика оценки качества жизни населения территорий (А.Г. Колбасин)	Дифференциация показателей по блокам: здоровье, образование, жилищные условия, экология, рынок труда, благосостояние населения, личная безопасность, свободное время и отдых, питание
	Региональные экономические исследования: теория и практика (Е.В. Горшенина)	Система из 7 социально-экономических индикаторов уровня и качества жизни населения в регионах РФ: денежные доходы, денежные расходы, система социальной защиты, социальная сфера, окружающая среда, валовой региональный продукт
	Методика А.П. Егоршина, А.К. Зайцева	4 интегральные группы: показатели материального благосостояния, финансово-экономические показатели, медико-экологические показатели, показатели духовного благосостояния
	Методика О.В. Шемeneвой	Система индикаторов на основе объединения показателей экономической безопасности страны и качества жизни населения

лей и ограниченностью исследовательских возможностей [3].

Актуальность темы исследования также определяется ростом и расширением международных отношений, в том числе и в сфере образования. В современном мире интенсивно развиваются межгосударственные образовательные программы, увеличивается количество студентов, желающих получить высшее образование в другой стране [9]. Перед государством стоит задача оптимизации качества жизни и учебы студентов, уровня их профессиональной подготовки. Следует отметить, что даже при самых благоприятных условиях жизни, интеграция личности в коммуникативную и бытовую среду, как правило, сопровождается разного рода сложностями и проблемами [9].

## ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Исторически сложилось так, что качество жизни населения в разных странах интересовало ученых достаточно давно, они пытались оценить с помощью различных показателей и вывести интегрированный показатель качества жизни, таблица 1.

Несомненной заслугой этих методик является то, что по ним могут быть составлены про-

гнозы качества жизни, как регионов, так и России в целом, а также в рамках всего мирового сообщества в контексте проходящих процессов глобализации.

Зарубежный опыт развития концепций моделирования «качества жизни» охватывает несколько этапов, представленных в таблице 2.

Однако, традиционные модели в ряде случаев малоинформативны, а доступность информации по качеству жизни населения ограничена или показатели разработаны относительно недавно, и нет многолетней статистики. Все они по-своему отражают разные цели классификаций и подходы к пониманию самой проблемы оценки качества жизни, поэтому практически несопоставимы [10].

Всемирной организацией здравоохранения был разработан опросник качества жизни населения ВОЗ (ВОЗЖ-100) с целью оценки качества жизни населения вне зависимости от экономического, социального, культурного или демографического статуса. Качество жизни человека, по определению ВОЗ, — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в окружающей среде, которое определяется влияющими на него физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни [1].

Таблица 2

Анализ опыта зарубежных исследователей качества жизни населения  
в контексте человеческих возможностей

Этапы	Характеристика этапа	Модели и их авторы
«Эмбриональный» Конец 1950 — сер. 1960	Рассмотрение личности как трудового ресурса, как средство достижения экономического роста. Основные показатели материальные: уровень жизни, семейный бюджет	«Американское качество жизни» (Дж. Гэлбрейт) Объективные модели (Дж. Кобба, Моррис, А. Сен)
«Квантификационный» Середина 1960 — начало 1970	Упор на социальные условия жизнедеятельности личности. К материальным показателям добавляются нематериальные: здоровье, условия труда, образование и др.	Постиндустриализма (Знаниевая модель: Д. Белл, Т. Сакайя, Э. Тоффлер) Потребительская модель (Р. Бауэр, А. Спрингер, Г. Клейгс) «Движение за социальные индикаторы» (А. Бидерман, А. Митчелл, Р. Кантор)
«Концептуальный» Начало 1970 — начало 1990	Выявление социально-психологических характеристик взаимодействия личности и общества. Выделяются социальные показатели развития цивилизации.	Римский клуб (20 моделей: Д. Медоуз, М. Месарсвич, Э. Пестель, Дж. Форрестер, М. Джонс, М. Флэкс, Дж. Вильсон, П. Рэстоджи, Н. Телецкий, Р. Никсон, А. Кемибелл, Ф. Конверс, У. Роджерс)
«Информационный» Начало 1990 — наст. время	Характерно признание знания, информации, интеллекта как движущей силы развития общества. Добавляются нематериальные показатели.	Психосоциальная (Р. Джонсон, Дж. Невилл, С. Уитни) Личностного развития (П. Брикман, Д. Кампбелл) Общественного развития (Р. Байер, К. Шахт)

Однако, до настоящего времени не существует объективных критериев для составления страновых прогнозов качества жизни населения. Поэтому следует считать актуальным и наиболее перспективным проведение исследований по оценке информативности индикаторов качества жизни населения и разработке моделей прогнозирования на основе международных индексов.

Основная проблема моделирования уровня качества жизни населения заключается в неоднородности факторов, влияющих на уровень качества жизни. Все индикаторы и рейтинги предполагают сложные процедуры вычислений, субъективны, плохо комбинируются друг с другом, сложны в интерпретации.

Необходимы универсальные процедуры, методы и модели оценки качества жизни, учитывающие взаимодействие субъектов оценки качества жизни:

1. *Человек (Ч)* выступает в роли субъекта оценки качества жизни, свободен в выборе жизни, которая представляет для него наибольшую ценность, а также в возможности реализовывать свой человеческий потенциал и творческие способности.

2. *Население (Н)* выступает в роли субъекта и заинтересовано в повышении уровня жизни

как приоритетном направлении своего развития.

*Государство (Г)*, деятельность которого направлена на повышение качества жизни граждан РФ и должна разрабатываться одновременно с государственными прогнозами социально-экономического развития.

*Совет Безопасности РФ (СБ)* готовит рекомендации по выполнению федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ возложенных на них функций в этой сфере деятельности по ее обеспечению.

*Федеральные органы исполнительной власти (ФОИВ)* во взаимодействии с органами исполнительной власти субъектов РФ (РОИВ) реализуют единую государственную политику в области обеспечения безопасности РФ, обеспечивают ведение мониторинга состояния безопасности на территории субъектов Российской Федерации.

*Правительство РФ (П)* обеспечивает средствами ФОИВ и РОИВ проведение единой государственной политики в области культуры, науки, образования, здравоохранения, социального обеспечения, экологии и т.д.

*Информационно-аналитические институты РФ (ИАИ)* обеспечивают информационную

поддержку органов власти и управления; проводят исследования и формируют рейтинги, составляют прогнозы.

*Международные информационно-аналитические институты (МИАИ)* осуществляют международное сотрудничество в сфере разрешения международных проблем экономического, социального, культурного и гуманитарного характера; занимаются изучением общественного благополучия, проводят расчеты индексов.

Для оценки состояния и анализа тенденций качества жизни населения выявляются и анализируются факторы, влияющие на качество жизни, которые могут быть условно разделены на управляемые и неуправляемые. Среди управляемых факторов повышение качества жизни можно выделить следующие (рис. 1).

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена оценка качества жизни студентов по результатам опроса 187 студентов, проходящих обучение в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете. В статистическом исследовании приняли участие 187 студентов медицинского вуза, обучающиеся по специальностям и направлениям: лечебное дело (ЛД), педиатрия (П), стоматология (С), медико-профилактическое дело (МПД), медицинская биофизика (МБ), специальное (дефектологическое) образование (Д), сестринское дело (СД), из них 68 мужчин, 119 женщин. Средний возраст всех студентов — 19,5 лет. Диапазон 18–23 лет. Основной массив студентов относится к возрастной группе 18–19 лет (95%).

Факторы повышения качества жизни	(Ч)	(Н)	(Г)	(П)	(РП)	(СБ)	(ФОИВ)	(РОИВ)	(ИАИ)	(МИАИ)
Переход на более высокий — инновационный уровень развития	*	*	*	*	*	*	*	*		
Снижение социальной дифференциации между группами населения, регионами и странами	*	*	*	*	*	*	*	*		
Охрана здоровья граждан РФ всех возрастов	*	*	*	*	*		*	*		
Улучшение условий труда граждан РФ		*	*	*	*		*	*		
Снижение уровня безработицы		*	*	*	*		*	*		
Снижение социальной напряженности		*	*	*	*	*	*	*		
Изучение качественной структуры населения			*	*	*				*	*
Изучение благосостояния населения		*	*	*			*	*	*	*
Качество социальной сферы	*	*	*	*					*	*
Качество экологической ниши	*	*	*	*		*			*	*
Природно-климатические условия	*	*	*	*		*			*	*
Повышение уровня образования и культуры	*	*	*	*	*		*	*		
Способность образовывать, и сохранять семьи	*	*	*	*	*		*	*		
Повышение уровня квалификации населения	*	*	*	*	*		*	*		

Рис. 1. Управляемые факторы повышения качества жизни

Качество жизни студентов оценивалось на основе методики Всемирной Организации Здравоохранения для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF), позволяющей учесть ощущения отдельных людей в контексте их культуры и системы ценностей, а также их личных целей, стандартов и интересов в разных сферах жизни [1].

Анализ сфер качества жизни студентов осуществлялся с использованием самостоятельно разработанной анкеты, дополнившей краткий опросник Всемирной Организации Здравоохранения для оценки качества жизни.

Анкета включает в себя 45 вопросов, которые сформулированы как вопросы закрытого типа, так и открытого типа и общие вопросы: пол (*F-1*), курс (*F-2*), направление/специальность обучения в университете (*F-3*).

Предусмотрена также возможность получения ответов на следующие открытые вопросы по материальной и нематериальной составляющим качества жизни: сумма дохода в месяц (*F-10*); справедливая величина заработной платы для молодого специалиста без опыта работы (*F-15*), факторы, негативно влияющие на экологию места проживания (*F-17*); что необходимо улучшить в условиях проживания (*F-13*), какую составляющую хотели бы улучшить в своей жизни (материальную, нематериальную) (*F-45*).

Закрытые вопросы составили основную часть из 37 вопросов, непосредственно характеризующих качество жизни студентов. Сюда включены также вопросы краткого опросника Всемирной Организации Здравоохранения для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) — 26 вопросов [5]. Все вопросы охватывают четыре сферы качества жизни: физическую, психологическую, социальную, окружающую среду.

Все вопросы непосредственной оценки качества жизни в зависимости от смыслового содержания были объединены в четыре сферы: физическая сфера (12 вопросов); психологическая сфера (7 вопросов); социальная сфера (8 вопросов); окружающая сфера (10 вопросов). К каждому вопросу разработаны варианты ответов (3–5), имеющие свой балл значимости, и по результатам обработки данных формируются балльные оценки качества жизни как по сферам, так и по направлениям/специальности обучения студентов, участвовавших в опросе. В итоге получены суммарные оценки по всем сферам. Статистическая обработка результатов и анализ данных проведены с использованием MS Excel 2016 и ППП Statis-

tica 7.0. Уровень значимости был установлен на уровне 95%.

В качестве базы для исследования было выбрано Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Теоретической основой работы послужили следующие нормативные документы, в которых отражены отдельные аспекты повышения качества населения: Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 10.02.2017) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». Часть 9. Молодежная политика [6]; Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [4]; Основы государственной культурной политики [7]; Стратегия экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 года. [8].

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По собранным статистическим данным по России, взятых из серии «Докладов о человеческом развитии» видна тенденция роста рейтинга процветания России (LPI), в тоже время рейтинг развития человеческого потенциала (HDI) России заметно снижается [1]. На рисунке 2 представлены результаты регрессионного моделирования и прогноз этих показателей до 2020 года.

В ходе проведенного исследования были изучены показатели качества жизни у студентов медицинского вуза, и дана оценка компонентам качества жизни с учетом пола, возраста, а также в зависимости от направления/специальности обучения в университете.

Как видно из таблицы 3, показатели качества жизни студентов по сферам недостаточно высокие, их средние значения колеблются от 2,8 балла (физическая сфера) до 3,9 балла (социальная сфера и окружающая среда). Показатели качества жизни студентов в зависимости от направления/специальности обучения также различны: студенты педиатрической и стоматологической специальностей оценивают качество своей жизни выше, чем студенты сестринского дела и дефектологического направления.

Анализ результатов анкетирования также показал (табл. 3), что наиболее низкий уровень

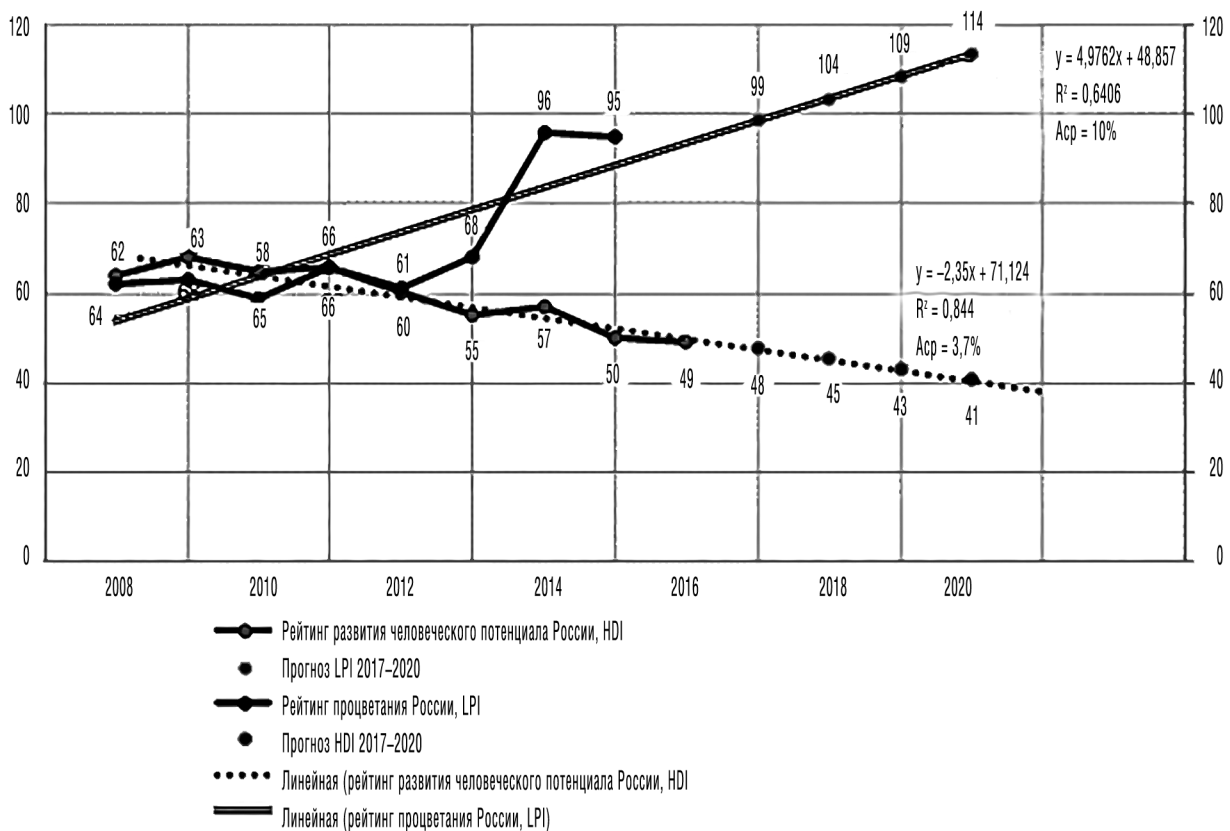


Рис. 2. Прогноз рейтингов России до 2020 г. [1]

Таблица 3

Результаты экспертной оценки индикаторов качества жизни по отдельным сферам по специальностям и направлениям обучения

Сферы качества жизни	Специальности и направления обучения							Среднее по сфере
	(ЛД)	(П)	(С)	(МПД)	(МБ)	(Д)	(СД)	
Физическая сфера, I	3,8	3,4	3,5	3,7	3,7	3,5	2,8	3,486
Психическая сфера, II	3	3,5	3,5	3,3	3,2	3,6	3,6	3,386
Социальная сфера, III	3,3	3,9	3,9	3,3	3	3,4	3,1	3,414
Окружающая среда, IV	3,3	3,3	3,2	3,3	3,9	3,3	3,1	3,343
Общее качество жизни по направлениям обучения, I	13,4	14,1	14,1	13,6	13,8	13,8	12,6	13,629

качества жизни (интегрированный показатель качества жизни по всем сферам) имеют студенты на направлении обучения «сестринское дело» ( $I=12,6$ ), максимальный уровень качества жизни имеют студенты, обучающиеся на специальности «педиатрия» и «стоматология» ( $I=14,1$ ), хороший уровень был установлен на направлении «дефектология» ( $I=13,8$ ).

На всех изучаемых специальностях и направлениях обучения наиболее низкая оценка была дана сфере IV (Окружающая среда) и сфере II (Психическая сфера), которые, возможно,

привели к снижению интегрированного показателя качества жизни.

На рисунке 3 представлено распределение оценок качества жизни по полу, оценки у женщин ниже, чем у мужчин, что говорит о их повышенной требовательности к качеству жизни.

По результатам анкетирования (рисунок 4–5) 43% студентов указали, что хотели бы улучшить материальную составляющую своей жизни: повысить доход, улучшить условия проживания, устроиться на работу, решить проблему с транспортной доступностью.

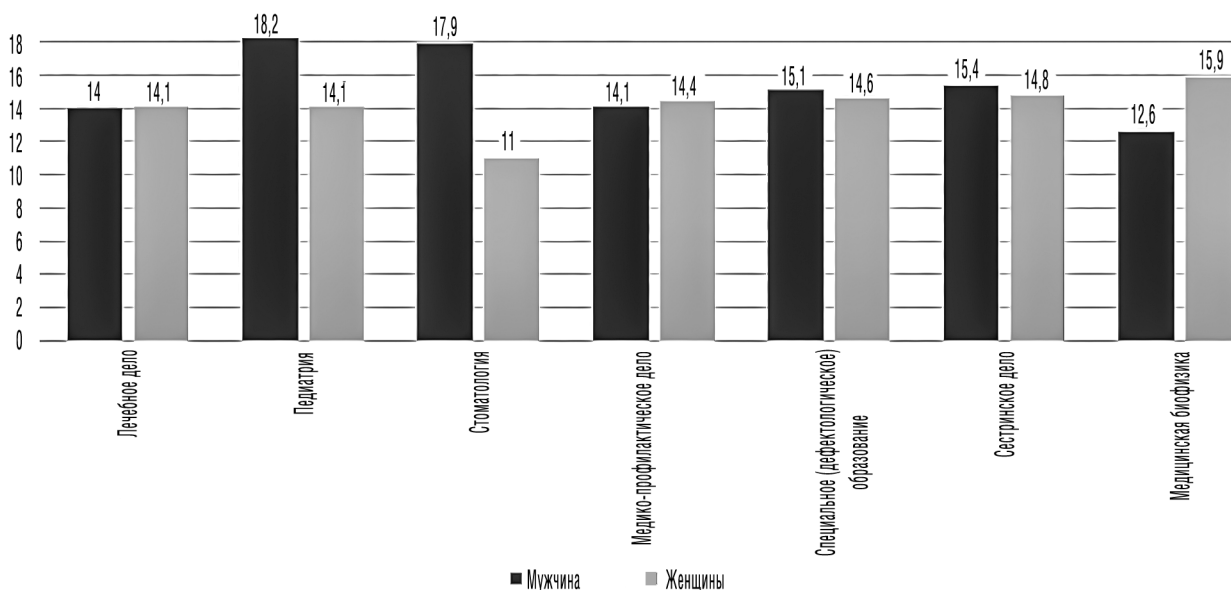


Рис. 3. Распределение показателей качества жизни среди мужчин и женщин (в баллах)

Немаловажным представляется вопрос о нематериальных составляющих качества жизни студентов, нуждающиеся в улучшении (43%): 18% студентов нуждаются в повышении самооценки, 14% — в налаживании личной жизни и взаимоотношений, 13% — в увеличении свободного времени, 10% — в увеличении времени на сон, 10% — хотели бы поправить свое здоровье и внешность, 8% — намерены повысить свою трудоспособность, 7% — предлагают переустроить общество (рис. 4).



Рис. 4. Распределение качества жизни на материальную и нематериальную составляющие

На начало 2017 года у 57% студентов основным источником ежемесячного дохода является помощь родителей. Сумма дохода колеблется в радиусе от 1000 до 30000 рублей в месяц. Шансы на трудоустройство после окончания университета у студентов «хорошие», ожидае-

мый доход молодого неопытного специалиста у 49% студентов колеблется в размере от 40 до 50 тыс. рублей, рисунок 5.

Около 56% студентов проживают в общежитии или съемном жилье. Студенты отмечают следующие недостатки условий проживания: соседи и нехватка личного пространства, стоимость съемного жилья, удаленность от центра, места обучения и метро, плохое состояние (отсутствие ремонта и антисанитарные условия).

Среди прочих причин, ухудшающих качество жизни студентов педиатрического университета, студенты называют недоступность еды в столовых, отсутствие стиральных машин и стеклопакетов, частое отключение горячей воды и др.

К факторам, ухудшающим экологию места проживания, студенты относят: загазованность атмосферного воздуха (42%) и чрезмерное количество транспорта на дорогах (42%), мусорные свалки (35%) и промышленные фабрики/заводы в черте города (29%).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках проведенного анкетирования среди студентов 1-го курса Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета были затронуты такие вопросы оценки качества жизни: физической сферы (здоровье, медицинская помощь, жизненная активность и т.п.); психологической сферы (удовлетворенность собой, своей внешностью и своей жизнью); социальной сферы (удовлетворен-

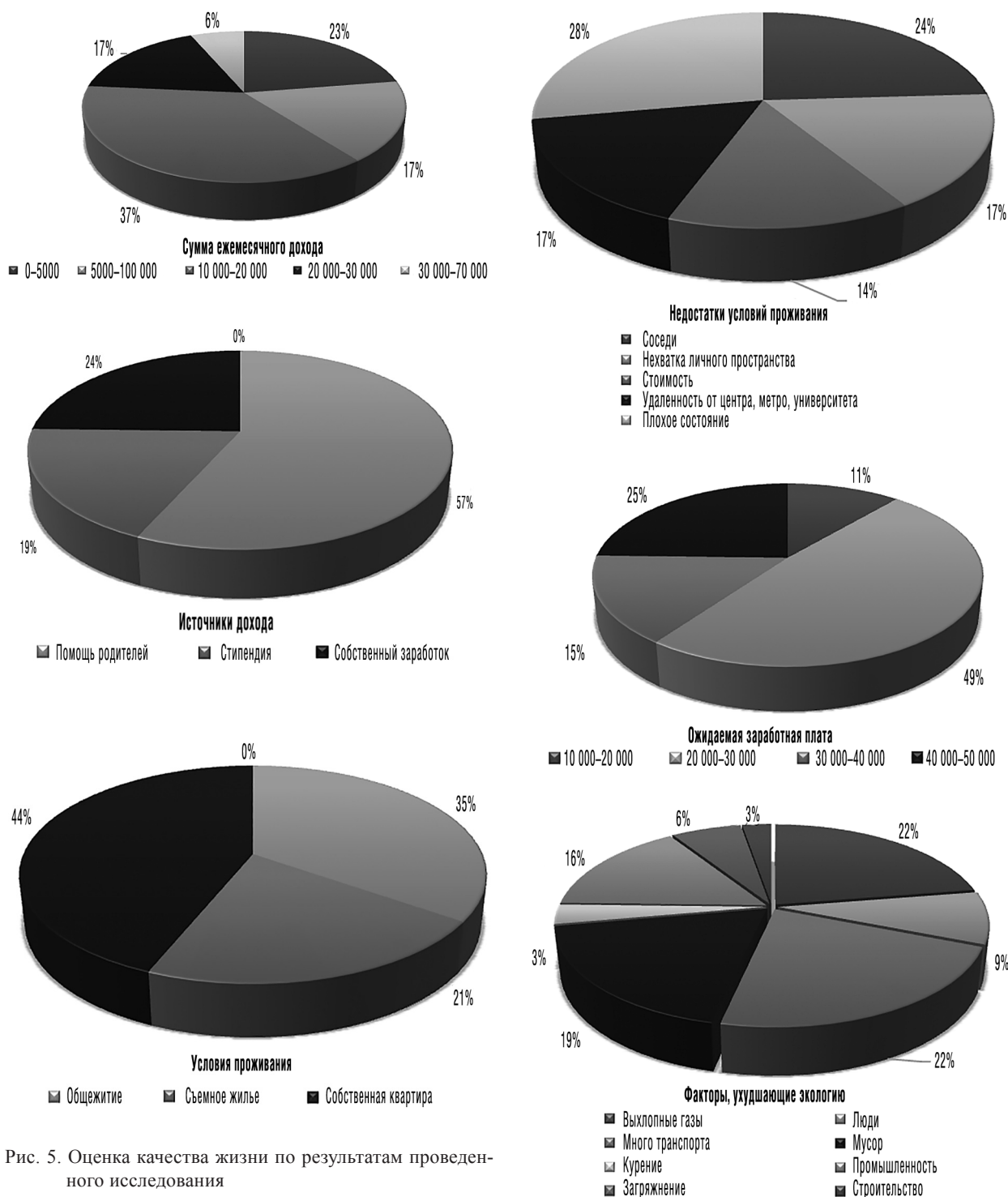


Рис. 5. Оценка качества жизни по результатам проведенного исследования

ность личной жизнью и взаимоотношениями с окружающими); окружающей среды (вопросы условий проживания, возможности удовлетворения своих потребностей и т.д.).

В целом, большая часть студентов медицинского вуза оценивает свое качество жизни достаточно высоко (18,2 балла), средняя сумма ежемесячного дохода составляет 20 000 руб-

лей, 44% студентов проживают в собственном жилье, ожидаемая заработная плата неопытного молодого специалиста — 30 000 рублей в месяц.

Изложенные выше итоги проведенного анкетирования предопределили необходимость разработки и реализации мер, направленных на повышение качества жизни студен-

ческой молодежи и решение проблем, их ухудшающих. В качестве мер, направленных на улучшение качества жизни обучающихся, следует обратить особое внимание на такие факторы окружающей среды, как бытовые условия проживания студентов и развитие культурной среды.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Еникеева Л.А., Ширшикова М.С. Модели прогнозирования качества жизни на основе международных индексов. *Современные проблемы науки и образования*. 2015; № 1. Доступен по: <http://www.science-education.ru/121-18414> (дата обращения: 31.05.2017).
2. Еникеева Л.А., Ширшикова М.С., Стельмашенок Е.В., ред. Проблемы обеспечения экономической безопасности России на основе повышения качества жизни ее населения. *Актуальные вопросы безопасности современных информационных технологий*. СПб.: СПбГЭУ; 2015: 140-164.
3. Ионова Т.И., Шевцова О.Г. Качество жизни и здоровьесберегающие факторы образа жизни студентов медицинского вуза. *Медицина и организация здравоохранения*. 2016; 1(1): 21-27.
4. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Доступен по: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_71673/7a46cb13de731db3333fcd77a4f7887e468287e3/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71673/7a46cb13de731db3333fcd77a4f7887e468287e3/) (дата обращения: 31.05.2017).
5. Краткий опросник Всемирной Организации Здравоохранения для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF). Доступен по: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/ru/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/ru/) (дата обращения: 20.01.2017).
6. Молодежная политика. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 10.02.2017) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». Часть 9. Доступен по: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_82134/8c06531ad22712c2c23f6f27e6fa335c490c621c/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/8c06531ad22712c2c23f6f27e6fa335c490c621c/) (дата обращения: 31.05.2017).
7. Основы государственной культурной политики. Доступен по: <http://mkrf.ru/upload/mkrf/mkdocs2016/OSNOVI-PRINT.NEW.indd.pdf> (дата обращения: 31.05.2017).
8. Стратегия экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 года. Доступен по: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=216629&fld=134&dst=100000001,0&rnd=0.5307909278265055#0> (дата обращения: 31.05.2017).
9. Тимофеева Н.Н. Состояние медицинской помощи, оказываемой иностранным студентам в СПбГПМУ.

Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2(1): 22-30.

10. Ширшикова М.С. Проблемы моделирования качества жизни населения. *Научное обозрение*. 2015; № 7: 382-385.

## REFERENCES

1. Enikeeva L.A., Shirshikova M.S. Modeli prognozirovaniya kachestva zhizni na osnove mezhdunarodnyh indeksov [Model predicting quality of life based on international indices]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015; № 1. Available at: <http://www.science-education.ru/121-18414> (accessed: 31.05.2017) (in Russia).
2. Enikeeva L.A., Shirshikova M.S., Stel'mashonok E.V., red. Problemy obespecheniya jekonomicheskoy bezopasnosti Rossii na osnove povysheniya kachestva zhizni ee naseleniya [Problems of economic security of Russia on the basis of improving the quality of life of its population]. *Aktual'nye voprosy bezopasnosti sovremennyh informacionnyh tehnologij*. SPb.: SPbGJeU.: 2015: 140-164 (in Russia).
3. Ionova T.I., Shevcova O.G. Kachestvo zhizni i zdorov'esberegajushhie faktory obraza zhizni studentov medicinskogo vuza [Quality of life factors and health promoting lifestyles of medical students]. *Medicina i organizacija zdravoohraneniya*. 2016; 1(1): 21-27. (in Russia).
4. Konceptcija demograficheskoy politiki Rossijskoj Federacii na period do 2025 goda [The concept of demographic policy of the Russian Federation for the period until 2025]. Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_71673/7a46cb13de731db3333fcd77a4f7887e468287e3/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71673/7a46cb13de731db3333fcd77a4f7887e468287e3/) (accessed: 31.05.2017) (in Russia).
5. Kratkij oprosnik Vsemirnoj Organizacii Zdravoohraneniya dlja ocenki kachestva zhizni (WHOQOL-BREF) [A brief questionnaire of the world Health Organization to assess quality of life (WHOQOL-BREF)]. Available at: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/ru/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/ru/) (accessed: 20.01.2017) (in Russia).
6. Molodezhnaja politika. Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 17.11.2008 N 1662-r (red. ot 10.02.2017) «O koncepcii dolgosrochnogo social'no-jekonomicheskogo razvitija Rossijskoj Federacii na period do 2020 goda». Chast' 9. [The youth policy. The decree of the RF Government from 17.11.2008 N 1662-R (ed. from 10.02.2017) «On the concept of long-term socio-economic development of the Russian Federation for the period till 2020». Part 9]. Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_82134/8c06531ad22712c2c23f6f27e6fa335c490c621c/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/8c06531ad22712c2c23f6f27e6fa335c490c621c/) (accessed: 31.05.2017) (in Russia).
7. Osnovy gosudarstvennoj kul'turnoj politiki [The foundations of the state cultural policy]. Available at: <http://mkrf.ru/upload/mkrf/mkdocs2016/OSNOVI-PRINT.NEW.indd.pdf> (date of access: 31.05.2017).

- mkrf.ru/upload/mkrf/mkdocs2016/OSNOVI-PRINT.NEW.indd.pdf (accessed: 31.05.2017) (in Russia).
8. Strategija jekonomicheskoj bezopasnosti Rossijskoj Federacii na period do 2030 goda [The strategy of economic security of the Russian Federation for the period up to 2030]. Available at: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=216629&fld=134&dst=1000000001,0&rnd=0.5307909278265055#0> (accessed: 31.05.2017) (in Russia).
  9. Timofeeva N.N. Sostojanie medicinskoj pomoshhi, okazyvaemoj inostrannym studentam v SPBPGMU [The state of medical assistance provided to foreign students in SPBPGMU]. *Medicina i organizacija zdravoohraneniya*. 2017; 2(1): 22-30. (in Russia).
  10. Shirshikova M.S. Problemy modelirovanija kachestva zhizni naselenija [Problems of modeling of the quality of life of the population]. *Nauchnoe obozrenie*. 2015; № 7: 382-385 (in Russia).

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОСМОТРА

© *Василий Иванович Орел<sup>1</sup>, Северин Вячеславович Гречаный<sup>1</sup>, Анастасия Алексеевна Трещевская<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

<sup>2</sup> ООО «Городской медико-социальный центр». 194156, Санкт-Петербург, пр. Энгельса, д. 27

**Контактная информация:** Трещевская Анастасия Алексеевна — врач-психиатр. E-mail.ru: 79219428146@ya.ru.

**РЕЗЮМЕ:** В статье поднимаются вопросы профессиональной и психической адаптации работников современного промышленного производства в связи с факторами вредности и риском развития предболезненных психических расстройств. Представлены результаты психиатрического профессионального осмотра сотрудников одного из промышленных предприятий. Для изучения психической адаптации использовалась методика «Generalized self-efficacy scale (GSES)», для изучения качества жизни — методика «Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (short Form)» (Q-LES-Q-SF). Применялся также скрининг-тест на депрессию. Получены данные, свидетельствующие о принципиальном различии профессионально-трудовой адаптации специалистов с высшим и средним специальным образованием. У специалистов с высшим образованием наблюдались большие значения шкалы самооффективности, были выше качество жизни и ниже риск развития депрессивных состояний (по данным скрининг-теста). Из представителей 12 специальностей со средним образованием наиболее низкие показатели психической адаптации (самооффективность, качество жизни, риск депрессии) выявлялись у представителей низкоквалифицированных специальностей — рабочих склада и сливщиков-разливщиков. Сделан вывод, что указанный профессиональный контингент представляет собой группу риска по нарушению трудовой и психической адаптации и формированию предболезненных психических расстройств, что может быть сопряжено с развитием угрожающих для жизни состояний в ходе профессиональной деятельности.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** психическая адаптация; психиатрический профессиональный осмотр; производственный травматизм; предболезненные психические расстройства; качество жизни; скрининг-тест на депрессию.

## PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF WORKERS OF AN INDUSTRIAL ENTERPRISE BASED ON THE RESULTS OF A PSYCHIATRIC PROFESSIONAL EXAMINATION

© *Vasilij I. Orel<sup>1</sup>, Severin V. Grechanyj<sup>1</sup>, Anastasija A. Treshhevskaja<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya Str., 2. St. Petersburg, Russia, 194100

<sup>2</sup> ООО «City medical-social center». St.-Petersburg, St. of Engels, 27, 194156

**Contact information:** Anastasija A. Treshhevskaja — doctor-psychiatrist. E-mail.ru: 79219428146@ya.ru.

**ABSTRACT:** The article raises the issues of professional and psychological adaptation of workers of modern industrial production in connection with the factors of harmfulness and the risk of development of initial mental disorders. The results of psychiatric professional examination of employees of one of the industrial enterprises are presented. For the study of mental adaptation, the “Generalized self-efficacy scale (GSES)” methodology was used, and the “Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (short Form)” technique (Q-LES-Q-SF) was used to study the quality of life. A screening test for depression was also used. Data have been obtained that attest to the fundamental difference in the professional and labor adaptation of specialists with higher and secondary special education. Specialists with higher education observed large scales of self-efficacy, higher quality of life and lower risk of depressive states (according to the screening test). Of the representatives of 12 specialties with secondary education, the lowest indicators of mental adaptation (self-efficacy, quality of life, risk of depression) were detected in representatives of low-skilled specialties — warehouse workers and creamer-spillers. It is concluded that this professional contingent represents a risk group for the violation of labor and mental adaptation and the formation of painful mental disorders, which may be associated with the development of life-threatening conditions in the course of professional activities

**KEY WORDS:** mental adaptation; psychiatric professional examination; occupational traumatism; painful mental disorders; quality of life; screening test for depression.

В настоящее время, в непростых социально-экономических условиях, остро актуализируется проблема профессиональной адаптации работников современных промышленных предприятий [5]. Необходимо отметить несколько принципиально важных аспектов этой проблемы:

1. Нарушение профессиональной адаптации уже по своему определению является парциальной, избирательно возникающей в сфере трудовой деятельности. Согласно критериям МКБ-10 (раздел «Психические и поведенческие расстройства») ее проявления не отвечают в полной мере критериям психического расстройства. Только на основании факта трудовой дезадаптации (без других клинических проявлений) нельзя сформулировать тот или иной психиатрический диагноз, и, следовательно, она не накладывает ограничений профессиональной деятельности согласно перечню, устанавливаемому приказом № 302 н от 12.11.2011 г. [6].
2. Не являясь психиатрическим диагнозом, парциальная профессиональная дезадаптация больше соответствует понятию «предболезнь» [2, 3]. Концепция предболезненных состояний, к сожалению, не отражена в современных психиатрических классификациях, но является удачной моделью для объяснения механизмов избирательной дезадаптации в профессионально-трудовой сфере.
3. Несмотря на предболезненный характер психических нарушений, профессиональ-

ная дезадаптация, в условиях современного промышленного производства, напрямую связана с такими явлениями как стрессогенность, высокий травматизм, тяжелые условия труда, напряженный график, низкие требования к охране труда, частая смена сотрудников и др. Большинство из указанного является прямым следствием завышенных требований работодателей к сотрудникам, продиктованных сложной экономической ситуацией. Причем в отличие от прошлых десятилетий, когда традиционно считалось, что производственному стрессу подвергаются в первую очередь сотрудники высококвалифицированных специальностей, сегодня мы видим множество случаев тяжелой дезадаптации работников малоквалифицированного труда.

4. Можно предположить, что такие характеристики современной профессиональной деятельности работников промышленных производств, как высокая заинтересованность в сохранении рабочего места в ущерб психологическому здоровью, недооценка степени опасности и последствий своих профессиональных действий, придают этой деятельности черты высокорискованного поведения. Это дает основание рассматривать указанное явление с позиции адаптационной личностной системы и ее нарушений [1].

В настоящее время показано, что система психологической адаптации личности включает в себя такие составляющие, как механизмы

психологической защиты, стратегии совладающего поведения и самосознание. Последнее включает такое важно понятие как самоэффективность. Теория самоэффективности (self-efficacy) была предложена А. Бандурой и в настоящее время прочно вошла в систему понятий современной социальной психологии [10]. Она строится на утверждении, что вера в эффективность собственных действий индивида влияет на результаты его повседневной деятельности и является регулятором его социального поведения в более широком контексте. Самоэффективность включает в себя чувственный, когнитивный и поведенческий компоненты и влияет на мотивы поступков человека в трудных ситуациях. Уровень самоэффективности определяет преимущественно оптимистические или пессимистические сценарии развития событий. При высокой самоэффективности личность ставит перед собой высокие цели, берется за решение сложных задач, проявляет больше усилий для достижения цели. Высокая самоэффективность несет очевидные позитивные последствия, она связана с психическим и соматическим здоровьем, более высокими профессиональными достижениями и лучшей социальной адаптацией. Низкая самоэффективность, как правило, отражает эмоциональную подавленность (депрессию), беспокойство (тревогу) и чувство беспомощности (низкую самооценку).

**Целью** работы было изучение психологической адаптации работников промышленного предприятия, проходивших плановый психиатрический осмотр. В **задачи** исследования вошло: 1) изучение возрастных, половых, профессиональных факторов, влияющих на психологическую адаптацию; 2) изучение самоэффективности как одной из составляющих адаптационной системы личности и качества жизни как параметра, отражающего успешность психологической адаптации; 3) изучение риска формирования эмоциональных (депрессивных) расстройств как проявление пограничного уровня психологической дезадаптации.

## МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор методик определился скрининговым характером исследования, легкостью обработки, подсчета данных и интерпретации результатов, наличием компьютерных версий методик, позволивших проводить исследование и получать результаты в онлайн-режиме.

Использовались следующие методы обследования:

- 1) клинично-психопатологический (беседа и наблюдение);
- 2) шкала самоэффективности (ШОСЕ) Р. Шварцера, М. Ерусалема в адаптации Ромека В.Г. [9]. Шкала представляет собой адаптированную методику «Generalized self-efficacy scale (GSES)». Согласно методике, испытуемому предлагается оценить высказывания по степени согласия/несогласия с утверждением по 4-х балльной градации, каждая из которых соответствует тестовому баллу: 1 — абсолютно неверно; 2 — едва ли это верно; 3 — скорее всего верно; 4 — совершенно верно. В ходе обработки результатов количество набранных баллов суммируются. Интерпретация результатов: сумма баллов до 27 баллов свидетельствует о низкой самоэффективности; 27–35 — о средней самоэффективности, более 35 — о высокой;
- 3) методика оценки качества жизни и удовлетворенности (краткая версия) представляет собой адаптированную версию [7] «Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (shortForm)» (Q-LES-Q-SF) [10] и является одной из наиболее используемых в психиатрии [12]. Шкала позволяет оценить степень удовлетворения/неудовлетворения испытуемым различными сферами собственной жизни на основе 14 параметров: 1) Физическое здоровье; 2) Настроение; 3) Работа; 4) Домашняя занятость (активность); 5) Отношения с людьми; 6) Семейные отношения; 7) Занятия (активность) в свободное время; 8) Способность справляться с ежедневными обязанностями; 9) Сексуальная жизнь; 10) Экономическое положение; 11) Жилищные условия; 12) Способность подниматься без головокружения, пошатывания или падения; 13) Отношение к хобби и работе; 14) Общее ощущение собственного благополучия.

Интерпретация интегрального показателя основана на числовых значениях, выраженных в процентах: 1) 0–20% — низкий тестовый показатель; 2) 21–40% — пониженный тестовый показатель; 3) 41–60% — средний тестовый показатель; 4) 61–80% — повышенный тестовый показатель; 5) 81–100% — высокий тестовый показатель.

- 4) Скрининг-тест на депрессию включает 7 вопросов [13]: 1) Ваш пол? 2) Ваш возраст? 3) Ваше образование? 4) Беспокоят

ли Вас частые головные боли? 5) Беспокоят ли Вас длительные боли в шее и (или) пояснице? 6) Часто ли в течение последнего месяца Вас беспокоили снижение настроения, чувство подавленности и безысходности? 7) Часто ли в течение последнего месяца Вас беспокоили снижение заинтересованности и удовольствия от выполняемого дела?

**Общая характеристика материала исследования.** В рамках психиатрического профосмотра было обследовано 256 чел. в возрасте от 30 до 57 лет (средний возраст —  $39,98 \pm 0,432$  лет) со стажем работы на предприятии от 7 до 36 лет (средний стаж —  $17,05 \pm 0,425$  лет).

**Различие мужчин и женщин.** Среди обследованных было 228 мужчин и 28 женщин. Средний возраст мужчин ( $39,75 \pm 0,441$ ) и женщин ( $41,79 \pm 1,637$ ) достоверно не различался ( $p=0,292$  по критерию U Манна-Уитни). Показатель среднего стажа работы мужчин ( $16,80 \pm 0,428$  лет) и женщин ( $19,07 \pm 1,698$  лет) также достоверно не различался ( $p=0,291$  по критерию U Манна-Уитни).

**Подгруппы высшего и среднего специального образования.** Пациенты были разделены на 2 подгруппы: с высшим образованием ( $n=89$ , средний возраст  $40,99 \pm 0,701$  лет) и средним специальным образованием ( $n=167$ , средний воз-

раст  $39,44 \pm 0,504$  лет). Средний возраст обследуемых с высшим образованием был выше ( $p=0,041$  по критерию U Манна-Уитни). Стаж работы на данном предприятии у обследованных с высшим образованием ( $18,00 \pm 0,722$  лет) достоверно превышал данный показатель у обследованных со средним специальным образованием ( $16,54 \pm 0,524$ ;  $p=0,291$  по критерию U Манна-Уитни). Удельный вес женщин с высшим образованием (24 чел., 85,7%) достоверно преобладал над мужчинами (65 чел., 28,5%) ( $\chi^2=35,983$ ,  $p=0,0001$ ;  $V$  Крамера=0,375,  $p=0,0001$ ).

**Подгруппы обследованных разных профессий.** Среди обследованных с высшим образованием 80 чел. имели профессию инженер (65 мужчин и 15 женщин;  $\chi^2=27,117$ ,  $p=0,0001$ ;  $V$  Крамера=0,552,  $p=0,0001$ ) и 9 чел. — профессию химик-технолог (все женщины).

**Возраст обследованных разных специальностей.** Средний возраст инженеров ( $41,93 \pm 0,701$  лет) достоверно превышал средний возраст химиков-технологов ( $32,67 \pm 0,882$  лет) ( $p=0,00001$  по критерию U Манна-Уитни).

Данные о среднем возрасте обследованных разных специальностей со средним образованием представлены в таблице 1.

Результаты однофакторного дисперсионного анализа возраста подгрупп обследованных разных специальностей со средним образованием представлены в таблицах 2 и 3.

Таблица 1

Средний возраст обследованных разных профессий со средним образованием

№	специальность	n	M	m	min	max
1	Наладчик оборудования	18	38,39	1,683	30	57
2	Оператор котельной	22	40,91	1,734	30	56
3	Механик	5	40,00	2,627	32	47
4	Слесарь	8	34,00	1,069	30	38
5	Сливщик-разливщик	7	38,43	1,556	32	44
6	Рабочий склада	5	44,60	5,455	30	56
7	Сварщик	11	39,18	2,062	30	49
8	Водитель крана	6	39,83	2,151	32	47
9	Техник-технолог	9	42,89	2,568	32	56
10	Токарь	14	45,50	1,988	33	56
11	Станочник	7	37,57	1,541	32	44
12	Оператор-логист	23	36,91	1,274	30	49
13	Водитель погрузчика	32	38,31	1,032	32	53
	Всего	167	39,44	0,544	30	57

Таблица 2

Внутригрупповая и межгрупповая дисперсия подгрупп специальностей со средним образованием

	Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	p
Между группами	1280,806	12	106,734	2,370	0,008
Внутри групп	6934,284	154	45,028		
Всего	8215,090	166			

Таблица 3

Результаты множественного апостериорного сравнения среднего возраста подгрупп специальностей со средним образованием

(I) профессия	(J) специальность	Средняя разность (I-J)	m	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
Наладчик оборудования	Оператор котельной	-2,520	2,416	1,000	-11,49	-2,520
	Механик	-1,611	3,119	1,000	-18,82	-1,611
	Слесарь	4,389	1,993	0,949	-3,41	4,389
	Сливщик-разливщик	-0,040	2,292	1,000	-9,36	-0,040
	Рабочий склада	-6,211	5,709	1,000	-51,01	-6,211
	Сварщик	-,793	2,661	1,000	-11,34	-0,793
	Водитель крана	-1,444	2,731	1,000	-13,99	-1,444
	Техник-технолог	-4,500	3,070	1,000	-17,63	-4,500
	Токарь	-7,111	2,605	0,575	-17,12	-7,111
	Станочник	0,817	2,281	1,000	-8,44	0,817
	Оператор-логист	1,476	2,111	1,000	-6,45	1,476
	Водитель погрузчика	0,076	1,974	1,000	-7,43	0,076
Оператор котельной	Механик	0,909	3,148	1,000	-16,09	17,91
	Слесарь	6,909	2,037	0,151	-0,90	14,72
	Сливщик-разливщик	2,481	2,330	1,000	-6,83	11,79
	Рабочий склада	-3,691	5,724	1,000	-48,12	40,74
	Сварщик	1,727	2,694	1,000	-8,84	12,30
	Водитель крана	1,076	2,763	1,000	-11,40	13,55
	Техник-технолог	-1,980	3,099	1,000	-15,10	11,14
	Токарь	-4,591	2,638	0,999	-14,63	5,45
	Станочник	3,338	2,320	1,000	-5,92	12,60
	Оператор-логист	3,996	2,152	0,997	-3,98	11,97
	Водитель погрузчика	2,597	2,018	1,000	-4,94	10,14

Таблица 3 (продолжение)

(I) профессия	(J) специальность	Средняя разность (I-J)	n	p	95% доверительный интервал		
					Нижняя граница	Верхняя граница	
Механик	Слесарь	6,000	2,836	0,999	-14,06	26,06	
	Сливщик-разливщик	1,571	3,053	1,000	-16,58	19,72	
	Рабочий склада	-4,600	6,055	1,000	-44,90	35,70	
	Сварщик	0,818	3,339	1,000	-16,11	17,74	
	Водитель крана	0,167	3,395	1,000	-17,88	18,21	
	Техник-технолог	-2,889	3,674	1,000	-20,42	14,64	
	Токарь	-5,500	3,294	1,000	-22,27	11,27	
	Станочник	2,429	3,045	1,000	-15,76	20,62	
	Оператор-логист	3,087	2,920	1,000	-15,64	21,82	
	Водитель погрузчика	1,688	2,822	1,000	-18,40	21,77	
Слесарь	Сливщик-разливщик	-4,429	1,888	0,955	-13,31	4,46	
	Рабочий склада	-10,600	5,559	1,000	-59,41	38,21	
	Сварщик	-5,182	2,323	0,964	-15,19	4,83	
	Водитель крана	-5,833	2,402	0,969	-19,28	7,62	
	Техник-технолог	-8,889	2,782	0,501	-22,10	4,32	
	Токарь	-11,500*	2,257	0,005	-20,71	-2,29	
	Станочник	-3,571	1,875	0,999	-12,38	5,23	
	Оператор-логист	-2,913	1,663	0,999	-9,38	3,56	
	Водитель погрузчика	-4,313	1,486	0,478	-10,21	1,59	
	Сливщик-разливщик	Рабочий склада	-6,171	5,673	1,000	-51,95	39,61
Сварщик		-0,753	2,583	1,000	-11,64	10,14	
Водитель крана		-1,405	2,655	1,000	-14,63	11,82	
Техник-технолог		-4,460	3,003	1,000	-17,92	9,00	
Токарь		-7,071	2,525	0,596	-17,38	3,23	
Станочник		0,857	2,190	1,000	-9,12	10,84	
Оператор-логист		1,516	2,011	1,000	-7,11	10,14	
Водитель погрузчика		0,116	1,867	1,000	-8,40	8,63	
Рабочий склада		Сварщик	5,418	5,832	1,000	-37,02	47,86
		Водитель крана	4,767	5,864	1,000	-37,49	47,02
	Техник-технолог	1,711	6,030	1,000	-38,06	41,49	
	Токарь	-0,900	5,806	1,000	-43,73	41,93	
	Станочник	7,029	5,669	1,000	-38,85	52,91	
	Оператор-логист	7,687	5,602	1,000	-39,81	55,18	
	Водитель погрузчика	6,288	5,552	1,000	-42,71	55,28	

Таблица 3 (окончание)

(I) профессия	(J) специальность	Средняя разность (I–J)	m	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
Сварщик	Водитель крана	-0,652	2,980	1,000	-13,92	12,62
	Техник-технолог	-3,707	3,293	1,000	-17,54	10,13
	Токарь	-6,318	2,864	0,951	-17,64	5,01
	Станочник	1,610	2,574	1,000	-9,24	12,46
	Оператор-логист	2,269	2,424	1,000	-7,70	12,24
	Водитель погрузчика	0,869	2,306	1,000	-8,95	10,69
Водитель крана	Техник-технолог	-3,056	3,350	1,000	-17,97	11,86
	Токарь	-5,667	2,929	0,998	-18,58	7,24
	Станочник	2,262	2,646	1,000	-10,95	15,47
	Оператор-логист	2,920	2,500	1,000	-9,88	15,72
	Водитель погрузчика	1,521	2,386	1,000	-11,78	14,83
Техник-технолог	Токарь	-2,611	3,248	1,000	-16,16	10,94
	Станочник	5,317	2,995	1,000	-8,12	18,76
	Оператор-логист	5,976	2,867	0,991	-7,04	18,99
	Водитель погрузчика	4,576	2,768	1,000	-8,53	17,69
Токарь	Станочник	7,929	2,515	0,341	-2,33	18,19
	Оператор-логист	8,587	2,362	0,100	-6,68	17,85
	Водитель погрузчика	7,188	2,240	0,288	-1,81	16,19
Станочник	Оператор-логист	0,658	2,000	1,000	-7,89	9,20
	Водитель погрузчика	-0,741	1,855	1,000	-9,17	7,68
Оператор логист	Водитель погрузчика	-1,399	1,640	1,000	-7,39	4,59

Поскольку критерий однородности дисперсий Ливиня составил 2,771 с асимптотической значимостью  $p=0,002$ , что свидетельствует о неоднородности дисперсий исследуемых групп, для проведения апостериорных множественных сравнений был использован критерий Тамхейм 2 (табл. 3). Из таблицы видно, что по результатам апостериорного множественного сравнения достоверные различия были обнаружены только между слесарями и токарями ( $p=0,005$ ). В остальных 12 случаях средний возраст представителей разных специальностей достоверно не различался, т. е. можно говорить об довольно упорядоченной исследуемой выборке по критерию возраста.

### СТАЖ РАБОТЫ У ОБСЛЕДОВАННЫХ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Среди специалистов с высшим образованием стаж работы инженеров ( $18,94 \pm 0,726$  лет) достоверно превышал стаж работы химиков-технологов ( $9,67 \pm 0,882$  лет,  $p=0,00001$  по критерию U Манна-Уитни).

Данные о стаже работы обследованных разных специальностей со средним образованием представлены в таблице 4.

Статистическое различие стажа работы у обследованных разных специальностей со средним образованием проводилось при помощи однофакторного дисперсионного анализа по вышеуказанной схеме, аналогичной той, ко-

Таблица 4

Стаж работы обследованных разных специальностей со средним образованием

№	Профессия	n	M	m	min	max
1	Наладчик оборудования	18	16,00	1,547	9	36
2	Оператор котельной	22	18,91	1,726	9	35
3	Механик	5	16,00	2,258	10	24
4	Слесарь	8	12,25	0,959	9	16
5	Сливщик-разливщик	7	15,71	1,658	10	24
6	Рабочий склада	5	22,20	5,267	10	35
7	Сварщик	11	15,45	1,337	10	24
8	Водитель крана	6	15,83	1,851	10	24
9	Техник-технолог	9	20,33	2,867	10	35
10	Токарь	14	24,07	2,188	11	35
11	Станочник	7	15,57	1,660	10	24
12	Оператор-логист	23	12,57	0,628	9	21
13	Водитель погрузчика	32	14,88	0,868	10	32
	Всего	167	16,54	0,524	9	36

торая применялась для расчета различий среднего возраста групп. Рассчитывалась межгрупповая дисперсия (в данном случае межгрупповая дисперсия составила  $F=4,103$ ,  $p=0,0001$ ), критерий однородности дисперсий групп Ливиня (он составил 4,833 с асимптотической значимостью  $p=0,0001$ ). Апостериорное множественное сравнение проводилось по методу Тамхейм 2. По его результатам достоверные различия обнаружены только между рабочими склада и операторами-логистами ( $p=0,009$ ). В остальных случаях подобных отличий обнаружено не было, что говорит о сходстве изучаемых подгрупп по критерию длительности профессионального стажа.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Самозффективность. Среднее значение шкалы самозффективности у мужчин ( $28,47\pm 0,273$ ) достоверно не отличалась от аналогичного показателя у женщин ( $27,46\pm 1,076$ ,  $p=0,293$  по критерию U Манна-Уитни). Низкие показатели самозффективности (менее 27 баллов) отмечены у 68 мужчин (29,8%) и у 14 женщин (50,0%). Средние показатели самозффективности выявлены у 154 мужчин (67,5%) и у 14 женщин (50,0%).

Среднее значение шкалы самозффективности у обследованных с высшим образованием

( $30,02\pm 0,508$ ) достоверно превышало средний показатель этой шкалы у обследованных со средним специальным образованием ( $27,48\pm 0,292$ ,  $p=0,0001$  по критерию U Манна-Уитни).

Среди обследованных с высшим образованием среднее значение шкалы самозффективности у инженеров ( $30,31\pm 0,527$ ) достоверно превышал аналогичный показатель у химиков-технологов ( $27,44\pm 1,642$ ) ( $p=0,00001$  по критерию U Манна-Уитни).

Результаты исследования шкалы самозффективности у обследованных разных специальностей со средним образованием представлены в таблице 5.

Статистическое различие показателей самозффективности у обследованных разных специальностей со средним образованием проводилось при помощи однофакторного дисперсионного анализа по вышеуказанной схеме, аналогичной той, которая применялась для расчета различий среднего возраста групп.

Рассчитывалась внутригрупповая и межгрупповая дисперсии (в данном случае межгрупповая дисперсия составила  $F=4,778$ ,  $p=0,0001$ ), критерий однородности дисперсий групп Ливиня (он составил 4,833 с асимптотической значимостью  $p=0,0001$ ). Апостериорное множественное сравнение проводилось по методу Тамхейм 2. По его результатам достоверно

Таблица 5

Данные шкалы самооффективности у обследованных разных специальностей со средним образованием

№	Специальность	n	M	m	min	max
1	Наладчик оборудования	18	26,06	0,408	30	57
2	Оператор котельной	22	26,95	0,719	24	31
3	Механик	5	27,40	0,400	23	34
4	Слесарь	8	28,88	1,246	27	29
5	Сливщик-разливщик	7	24,00	0,535	24	34
6	Рабочий склада	5	23,00	0,632	21	25
7	Сварщик	11	26,27	1,184	21	25
8	Водитель крана	6	30,67	1,430	21	34
9	Техник-технолог	9	28,22	0,846	24	34
10	Токарь	14	31,64	0,796	26	32
11	Станочник	7	26,29	1,169	24	34
12	Оператор-логист	23	28,91	0,805	22	30
13	Водитель погрузчика	32	26,78	0,747	24	35
	Всего	167	27,48	0,292	19	36

Таблица 6

Данные скрининг-теста на депрессию у обследованных разных специальностей со средним образованием

№	Профессия	n	M	m	min	max
1	Наладчик оборудования	18	0,83	0,259	0	4
2	Оператор котельной	22	2,82	0,306	0	4
3	Механик	5	3,40	0,245	3	4
4	Слесарь	8	2,00	0,500	0	4
5	Сливщик-разливщик	7	1,29	0,360	0	3
6	Рабочий склада	5	3,20	0,200	3	4
7	Сварщик	11	2,73	0,273	0	3
8	Водитель крана	6	0,83	0,477	0	3
9	Техник-технолог	9	2,67	0,333	1	4
10	Токарь	14	3,14	0,329	0	4
11	Станочник	7	2,57	0,481	0	4
12	Оператор-логист	23	2,65	0,312	0	4
13	Водитель погрузчика	32	2,78	0,245	0	4
	Всего	167	2,43	0,111	0	4

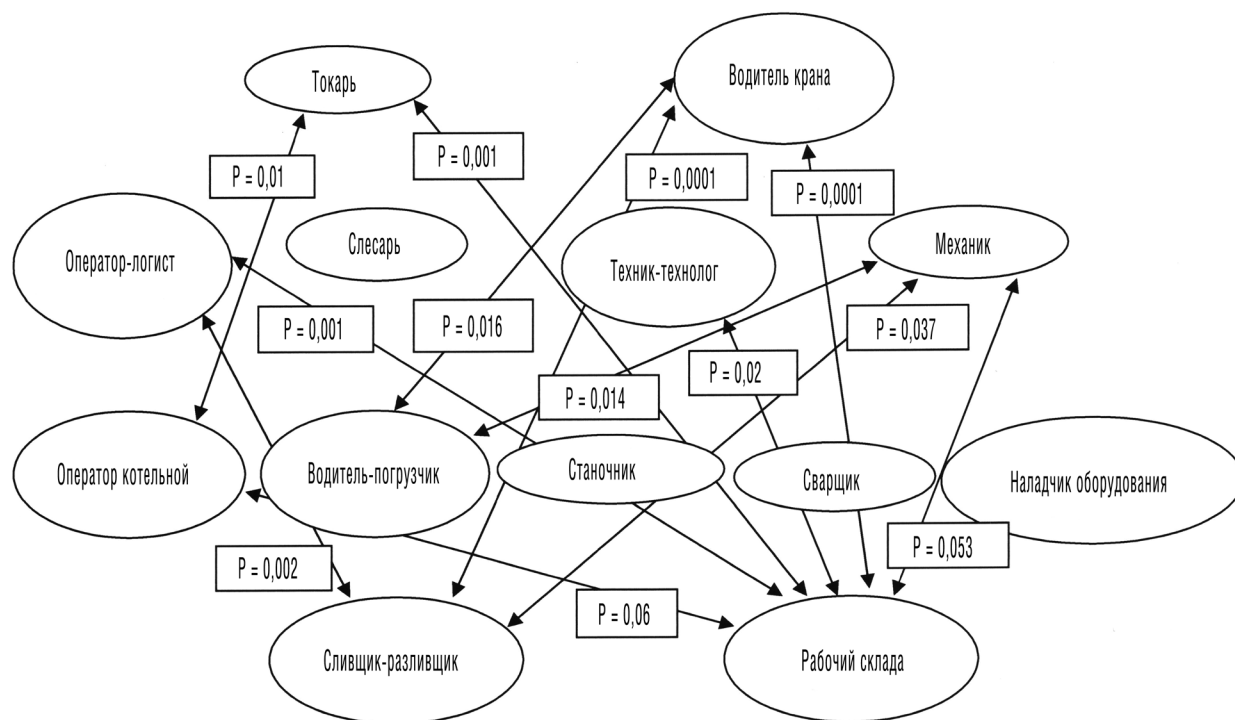


Рис. 1. Различия между подгруппами специальностей по показателю самооэффективности

ные различия обнаружены между следующими подгруппами специальностей (рис. 1).

Полученные результаты свидетельствуют о более высоких цифрах самооэффективности у представителей высококвалифицированных специальностей (токарь, водитель крана, оператор-логист и др.), достоверно отличающихся от таковых у низкоквалифицированных специальностей (рабочий склада, сливщик-разливщик и др.).

## РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ-ТЕСТ НА ДЕПРЕССИЮ

Среднее значение скрининг-теста на депрессию у мужчин ( $2,05 \pm 0,100$ ) достоверно не отличалось от аналогичного показателя у женщин ( $1,89 \pm 0,254$ ;  $p = 0,621$  по критерию U Манна-Уитни).

Среднее значение скрининг-теста на депрессию у обследованных с высшим образованием ( $1,28 \pm 0,137$ ) было достоверно ниже по сравнению с аналогичным показателем обследованных со средним специальным образованием ( $2,43 \pm 0,111$ ;  $p = 0,0001$  по критерию U Манна-Уитни).

Среди обследованных с высшим образованием среднее значение скрининг-теста на депрессию у инженеров ( $1,21 \pm 0,142$ ) было достоверно ниже по сравнению с химиками-техно-

логами ( $1,89 \pm 0,484$ ) ( $p = 0,00001$  по критерию U Манна-Уитни).

Результаты исследования скрининг-теста на депрессию у обследованных разных специальностей со средним образованием представлены в таблице 6.

Статистическое различие показателей скрининг-теста на депрессию у обследованных разных специальностей со средним специальным образованием проводилось при помощи однофакторного дисперсионного анализа по вышеуказанной схеме, аналогичной той, которая применялась для расчета различий среднего возраста групп (см. выше).

Рассчитывалась внутригрупповая и межгрупповая дисперсии (в данном случае межгрупповая дисперсия составила  $F = 5,034$ ,  $p = 0,0001$ ), критерий однородности дисперсий групп Ливиня (он составил 2,745 с асимптотической значимостью  $p = 0,002$ ). Апостериорное множественное сравнение проводилось по методу Тамхейм 2. Данные о достоверности различий подгрупп обследуемых разных специальностей по показателю скрининга на депрессию представлены на рисунке 2.

Из представленных на рисунке 2 данных следует, что наиболее низкие показатели скрининга на депрессию, достоверно отличающиеся от других подгрупп, обнаружены у водителей крана и наладчиков оборудования, т. е. у высококвали-

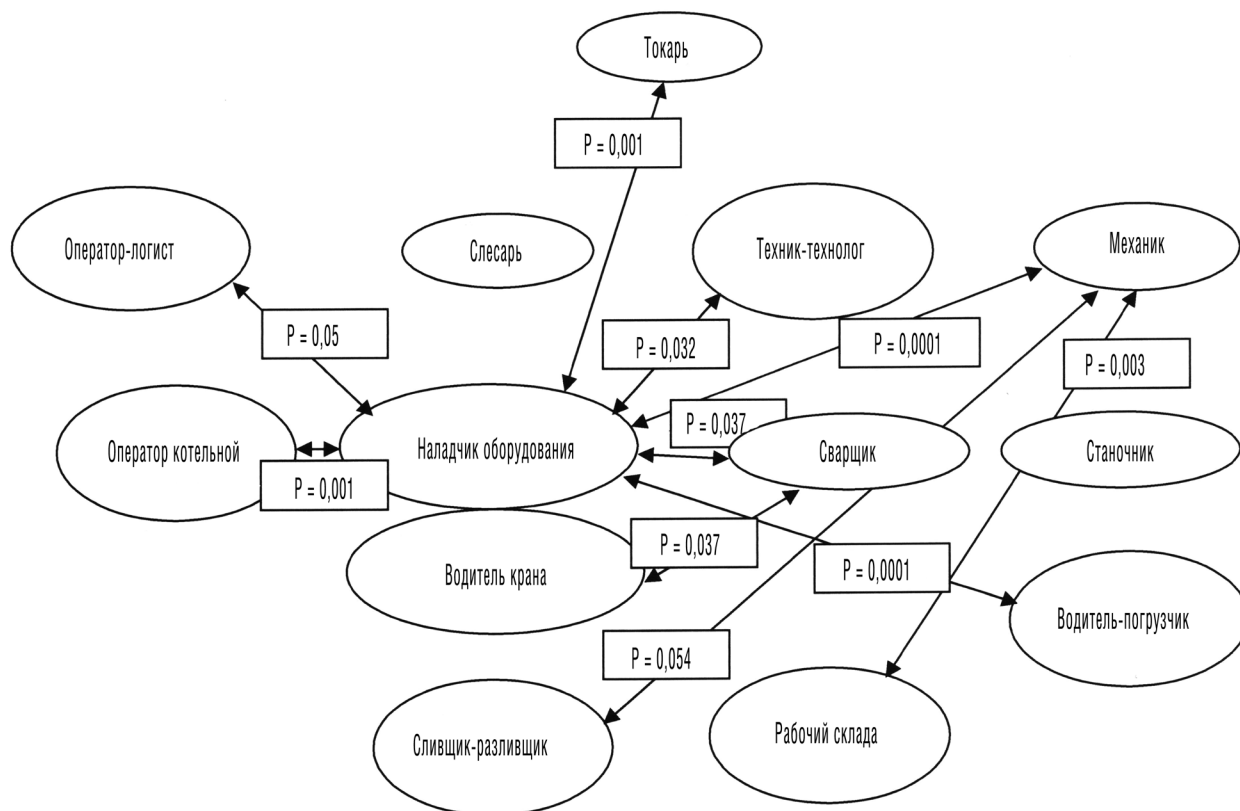


Рис. 2. Различия между подгруппами специальностей по скрининг-тесту на депрессию

фицированных специальностей. Наиболее высокий скрининговый балл депрессии, также достоверно отличающийся от ряда других профессий, выявлен у механиков и рабочих склада.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Среднее значение показателя качества жизни у мужчин ( $56,81 \pm 1,356$ ) было достоверно выше по сравнению с таковым у женщин ( $46,93 \pm 3,587$ ;  $p=0,010$  по критерию U Манна-Уитни).

Среднее значение показателя качества жизни у обследованных с высшим образованием ( $60,62 \pm 2,073$ ) было достоверно выше по сравнению с аналогичным показателем обследованных со средним специальным образованием ( $53,13 \pm 1,593$ ;  $p=0,006$  по критерию U Манна-Уитни).

Среди обследованных с высшим образованием среднее значение показателя качества жизни у инженеров ( $62,79 \pm 2,085$ ) было достоверно выше по сравнению с химиками-технологами ( $41,33 \pm 5,838$ ) ( $p=0,002$  по критерию U Манна-Уитни). Результаты исследования показателя качества жизни у обследованных разных специальностей со средним образованием представлены в таблице 7.

Статистическое различие показателей качества жизни у обследованных разных специальностей со средним образованием проводилось при помощи однофакторного дисперсионного анализа по вышеуказанной схеме, аналогичной той, которая применялась для расчета различий среднего возраста групп (см. выше).

Рассчитывалась внутригрупповая и межгрупповая дисперсии (в данном случае межгрупповая дисперсия составила  $F=4,795$ ,  $p=0,0001$ ), критерий однородности дисперсий групп Ливиня (он составил 3,344 с асимптотической значимостью  $p=0,0001$ ). Апостериорное множественное сравнение проводилось по методу Тамхейм 2. Результаты выявили следующие достоверные различия между подгруппами специальностей (рис. 3).

Таким образом, результаты таблицы и рисунка 3 дают основание сделать вывод, что наиболее высокие показатели качества жизни отмечаются у водителей крана и механиков, а наиболее низкие у сливщиков-разливщиков и рабочих склада. При этом достоверные различия между указанными специальностями и другими подгруппами выявлены у водителей крана и сливщиков-разливщиков.

Таблица 7

Показатели качества жизни у обследованных разных специальностей со средним образованием

№	Профессия	n	M	m	min	max
1	Наладчик оборудования	18	47,28	4,874	23	80
2	Оператор котельной	22	42,50	5,079	6	80
3	Механик	5	71,80	7,214	43	80
4	Слесарь	8	68,38	5,402	36	80
5	Сливщик-разливщик	7	32,43	2,458	21	40
6	Рабочий склада	5	38,40	5,802	28	61
7	Сварщик	11	64,82	6,329	25	80
8	Водитель крана	6	71,17	4,778	48	80
9	Техник-технолог	9	56,89	7,113	24	78
10	Токарь	14	66,43	3,631	26	83
11	Станочник	7	39,29	8,755	5	62
12	Оператор-логист	23	57,70	2,919	34	78
13	Водитель погрузчика	32	49,28	3,139	24	79
	Всего	167	53,13	1,593	5	83

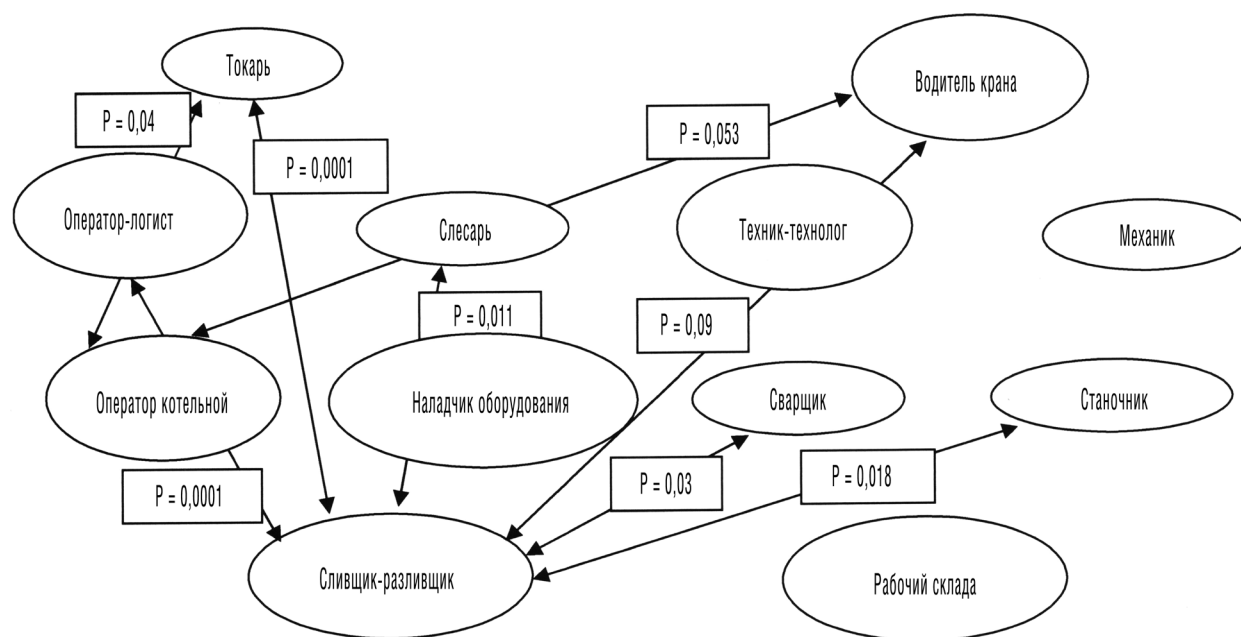


Рис. 3. Различия между подгруппами специальностей по качеству жизни

## ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПЕРЕМЕННЫХ

Корреляции Пирсона. Проведен попарный корреляционный анализ таких количественных характеристик, как возраст, стаж работы, самооффективность, скрининг-тест на депрессию, качество жизни (табл. 8). Выявлена силь-

ная положительная корреляция между возрастом и стажем работы обследованных по их специальности ( $R=0,922$ ,  $p<0,01$ ), самооффективностью и качеством жизни ( $R=0,763$ ,  $p<0,01$ ). Умеренно отрицательно между собой коррелировали показатели скрининга на депрессию и шкала самооффективности ( $R=-0,319$ ,  $p<0,01$ ).

Таблица 8

## Корреляционные взаимосвязи переменных (по методу Пирсона)

	Стаж работы	Шкала самоэф- фективности	Скрининг-тест на депрессию	Показатель качества жизни
Возраст	0,922**	0,046	-0,014	0,116
Стаж работы		0,089	-0,052	0,115
Шкала самоэффективности			-0,319**	0,763**
Скрининг-тест на депрессию				-0,207**

\*\* — корреляция значима на уровне 0,01

Таблица 9

## Объясненная совокупная дисперсия

Компо- нент	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов загрузок вращения		
	Всего	% диспер- сии	Суммар- ный%	Всего	% диспер- сии	Суммар- ный%	Всего	% диспер- сии	Сум- мар- ный%
1	2,106	42,117	42,117	2,106	42,117	42,117	1,853	37,060	37,060
2	1,734	34,676	76,793	1,734	34,676	76,793	1,687	33,731	70,791
3	0,857	17,131	93,924						
4	0,229	4,582	98,506						
5	0,075	1,494	100,000						

Для выявления скрытых взаимосвязей переменных был проведен традиционный (эксплораторный) факторный анализ [4]. Предварительный анализ переменных показал пригодность массива данных для факторного анализа. Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина (КМО) составила 0,507 (величина соответствует относительной приемлемости выборки), а критерий сферичности Барлетта (проверка значимости отличия корреляции переменных от 0) оказался статистически достоверен ( $p < 0,001$ ).

Результаты вычисления объясненной совокупной дисперсии с помощью метода главных компонент представлены в таблице 9. Из таблицы видно, что выявлено 2 основные компоненты, объясняющие 76,793% суммарной дисперсии.

В ходе варимакс-вращения было выделено 2 фактора (табл. 10). 1 фактор относится к социальным характеристикам обследованных и может быть условно обозначен как «возрастной». Он представлен высокими значениями таких факторных нагрузок, как возраст обследуемого (0,992) и его стаж работы по данной профессии (0,927). Второй фактор представ-

Таблица 10

## Повернутая факторная матрица

	Факторный анализ	
	1	2
Возраст	0,992	0,028
Стаж работы	0,927	0,072
Шкала самоэффективности	0,019	0,999
Скрининг-тест на депрессию	-0,007	-0,319
Показатель качества жизни	0,093	0,761

лен психометрическими характеристиками самоэффективность, качество жизни (с высокими положительными факторными нагрузками соответственно 0,999 и 0,761) и показателем скрининга на депрессию (с низкой отрицательной факторной нагрузкой -0,319). Следовательно, такая важная характеристика адаптационной системы личности, как самоэффективность связана с качеством жизни и низкими значениями депрессивных симптомов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на то, что по данным психиатрического обследования (клиническая беседа, наблюдение) всем обследуемым был поставлен диагноз «психиатрическое обследование» (Z 00.0) с рекомендацией дальнейшего допуска к работе, результаты исследования выявили у большого числа сотрудников предприятия нарушения психологической адаптации, влияющие на трудоспособность, общее психическое состояние и качество жизни. Обнаруженные отклонения с клинической позиции в ряде случаев укладывались в понятие «предболезнь», а результаты тестового шкалирования подтверждали данное предположение.

В ходе исследования были выявлены стойкая взаимосвязь такой характеристики психической адаптации, как самоэффективность с качеством жизни и риском развития депрессивных симптомов.

Получены данные, свидетельствующие о принципиальном различии профессионально-трудовой адаптации специалистов с высшим и средним специальным образованием. Прежде всего, у специалистов со средним образованием был ниже стаж работы по сравнению с представителями высшего образования, среди которых дольше всего работали по своей специальности на данном предприятии инженеры (18,94±0,726 лет). У специалистов с высшим образованием наблюдались большие значения такой важной личностно-адаптационной характеристики, как самоэффективность, выше качество жизни и достоверно ниже риск развития депрессивных состояний (по данным скрининг-теста). Важно отметить, что на основании изучения взаимосвязи переменных была выявлена сильная положительная корреляция между самоэффективностью и качеством жизни и умеренная отрицательная корреляция между самоэффективностью и риском развития депрессивных состояний. В ходе многомерного статистического анализа показано, что указанные характеристики представляют собой отдельный статистический фактор с объясненной дисперсией 33,731% и высокими факторными нагрузками компонентов самоэффективность (0,999) и качество жизни (0,716). Таким образом, можно сказать, что показанные выше межгрупповые различия изучаемых переменных неслучайны, отражают их сопряженную связь.

Сравнение представителей 12 специальностей со средним специальным образованием также выявило ряд существенных закономерностей. Обобщая результаты, можно говорить

о том, что наиболее низкие показатели психической адаптации в целом выявлялись у представителей низкоквалифицированных специальностей. В нашей работе по результатам исследования с помощью различных методик к такому отнесены рабочие склада и сливщики-разливщики. У представителей указанных специальностей были наиболее низкие количественные показатели самоэффективности, достоверно отличающиеся от таковых у представителей высококвалифицированных специальностей (токарь, водитель крана, оператор-логист и др.), и наиболее низкое качество жизни, достоверно отличающееся от такового у водителей крана и механиков. У рабочих склада, кроме того, отмечен один из наиболее высоких рисков развития депрессии, показателя, по которому они также достоверно отличались от водителей крана и наладчиков оборудования.

Таким образом, полученные результаты в целом позволяют сделать вывод о том, что работники низкоквалифицированных специальностей в настоящее время представляют собой группу риска по нарушению трудовой и психической адаптации, формирования предболезненных психических расстройств, что может быть сопряжено с развитием угрожающих для жизни состояний в ходе профессиональной деятельности. Профилактика последних в виде предупреждения нарушений правил техники безопасности и снижения уровня производственного травматизма является в настоящее время приоритетной задачей государства [8].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л. И. Социальная фрустрированность личности и ее роль в генезе психической дезадаптации. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1997; № 1: 33–37.
2. Гречаный С. В. Психическая адаптация подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ. Наркология. 2013; № 8: 76–81.
3. Зеневич Г. В. О концепции «предболезни» в психиатрии. В кн.: Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии: сб. тр. Т. 115. Л.; 1986: 22–28.
4. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб.: Речь; 2008.
5. Орел В. И., Ким А. В., Гурьева Н. А., Шарафутдинова Л. Л. Экспертиза в медицинской практике. СПб.: СпецЛит; 2017.
6. Приказ от 12 апреля 2011 г. № 302 н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных произ-

- водственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда/Доступен по: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_120902/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120902/)(дата обращения 20.05.2017 г.).
7. Рассказова Е.И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012; 9 (4): 81–90.
  8. Филиппов А.А., Пачурин Г.В., Щенников Н.И., Курагина Т.И. Производственный травматизм и направления его профилактики. Современные наукоемкие технологии. 2016; № 1: 45–50.
  9. Шварцер Р., Ерусалем М., Ромек В. Русская версия шкалы общей самоэффективности Р.Шварцера и М.Ерусалема. Иностранная психология. 1996; № 7: 71–77.
  10. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; № 84: 191–215.
  11. Endicott J., Nee J., Harrison W., Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull*. 1993; 29 (2): 321–326.
  12. Stevanovic D. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-short form for quality of life assessments in clinical practice: a psychometric study. *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs*. 2011; 18 (8): 744–750.
  13. Whooley M.A., Avins A.L., Miranda J., Browner W.S. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J. Gen. Intern. Med*. 1997; 12: 439–445.
  3. Zenevich G.V. O koncepcii «predboleznii» v psixiatrii [On the concept of «pre-illness» in psychiatry]. In: *Predbolezn' i faktory povyshennogo riska v psixonevrologii: sb. tr. T. 115. L.*; 1986: 22–28. (in Russian).
  4. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psixologicheskogo issledovanija. Analiz i interpretacija dannyh. [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data]. SPb.: Rech'; 2008. (in Russian).
  5. Orel V.I., Kim A.V., Gur'eva N.A., Sharafutdinova L.L. Jekspertiza v medicinskoj praktike [Expertise in medical practice]. SPb.: SpecLit; 2017. (in Russian).
  6. Prikaz ot 12 aprelja 2011 g. № 302 n «Ob utverzhdenii perechnej vrednyh i (ili) opasnyh proizvodstvennyh faktorov i работ, pri vypolnenii kotoryh provodjatsja objazatel'nye predvaritel'nye i periodicheskie medicinskie osmotry (obsledovanija), i porjadka provedenija objazatel'nyh predvaritel'nyh i periodicheskijh medicinskih osmotrov (obsledovanij) rabotnikov, zanjatyh na tjazhelyh rabotah i na rabotah s vrednymi i (ili) opasnymi uslovijami truda/Access: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_120902/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120902/)(data obrashhenija 20.05.2017.). (in Russian).
  7. Rasskazova E.I. Metodika ocenki kachestva zhizni i udovletvorennosti: psixometricheskie harakteristiki russkojazychnoj versii [Methodology for assessing the quality of life and satisfaction: the psychometric characteristics of the Russian version]. *Psixologija. Zhurnal Vysshej shkoly jekonomiki*. 2012; 9 (4): 81–90. (in Russian).
  8. Filippov A.A., Pachurin G.V., Shhennikov N.I., Kuragina T.I. Proizvodstvennyj travmatizm i napravlenija ego profilaktiki. *Sovremennye naukoemkie tehnologii* [Industrial injuries and directions of its prevention]. 2016; № 1: 45–50. (in Russian).
  9. Shvarcer R., Erusalem M., Romek V. Russkaja versija shkaly obshhej samojeffektivnosti R. Shvarcera i M. Erusalema [Russian version of the scale of general self-efficacy of R. Schwarzer and M. Erusalem]. *Inostrannaja psixologija*. 1996; № 7: 71–77. (in Russian).
  10. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; № 84: 191–215.
  11. Endicott J., Nee J., Harrison W., Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull*. 1993; 29 (2): 321–326.
  12. Stevanovic D. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-short form for quality of life assessments in clinical practice: a psychometric study. *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs*. 2011; 18 (8): 744–750.
  13. Whooley M.A., Avins A.L., Miranda J., Browner W.S. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J. Gen. Intern. Med*. 1997; 12: 439–445.

## REFERENCES

1. Vasserman L.I. Social'naja frustrirovannost' lichnosti i ee rol' v geneze psixicheskoj dezadaptacii. [Social frustrated personality and its role in the genesis of mental disadaptation]. *Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii im. V.M. Behтерева*. 1997; № 1: 33–37. (in Russian).
2. Grechanyj S.V. Psixicheskaja adaptacija podrostkov s rassstrojstvami povedenija i zavisimost'ju ot psixoaktivnyh veshhestv. [Mental adaptation of adolescents with conduct disorders and dependence on psychoactive substances]. *Narkologija*. 2013; № 8: 76–81. (in Russian).

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

© Олег Владимирович Калинин<sup>1</sup>, Наталия Гурьевна Петрова<sup>2</sup>,  
Екатерина Владимировна Дембикова<sup>2</sup>, Светлана Алексеевна Калинина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России. 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

**Контактная информация:** Калинин Олег Владимирович — аспирант кафедры социальной педиатрии  
и организации здравоохранения ФП и ДПО. E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

**РЕЗЮМЕ:** Проблема оптимизации оказания медико-социальной помощи детям, лишившимся попечения родителей, является весьма актуальной. В разных регионах страны функционируют различные структуры, участвующие в оказании этой помощи. В Санкт-Петербурге одной из них является «Центр медицинской и социальной реабилитации детей, оставшихся без попечения родителей, им. В. В. Цимбалына». Центр предназначен для оказания помощи детям в возрасте от 0 до 14 лет, оставшимся без попечения родителей и оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Пациентами Центра являются дети из неблагополучных семей, родители которых злоупотребляют алкоголем и наркотическими средствами, ведут асоциальный образ жизни и уклоняются от должного воспитания детей, а также дети, лишенные родительского попечения вследствие госпитализации, смерти или тюремного заключения родителей. В статье представлены результаты анализа «медико-социального анамнеза» госпитализированных (на основании выкопировки данных из медицинской документации) и психологического статуса детей (на основании проведения специальных тестов). Установлено, что в структуре патологии, выявленной в Центре, преобладают заболевания костно-мышечной системы (42%). Оценка интеллектуального развития детей показала, что преобладают (составляя 63,3%) дети со средним интеллектом. В то же время у 35% детей интеллект был признан выше среднего и только у 1,7% — ниже среднего. Доля детей, имеющих среднюю степень тревожности, составила 60%. У 26,7% имелась легкая степень тревожности или полное отсутствие ее; у 13,3% — сильная степень тревожности. Большая часть (61,0%) детей при выписке направляются в учреждения для детей-сирот, а 39,0% возвращаются домой. После выписки из стационара реабилитация детей должна продолжаться в условиях детской поликлиники. Особую роль при этом должны играть медицинские сестры педиатрических участков, которые должны иметь полное представление о медико-психологических особенностях этих детей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дети; лишившиеся попечения родителей; медико-социальная помощь; здоровье детей.

## MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN HOSPITALIZED IN THE CENTER OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION

© Oleg V. Kalinichenko<sup>1</sup>, Nataliya G. Petrova<sup>2</sup>, Ekaterina V. Dembikova<sup>2</sup>,  
Svetlana A. Kalinina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

<sup>2</sup>The first Saint-Petersburg State Medical University named after Academician Pavlov. L. Tolstoy str., 6–8. Saint-Petersburg, Russia, 197022

**Contact Information:** *Oleg V. Kalinichenko* — postgraduate student of the Department of Social Pediatrics and Public Health Organization of the faculty of post-graduate education. E-mail: [socp\\_ozz@mail.ru](mailto:socp_ozz@mail.ru).

**ABSTRACT:** The problem of optimizing the provision of medical and social assistance to children deprived of parental care is very important. In different regions of the country there are various structures involved in the provision of this assistance. In St. Petersburg, one of them is the “Center for Medical and Social Rehabilitation of Children Left Without Parental Care, after V. V. Tsymbalin». The center is designed to help children aged 0 to 14 years, left without parental care and those found in a difficult life situation. Patients of the Center are children from disadvantaged families whose parents are alcohol and drug abusers, known to lead antisocial mode of life away from the duty of proper children upbringing, as well as children deprived of parental care due to hospitalization, death or imprisonment of parents. The article presents the results of the analysis of the «medical and social history» of hospitalized children (based on the copying of data from medical records) and the psychological status of children (based on special tests). It is established that in the structure of pathology revealed in the Center, diseases of the musculoskeletal system predominate (42%). The rate of intellectual development of children has shown that children average intelligence (63.3%) predominate. At the same time, in 35% of children the intellect was recognized as above average and only 1.7% -below the average. The proportion of children with an average degree of anxiety was 60%. In 26.7% a mild degree of anxiety or complete absence of it was revealed; in 13.3% — a strong degree of anxiety. Most (61.0%) of children are sent to special institutions when they are discharged, and 39.0% return home. After the discharge from the hospital, the rehabilitation of children should be continued in children’s polyclinic. A special role in this continuing process should be played by nurses of pediatric sites, who must be aware of the medical and psychological characteristics of such children.

**Key words:** children deprived of parental care; medical and social assistance; health of children.

## ВВЕДЕНИЕ

Современный период развития страны характеризуется рядом неблагоприятных социально-экономических и медико-демографических процессов, социальным расслоением общества, снижением качества жизни, наличием нереализованных медико-социальных проблем детей, подростков, молодежи, семьи и всех членов общества. Падение жизненного уровня населения, ухудшение условий содержания детей, участвовавшие случаи жестокого обращения с ними, снижение социальных гарантий духовного и физического развития детей способствуют росту социального сиротства [4, 14]. Безусловно, все это негативным образом отражается на показателях физического и психического здоровья детского населения [2, 6]. В первую очередь, это касается детей, воспитывающихся вне семьи, в специализированных детских учреждениях [1], а также находящихся под опекой или попечительством [12]. Но актуальны эти проблемы и для детей, воспитывающихся в семьях [9, 11]. Постоянная занятость родителей приводит к уменьшению продолжительности и обеднению общения ребенка и взрослых. Негативные последствия возникающего по этим при-

чинам неблагополучия в семье подчас становятся необратимыми, приводя к дефектам психического развития ребенка, социальной дезадаптации, девиантному (то есть отклоняющемуся) поведению [3]. Регистрируется постоянный рост так называемых «рисковых форм» поведения среди детей и подростков, включая применение психоактивных веществ — алкоголя, табака, наркотиков, токсических веществ и препаратов, а также безнадзорность, бродяжничество, проституция малолетних и многое другое [7]. Все чаще несовершеннолетние становятся жертвами жестокого обращения и насилия — физического, сексуального, эмоционального, пренебрежения основными нуждами ребенка, дети и подростки становятся объектами вовлечения в конфликты с законом. Проблемы психического «нездоровья» обусловлены и рядом таких медицинских аспектов, которые приобретают все большее распространение, как рождение и выхаживание детей с экстремально низкой массой тела [5]. Все это представляет несомненную угрозу национальной безопасности.

Перечисленные проблемы требуют совершенствования системы оказания медико-социальной помощи различным контингентам дет-

ского населения и повышения ее качества в целом [13]. Важно отметить, что исторически данная система начала складываться еще в XVII в. (создание специальных заведений для сирот, детей с физическими увечьями, факторами социального риска) [8]. В настоящее время в оказании медико-психологической и социальной помощи этим категориям детей участвует значительное число учреждений и организаций, каждая из которых решает свои специфические задачи [10]. Причем, в каждом регионе структура и организация работы данных учреждений могут отличаться.

**Целью** исследования являлось получение медико-социальной и психологической характеристики детей, госпитализированных в Центр.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр медицинской и социальной реабилитации детей, оставшихся без попечения родителей, им. В.В. Цимбалына». Центр предназначен для оказания помощи детям в возрасте от 0 до 14 лет, оставшимся без попечения родителей и оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Пациентами Центра являются дети из неблагополучных семей, родители которых злоупотребляют алкоголем и наркотическими средствами, ведут асоциальный образ жизни и уклоняются от должного воспитания детей, а также дети, лишенные родительского попечения вследствие госпитализации, смерти или тюремного заключения родителей.

Мощность Центра составляет 75 коек. В его структуре выделяют: отделение медицинской реабилитации; социальной и психолого-педагогической реабилитации; а также вспомогательные диагностические и лечебные кабинеты.

Для реализации цели нами была разработана специальная карта исследования, на

которую выкопировывались данные из медицинской документации. Кроме того, использовались психологические тесты: визуально-аналоговая шкала тревожности; «Прогрессивные матрицы Равена» (позволяющие определить интеллектуальные возможности); проективное тестирование методом свободного рисования. В рисуночных тестах анализировались: размер рисунка; качество линий (нажима); положение рисунка на листе; цвет в рисунке. Нажим на карандаш позволяет судить об эмоциональной напряженности, уровне психомоторного тонуса, общей активности. Сила нажима отражается в жирности линии. Общее число наблюдений составило 150 единиц. Возраст детей — от 0 до 15 лет (тестированию подвергались с 3 лет).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В возрастной структуре госпитализированных детей наибольший удельный вес пришелся на возрастные группы 10–15 (37,0%) и до года (22,0%). Среди мальчиков достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем среди девочек, был удельный вес детей 10–15 лет, а среди девочек — до года (табл. 1).

Не посещали образовательные учреждения 52% детей; 8% посещали дошкольные образовательные учреждения; 40% учились в школах или гимназиях. Не посещали образовательные учреждения 93,3% детей до 3 лет, 58,3% — 3–6 лет, 20% — 6–10 лет, 18,9% — старше 10 лет.

Среди госпитализированных, 74,4% составили дети из неполных семей. При изучении «семейного анамнеза» детей было установлено, что в 73% случаев сведения о вредных привычках родителей отсутствовали. В случае наличия таковых алкоголизм родителей отмечался у 85,2%, криминальные склонности — у 11,1%, наркомания — у 3,7% (только в неполных семьях). У 91,3% имела место конфликтная внутрисемейная обстановка.

Таблица 1

Распределение детей разного пола по возрасту, %

Пол	Возраст, лет					В целом
	До 1	1–3	3–6	6–10	10–15	
Мужской	18,0	16,0	6,0	18,0	42,0	100,0
Женский	26,0	14,0	16,0	12,0	32,0	100,0
Всего	22,0	15,0	11,0	15,0	37,0	100,0

У 8,9% детей при поступлении были выявлены кожные паразиты (педикулез и чесотка). Доля детей с педикулезом была выше (17,4%) среди детей из полных семей по сравнению с неполными (4,5%), а чесотка встречалась только в неполных семьях. У 27,7% детей было выявлено нарушение целостности кожных покровов в виде гематом (7,8%), ссадин (4,4%), расчёсов (2,2%) и иных (порезы, царапины, шрамы) — 13,3%. Наличие гематом и кровоподтеков в достоверно ( $p < 0,05$ ) большем (21,7%) проценте случаев имело место в полных семьях по сравнению с неполными (3,1%). Расчёсы же встречались только у детей из неполных семей.

38% детей были направлены в Центр отделами полиции; 21% — отделами опеки и попечительства муниципальных образований; 19% — социальными приютами, 17% — городскими больницами и центрами социальной помощи семье и детям; 5% — по заявлению родителей (дети до трех лет). Среди детей в возрасте до десяти лет наибольшая доля (53,3%) была направлена отделами полиции, а в старшей возрастной группе — социальными приютами (42,2%). Среди детей младшего возраста максимальным (19%) был процент госпитализированных по заявлению родителей.

Изучение частоты патологии у детей при поступлении показало, что наиболее частыми диагнозами направлений являлись: заболевания нервной системы (15%), ЛОР-органов (15%), болезни костно-мышечной системы (14%). Реже встречались заболевания кожи (11%) и эндокринной системы (9%). В структуре патологии, выявленной в Центре, преобладают заболевания костно-мышечной системы (42%), включая нарушение осанки, артрит, плоскостопие, деформации грудной клетки. 27% приходится на заболевания нервной системы, включая детский церебральный паралич, задержку развития, перинатальную патологию и др.

Важно отметить, что большая часть (61,0% детей) при выписке направляются в учреждения для детей-сирот, а 39,0% возвращаются домой. Наибольшей (86,9%) была доля детей, выписывающихся в учреждения для детей-сирот, среди детей десяти лет и старше. Также нельзя не подчеркнуть, что 77% детей в период нахождения в Центре не общались с родственниками. 12% детей посещали родственники, а у 11% — интересовались здоровьем детей по телефону.

Оценка интеллектуального развития детей показала, что преобладают (составляя 63,3%)

дети со средним интеллектом. В то же время у 35% детей интеллект был признан выше среднего и только у 1,7% — ниже среднего.

Анализ рисунковых тестов показал, что более половины детей (52,2%) имели в рисунке средний, равномерный нажим, что указывает на уравновешенную личность, склонную обдумывать свои действия, и является нормой для данного исследования. 28,3% детей имели сильный нажим, который расценивается как знак психического напряжения, способного привести к агрессии. Слабый нажим имелся у 10,8% детей. Он может свидетельствовать, что ребенок испытывает дефицит самоуважения и доверия к самому себе. Такой признак характерен для пассивных, нерешительных детей. Ребенок может находиться в депрессивном состоянии. 8,7% составили дети с прорисовкой отдельных деталей с нажимом. Такие дети склонны к частой смене настроения, имеют низкий уровень устойчивости к стрессу. Изменение степени нажима в отдельных частях рисунка указывает на определенную проблематику (например, усиление нажима в рисунке семьи указывает на неблагоприятную, конфликтную внутрисемейную обстановку). Среди детей в возрасте от трех до шести лет была наибольшей (45,9%) доля пациентов с сильной степенью нажима. Рисунки с прорисовкой отдельных деталей с нажимом присутствовали у детей в возрасте старше шести лет.

Размер рисунка должен рассматриваться в соответствии с размером листа бумаги. Установлено, что наибольшая доля (60,9%) детей в процессе рисования занимают более 2/3 всего пространства листа. Рисунки увеличенного размера отражают в себе агрессивность, в качестве защитного механизма проявляются у детей с чувством приниженности, могут быть результатом эмоционального возбуждения, снижения самоконтроля. У 36,9% детей встречается средний размер рисунка (рисунок занимает от 1/3 до 2/3 листа), что является нормой. Минимальную долю (2,2%) составили дети, у которых в рисунке занято до 1/3 пространства листа (уменьшенный размер). Такие дети обычно стесняются проявления своих чувств. Использование маленьких фигурок в рисунке указывает нажатое поведение в результате стресса или на депрессивное состояние, свидетельствует о снижении настроения, об общей заторможенности. Возможно использование маленьких фигур как проявление негативной реакции на сложившуюся ситуацию. Стоит отметить, что

среди детей в возрасте от шести до десяти лет значительно преобладает доля (81,8%) детей с увеличенным размером рисунка. Дети с уменьшенным размером рисунка имелись только в возрасте от трех до шести лет, составив 4,1%.

Размещение рисунков на листе может говорить о функции планирования и о некоторых особенностях эмоционального состояния. Стандартным является расположение рисунка более или менее в центре листа. В процессе исследования было установлено, что у 71,7% рисунок располагался в центре. Это отражает благополучную личность, чувствующую себя безопасно. 17,4% детей имели смещение рисунка в сторону. Рисунок, расположенный в левой части листа отражает переживания, связанные с прошлым. Ребенок является импульсивным, стремится к эмоциональному удовлетворению потребностей. Рисунок, смещенный в правую сторону, говорит о том, что ребенок склонен к сильному сдерживанию чувств и руководствуется реальностью. Такие дети могут испытывать боязнь самостоятельных решений, а также нуждаться в поддержке. У 8,7% детей имелось смещение рисунка вниз, характерное для неуверенной в себе личности (ребенок чувствует себя незащищенным, может находиться в депрессивном состоянии). У 2,2% детей имелось смещение рисунка вверх, которое указывает на активную фантазийную жизнь (характерно для детей с завышенной самооценкой). Почти у каждого десятого ребенка в возрасте от трех до шести лет и от десяти и более лет имелось смещение рисунка вниз. Смещение вверх зафиксировано у детей только в возрасте старше десяти лет.

Характер цветовой гаммы рисунка может сказать об эмоциональном состоянии ребенка. При изучении рисунков по преобладающей палитре выявлено, что половина детей использовали в рисунке полную палитру, которая отражает благополучное эмоциональное состояние. У 19,2% детей преобладал в палитре красный цвет, что характерно для состояния высокой эмоциональной напряженности и свидетельствует о повышении уровня тревоги или повышенной агрессивности (у трети детей в возрасте от трех до шести лет в палитре преобладал красный цвет). В равных долях (10,6%) представлены рисунки, в которых в большей степени присутствовали холодная и обедненная палитра, черный цвет. У этих детей наблюдается подавленное настроение, снижение общего уровня актив-

ности. Дети подвержены истощению после пережитого стресса. Преобладание черного цвета в наибольшем (25,0%) проценте случаев имело место среди детей 6–10 лет; обедненная палитра — среди детей старше 10 лет (27,3%).

Оценка тревожности детей в возрасте от шести до пятнадцати лет по методу «Визуально аналоговая шкала тревожности» при поступлении в Центр показала, что доля детей, имеющих среднюю степень тревожности составила 60%. У 26,7% имелась легкая степень тревожности или полное отсутствие ее; у 13,3% — сильная степень тревожности (в большей степени это отмечалось среди мальчиков). Перед выпиской из Центра 80% детей имели легкую степень беспокойства; 20% — среднюю степень (особенно дети младше 6 лет).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что дети, госпитализированные в Центр медицинской и социальной реабилитации, это дети, имеющие ряд проблем медицинского, психологического и социального характера. У большинства из них — средний и высокий уровень интеллекта, и достаточно высокий уровень социального и психологического дискомфорта (чувство тревожности, напряженности, явления определенной агрессивности или, наоборот, апатии и депрессии). Понятно, что преимущественно — это дети из социально неблагополучных семей (как полных, так и неполных по составу), родители которых в целом мало интересуются состоянием своих детей. Хотя большинство детей по выписке направляется в специализированные учреждения, значительная часть возвращается в семьи. И это требует повышенного внимания к данным семьям как медицинских, так и социальных служб. После выписки из стационара реабилитация детей должна продолжаться в условиях детской поликлиники. Особую роль при этом должны играть медицинские сестры педиатрических участков. Они должны быть осведомлены о проблемах и потребностях этих пациентов с тем, чтобы разработать и способствовать реализации плана удовлетворения этих потребностей. Необходима система межведомственного взаимодействия сестринских служб, передача необходимой информации в форме сестринского медико-социального эпикриза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алламярова Н. В. Совершенствование медико-социальной помощи детям, воспитывающимся в домах ребенка специализированного типа. Автореферат диссертации... канд. мед. наук. М.; 2013: 24.
2. Баранов А. А. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание. М.; 2015: 23–24.
3. Гаврилов Д. Н., Пухов Д. Н. Результаты исследования здоровья и поведения детей школьного возраста. Профилактическая и клиническая медицина. 2014; 51 (2): 31–35.
4. Дмитриева М. А. Причины социального сиротства. Молодой ученый. 2012; № 11: 353–355.
5. Заваденко Н. Н., Ефимова М. Я., Заваденко А. Н., Щедеркина И. О., Давыдова Л. А. Нарушения нервно-психического развития у недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2015; 94 (6): 142–148.
6. Иванов Д. О., Орел В. И. Современные особенности здоровья детей мегаполиса. Медицина и организация здравоохранения. 2016; 1 (1): 6–11.
7. Ким А. В., Кузнецова Е. Ю., Смирнова В. И., Рослова З. А. Состояние здоровья детей различных групп социального риска. Здоровье детей: профилактика и терапия: Материалы VII Российского Форума с международным участием. СПб; 2013: 80–81.
8. Микиртичан Г. Л. Истоки изучения медико-социальных проблем детства: XVIII — первая половина XIX века. Медицина и организация здравоохранения. 2016; 1 (1): 45–52.
9. Миронова М. С., Сетко Н. П. Роль семьи в формировании поведенческих факторов риска среди подростков. Здравоохранение Российской Федерации. 2011; 1: 56–57.
10. Орел В. И., Ким А. В., Середа В. М., Гурьева Н. А. Организация медико-социальной помощи детям. СПб.: СПбГПМУ, 2016.
11. Орел В. И., Середа В. М., Ким А. В., Шарафутдинова Л. Л., Беженар С. И., Булдакова Т. И., Рослова З. А., Орел В. В., Гурьева Н. А. Здоровье детей Санкт-Петербурга. Педиатр. 2017; 8 (1): 112–119.
12. Петрова Н. Г., Калининко О. В., Мухомодеева Л. В. Сравнительный анализ состояния здоровья детей 6, 14 лет и детей, лишившихся попечения родителей (по результатам профилактического осмотра). Здоровье семьи — 21 век. 2015; № 3: 103–113.
13. Пузырев В. Г., Глущенко В. А. Создание эффективной системы контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении. Медицина и организация здравоохранения. 2016. 1 (1): 12–20.
14. Сухинин М. В. Заболеваемость детского населения мегаполиса. Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2014; № 1: 46–50.

## REFERENCES

1. Allamyarova N. V. Sovershenstvovanie mediko-socialnoy pomoshi detyam. vospituyushimsya v domah rebenka specializirovannogo tipa [Improving health and social care to children placed in infant homes special type]. PhD thesis. M.; 2013. (in Russian).
2. Baranov A. A. Pediatriya. Nacionalnoye rukovodstvo [Pediatrics. National leadership. A brief edition]. M.; 2015; 23–24. (in Russian).
3. Gavrilov D. N., Pukhov D. N. Rezultat issledovaniya sdorov'ya i povedeniya detey shkolnogo vozrasta [The results of the study of health and behavior of school-age children]. Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina. 2014; 51 (2): 31–35. (in Russian).
4. Dmitrieva M. A. Prichiny socialnogo sirotstva [Causes of social orphanhood]. Molodoy uchenyy. 2012; 11: 353–355. (in Russian).
5. Zavadenko N. N., Efimova Y. M., Zavadenko A. N., Shederkina I. O., Davydova L. A. Narusheniya nervno-psychicheskogo razvitiya u nedonoshennykh detey s nizkoy i ekstremalno nizkoy massoy tela pri rojdenii [Violation of psychological development in preterm infants with low and extremely low body mass at birth]. Pediatriya. Zhurnal im. G. N. Speranskogo. 2015; 94 (6): 142–148. (in Russian).
6. Ivanov D. O., Orel V. I. Sovremennye osobennosti zdorov'ya detey megapolisa [Modern features of health of children living in megapolis]. Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya. 2016; 1 (1): 6–11. (in Russian).
7. Kim A. V., Kuznetsov E. Y., Smirnov V. I., Roslova Z. A. Sostoyanie zdorov'ya detey razlichnykh grupp socialnogo riska [The health status of children of different social risk groups]. Zdorov'e detey: profilaktika i terapiya: Materialy VII Rossiyskogo Foruma s mezhdunrodnym uchastiem. SPb.; 2013: 80–81. (in Russian).
8. Mikirtichan G. L. Istoki izucheniya mediko-socialnykh problem detstva: XVIII -pervaya polovina XIX veka [The origins of the study of medical-social problems of childhood of the XVIII — first half XIX centuries]. Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya. 2016; 1 (1): 45–52. (in Russian).
9. Mironova M. S., Setko N. P. Rol sem'i v formirovanii povedencheskikh factorov riska sredi podrostkov [The role of family in the formation of behavioral risk factors among adolescents]. Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii. 2011; 1: 56–57. (in Russian).
10. Orel V. I., Kim A. V., Sereda M. V., Gurieva N. L. Organizatsiya mediko-socialnoy pomoshi detyam [Organization of medico-social assistance to children]. SPb.: SPbGPMU, 2016. (in Russian).
11. Orel V. I., Sereda V. M., Kim A. V., Sharafutdinova L. L., Bezhenar S. I., T. I. Buldakova, Roslov A. Z., Orel V. V., Gurieva N. A. Zdorov'ye detey Sankt-Peterburga [Children's health of St. Petersburg]. Pediatr. 2017; 8 (1): 112–119. (in Russian).

12. Petrova N.G., Kalinichenko O.V., Mukhamadeeva L.V. Sravnitelnyi analiz sostoyaniya zdorov'ya detey 6, 14 let i detey lishivshichsya popecheniya roditeley (po rezul'tatam profilakticheskogo osmotra) [Comparative analysis of the health status of children 6 to 14 years and children deprived of parental care (results of routine inspection)]. *Zdorov'e sem'i — 21 vek.* 2015; 3: 103–113. (in Russian).
13. Puzyrev V.G., Glushchenko V.A. Sozdanie effektivnoy sistemy kontrolya kachestva meditsinskoy pomoshchi v lechebno-profilakticheskom uchrezhdenii. [Creation of the effective medical care quality monitoring system in preventive healthcare institution]. *Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya.* 2016. 1 (1):12–20. (in Russian).
14. Sukhinin M.V. Zobolevaemost detskogo naseleniya megapolisa [Morbidity of children population of the megapolis]. *Pediatrics. Zhurnal im. G.N. Speranskogo.* 2014; 1: 46–50. (in Russian).

## НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ КАЛМЫКИЯ

© *Церен Михайлович Теблеев*

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России.  
414000 г. Астрахань, ул. Бакинская, 121

**Контактная информация:** Церен Михайлович Теблеев — аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом последипломного образования. E-mail: medik.agma@mail.ru

**РЕЗЮМЕ:** Настоящее исследование проводилось в Республике Калмыкия. С целью оценки течения родов проведена выкопировка данных из первичной медицинской документации на 801 роженицу, родившую ребенка в «Перинатальном центре им. О. А. Шунгаевой» в 2015 году. Установлено, что по ряду показателей течение родов у женщин Республики Калмыкия, по сравнению со средними по стране, отличается в худшую сторону — реже отмечаются нормальные роды, чаще имеют место аномалии родовой деятельности, в основном за счет более частой слабости родовой деятельности. При этом течение родов у калмычек и русских не имеет статистически достоверных различий.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Республика Калмыкия; течение родов; калмычки; русские.

## SOME INDICATORS CHARACTERIZING DELIVERY IN WOMEN OF THE REPUBLIC OF KALMYKIA

© *Tseren M. Tableau*

Astrakhan State Medical University Ministry. Bakinskaya str., 121. Astrakhan, Russia, 414000

**Contact information:** Tseren M. Tableau — postgraduate student of the Department of Public Health with a Course of Postgraduate Education. E-mail: medik.agma@mail.ru

**ABSTRACT:** The Present study was conducted in the Republic of Kalmykia to assess the course of labour of 801 neonates, born in 2015 in «Perinatal center named after O. A. Kungaevooy». It was found that a number of indicators for labour of women of the Republic of Kalmykia compared with the average for the country, differs for the worse — normal births are rarely observed, anomalies of labor activity, mainly due to more frequent uterine inertia are more likely to be registered. The course of labor of Kalmyk and Russian women does not have statistically significant differences.

**KEY WORDS:** Republic of Kalmykia; during labor; Kalmyk, Russian.

Республика Калмыкия относится к территориям, имеющим ряд нерешенных социально-экономических проблем. В республике отмечается крайне низкий уровень жизни населения, слабо развитая социальная инфраструктура, высокий уровень безработицы [3]. Одной из нерешенных проблем является имеющее место в последние годы снижение рождаемости. Так, если совсем недавно уровень рождаемости в

республике превышал средний показатель по стране (2008 год — 15,3‰), то в настоящее время он снизился до 12,5‰ и стал ниже среднереспубликанских значений. Снижение рождаемости на фоне крайне высокого миграционного оттока ведет к противоестественной убыли населения [2], что не может не вызывать беспокойства и потребности в проведении специальных исследований в этом направлении [5].

Настоящее исследование проводилось на базе БУ РК «Перинатальный центр им. О. А. Шунгаевой», в котором рожают более 60% всех женщин республики. С целью оценки течения родов путем выкопировки данных из первичной медицинской документации были получены сведения о течении родов у 801 женщины, родившей в 2015 году, что составляет 22,6% от всех родов в республике за этот год (3543). Калмыкия — республика многонациональная. Большую часть населения составляют калмыки (57,4%) и русские (30,2%), на долю жителей других национальностей приходится 12,4% [6], в связи с чем представлялось важным изучить течение родов не только в целом по республике, но и у женщин различной национальности. В обследованной группе женщин калмычки составляли 76,0%, русские — 14,7% и представительницы других национальностей — 9,3%.

Роды являются физиологическим процессом, логическим завершением и кульминационным моментом беременности и в норме должны проходить при сроке беременности от 37 до 42 полных недель (своевременные роды). Проведенное исследование показало, что в подавляющем большинстве случаев (86,7±1,2 на 100 родов) у женщин, вошедших в статистическую совокупность, роды были своевременными, лишь у 9,0±1,0 из 100 родов были преждевременными и у 4,3±0,7 из 100 запоздалыми. Сравнение акушерского срока родоразрешения у калмычек и русских (таблица 1) показало отсутствие статистически достоверной связи ( $t < 2$ ).

По определению ВОЗ, нормальные роды — это роды, которые начинаются спонтанно у женщин низкого риска в начале родов и остаются таковыми в течение всех родов. При этом ребенок рождается в головном предлежании

при сроке беременности от 37 до 42 полных недель, после чего мать и ребенок находятся в хорошем состоянии [4]. В РФ в 2015 году число нормальных родов составило 38,4 из 100. В Калмыкии этот показатель был значительно ниже — 26,0 из 100, причем в последние годы число нормальных родов постоянно снижалось (2013 год — 28,3 из 100; 2014 год — 27,2 из 100). Проведенное исследование показало (таблица 1) отсутствие статистически достоверных различий в частоте нормальных родов у калмычек и русских ( $t < 2$ ).

К аномалиям родовой деятельности относятся слабость родовой деятельности (гипоактивность или инертность матки), чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки), дискоординация родовой деятельности и др. [1]. В среднем по Российской Федерации аномалии родовой деятельности наблюдались у 8,8 женщин из 100 рожениц, в том числе у 6,4 из 100 — слабость родовой деятельности, у 1,5 из 100 — дискоординация родовой деятельности и у 1,5 из 100 — чрезмерно сильная родовая деятельность. В Республике Калмыкия аномалии родовой деятельности наблюдались чаще — 11,3 из 100 в основном за счет большей частоты слабости родовой деятельности (9,2 из 100). Сравнение частоты аномалий родовой деятельности у калмычек и русских (таблица 1) не выявило статистически достоверных различий ( $t < 2$ ).

В результате недостаточного снабжения кислородом тканей плода или недостаточной утилизации кислорода может наступить внутриутробная гипоксия плода, вызывающая изменения, одни из которых носят компенсаторный, другие — патологический характер. Под влиянием гипоксии нарушается микроциркуля-

Таблица 1

Основные показатели, характеризующие течение родов у калмычек и русских ( $P \pm m$  на 100 родов) и достоверность разности показателей ( $t$ )

Показатели	Национальность		t
	калмычки	русские	
Своевременные роды	86,7±1,3	87,5±3,0	$t < 2$
Нормальные роды	24,8±1,7	27,2±4,1	$t < 2$
Аномалии родовой деятельности	12,2±1,3	10,5±2,8	$t < 2$
Внутриутробная гипоксия плода	13,1±1,3	17,0±3,4	$t < 2$
Кесарево сечение	28,6±1,8	31,0±4,2	$t < 2$
Амниотомия	26,0±1,7	27,1±4,1	$t < 2$
Перинеотомия	22,8±1,7	16,1±3,4	$t < 2$

ция в органах и тканях, особенно в головном мозге [1,4]. В обследованной группе женщин внутриутробная гипоксия плода регистрировалась у  $13,2 \pm 1,2$  из 100, при этом достоверной разницы в частоте гипоксии (таблица 1) у калмычек и русских не наблюдалось ( $t < 2$ ).

В современном акушерстве кесарево сечение — наиболее часто производимая родоразрешающая операция. На частоту этой операции влияют многие факторы: профиль и мощность родовспомогательного учреждения, характер акушерской и экстрагенитальной патологии у госпитализированных беременных и рожениц, квалификация врачей и др.. Кесарево сечение имеет несомненные преимущества с точки зрения исхода для плода перед такими способами родоразрешения, как вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы, извлечение плода за тазовый конец. [1]. В РФ частота родоразрешения с помощью кесарева сечения в сроке 28 недель беременности и более в 2015 году составила 27,3 на 100 родов, в Калмыкии этот показатель принципиально не отличался от среднереспубликанского — 29,5 на 100. Проведенное исследование показало (таблица 1), что частота применения кесарева сечения у калмычек и русских не отличается ( $t < 2$ ).

В норме плодный пузырь должен разрываться в конце периода раскрытия, однако, в ряде случаев (слабость родовой деятельности, многоводие, плоский плодный пузырь и др.) требуется искусственное вскрытие плодного пузыря (амниотомия) [1]. В Калмыкии к искусственному вскрытию плодного пузыря акушеры прибегают довольно часто ( $25,5 \pm 1,5$  на 100 родов), при этом частота амниотомий у русских и калмычек (таблица 1) статистически достоверной разницы не имеет ( $t < 2$ ).

Рассечение промежности (перинеотомия) применяется для ускорения периода изгнания, а также с целью профилактики разрыва промежности [1, 4]. Частота перинеотомии у женщин, вошедших в статистическую совокупность, составила  $21,0 \pm 1,4$  на 100 родов и не отличалась (таблица 1) у русских и калмычек ( $t < 2$ ).

Провести сравнение частоты амниотомии и перинеотомии в Республике Калмыкия со средними показателями по стране не представлялось возможным из-за отсутствия данных официальной статистики по этим показателям.

Таким образом, проведенное исследование показало, что по ряду показателей течение родов у женщин Республики Калмыкия, по сравнению со средними по стране, отличается в худшую сторону — реже отмечаются нормальные роды, чаще имеют место аномалии родовой деятельности, в основном за счет более ча-

стой слабости родовой деятельности. При этом течение родов у калмычек и русских не имеет статистически достоверных различий.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдуков С.Н. Очерки акушерской патологии. Руководство для врачей и студентов. СПб.: СПбГПМА; 2003.
2. Гурьева Н.А., Орел В.И., Попова О.В., Орел О.В. Оперативный контроль качества организации медицинской помощи. Педиатр. 2012; 3 (1): 41–43.
3. Маркеева Б.Э. Социально-демографическая диагностика Республики Калмыкия. Экономика и менеджмент инновационных технологий: научный электронный журнал. 2015; № 4. Доступен по: <http://ekonomika.snauka.ru/2015/04/7867> (дата обращения 16.03.17).
4. Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н. Акушерство. Учебник. М.: Медицина; 2000.
5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. СПб.: Петрополис; 2000.
6. Юрьев В.К., Теблеев Ц.М., Пузырев В.Г. Репродуктивные установки женщин различных социальных групп. Современные проблемы науки и образования: научный электронный журнал. 2015; № 2. Доступен по: <http://www.science-education.ru/129-23164> (дата обращения: 31.05.2017).

## REFERENCES

1. Gaydukov S.N. Ocherki akusherskoy patologii. Rukovodstvo dlya vrachey i studentov [Essays of obstetric pathology. A manual for physicians and students]. SPb.: SPbGPPMA; 2003. (in Russian).
2. Gur'eva N.A., Orel V.I., Popova O.V., Orel O.V. Operativnyy kontrol' kachestva organizatsii meditsinskoy pomoshchi [Operational quality control of medical care]. Peditr. 2012; 3 (1): 41–43. (in Russian).
3. Markeeva B.E. Sotsial'no-demograficheskaya diagnostika Respubliki Kalmykiya [Socio-demographic diagnosis of the Republic of Kalmykia]. Ekonomika i menedzhment innovatsionnykh tekhnologiy: nauchnyy elektronnyy zhurnal. 2015; № 4. Available at: <http://ekonomika.snauka.ru/2015/04/7867> (accessed 16.03.17). (in Russian).
4. Savel'eva G.M., Kulakov V.I., Strizhakov A.N. Akusherstvo. Uchebnik [Midwifery. Textbook]. M.: Meditsina; 2000. (in Russian).
5. Yur'ev V.K., Kutsenko G.I. Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhranenie. Uchebnik [Public health and health care. Textbook]. SPb.: Petropolis; 2000. (in Russian).
6. Yur'ev V.K., Tebleev Ts.M., Puzyrev V.G. Reprodukativnye ustanovki zhenshchin razlichnykh sotsial'nykh grupp [Reproductive aims of women of different social groups]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya: nauchnyy elektronnyy zhurnal. 2015; № 2. Available at: <http://www.science-education.ru/129-23164> (accessed: 31.05.2017) (in Russian).

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, УСЛОВИЯ И ОБРАЗ ЖИЗНИ

© *Наталья Николаевна Тимофеева*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

**Контактная информация:** Тимофеева Наталья Николаевна — старший преподаватель кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: natalja.timofeeva@gmail.com

**РЕЗЮМЕ:** Уровень профессиональной подготовки иностранных студентов в России, в значительной степени зависит от социальных и экономических условий жизни в стране пребывания. Студенты из стран Центральной Азии имеют специфические особенности образа жизни. В исследовании приняли участие студенты медицинского вуза в количестве 252 человек — 126 иностранных и 126 российских студентов. Средний возраст всех студентов — 21,3 года. Диапазон 16–36 лет. Основная масса студентов относится к возрастной группе 16 лет — 24 года (89,0%). Проведенное исследование показало, что студенты, прибывшие на учебу из стран Центральной Азии, представляют собой отдельную социальную группу, в связи с чем требуется комплекс мероприятий медико-социального и организационного характера, направленный на сохранение здоровья иностранных студентов в процессе обучения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** иностранные студенты; здравоохранение; медико-социальная характеристика студентов; медицинская помощь; студенты из стран Центральной Азии.

## LIVING CONDITIONS AND WAY OF LIFE OF FOREIGN STUDENTS IN A MEDICAL UNIVERSITY, THEIR MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS

© *Natalia N. Timofeeva*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

**Contact Information:** Natalia N. Timofeeva — lecturer, Department of Humanities and Bioethics.  
E-mail: natalja.timofeeva@gmail.com

**ABSTRACT:** Professional qualification of foreign students in Russian Federation depends significantly on social and economic living conditions in the country of residence. Students from Central Asia have specific characteristic features of lifestyle. 252 students of a medical university took part in the research; 126 of them were foreign students and the other 126 were Russian ones. The average age of all the students was 21,3. The basic mass of the students belongs to the age group 16–24 (89,0%). According to the results of the research, students from Central Asia represent a special social group. Therefore, it is necessary to develop a package of social and medical measures focused on health maintenance of foreign students during their tuition.

**KEY WORDS:** foreign students; public health; medical and social characteristics of students; healthcare; students from Central Asia.

## ВВЕДЕНИЕ

Здоровье студенческой молодежи является необходимым условием учебы в вузе. Высокая умственная и психоэмоциональная нагрузка, вынужденные частые нарушения режима труда, отдыха и питания, неуверенность в своем будущем, смена места жительства и многие другие факторы требуют от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания и обучения, формирования межличностных отношений вне семьи и преодоления сложных жизненных ситуаций [1]. По мнению ряда авторов, здоровье студентов в значительной степени зависит от социально-гигиенических параметров обучения и быта [2, 3, 5]. Не соответствующее требованиям гигиены состояние учебной среды создает предпосылки для возникновения и развития психосоматической патологии [5]. Не менее важными представляются вопросы адаптации иностранных студентов в российских вузах. К факторам, существенно затрудняющим процесс социальной адаптации иностранных студентов, можно отнести непривычный климат, иную систему питания, неудовлетворительные бытовые условия проживания в общежитии [2, 3].

В Санкт-Петербурге в 2016 г. на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации было проведено исследование условий, образа и качества жизни иностранных студентов подготовительного отделения, третьего и шестого курсов обучения, прибывших в РФ из стран Центральной Азии для прохождения обучения в СПбГПМУ по специальностям «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология» [4, 8].

## ЦЕЛЬ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования стала разработка научно-обоснованных рекомендаций, направленных на улучшение условий обучения и поддержание здоровья студентов, прибывших из стран Центральной Азии для обучения в СПбГПМУ [8]. Для достижения поставленной цели проанализированы и подвергнуты статистической обработке данные, полученные посредством анкетирования. Анкетирование проводилось анонимно, заполнение анкет носило добровольный характер. Помимо общих вопросов

(возраст, курс и т. д.) отдельные блоки вопросов характеризовали семейное и материальное положение учащихся, их здоровье и образ жизни. Ряд вопросов был посвящен самооценке студентами их собственного здоровья [4]. Грамотно проведенное анкетирование является экономичным методом исследования, позволяющим оперативно получить необходимую для принятия управленческих решений информацию [11].

Помимо анкетирования для исследования были использованы метод копи-пара, контент-анализ, математико-статистический и графико-аналитический методы. Для формирования статистической совокупности, на базе которой проводился сбор данных, описывающих медико-социальные характеристики студентов, был использован метод основного массива, на основе которого была сформирована репрезентативная выборка (126 респондентов). В качестве контрольной группы были выбраны 126 российских студентов, совпадающих с основной группой по основным признакам — курсу, полу и возрасту ( $\Delta = 0,05$ ).

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ, ПРИБЫВШИХ НА УЧЕБУ ИЗ СТРАН ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Основные характеристики условий и образа жизни студентов — учеба, быт, семейное положение, доходы, а также проявление поведенческих навыков и привычек.

Студенческие годы являются важным периодом становления личности, ее включения в различные сферы социальной среды, выработки устойчивых способов поведения, овладения будущей профессией, усвоения новых предписаний и норм, приобретения желаемой социальной роли [6].

Средний возраст всех студентов — 21,3 года. Диапазон 16–36 лет. Основная масса студентов относится к возрастной группе 16 лет — 24 года (89,0%).

Приблизительно 51% всех обучающихся среди студентов из стран Центральной Азии составили представительницы женского пола. Только на третьем курсе количество лиц мужского пола незначительно преобладает (табл. 1).

Рассмотрим распределение студентов из стран Центральной Азии в зависимости от страны прибытия (табл. 2).

Как следует из таблицы 2, 68,3% всех студентов, прибывающих из стран Центральной Азии, приходится на Туркменистан.

Таблица 1

Распределение студентов из стран Центральной Азии в зависимости от пола (в% к итогу)

Пол	п\о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
Мужчины	43,0%	59,0%	45,0%	49,0%
Женщины	57,0%	41,0%	55,0%	51,0%
Итого:	100%	100%	100%	100%

Таблица 2

Распределение студентов из стран Центральной Азии в зависимости от страны прибытия (в% к итогу)

Страна	п\о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
Узбекистан	34,0%	26,1%	-	22,2%
Казахстан	-	6,5%	18,1%	7,1%
Кыргызстан	-	-	-	-
Таджикистан	-	6,5%	-	2,4%
Туркменистан	66,0%	60,9%	81,9%	68,3%
Итого:	100%	100%	100%	100%

Чаще всего выделяют три основных подхода к определению материального положения личности: по доходам и расходам, на основании сравнения душевых доходов и прожиточного минимума; через потребительские характеристики личности — по возможности приобретения предметов длительного пользования, потребительских товаров и услуг, а также на основе самооценок своего материального положения. Однако оценка реального социально-экономического положения современных граждан России, в том числе студентов, во многом носит достаточно противоречивый характер и полученные по различным методикам данные, сильно различаются. И это неудивительно, так как структура источников доходов крайне сложна, объем финансовых ресурсов в «теневой», т.е. недоступной для налогообложения части экономики, недостаточно известен. Что касается самооценок студентов, то они, как правило, носят субъективный характер. И, тем не менее, субъективная оценка своего материального положения представляется в целом более достоверным показателем, чем даваемая респондентами информация о фактическом денежном доходе семьи, которая как правило занижается.

На процесс обучения студентов, их здоровье, медицинскую и социальную активность влияет, в том числе, экономическая уязвимость студентов. Здоровье и поведение данного контингента обусловлены, наряду с медико-социо-

логическими факторами, рядом факторов социально-экономического характера: смена места проживания, разрыв с семьей и традиционными устоями, диссонанс между высокими запросами и ограниченностью материальных средств, часто зависимое от родителей финансовое положение и стремление к самостоятельности, необходимость поиска дополнительных источников заработка в ущерб здоровью и процессу обучения, неподготовленность к самостоятельной жизни, завышенные социальные ожидания от будущей профессии.

Большая часть иностранных студентов обучаются по индивидуальным контрактам, то есть оплачивают обучение их семьи, родители. Есть и определенное количество государственных стипендий — это либо министерство, либо фонды страны, из которой приехал студент, но таких примеров существенно меньше. Российская Федерация ежегодно выделяет 10000 государственных стипендий (мест для бесплатного обучения) иностранным студентам. При этом почти половина стипендий приходится на долю выходцев из бывших советских республик, а другая половина предназначена представителям стран дальнего зарубежья [7].

Назначение и размер государственных академических стипендий, государственных социальных стипендий и социальных пособий студентам очной формы обучения осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Рос-

сийской Федерации» и Постановлением Правительства РФ от 18.11.2011 N 945 «О порядке совершенствования стипендиального обеспечения обучающихся в федеральных государственных образовательных учреждениях профессионального образования» вместе с «Правилами совершенствования стипендиального обеспечения студентов федеральных государственных образовательных учреждений высшего профессионального образования» [9]. Размер государственной академической стипендии определяется образовательным учреждением самостоятельно, но не может быть меньше размера стипендии, установленного законом.

В соответствии с приказом Министерства образования и науки РФ от 28.08.2013 г. № 1000 стипендия выплачивается студентам ежемесячно. Согласно Постановлению Правительства РФ N 638 «О сотрудничестве с зарубежными странами в области образования» от 25.08.2008, материальная поддержка иностранных студентов и аспирантов осуществляется за счет средств, выделяемых из федерального бюджета [7]. Стипендией является денежная выплата, назначаемая студенту или аспиранту, обучающемуся по очной форме обучения по направлению Управления международного образования и сотрудничества Федерального агентства по образованию Министерства образования и науки РФ. В соответствии с законодательством РФ предусмотрены государственные академические стипендии для иностранных студентов. Социальные стипендии иностранным студентам не выплачиваются.

Несмотря на ежегодные увеличения суммы, размер студенческой стипендии на сегодняшний день слишком низкий. По причине недостатка финансовых средств для проживания, нужны дополнительные источники дохода (табл. 3). Молодежи приходится искать себе ра-

боту, что негативно сказывается на уровне образования студентов. Не всем иностранным студентам удается поступить на бюджет, большая часть иностранных студентов обучаются по индивидуальным контрактам, то есть они не получают стипендию.

Рассмотрим более подробно распределение студентов из стран Центральной Азии в зависимости от наличия основных источников дохода.

Как показало анкетирование, главным источником дохода студентов, прибывших на учебу из стран Центральной Азии, остается помощь родителей (родственников, спонсоров, диаспоры и т. д.) — 90,0% респондентов. Причем даже к шестому курсу помощь родителей (родственников, спонсоров, диаспоры и т. д.) продолжает быть единственным источником средств. Удельный вес помощи родителей в структуре источников дохода по мере продолжения обучения снижается не сильно. Так, если на первом и третьем курсе он составлял 95,7% и 92,5%, то к шестому курсу снизился лишь до 81,4%. Таким образом, студентов, прибывших на учебу из стран Центральной Азии, нельзя назвать финансово самостоятельной социальной группой.

Относительно небольшой процент учащихся указал в качестве основного источника дохода работу в свободное от учебы время — 7,9% респондентов. Совмещать учебу с работой не всегда просто, особенно учащимся младших курсов в сфере медицины. Однако к третьему курсу процент работающих студентов возрастает с 2,1% до 5%, а к шестому курсу — до 17,1%.

Ситуация с работой и подработками также осложняется тем, что иностранным студентам в России достаточно сложно устроиться на официальное рабочее место. Трудоустройство иностранного гражданина сопряжено с опреде-

Таблица 3

Распределение студентов, прибывших из стран Центральной Азии, в зависимости от наличия основных источников дохода (в% к итогу)

Источники дохода	п/о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
Стипендия	2,1%	2,5%	1,5%	2,1%
Помощь родителей (родственников, спонсорских организаций, диаспоры и т. д.)	95,7%	92,5%	81,4%	90,0%
Работа вне учебного времени	2,2%	5,0%	17,1%	7,9%
Другое	—	—	—	—
Итого:	100%	100%	100%	100%

ленными юридическими сложностями для работодателя, поэтому многие работодатели предпочитают нанимать на работу преимущественно граждан России. Однако на сегодняшний день в соответствии с ФЗ № 115 «О правовом положении иностранных граждан в РФ» иностранные граждане, обучающиеся по очной форме в вузах, имеющих государственную аккредитацию, смогут осуществлять трудовую деятельность на основании разрешения на работу [10]. До вступления изменений закона в силу иностранные студенты могли работать только во время каникул, либо на территории вуза.

Стипендию считают основным доходом только 2,1%. Это связано как с относительно небольшим количеством студентов, находящихся на бюджетном обучении, так и с небольшим размером студенческой стипендии.

Проведем сравнение источников доходов российских студентов (табл. 4).

По данным анкетирования главным источником дохода российских студентов также остается помощь родителей (родственников, спонсоров, диаспоры и т. д.), однако в качестве основного источника доходов ее назвали только 59,2%, а не 90,0% респондентов. На втором месте у российских студентов — работа вне учебного времени, составляющая 32,2% среди

прочих источников дохода. В отличие от иностранных студентов российским студентам гораздо проще устроиться работать по медицинской специальности еще до получения диплома врача. Значимым источником доходов для российских студентов является стипендия (указали 7,1% респондентов), в то время как только 2,1% иностранных студентов могут на нее рассчитывать.

Оплата обучения является значительной статьей расходов для большинства студентов, прибывших из стран Центральной Азии.

97,6% сами оплачивают обучение, либо им помогают родители, родственники. Только на шестом курсе 0,8% человек из числа иностранных студентов учатся на бюджете и не оплачивают обучение. Учебу 1,6% студентов оплачивает частная компания (табл. 5).

Самооценка материального положения позволила выявить процент студентов, оценивающих свой уровень благосостояния ниже среднего (табл. 6).

Таким образом, 25,4% из числа всех студентов указали, что не имеют проблем с деньгами и оценили свое материальное положение как хорошее. Больше половины опрошенных студентов (50,8%) оценили свое материальное положение как удовлетворительное. Однако почти четверть всех респондентов оценивают свое

Таблица 4

Распределение российских студентов в зависимости от наличия основных источников дохода (в% к итогу)

Источники дохода	п/о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
Стипендия	7,5%	10,4%	3,3%	7,1%
Помощь родителей (родственников, спонсоров, диаспоры и т. д.)	65,1%	61,3%	51,4%	59,2%
Работа вне учебного времени	26,2%	27,2%	44,1%	32,2%
Другое	1,2%	1,1%	1,2%	1,5%
Итого:	100%	100%	100%	100%

Таблица 5

Распределение студентов, прибывших из стран Центральной Азии, в зависимости от оплаты обучения (в% к итогу)

Оплата обучения	п/о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
На бюджетном обучении (по договору, по квоте и т. п.)	–	–	3,0%	0,8%
Учебу оплачивает спонсор (частная компания)	2,1%	–	3,0%	1,6%
Учебу оплачиваю сам (родители, родственники)	97,9%	100%	94,0%	97,6%
Итого:	100%	100%	100%	100%

Таблица 6

Самооценка материального положения студентов, прибывших из стран Центральной Азии (в% к итогу)

Материальное положение	п\о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
Хорошее (проблем с деньгами нет)	8,5%	37,0%	33,3%	25,4%
Удовлетворительное (денег хватает на нормальную жизнь)	46,8%	54,3%	51,5%	50,8%
Ниже среднего (денег хватает только на минимальные расходы)	44,7%	8,7%	15,2%	23,8%
Бедное (денег не хватает даже на минимальные расходы)	–	–	–	–
Итого:	100%	100%	100%	100%

Таблица 7

Самооценка материального положения российскими студентами (в% к итогу)

Материальное положение	п\о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
Хорошее (проблем с деньгами нет)	38,3%	19,6%	12,1%	24,6%
Удовлетворительное (денег хватает на нормальную жизнь)	46,8%	56,5%	45,4%	50%
Ниже среднего (денег хватает только на минимальные расходы)	12,8%	21,7%	36,4%	22,2%
Бедное (денег не хватает даже на минимальные расходы)	2,1%	2,2%	6,1%	3,2%
Итого:	100%	100%	100%	100%

материальное положение на уровне ниже среднего (23,8%). Самый большой процент таких студентов выявлен на подготовительном отделении. Никто из респондентов не оценил свое материальное положение как бедное.

По мере взросления материальное положение студентов улучшается. Так, только 15,1% учащихся шестого курса оценили свое материальное положение ниже среднего, в то время как на подготовительном отделении доля таких студентов составила 44,7%. Возможно это связано с тем, что к шестому курсу студенты адаптируются к особенностям жизни в чужой стране, оптимизируют затраты и находят дополнительные источники доходов. Проведем сравнение с контрольной группой, российскими студентами (табл. 7).

50% российских студентов указали, что их материальное положение является удовлетворительным, т.е. денег хватает на нормальную жизнь. 24,6% из числа всех российских студентов указали, что не имеют проблем с деньгами и оценили свое материальное положение как хорошее. Процент российских студентов, оценивших материальное положение как хорошее,

приблизительно совпадает с процентом обеспеченных иностранных студентов (25,4%). 22,2% всех российских студентов оценивают свое материальное положение на уровне ниже среднего, что также приблизительно совпадает с аналогичным показателем совокупности студентов, прибывших из стран Центральной Азии (23,8%). Только 3,2% российских студентов оценили свое материальное положение как бедное. В связи с приведенными выше данными можно предположить, что в медицинские вузы чаще поступают дети из хорошо обеспеченных и реже из бедных семей, за последние годы удельный вес студентов из малообеспеченных семей сократился.

В последнее время в России происходит повышение возраста вступления в брак и начала семейной жизни. Отражение этой тенденции мы можем наблюдать в исследуемой совокупности. На подготовительном отделении среди студентов, прибывших из стран Центральной Азии, только 2,1% учащихся состоят в зарегистрированном браке. На третьем курсе 4,4% студентов указали, что состоят в зарегистрированном браке. Также 4,4% респондентов указа-

ли, что состоят в гражданском браке. Никто из студентов не состоит в разводе. 6,5% студентов отметили наличие детей. На шестом курсе никто из учащихся не указал, что состоит в зарегистрированном браке, и ни у кого из студентов по данным анкетирования нет детей.

Таким образом, 95,2% студентов, прибывших на учебу из стран Центральной Азии, никогда не состояли в браке. Никто из студентов не указал, что состоит в разводе. 2,4% студентов состоят в зарегистрированном браке, 2,4% респондентов должны помимо себя обеспечивать детей. 1,6% указали, что состоят в гражданском браке (табл. 8). В настоящее время под понятием «гражданский брак» чаще всего подразумевают фактические супружеские отношения без регистрации брака. Сегодня значительная часть молодежи начинает вести семейную жизнь, не регистрируя супружеские отношения с целью избежать развода и вытекающих из него негативных имущественных последствий. Небольшой процент студен-

тов к третьему курсу стали жить семейной жизнью в официальном или гражданском браке, некоторые студенты стали воспитывать детей (2,4%). Рассмотрим семейное положение в контрольной группе (табл. 9).

Таким образом, 81,8% российских студентов не состоят и никогда не состояли в браке. Около 5,6% всех проанкетированных российских студентов состоят в зарегистрированном браке. 8,7% состоят в гражданском браке, что превышает аналогичный показатель среди студентов, прибывших из стран Центральной Азии (1,6%). Никто из студентов не указал, что состоит в разводе. У 2,4% российских студентов есть дети.

Рассмотрим и сравним условия проживания студентов (табл. 10).

Среди студентов, прибывших из стран Центральной Азии, процент проживающих в общедоступной достаточно велик — 62,7%. 34,1% студентов снимают жилье. С родителями живут 3,2% респондентов.

Таблица 8

Распределение студентов, прибывших из стран Центральной Азии, в зависимости от семейного положения (в% к итогу)

Семейное положение	п/о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
В зарегистрированном браке	2,1%	4,4%	–	2,4%
В гражданском браке	–	4,4%	–	1,6%
Не замужем/не женат	97,9%	89,1%	100%	95,2%
Разведен (а)	–	–	–	–
Другое	–	2,1%	–	0,8%
Итого:	100%	100%	100%	100%
Дети:	–	6,5%	–	2,4%

Таблица 9

Распределение российских студентов в зависимости от семейного положения (в% к итогу)

Семейное положение	п/о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого:
В зарегистрированном браке	4,3%	2,2%	12,1%	5,6%
В гражданском браке	4,2%	13,1%	9,1%	8,7%
Не замужем/не женат	89,4%	80,4%	72,7%	81,8%
Разведен (а)	–	–	–	–
Другое	2,1%	4,3%	6,1%	3,9%
Итого:	100%	100%	100%	100%
Дети	4,3%	–	3%	2,4%

Таблица 10

Распределение студентов, прибывших из стран Центральной Азии, в зависимости от условий проживания (в% к итогу)

Проживание	п\о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
В общежитии	21,3%	84,8%	90,9%	62,7%
Снимаю комнату или квартиру	72,3%	13,0%	9,1%	34,1%
С родителями	6,4%	2,2%	–	3,2%
Итого:	100%	100%	100%	100%

Таблица 11

Распределение российских студентов в зависимости от условий проживания (в% к итогу)

Проживание	п\о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
В общежитии	2,1%	23,9%	30,3%	17,5%
Снимаю комнату или квартиру	19,2%	19,6%	21,2%	19,8%
С родителями	78,7%	56,5%	48,5%	62,7%
Итого	100%	100%	100%	100%

Таблица 12

Оценка студентами, прибывшими из стран Центральной Азии, условий проживания в общежитии (в% к итогу)

Оценка	п\о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
В общежитии не живу	80,8%	15,2%	9,1%	38,1%
Хорошие	10,6%	37%	39,4%	27,8%
Удовлетворительные	8,6%	45,6%	48,5%	32,5%
Плохие	-	2,2%	3,0%	1,6%
Итого:	100%	100%	100%	100%

Сравним приведенные показатели с контрольной группой (табл. 11).

Из числа проанкетированных российских студентов только 17,5% проживают в общежитии, в то время как среди студентов, прибывших из стран Центральной Азии, процент проживающих в общежитии составляет 62,7%.

Студенты СПбГПМУ могут проживать в специально учрежденных Общежитиях № 1, № 2 и № 3, а также в Общежитии гостиничного типа № 4. Общежития являются структурными подразделениями Университета. В каждом общежитии Университета выделены отдельные помещения для самостоятельных занятий, комнаты отдыха, бытовые помещения. Состав и площади санитарно-бытового назначения выделяются и оснащаются в соответствии с санитарными нормами и правилами устройства,

оборудования и содержания общежитий. Можно ли утверждать, что условия проживания в общежитии отвечают всем реальным потребностям студентов? Рассмотрим, как проживающие в общежитии российские и иностранные студенты оценивают свои жилищные условия (табл. 12).

Характеристика студентами жилищных условий показала следующее распределение оценок. Из числа иностранных студентов хорошими назвали условия в общежитии 27,8% проанкетированных. 32,5% оценили жилищные условия в общежитии удовлетворительно. Только 1,6% респондентов назвали условия в общежитии плохими. Проведем сравнение с контрольной группой (табл. 13).

Из числа российских студентов хорошими назвали условия в общежитии 4,8% проанкетированных. 12,7% оценили жилищные условия

Таблица 13

Оценка российскими студентами условий проживания в общежитии (в% к итогу)

Оценка условий проживания в общежитии	1/о (1 курс)	3 курс	6 курс	Итого
В общежитии не живу	93,6%	76,1%	63,6%	79,3%
Хорошие	4,3%	6,5%	3,1%	4,8%
Удовлетворительные	2,1%	17,4%	21,2%	12,7%
Плохие	-	-	12,1%	3,2%
Итого:	100%	100%	100%	100%

в общежитии удовлетворительно. Только 3,2% назвали условия в общежитии плохими.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости повысить материальную обеспеченность студенческой молодежи, чтобы студенты могли сочетать получение образования с реализацией иных социальных функций, в частности, с созданием семьи. Студенты откладывают вступление в брак и рождение первого ребенка, повышается средний возраст матери при рождении детей. Возможно, учебная нагрузка, ответственное отношение к учебе большинства студентов подавляет их личностные установки на создание семьи в период обучения в вузе. Личностные установки на рождение детей и создание семьи могут быть также не реализованы преимущественно из-за материального благосостояния, отсутствия собственного жилья, наличия желания сделать карьеру. В силу того, что процент проживающих в общежитии достаточно велик, целесообразно разрабатывать меры, направленные на улучшение социальных и бытовых условий в общежитиях.

## ВЫВОДЫ

1. Студенты, прибывшие на учебу из Стран Центральной Азии, представляют собой отдельную социальную группу, имеющую особенности условий и образа жизни.

2. С учетом особенностей условий и образа жизни рассматриваемой социальной группы требуется комплекс мероприятий медико-социального и организационного характера, направленный на сохранение здоровья иностранных студентов в процессе обучения.

Представляется целесообразным разработать ряд мер, направленных на обеспечение высокого качества жизни в общежитии, чтобы студенты предпочитали общежитие съемному жилью не только по соображениям выгоды, но и качества. В силу того, что в студен-

ческой среде повышается возраст создания семьи, по возможности следует предоставить условия для проживания молодых семей в общежитиях Университета. Для иностранных студентов, самостоятельно оплачивающих обучение, следует установить льготы при оплате обучения в случае создания семьи и рождения ребенка, а также рассмотреть вопрос о предоставлении рассрочки в оплате обучения. При наличии ресурсов следует предоставить иностранным студентам возможность применения научно-теоретических знаний — прохождения оплачиваемой учебной практики в клиниках Университета и иных медицинских учреждениях, что также позволит обеспечить данную социальную группу дополнительными источниками дохода, так как на сегодняшний день основной источник дохода студентов из стран Центральной Азии — помощь родителей. Также необходимо проводить мероприятия по профориентации студентов из стран Центральной Азии, обучающихся на старших курсах.

Полученные в результате добровольного анонимного анкетирования сведения позволят активизировать межведомственную работу, направленную на формирование здорового образа жизни студентов. Таким образом, проведенное анкетирование стало весьма эффективным и экономичным методом оценки здоровья, условий и образа жизни иностранных студентов медицинского вуза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н. А. Адаптация и резервы организма. М.: ФиС, 1983.
2. Арефьев А. Л. Иностранные студенты в российских вузах. Доступен по: <http://www.socioprognoz.ru/files/File/2014/full.pdf> (дата обращения 02.05.2017).
3. Арефьев А. Л. Экспорт российского образования: основные показатели и тенденции. Высшее образование в России. 2010; N 1: 125–141.

4. Ионова Т.И., Шевцова О.Г. Качество жизни и здоровьесберегающие факторы образа жизни студентов медицинского вуза. Медицина и организация здравоохранения. 2016; № 1: 22–30.
5. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012.
6. Микиртичан Г.Л., Акимова С.Л., Лихтшангоф А.З., Бугреева Е.А. Врачи-педиатры: состояние здоровья и образ жизни. Педиатрия. 2011; N 6: 143–146.
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 25 августа 2008 г. N 638 «О сотрудничестве с зарубежными странами в области образования». Доступен по: <http://government.consultant.ru/page.aspx?973331> (дата обращения 02.05.2017).
8. Тимофеева Н.Н. Состояние медицинской помощи, оказываемой иностранным студентам в СПбГПМУ. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2 (1): 22–30.
9. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Доступен по: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/)(дата обращения 02.05.2017).
10. Федеральный закон от 25.07.2002 N 115-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 10.01.2016). Доступен по: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_37868/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_37868/)(дата обращения 02.05.2017).
11. Юрьев В.К., Ахмедов М.Р., Рубин А.Д., Зеленова Е.В., Моисеева К.Е., Юрьева В.В. Анкетирование как метод оценки состояния здоровья детей. Российский педиатрический журнал. 2008; N 1: 57–60.

## REFERENCES

1. Agadzhanyan N.A. Adaptatsiya i rezervy organizma [Adaptation reserves of an organism]. M.: FiS; 1983. (in Russian).
2. Aref'ev A.L. Inostrannye studenty v rossijskikh vuzah [Foreign students in Russian higher education institutions]. Available at: <http://www.socioprogram.ru> (accessed 02.05.2017). (in Russian).
3. Aref'ev A.L. Export rossijskogo obrazovaniya: osnovnye pokazateli i tendentsii [Export of Russian education: basic results and tendencies]. Vysshee obrazovanie v Rossii. 2010; № 1: 125–141. (in Russian).
4. Ionova T.I., Shevtsova O.G. Quality of Life and health-lifestyle factors of medical students. Medicine and health care organization. 2016; № 1: 21–27. (in Russian).
5. Medik V.A., Yur'ev V.K. Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie: Uchebnik. 2-e izd., ispr. i dop. [Public health and health care: The textbook — the 2nd edition, corrected and added]. M.: GJeOTAR-Media; 2012. (in Russian).
6. Mikirtichan G.L., Akimova S.L., Lihtshangof A.Z., Bugreeva E.A. Vrachi-pediatry: sostoyanie zdorov'ya i obraz zhizni. [Pediatricians: health condition and way of life]. Pediatriya. 2011; N 6: 143–146. (in Russian).
7. Postanovlenye Pravitel'stva Rossiyskoy Federatsii ot 25.08.2008 N 638 «O sotrudnichestve s zarubezhnymi stranami v oblasti obrazovaniya» [RF Government Regulation from 25.08.2008 N 638 «About cooperation with foreign countries in the sphere of education»]. Available at: <http://government.consultant.ru/page.aspx?973331> (accessed 02.05.2017). (in Russian).
8. Timofeeva N.N. The state of medical aid to foreign student in Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Medicine and health care organization. 2017; 2 (1): 22–30. (in Russian).
9. Federalniy zakon ot 29.12.2012 N 273-FZ (accessed 02.03.2016) «Ob obrazovaniyi v Rossiyskoy Federatsii» [Federal law from 29.12.2012 N 273-FZ «About Education in Russian Federation»]. Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/)(accessed 02.05.2017). (in Russian).
10. Federalniy zakon ot 25.07.2002 N 115-FZ «O pravovom polozhenii inostrannykh grazhdan v Rossiyskoy Federatsii» [Federal law from 25.07.2002 N 115-FZ «About legal state of foreign citizens in Russian Federation»] Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_37868/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_37868/)(accessed 02.05.2017). (in Russian).
11. Yur'ev V. K., Ahmedov M.R., Rubin A.D., Zelенова E.V., Moiseeva K.E., YUr'eva V.V. Anketirovanie kak metod otsenki sostoyaniya zdorov'ya detey [Questionnaire survey as an evaluation method of children's health condition]//Rossijskiy pediatricheskiy zhurnal. 2008; N 1: 57–60. (in Russian).

# HISTORY OF MEDICINE

---

# ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

---

УДК61(091)

## КОРМИЛИЦЫ В ДРЕВНЕЙ МЕСОПОТАМИИ

---

© *Ольга Александровна Джарман, Галина Львовна Микиртичан*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

**Контактная информация:** Ольга Александровна Джарман — к. м. н., старший преподаватель, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: olwen2005@gmail.com

---

**РЕЗЮМЕ:** В статье на основании дошедших до нас источников и памятников культуры (юридические документы — договоры с кормилицами, печати и др.) Древней Месопотамии рассмотрен статус кормилицы — особой социальной группы древнемесопотамского общества, связанной с сохранением здоровья ребенка. Формирование этой профессии в первую очередь было обусловлено религиозными и культурными традициями общества, направленными на многодетность в семье и существовавшим мнением, что кормление грудью препятствует фертильности женщины. Некоторые аспекты этой профессии оговаривались в одном из древних законодательных памятников — «Законах Хаммурапи» (сер. XVIII в. до н. э.). Ребенок, не занимая центрального места в пространстве древнемесопотамского общества, тем не менее, как символ, образ и феномен пронизывал все слои культуры. Практика грудного вскармливания в странах Древнего Ближнего Востока продолжалась до достижения ребенком возраста 3 лет. Ценность ребенка и необходимость его кормления грудным молоком была глубоко укоренена как в традиции Месопотамии, так и в мифе — богиня часто кормит и вскармливает своим молоком царя и других младенцев. Представлены сведения об обязанностях кормилицы, требованиях к качеству ее молока, условиях оплаты ее труда и др. Несмотря на невысокий в большинстве случаев социальный статус, кормилицы обладали юридическими правами, при добросовестном исполнении своих обязанностей пользовались уважением и могли оставаться при своих воспитанниках в качестве няньки или «матери». Особое место занимали кормилицы, принятые в царские и знатные семьи, для которых статус кормилицы в царском или богатом доме становился определенным социальным лифтом, изменяющим их судьбу.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Древняя Месопотамия; ребенок; грудное вскармливание; статус кормилицы.

---

## WET NURSES IN ANCIENT MESOPOTAMIA

---

© *Olga A. Jarman, Galina L. Mikirtichan*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

**Contact Information:** Olga A. Jarman PhD, Senior Lecturer, Department of Humanities and Bioethics. E-mail: olwen2005@gmail.com

---

**ABSTRACT:** The article discusses, on the base of extant evidence (legal documents, wet nurses contracts, seals etc.) the status of a wet nurse, which was a special social group in Ancient Mesopotamia and had to do with wellbeing of the child. This profession was shaped most and foremost by

---

religious and cultural traditions of the society, among which co-existed the opinion of to have many children as a positive thing and another opinion of breastfeeding as contraception and stumble block for female fertility. Some aspects of this profession were discussed in one of the ancient Codes of Law — The Code of Hammurabi (mid. 18<sup>th</sup> c. BC). Although the child didn't hold the central position in ancient society of Mesopotamia, nevertheless he or she was the phenomenon which affected every strata of society: as symbol, image and event. Breastfeeding practice in the Ancient Near East lasted until the child became about 3 years old. The value of the child and need of breastfeeding was deeply rooted both in tradition of Mesopotamia and in myths where the goddess often breastfed the king or other newborns. Information is given about wet nurses' responsibilities, criteria of good milk she had, payment etc. In spite of low social status in most of the cases, the wet nurses had legal rights, and, if they served honestly, were highly respected and could stay with their grown-up nurslings as nurses or "mothers". A special place has the wet nurses in royal or noble families — this position became a certain social elevator that could change their lives.

**KEY WORDS:** Ancient Mesopotamia; child; breastfeeding; status of a wet nurse.

Древний Ближний Восток во многом повлиял на культуру Средиземноморья, и в том числе на культуру античности, преемницей которой является наша европейская цивилизация. «Культура, которая определяет наше бытие, отличает нас от множества других народов, которые решают проблемы, с которыми человечество встречается, иными путями, чем мы (например, китайцы и японцы)... цивилизация... которую мы с легкостью называем «западной», на самом деле простирается далеко на Ближний Восток», пишет известный исследователь Месопотамии Ж. Боттеро [8].

Месопотамия или Междуречье (др. греч. Μεσοποταμία «страна/земля между рек»), называемая также «Двуречье» — название территории, располагающейся между великими реками Ближнего Востока, Тигром и Евфратом и примерно совпадающее по территории с современным государством Ирак. На ее территории располагались различные государства, претерпевшие свои взлеты и падения. К концу IV тысячелетия до н. э. шумеры, племена неизвестного этнического происхождения, жившие в городах-государствах, освоили болотистую плодородную долину рек Тигра и Евфрата, создали сложную систему ирригации, образовали первые города-государства, в конце IV — начале III тысячелетия создали письменность. Они раньше многих народов стали заниматься земледелием, придумали плуг, колесо, кирпич, сеялку, парусную лодку, ступенчатую пирамиду; будучи превосходными астрономами и геометрами, они составили первый календарь, разделили час на 60 минут, а неделю — на семь дней. Их северные соседи-семиты (аккадцы из Нижнего Двуречья) находились под сильным шумерским влиянием, появление собственно аккадской культуры

прослеживается не ранее, чем с середины III тысячелетия [1, 2, 5].

Политические и экономические потребности развития государства, крайняя бедность Месопотамии минеральными ресурсами, деревом, с ранних пор стимулировали развитие внешнеторговой и военной экспансии, а, следовательно, требовали пополнения трудовых ресурсов, как за счет естественного воспроизводства населения, так и за счет жителей покоренных стран, рабов. Аккадец, царь Саргон Древний (2316–2261 гг. до н. э.) объединил месопотамские города-государства Шумера и Аккада в единую страну. Языком науки, религии, литературы на протяжении всего III тысячелетия до н. э. оставался шумерский язык.

История Месопотамии во II тысячелетии до н. э. — это уже история народов, говоривших на семитских языках. Но даже когда жители Месопотамии полностью перешли на аккадский язык, а шумерский стал мертвым языком<sup>1</sup> — в этом его судьбу можно сравнить с латынью в средневековой Европе, существовала поговорка: «Что за писец, если он не знает шумерского языка!». Знание шумерского было обязательной составляющей образования писца, ученого, чиновника и врача [2].

Значительную роль среди народов Месопотамии в то время играли вавилоняне, говорившие по-аккадски потомки шумеров и аккадцев. Наивысшего расцвета Вавилон достиг при царе Хаммурапи (1792–1750 гг. до н. э.), с именем которого связано древнейшее законодательство. Ассирия, появившись в XIV в до н. э., к

<sup>1</sup> Мертвый язык не является родным ни для кого из живущих, однако это не значит, что на нем не происходит продукция как письменной, так и устной речи (ср. средневековую латынь).

концу IX в. становится могущественнейшим государством Передней Азии, распространяя свое влияние на части Малой Азии и Ирана, Восточное Средиземноморье, и какое-то время даже Египет.

Последние страницы истории Месопотамии связаны с сокрушительным поражением Ассирии союзниками, вавилонянами и мидийцами, и дальнейшим завоеванием Вавилонии персами (в 538 г. до н. э.). Разговорным языком Вавилонии в конце I тысячелетия становится арамейский, но клинопись на глиняных табличках остается господствующей, еще в IV в. до н. э. продолжается обучение и создание новых текстов на аккадском и шумерском языках. Значительная часть литературных клинописных текстов, как шумерских, так и аккадских, попала к нам из дворцов ассирийских царей, главным образом из знаменитой библиотеки царя Ашшурбанапала (669–ок.636 г. до н. э.), в которую входили царские приказы, хозяйственные записи, ученические тетради, религиозные гимны, художественные произведения, научные трактаты, в том числе по медицине и т. д. Большая часть аккадских памятников (за исключением царских надписей) являются образцами вавилонской, а не ассирийской литературы, написанные на вавилонском языке [1, 10].

Семья на Древнем Ближнем Востоке была структурной единицей общества, здесь хранились устои, совершались основные ритуалы, формировалось мировоззрение ребенка — будущего члена общества. Месопотамская семья была патриархальной и обычно моногамной. Отец был главой семьи и имел власть над женой, детьми и рабами, его слово было законом. Такая (т. е. нуклеарная семья, включающая в себя женатую пару и ее детей) в Древней Месопотамии называлась «дом»; человек должен был «построить дом», это «строительство» подразумевало рождение детей, в первую очередь, сыновей. Таким образом, жизнь человека не считалась полной, если у него не было хорошей жены и нескольких детей.

Хотя, может быть, ребенок, и не занимал центрального места в культуре Месопотамии, но как символ, образ и феномен, пронизывал все слои культуры. В отношении к ребенку со стороны общества прослеживается выраженная амбивалентность — с одной стороны, его могли выбросить сразу после родов, продать, а с другой стороны, его могли усыновить, его права гарантировались законом, образ ребенка был глубоко укоренен в религиозной мысли.

Тем не менее, ценность ребенка и необходимость его вскармливания грудным молоком была глубоко укоренена как в традиции, так и в мифе — богиня часто кормит и вскармливает своим молоком царя и других младенцев. Было принято кормить ребенка грудным молоком до достижения им 3 лет [16].

Жители Месопотамии очень глубоко понимали значимость грудного вскармливания для ребенка, что отразилось в их поговорке: «дитя у груди — словно привязанное к ним веревкой, и вкушает их». Выражение «вкушать грудь» (матери или кормилицы) использовалось по отношению к молочным братьям или сестрам, указывая на их близость: так, в одном из писем старовавилонского периода говорится: «Он не чужой мне человек — вместе вкушали мы грудь». Однако существовало менее возвышенное и более широко употребительное выражение — сосать грудь, «едеқи» (на аккадском языке, однокоренное с древнееврейским «janaq») [16].

В древних цивилизациях часто среди лиц, ухаживающих за ребенком, наряду с матерью, служанками фигурировала **кормилица**.

Кормилица, т. е. женщина, вскармливающая своим грудным молоком чужого ребенка, как социальное и культурное явление, была **повседневной реальностью** в цивилизациях Древнего мира. Источники для изучения статуса и роли кормилиц разнообразны: изображения, сопровождающиеся надписями, отдельные надписи, юридические документы, в том числе печати, погребальные стелы, росписи. Особое место занимают религиозные изображения, в которых архетип кормилицы использовался для передачи определенных форм «первичного символизма» (по Фёгелину — Voegelin) [18], тесно связанного с религиозным опытом, пронизывающего всю жизнь древнего человека.

Сведения, дошедшие до нас о кормилицах из Месопотамии (и говоря шире — из мира клинописной культуры) представлены в основном, юридическими документами, это договоры с кормилицами, печати.

Основной причиной приглашения кормилиц к младенцам были, вероятно, следующие — отсутствие молока у матери или смерть матери в родах, слабость матери после родов. Кормление грудью считалось также контрацептивом, и человек, желавший иметь много наследников при высокой детской смертности, мог нанять кормилицу, чтобы избавить жену от лактации и сделать ее снова фертильной. Кроме того, она могла быть приглашена для вскармливания приемного ребенка.

В дошедшем до нас законе вавилонского царя Хаммурапи [6], [12] прописана формализация взаимосвязей между кормилицей и работодателем. Договор с кормилицей могли заключить отец, мать, дядя, дед и в принципе, любой член семьи. В нем оговаривался срок, на который приглашалась кормилица, или период, на который кормилице (в ее дом) отдавался ребенок, оговаривались ее обязанности. Также в договоре обуславливалась плата за работу кормилицы, которая могла сочетать деньги, продукты и другие предметы. Договор обычно заключался на срок от полугода до 3 лет, Кормилица обладала правами и пользовалась уважением.

Кормилица обычно была женщиной из низших классов общества, как правило, у нее было «простое» имя, говорящее о ее низком статусе. Если кормилица была замужней, то контракт заключался самой женщиной и ее мужем, который выступал в своеобразной роли «приемного отца», а если она была рабыней — с её владельцем.

В одном из документов того периода (завещании наследства) упомянуты две супружеские пары (их имена соответственно Nahmija и Ištar-bulliti; Habil-abum и Ali-waqartum), при этом указывается — «они отданы для воспитания малых сих (детей)». Видимо, эти люди по статусу были близки к рабам, которым поручалось заботиться и воспитывать детей [16].

В другом старовавилонском контракте о вскармливании написано: «Šubula и Waqartum<sup>2</sup> отдали ребенка по имени Ili-idnanni мужчине по имени Warad-ilišu и женщине по имени Vautukulti, для вскармливания. Warad-ilišu и Vautukulti получили столько-то шекелей серебра, плату за вскармливание Ili-idnanni». В другом месте упоминается некая «Ahat-ahhi, жена Ili-imnianni, которая вскармливает девочку».

Интересно имя одной кормилицы из эламского города Сузы — Tūsi-damqat («вышла она и была хороша») — неясно, ее ли это собственное имя или рекомендация как кормилицы, так как клинопись не имеет строчных и прописных букв. О другой кормилице из города Исин указывается, что она «вошла (в дом родителей ребенка) на одиннадцатый день третьего месяца».

Тексты, относящиеся к более позднему периоду, чем 1600 г. до н.э. дают нам мало информации о кормилицах. Сохранилась очень интересная уникальная запись, касающаяся кормилицы и относящаяся к гораздо более

позднему времени, а именно, к Ново-Вавилонскому периоду (ок. 551 г. до н.э.). «Urki-šarrat, дочь Nabu-nakubu-alsi, кормилица, будет вскармливать дочь (человека по имени) Ardija до отлучения от груди (paḡāsu). Ardija будет давать Urki-šarrat треть шекеля серебра в месяц. Urki-šarrat не покинет дочь Ardija. До конца шестого месяца шестого года она не уйдет. От первого дня седьмого месяца пятого года, Urki-šarrat будет кормить дочь Ardija. Дата: Вавилон, двадцать восьмой день шестого месяца пятого года Набонида царя Вавилонского. В присутствии Equbuta, жены Nabu — матери Urki-šarrat. [В первый день] первого месяца получили от Ardija два шекеля серебра». Итак, молодая женщина невысокого социального статуса была нанята в качестве кормилицы на год, последний год перед отлучением ребенка от груди. Ее отец получает плату за год, требуется так же согласие матери будущей кормилицы (знаком согласия является ее присутствие, отмеченное в документе). M. Stol предполагает, что кормилица может быть рано овдовевшей молодой женщиной [16].

Однако ремесло кормилицы могло представлять определенный социальный лифт, если ее нанимали знатные люди. Особую группу составляли кормилицы царской семьи.

В текстах старовавилонского периода (ок. 1750–1595 г. до н.э.)<sup>3</sup> много свидетельств того, что существовала профессия кормилицы, которых называли «*mušeniqtu*», которые получали плату обычно в течение 3 лет, что соответствует практике грудного вскармливания на Древнем Востоке. Деньги, которые они получали, называли «платой за грудного ребенка» («*teniq*») или «платой за воспитание» («*tarbitu*»). Эта плата производилась натуральными продуктами, такими как ячмень, шерсть, растительное масло, реже выплачивались серебряные монеты (шекели). Невозможно установить из документов, когда (в начале или в конце вскармливания, после отлучения от груди) и как (одномоментно или частями) выплачивалось это вознаграждение кормилице. В древ-

<sup>2</sup> Очевидно, отец и мать ребенка.

<sup>3</sup> Это принятая в России средняя хронология. Для установления абсолютных дат важнейшее значение имеют данные о гелиакальном восходе Венеры, приведённые в одной из табличек, датируемой 8-м годом правления вавилонского царя Аммицадуки. Имеется несколько вариантов вычисления точной даты этого события, на основании которых строится несколько вариантов хронологии. Зарубежная хронология (по книге R Harris. *Gender and Ageing in Mesopotamia*) — 1894–1595 гг до н.э. 1595 г. до н.э. — захват Вавилона войсками Хеттского царства.

них законах из Эшнунны оговаривается плата кормилице<sup>4</sup>: «§ 32. Если человек отдаст своего сына на вскармливание и на воспитание, но не даст ячменя, масла и шерсти за три года, ему следует заплатить десять шекелей серебром за воспитание своего сына, и тогда он заберет сына своего» [13]. Интересен документ, в котором расходы по вскармливанию внука и оплаты кормилицы несет его дед, а позже родители ребенка возмещают ему расходы — 12 гур<sup>5</sup> (единица измерения в древней Месопотамии) [16].

В юридических документах отражены не только факты оплаты кормилицам, но и конфликтные ситуации, возникающие на этой почве. Часто встречаются жалобы кормилиц, которым не заплатили, например, такая: «Sabitum, жена Warad-Kubi, выкормила мальчика в течение двух лет; 2 года жил он с нею. Sabitum сказала Pirhi-ilišu, тому, кто её обеспечивал, следующее: «Я не получила порции ячменя, шерсти и масла. Мальчика, что я кормлю, я заберу (себе)», — сказала она ему. Люди города сели и рассмотрели их случай и присудили выдать ей ячменя... шерсти, 48 литров масла, 5 шекелей серебра за мальчика, что жил с ней; и она довольна».

Достоин особого внимания, что кормилица в подобной ситуации могла угрожать родителям, что она заберет себе («забрать» — «tabālu») ребёнка.

В следующем юридическом документе перед нами предстает сложная социально-психологическая история: «Имя её Suhuntum, жена Num-kenum; она отдала сына своего жрице-кадишту («qadištu») по имени Itani, для вскармливания, но она не смогла дать плату за вскармливание за 3 года, порции ячменя, масла и шерсти, и Suhuntum сказала ей, женщине по имени Infani, жрице-кадишту: «Забери мальчика; пусть он будет твоим сыном», и, потому что она так говорила, Infani добавит для Suhuntum 3 шекеля серебра, сверх платы за вскармливание, которую она не получила. Suhuntum клялась больше не приносить жалоб на Infani в будущем». В данном случае ребенок явился разменной монетой для матери, которая продала его жрице-кадишту, получив плату вместо того, чтобы заплатить самой. Ассириолог Martin Stol

замечает: «Выражение, как будто полное отчаяния («Забери мальчика») сопровождается выгодной и рациональной сделкой. Ребенок куплен за цену вскармливания плюс 3 шекеля серебра» [16]. С другой стороны, как указывает V.L. Eichler, между кормилицей и ребенком формировались отношения особой привязанности<sup>6</sup>, что давало ей определенные права на ребенка, которые можно было расторгнуть только путем оплаты за вскармливание, которую ей давали биологические родители ребенка [13]. Поясним, что так называемые кадишту — жрицы при храмах, были особым феноменом древне-месопотамского общества, они играли не совсем ясную для исследователей роль, но, как запечатлено в клинописных источниках, и что важно для нас, среди своих многочисленных функций имели отношение к вскармливанию и воспитанию детей. В одном из писем, относящемся по времени к Старовавилонскому периоду, написано: «Пусть они позаботятся о мальчике-младенце прямо сейчас. Если ты хочешь, давай я найду кадишту, занятую вскармливанием, чтобы она вскормила его» [16].

Статус кадишту не был социально высоким: из Среднеассирийского законодательства (1400–950 г. до н.э.) известно, что кадишту могла выходить замуж, при этом она имела право носить покрывало на улице (незамужняя кадишту не имела такого права), в браке она становилась всегда второй женой.

Интересен отрывок из учебника для подготовки писцов о найденыше, воспитанным кадишту, который стал писцом (она воспитала его, как свободного человека): «Некий человек развелся со своей женой, «потом он взял с улицы кадишту, из-за любви к ней он женился на ней, несмотря на то, что она была кадишту. Та кадишту взяла сына улицы, молоко груди своей она (дала...), не знал он ни отца своего, ни матери своей. Она заботилась о нем, не хлестала его по щекам, выкормила его, заставила его выучить искусство писца. Когда он вырос, она нашла ему жену. Если сын скажет своей матери: «ты не мать моя», то они отстригут (обреют) ему голову наполовину и обведут его по городу; более того, они изгонят его из дома» [16].

Особым аспектом вскармливания в Месопотамии являлись случаи найма кормилицы к приемному ребенку супружеской пары. Это

<sup>4</sup> Законы из Эшнунны (или законы Билаламы, по имени царя, во время правления которого, вероятно, они были приняты) — один из древнейших законодательных памятников Древнего Востока, датированный XIX веком до н.э. Таблички были найдены при раскопках 1945–1947 годов в Ираке.

<sup>5</sup> 1 гур (кор) = около 300 литров (252,5 л)

<sup>6</sup> Образ богини-матери и ребенка был, очевидно, сложной метафорой, соотносимой с кормилицей — она делала божественное дело, и была в некоторой степени иерофаней богини-матери (например, Нинхурсаг), поэтому обижать ее граничило с кощунством.

практиковалось как бесплодными парами, так и жрицами-девственницами «надиту» («nadi-tu»), которые не могли по религиозным соображениям вступать в половые отношения, беременеть и рожать детей (хотя они могли вступать в брак как формальное и юридическое состояние, при этом фактически супружеские обязанности исполняла другая женщина, сестра жрицы или рабыня). Незамужние жрицы-naditu могли усыновить ребенка (девочку) и заплатить за его вскармливание кормилице. Оговаривалась ситуация конфликта: если кормилица после вскармливания говорила, что она недовольна первоначальной ценой, то ей грозил штраф в 20 шекелей серебра.

Сохранился текст, повествующий о том, что одна семейная пара усыновила ребенка. Сын хранил его всю жизнь, дорожа им, как доказательством своего статуса свободного гражданина и наследника. «Gimil-ili — сын Šamaš-muštešer и Kinunitum. Они отдали за него цену вскармливания (семейной паре) Iballut и Erištum, которые взяли деньги за вскармливание, и они довольны.<sup>7</sup> Если даже Šamaš-muštešer, отец его, и Kinunitum, мать его, родят 10 сыновей, только Gimil-ili будет их старшим наследником. Если Gimil-ili скажет Šamaš-muštešer, отцу своему, и Kinunitum, матери своей: «Ты не мой отец, ты не моя мать», — то они обреют его и продадут его. Если Šamaš-muštešer, отец его, и Kinunitum, мать его, скажут Gimil-ili, сыну своему: «Ты не мой сын», то у них отберут дом и имущество».<sup>8</sup>

Библейская история спасения и усыновления Моисея, являясь по своему контексту месопотамской, а не египетской, отражает реалии семитского мира Вавилонии [17]. Важно отметить следующий нарративный момент: биологическая мать Моисея, после того как ребенок получил статус сына «дочери фараона», становится официально нанятой кормилицей.

Ситуациям, которые могли возникнуть в процессе вскармливания, также посвящены многие юридические тексты Месопотамии. Большое значение придавалось состоянию груди и качеству молока кормилицы. Сохранилось письмо по поводу грудного мальчика: «Если ты заметишь, что ее грудь (кормилицы) нехороша, отдай мальчика другой кормилице» [16]. В 40 главе «Диагностической книги» указано:

<sup>7</sup> Вавилонская правовая формулировка.

<sup>8</sup> Формулировка «если скажет отцу и матери — ты не отец, ты не мать» и наоборот — являются типичными выражениями в таких договорах усыновления.

«Если плоть ребенка истает («šahahu») когда его вскармливают грудью («teniḡu») и грудь кормилицы тощая, и он не ест, когда грудь поднесена к нему: то та грудь имеет горечь («tiḡge»), тебе следует поместить его к новой груди, и он поправится» [15]. Менять кормилицу (или отдавать ребенка от груди матери к груди кормилицы) рекомендуется и для лечения других детских болезней: «Если ребенок схвачен болезнями «ašu» и «samanu», тебе следует переместить его к «новой» груди; более того, тебе следует прочесть над ним заклинание, и он выздоровеет». От кормилицы требовалось соответствующее поведение — половые сношения ей были запрещены. Шумеро-аккадский текст «премудрости» гласит: «Кормилица, которая вступает в половые сношения, теряет свою возможность вскармливать» (шумерская поговорка): «Половые сношения вызывают то, что способность кормить грудью исчезает» (аккадская поговорка). Это пересекается с воззрениями греков и римлян [7].

Существовал древний месопотамский текст, в котором перечислялись кормилицы, опасные для детей: «О кормилица! Кормилица, чья грудь (слишком) сладка («tābu»), чья грудь (слишком) горька («taḡḡu»), чья грудь «ушиблена» («mahsu»), кто умерла от «удара» груди ее» [14].

Большая роль отводилась влиянию магических приемов, которые могут «испортить» кормилицу и ее молоко: один текст, а именно, шумерское заклинание, говорит о «злом языке» (очевидно, о человеке, произносящем магические слова), который портит молоко кормилицы. Своеобразная формула проклятья в царской надписи на арамейском языке предупреждает врага: «сто женщин питают дитя («'ulaḡm»), но оно не сыто (не довольно)»; в другом проклятии указывается, что женщина-кормилица «помазывает маслом груди свои» с магическими целями [16].

Кормилица не должна была кормить дополнительных детей без ведома родителей, считалось, что в этом случае первый ребенок не получает достаточно молока и существует риск для его здоровья и жизни. Это оговорено в «Законах Хаммурапи»:

«§ 194. Если человек своего сына кормилице отдал, и этот сын умер на руках у кормилицы, а кормилица без ведома его отца и его матери приложила к груди другого ребенка, ее должны изболочить и за то, что без ведома его отца и матери она приложила к груди другого ребенка, грудь у нее должны отрезать» [6].

Ранее предполагалось, что имеется в виду, что кормилица несет кару за смерть ребенка, которого вскармливает, или обвиняется в подмене ребенка. Однако доказано, что речь идет именно о нелегальном вскармливании второго ребенка в корыстных целях.<sup>9</sup> Греческие египетские папирусы также запрещали кормилицам такую практику «кормления на стороне» («*parathelazo*») [3], [4].

Кормилица не всегда была доброй защитницей и хранительницей ребенка — в документах Междуречья зафиксированы случаи, когда она становилось сообщницей кражи или подмены ребенка, и несла за это наказание, например, денежный штраф.

Весьма показателен случай, произошедший в городе Ларса и зафиксированный как юридический документ на глиняной табличке. Пастух коров, по имени Дада, взял от кормилицы, по имени Kullupat девочку, отданную отцом девочки на вскармливание кормилице. Это было совершено «у врат» (юридическое место) города Ларса, то есть Dada оформил права на ребенка так, как оформляется усыновление (втайне от родного отца девочки). Пастух Dada умер, и настоящий отец нашел ребенка в его доме, после чего обратился к суду города Ларса. Вдова пастуха требовала девочку назад со словами: «Она не твоя дочь, она дочь рабыни мужа моего!» Отец отвечал: «Она дочь моя, она не рабыня. Я отдал ее Kullupat, рабыне из семьи (дома) вашего, для того, чтобы она вскормила ее». Он приносит клятву, и суд выносит справедливое решение: вдова и ее сын не должны судиться с отцом девочки. Украденная и переведенная из статуса свободной в статус рабыни маленькая девочка была восстановлена в статусе и возвращена родному отцу [16].

Кормилица могла участвовать в судебном процессе, как свидетель, опознав истинного родителя ребенка, об этом свидетельствует следующий текст судебного решения: «Что до младенца-мальчика, сына Taribum, которого вскормила Ittamir, и Taribatum сказал — он сын моей рабыни...». По суду, отец и его сын-младенец должны предстать «перед вратами судей» в течение 10 дней, а кормилица взята под стражу воинами, чтобы опознать отца ребенка: «она покажет лицо того, кто имеет право на мальчика» [16].

Существует документ, в котором кормилица совершает преступление, не связанное напрямую с ее профессиональной деятельностью. Во

время набега эламитов она продала свободную гражданку (взрослую женщину). В дальнейшем власти родного города устанавливают личность и статус женщины, и хозяин должен ее отпустить.

Особое место занимали кормилицы, принятые в царские и знатные семьи. Хотя это были женщины низкого происхождения, для них статус кормилицы в царском или богатом доме становился определенным социальным лифтом, который, несомненно, мог иметь влияние и на судьбы их близких родственников, в частности, детей. Так, жрица Мардука (Старо-Вавилонское царство), относящаяся к высокому социальному классу, пишет, ходатайствуя о своем молочном брате — «этот человек не чужой мне; вместе мы вкушали грудь». Подобное имеется и в письме, относящемся по датировке к Ново-Вавилонскому царству: «Он сын кормилицы моей, я и он, питались мы от одной груди» [16].

Среди женщин, заботившихся о царских детях во дворце Эблы, были и кормилицы. Из придворной административной переписки мы знаем их имена; чаще всего упоминается Gišadu (Гишаду), кормилица царя Iš'ar-Damu. Кормилица («*ga. du*<sup>8</sup>») <sup>10</sup>была важной персоной при дворце [8]. Ей, как и другим кормилицам, делались ценные подарки. Периодически Gišadu получала в подарок дорогую одежду. После того, как ее молочный сын стал царем, она была внесена в списки знатных женщин двора (придворных дам), в которых находилась, вероятно, до ее смерти. Упомянуты и сыновья кормилицы — возможно, они жили со своей матерью при дворе.

При дворе города Эбла (как и во вторичных резиденциях царя) была постоянная группа кормилиц для сыновей царицы, для вторых жен и для других женщин высокого социального статуса. Всего было 8 кормилиц для 3 дочерей и 5 сыновей царя, живших во дворце города Эбла и 2 кормилицы, жившие во дворце города Азан. Учítывая, что кормление грудью занимало около 3 лет, можно сделать вывод, что последний царь города Эбла имел (за 4 или 5 лет) 10 сыновей от младших жен и одного сына от царицы. В последний период Эблы во дворце жили 11 кормилиц и получали паек. Кормилицы также могли получать шерсть или украшения определенного типа. Когда царица родила первенца, то кормилица царицы получила особую ценную одежду.

<sup>9</sup> M. Stol указывает, что этот взгляд, к сожалению, мало известен (p.184)

<sup>10</sup> Цифра 8 в верхнем регистре относится к особенностям транскрипции шумерских слогов.

В списках женщин во дворце все женщины идут по рангу, начиная с царицы-матери, потом царицы, родственников царя (теток и др.), далее перечисляются служащие при дворе женщины, в том числе кормилицы. Таким образом, кормилицы, несмотря на то, что происходили из низших слоев общества, официально входили в царскую семью (слуги тоже были членами семьи в древнем обществе) [8].

Во дворце в городе Эбла<sup>11</sup> кормилицы назывались «*gadu*<sup>8</sup>» (это не эблаитский диалект, а шумерское слово) — буквально — «та, что дает молоко своей груди». В списках они делятся на две группы — 1) кормилицы, которые питают в данный момент грудного младенца — «*gadu dumumu*»/«*gadu dumuniti*»; 2) кормилицы, которые кормили грудью в прошлом, и остались со своими воспитанниками; 3) также выделяются кормилицы, которые приставлены к молодой матери, недавно родившей ребенка, и называются формально кормилицей такой-то (имя женщины, а не ребенка).

Хотя известно много имен кормилиц дворца в Эбле (*Abadu*, *Išlu-Nitu*, *Dabdur*), но кормилица *Gišadu* выделена особо. Только ее имя сопровождает имя царского ребенка, которого она выкормила. Хотя другие кормилицы и кормили царских детей, но документы не уточняют, какого именно ребенка кормила конкретная кормилица.

Известно, что *Gišadu* имела ребенка, родившегося незадолго до рождения наследника-царевича *Iš'ar-Damu*. Ее ребенок жил с ней во дворце, когда она вскармливала царевича и, очевидно, был его молочным братом. Заметно повышение статуса этой кормилицы после восхождения *Iš'ar-Damu* на престол — в то время как царица-мать получила статус «мать царя» («*amagal en*»), кормилица, женщина простого происхождения, тоже приобрела особый статус «кормилица царя» («*gadu*<sup>8</sup> *en*). Она жила во дворце до самой смерти и носила этот почетный титул [8].

Статус кормилиц различался в зависимости от того, какую из царственных особ они вскармливали. Так, кормилица по имени *Agašadu*, вскормившая царицу *Tabur-Damu*, не упоминается в списках придворных женщин, хотя у нее

был свой собственный титул — «кормилица царицы». После смерти царицы она получила в подарок богатую одежду.

Наследный царевич имел несколько кормилиц, некоторые из них, например, *Aziza*, остались при дворе после того, как царевич вырос. Она также получала подарки — например, после смерти одного из членов ее семьи. Упоминается кормилица младшей царской дочери (имя девочки *Kesdut*), но имя кормилицы не названо.

Из административной переписки нам известно, что у царя Эблы было несколько дворцов в других городах, и в них тоже имелись кормилицы (дворцы *Azan*, *Lub*, *Arugadu*).

Интересно, что в Эбле кормилицы жили при дворе, а в Мари царских детей отвозили жить к кормилицам. Кормилица в Мари<sup>12</sup> называлась «*mušeniqtum*».

В одном из писем администрации дворца указывается про двух царевичей, что одного надлежит вскармливать во дворце, а другого отправить в дом кормилицы, простой женщины. Осталось много данных о поездках детей младшего возраста в сопровождении кормилиц, а не своих матерей. Интересно следующее письмо, вероятно, кого-то из администрации дворца: «И подумал я сам в себе: не должно заставлять путешествовать в повозке слабых малых детей, без того, чтобы их кормилицы могли ехать с ними — как они будут вести себя, не поднимут ли они громкий плач? <sup>13</sup> и посему повозка — велика, пять быков тянули ее». Судя по антуражу, описывается поездка царских детей с кормилицами. Есть сведения о пайках пива и ячменя, которые выдавались отдельно на кормилиц и царских детей, воспитываемых кормилицами.

После отлучения от груди ребенка возвращали ко двору, но его бывшая кормилица его постоянно сопровождала. Она теперь называлась «нянька» («*taritum*») или «мать» («*um-tum*») и была, по-видимому, в тесной психологической связи с ребенком.

В гареме царя Зимри-Лима (*Zimri-Lim*) кормилицы, воспитывавшие детей царя, носили очень своеобразные имена, все имеющие частицу «*abi*» — «мой отец»: *Abi-liter* (да преумножится отец мой), *Abi-bašti* (отец мой — гор-

<sup>11</sup> Расположен в Сирии к юго-западу от современного Алеппо, одна из старейших цивилизаций Сирии. Город имел тесные культурно-торговые связи с шумерским миром, Египтом и Эламом. Эблаиты пользовались шумеро-аккадской клинописью. В 1975 году был обнаружен гигантский царский архив Эблы, который позволил изучить глубже быт и повседневную жизнь царского дворца.

<sup>12</sup> Мари — самый западный из городов Шумера, был расположен на берегу Евфрата в северной Сирии.

<sup>13</sup> Плач — плохое предзнаменование, может вызвать гнев богов, вероятно, поэтому администратор указывает свои действия по предотвращению плача царских детей.

дость моя), Abi-nurī (отец мой — свет мой), Abi-lu-darī (да живет долго мой отец). Эти имена носили ономастическую функцию — они были хорошим знаменем (очень важным для менталитета и религиозности жителей Месопотамии, придававшего большое значение знаменям), повторение этих имен детьми так же было хорошим знаменем (как молитва за отца — вспомнить слова дочери «я соделала себя знаменем молитвы за отца моего») а также приучали детей с ранних лет к придворному этикету. Эти кормилицы занимались не только вскармливанием, но и воспитанием и ранним образованием ребенка [19].

Царевен-невест, приезжающих в Мари, сопровождала нянька-«мать» (например, царевну Beltum из Qatna).

Сохранился текст, свидетельствующий, что среди служанок юной царевны Šibtu, сопровождавших ее при приезде в Мари для заключения брака, была и ее бывшая кормилица, и дочь кормилицы, что, несомненно, было социальным лифтом для этих женщин.

Обычно в «матери» брали кормилиц, вскормивших ребенка, но если это было уже невозможно (смерть кормилицы), то могли выбрать другую «мать». Так, некая Bahri-bašti была выбрана, чтобы сопровождать царевну Naramtum, уезжающую ко двору царя Šarḡaḡa.

Нам известны и имена других царских кормилиц мира Месопотамии. Печать III тыс. до н. э., из хурритского города Уркиш (Urkiš) имеет надпись: «Диммузи, служанка; Дагуна, кормилица, дочь (человека по имени) Тиша». Титул «кормилица» буквально означает «мать, кормящая молоком» («ama.ga.ku»).

Интересна личная печать кормилицы по имени Замена (Zamēpa). На ней кормилица изображена стоящей перед восседающей на особом стуле царицей Укнитум и играющей с ребенком, который сидит на коленях царицы. Другая служанка в это время расчесывает волосы Укнитум. Над группой изображена звезда, а позади — возлежащий бык с человеческой головой [11] (знаки присутствия божества). По мнению Vudin, это сцена отражает близкие и доверительные отношения кормилицы Замена к царице Укнитум, которые в глазах Замена и окружающих были чрезвычайно высокими почестями, дарованными царской семьей. Несомненно, было и согласие самой царицы на подобные изображения как себя, так и своих подданных, пишет исследовательница S. L. Vudin [11]. Титул Замена здесь скорее «нянька» («eme.da»), чем кормилица. Имеется сходство слов, обозначающих няньку и кормилицу: кор-

милица — «um.me.ga.la», нянька — «um.me.da» («emedā»). В других текстах упоминается «кормилица царевны», иногда — царя. Так, некая Rabbatum сначала была кормилицей царевны Me-Sataran, через год — она стала ее нянькой [16].

Со времени Третьей династии Ура сохранился документ, относящийся к 4-му году правления царя Амар-Сина. В нем приводится список царевен, многие из них, несомненно, дочери предыдущего царя Шульги. Потом идут имена двух «нянек царя» («eme.da lugal.me»), Kinat-Nunu и Kubatum; они часто встречались в других текстах.

Интересно, что в мире, где преобладал шумерский язык, как язык культуры, кормилицы носили семитские (аккадские) имена, вероятно, простонародные. Царские архивы города Мари (старовавилонское царство) иногда используют слово «мать» («ummi») со специальным значением (нянька, кормилица). Царевна Beltum, только что выйдя замуж за наследника-царевича Мари, привела с собой свою «няньку-мать» из своего родного города Qatna на дальнем западе страны.<sup>14</sup>

Иногда такая «мать» заботилась о царевне с колыбели, но не всегда. Ее могли приставить к царевне, выдаваемой замуж. Сохранился следующий текст, относящийся к административным запискам: «(одна)... из женщин дома Jarim-Lim (a) для того, чтобы быть «матерью» для Нарамтум (Naramtum), дочери царя, которая была выдана за Sarrija, царя Eluhtum». Царевну Naramtum ее отец, Zimri-Lim, царь Мари, выдал замуж за незначительного царька, и к ней была приставлена «мать» — видимо, потому, что царевна была очень юна.

Между кормилицей и выросшим воспитанником (воспитанницей) сохранялись тесные и очень близкие отношения, пример этому есть в одном письме из Мари, где можно прочесть такую жалобу: «Я была обижена, но утри мои слезы. Син-мушаллим обидел меня, забрав няньку мою, и теперь она живет в доме его (...). Теперь, ибо ты дал свет стране, дай свет и мне. Дай мне няньку мою, и я буду молить за тебя богов Тешуба и Хебат. И господин мой не должен удерживать эту женщину».

По-видимому, была тесная связь и между царевной Ахассуну которой жаловалась Jastah-Addu, что ее «мать» хотят забрать, так как она уже старая. Другая царевна протестует

<sup>14</sup> Трогательная связь кормилицы и взрослой воспитанницы похожа на библейскую историю Ревекки и ее кормилицы (Быт. 24:29).

против того, что ее «мать» удерживают. Подобная жалоба, со слезами, (см. ниже) касается другой няньки, которую называли «taritu».

Теплые воспоминания о кормилицах сохранились у знатных и состоятельных людей. В Средне-ассирийском тексте мы читаем, что царь не забыл свою няньку. Вместе с женой «начальника дворца» Хикки, нянька царя получила 5 гомеров (мера объема) ячменя «по приказу царя, в дар». Широко была распространена метафора, что царь вскормлен чистым молоком богини Нинхурсаг или другой. Образ богини, которая нянька-кормилица царя, внушал веру в победу над врагами и надежду на божественную помощь. Так, новоассирийское пророчество утешает царя: «Не бойся, ты, чья нянька — госпожа города Арбела (богиня Иштар); подобно няньке я ношу тебя на бедре моем («gilšu»). Или — «Богиня Иштар города Арбела говорит сие: «Я великая повитуха твоя, я великая кормилица твоя» [16].

«Ты был мал, Ассурбанипал, когда я оставил тебе царице Ниневии (богиня Иштар), ты был дитя, Ашурбанипал, когда ты сидел на коленях царицы города Ниневии. Четыре сосца ее (zīzu — и соски, и стороны света) были во рту твоём, два ты сосал, два изливал молоком на лицо свое. В следующих текстах также подчеркивается близость царя и божественной кормилицы: «Не бойся, ты, чья мать — богиня Mulissu, не бойся, ты, чья нянька — госпожа города Арбела; подобно няньке я ношу тебя на бедре своем. Кладу тебя между грудей своих, как копые! Ночью я провожу в бдении и храню тебя, весь день я даю тебе молоко свое».

Кормилицы были даже у богов — и им уделено место в мифе, где описано детство божественного младенца-спасителя богов Мардука. «Отец его Эа родил его (banū), Дамкина, мать его, родила его (haršassu), сосал он сосцы богинь, нянька следила за ним (Энума элиш, I 83–86)<sup>15</sup> Царь, подобно Мардуку, покровителю Вавилона, сосет сосцы богинь — они становятся его кормилицами, что усиливает близость царя к божественному миру. Это сходно с образом кормилицы-богини в Египте [3, 11].

Таким образом, в иерархической системе общества Древней Месопотамии присутствовала такая группа как кормилицы. Сохранились источники, в том числе документы юридического характера, свидетельствующие о статусе

кормилицы, условиях найма, оплаты их труда, обязанностях и последующей судьбе. Некоторые аспекты этой профессии оговаривались в одном из древнейших правовых памятников — «Законах Хаммурапи».

Несомненно, кормилицы занимали одно из ведущих мест, особенно в окружении новорожденного и грудного ребенка.

Социальный статус кормилицы в большинстве случаев был невысок. Обычно кормилица была женщиной из низших классов общества, нанимаемая на разные сроки, чаще от полугода до 3 лет. Но, если у нее было качественное молоко, она тщательно выполняла свои обязанности, о чем свидетельствовало состояние здоровья ребенка, его привязанность к ней, кормилица могла переходить на роль няньки или «матери», оставаясь в этом положении долгое время, иногда до своей смерти. Ремесло кормилицы могло представлять определенный социальный лифт, если ее нанимали знатные люди. Отдельную группу составляли кормилицы царской семьи. Кормилица имела юридические права, могла участвовать в судебном процессе как истец, свидетель или ответчик при совершении преступления.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева В.К., Дьяконов И.М., ред. Когда Ану сотворил небо. Литература Древней Месопотамии. М.: Алетей; 2000.
2. Афанасьева В.К., ред. От начала начал. Антология шумерской поэзии. СПб.: Центр «Петербургское Востоковедение»; 1997.
3. Джарман О. Статус женщины в Древнем Египте. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2 (1): 48–56.
4. Джарман О.А., Микиртичан Г.Л. Статус и отношение к ребенку в Древнем Египте. Российский педиатрический журнал. 2014; № 5: 53–58.
5. Емельянов В.В. Древний Шумер. Очерки культуры. СПб.: «Петербургское востоковедение»; 2001.
6. Кузицин В.И., ред. Законы Хаммурапи. История Древнего Востока. Тексты и документы: учебное пособие. М.: Высшая школа; 2002.
7. Микиртичан Г.Л., Джарман О.А. Соран Эфесский как античный врач и «первый педиатр». CURSOR MUNDI: человек Античности, Средневековья и Возрождения. Иваново. Ивановский государственный университет. 2015; Выпуск 7:73–87.
8. Biga M.-G. Les nourrices et les enfants a Ebla. КТЕМА, civilizations de l'Orient, de la Grece et Rome antiques. Universite Marc Bloch de Strasbourg, Strasbourg. 1997; № 22:35–44.

<sup>15</sup> «В светлом Апсу зарожден был Мардук, Эйя, родитель, там его создал, Дамкина, мать его, породила, грудью богини был он вскормлен, благоговей, мать его питала» (Русский перевод [1], с. 18)

9. Bottero J, Herrenschildt C, Vernant J. P. Ancestor of the West: Writing, Reasoning, and Religion in Mesopotamia, Elam, and Greece. Chicago and London: The University of Chicago Press; 2000.
10. Bottero J. La religion babylonienne. Paris: Presses Universitaires de France; 1952.
11. Budin S. L. Images of Woman and Child from the Bronze Age: Reconsidering Fertility, Maternity, and Gender in the Ancient World. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
12. Cardascia G. La nourrice coupable. § 194 du Code de Hammurabi. Melandes a la memoire de Marcel-Henri Prevost. Revue de l'association Mediterrannees. 1982; № 3:67–84.
13. Eichler B. L. Literary Structure in the Laws of Eshnunna. Language, Literature, and History: Philological and Historical Studies Presented to Erica Reiner, ed. Francesca Rochberg, New Haven: American Oriental Society; 1987.
14. Foster B. R. Before the Muses: An Anthology of Akkadian Literature. Bethesda: CDL Press; 1996.
15. Labat R. Traité akkadien de diagnostics et pronostics médicaux. Leiden: Brill; 1951.
16. Stol M. Birth in Babylonia and the Bible: Its Mediterranean Setting. Groningen: Styx; 2000.
17. Tuor-Kurth Ch. Kindesaussetzung und Moral in der Antike: jüdische und christliche Kritik am Nichtaufziehen und Töten neugeborener Kinder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011.
18. Voegelin E. The Ecumenic Age. Columbia: University of Missouri Press; 2006.
19. Ziegler N. Les enfants de palais de Mari. KTEMA, civilizations de l'Orient, de la Grece et Rome antiques. Universite Marc Bloch de Strasbourg, Strasbourg. 1997; № 22:45–57.
5. Emel'janov V. V. Drevnij Shumer. Ocherki kul'tury. [Ancient Sumer. Sketches on culture] SPb.: «Peterburgskoe vostokovedenie»; 2001. (in Russian).
6. Kuzishhin V. I., red. Zakony Hammurapi. Istorija Drevnego Vostoka. [The Code of Hammurabi. The History of Ancient Near East] Teksty i dokumenty: uchebnoe posobie. M.: Vysshaja shkola; 2002. (in Russian).
7. Mikirtichan G. L., Jarman O. A. Soran Jefesskij kak antichnyj vrach i «pervyj pediater». [Soranus of Ephesus as an ancient physician and the 'first pediatrician'] CURSOR MUNDI: chelovek Antichnosti, Srednevekov'ja i Vozrozhdenija. Ivanovo. Ivanovskij gosudarstvennyj universitet. 2015; Vypusk 7:73–87. (in Russian).
8. Biga M.-G. Les nourrices et les enfants a Ebla. KTEMA, civilizations de l'Orient, de la Grece et Rome antiques. Universite Marc Bloch de Strasbourg, Strasbourg. 1997; № 22: 35–44.
9. Bottero J, Herrenschildt C, Vernant J. P. Ancestor of the West: Writing, Reasoning, and Religion in Mesopotamia, Elam, and Greece. Chicago and London: The University of Chicago Press; 2000.
10. Bottero J. La religion babylonienne. Paris: Presses Universitaires de France; 1952.
11. Budin S. L. Images of Woman and Child from the Bronze Age: Reconsidering Fertility, Maternity, and Gender in the Ancient World. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
12. Cardascia G. La nourrice coupable. § 194 du Code de Hammurabi. Melandes a la memoire de Marcel-Henri Prevost. Revue de l'association Mediterrannees. 1982; № 3: 67–84.
13. Eichler B. L. Literary Structure in the Laws of Eshnunna. Language, Literature, and History: Philological and Historical Studies Presented to Erica Reiner, ed. Francesca Rochberg, New Haven: American Oriental Society; 1987.
14. Foster B. R. Before the Muses: An Anthology of Akkadian Literature. Bethesda: CDL Press; 1996.
15. Labat R. Traité akkadien de diagnostics et pronostics médicaux. Leiden: Brill; 1951.
16. Stol M. Birth in Babylonia and the Bible: Its Mediterranean Setting. Groningen: Styx; 2000.
17. Tuor-Kurth Ch. Kindesaussetzung und Moral in der Antike: jüdische und christliche Kritik am Nichtaufziehen und Töten neugeborener Kinder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011.
18. Voegelin E. The Ecumenic Age. Columbia: University of Missouri Press; 2006.
19. Ziegler N. Les enfants de palais de Mari. KTEMA, civilizations de l'Orient, de la Grece et Rome antiques. Universite Marc Bloch de Strasbourg, Strasbourg. 1997; № 22:45–57.

## REFERENCES

1. Afanas'eva V. K., D'jakonov I. M., red. Kogda Anu sotvoril nebo. Literatura Drevnej Mesopotamii. [When Abu created the Sky. Literature of Ancient Mesopotamia] M.: Aletejja; 2000. (in Russian).
2. Afanas'eva V. K., red. [From the very beginning. Anthology of Sumer poetry] Ot nachala nachal. Antologija shumerskoj poezii. SPb.: Centr «Peterburgskoe Vostokovedenie»; 1997. (in Russian).
3. Jarman O. Status zhenshhiny v Drevnem Egipte. [Status of a woman in Ancient Egypt] Medicina i organizacija zdravoohraneniya. 2017; 2 (1): 48–56. (in Russian).
4. Jarman O. A., Mikirtichan G. L. Status i otnoshenie k rebenku v Drevnem Egipte. [Status and treating the child in Ancient Egypt] Rossijskij pediatričeskij zhurnal. 2014; № 5: 53–58. (in Russian).
5. Emel'janov V. V. Drevnij Shumer. Ocherki kul'tury. [Ancient Sumer. Sketches on culture] SPb.: «Peterburgskoe vostokovedenie»; 2001. (in Russian).
6. Kuzishhin V. I., red. Zakony Hammurapi. Istorija Drevnego Vostoka. [The Code of Hammurabi. The History of Ancient Near East] Teksty i dokumenty: uchebnoe posobie. M.: Vysshaja shkola; 2002. (in Russian).
7. Mikirtichan G. L., Jarman O. A. Soran Jefesskij kak antichnyj vrach i «pervyj pediater». [Soranus of Ephesus as an ancient physician and the 'first pediatrician'] CURSOR MUNDI: chelovek Antichnosti, Srednevekov'ja i Vozrozhdenija. Ivanovo. Ivanovskij gosudarstvennyj universitet. 2015; Vypusk 7:73–87. (in Russian).
8. Biga M.-G. Les nourrices et les enfants a Ebla. KTEMA, civilizations de l'Orient, de la Grece et Rome antiques. Universite Marc Bloch de Strasbourg, Strasbourg. 1997; № 22: 35–44.
9. Bottero J, Herrenschildt C, Vernant J. P. Ancestor of the West: Writing, Reasoning, and Religion in Mesopotamia, Elam, and Greece. Chicago and London: The University of Chicago Press; 2000.
10. Bottero J. La religion babylonienne. Paris: Presses Universitaires de France; 1952.
11. Budin S. L. Images of Woman and Child from the Bronze Age: Reconsidering Fertility, Maternity, and Gender in the Ancient World. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
12. Cardascia G. La nourrice coupable. § 194 du Code de Hammurabi. Melandes a la memoire de Marcel-Henri Prevost. Revue de l'association Mediterrannees. 1982; № 3: 67–84.
13. Eichler B. L. Literary Structure in the Laws of Eshnunna. Language, Literature, and History: Philological and Historical Studies Presented to Erica Reiner, ed. Francesca Rochberg, New Haven: American Oriental Society; 1987.
14. Foster B. R. Before the Muses: An Anthology of Akkadian Literature. Bethesda: CDL Press; 1996.
15. Labat R. Traité akkadien de diagnostics et pronostics médicaux. Leiden: Brill; 1951.
16. Stol M. Birth in Babylonia and the Bible: Its Mediterranean Setting. Groningen: Styx; 2000.
17. Tuor-Kurth Ch. Kindesaussetzung und Moral in der Antike: jüdische und christliche Kritik am Nichtaufziehen und Töten neugeborener Kinder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011.
18. Voegelin E. The Ecumenic Age. Columbia: University of Missouri Press; 2006.
19. Ziegler N. Les enfants de palais de Mari. KTEMA, civilizations de l'Orient, de la Grece et Rome antiques. Universite Marc Bloch de Strasbourg, Strasbourg. 1997; № 22: 45–57.

## ПРИНЦИП ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ОСТЕОПАТА

© Галина Львовна Микиртичан<sup>1</sup>, Дмитрий Евгеньевич Мохов<sup>2</sup>,  
Иван Геннадьевич Юшманов<sup>2</sup>, Александр Зиновьевич Лихтшангоф<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

<sup>2</sup> Институт остеопатии Санкт-Петербурга. 191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, 1 А

**Контактная информация:** Александр Зиновьевич Лихтшангоф — к. м. н., профессор, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: zinovich@list.ru

**РЕЗЮМЕ:** Проведен анонимный социологический опрос 292 врачей-osteопатов из 7 городов России и аналогичной группы мануальных терапевтов (контроль). Были опрошены также 415 пациентов, обращавшихся за медицинской помощью к петербургским врачам-osteопатам. Специфика остеопатической медицины требует от врача особого внимания к соблюдению этических норм. Однако не все врачи-osteопаты точно следуют принципам медицинской деонтологии: только 69,0% дают больному подробную информацию о его заболевании, лишь две трети врачей постоянно рассказывают об остеопатическом методе пациентам; у половины пациентов врач не спрашивал явным образом согласия на лечение. По большинству показателей, врачи-osteопаты соблюдают этические нормы строже, чем мануальные терапевты. Представляется целесообразным повышение квалификации врачей-osteопатов и мануальных терапевтов по вопросам медицинской этики.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** социологический опрос; врачи-osteопаты; медицинская этика; информирование пациентов; принцип информированного согласия

## THE PRINCIPLE OF INFORMED CONSENT IN THE OSTEOPATHIC PHYSICIAN'S ACTIVITIES

© Galina L. Mikirtichan<sup>1</sup>, Dmitriy E. Mokhov<sup>2</sup>, Ivan G. Yushmanov<sup>2</sup>,  
Alexander Z. Likhtshangof<sup>1</sup>

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

**Contact Information:** Alexander Z. Likhtshangof — MD, PhD, Professor, Department of Humanities and Bioethics. Email: zinovich@list.ru

**ABSTRACT:** An anonymous sociologic inquiry of 292 osteopathic physicians from 7 cities of Russia and a similar group of chiropractic physicians (control). There also were interviewed 415 patients who got osteopathic medical help in St. Petersburg. Specificity of osteopathic medicine requires doctor's particular attention to compliance with ethical standards. However, not all osteopathic physicians exactly follow the principles of medical ethics: only 69.0% provide a patient with full informa-

tion about his/her disease, only two-thirds of doctors constantly tell their patients about osteopathic method; half of the patients told that doctors did not ask explicitly for their consent to treatment. Mostly osteopathic physicians observe ethical standards more strictly than chiropractic physicians. It seems useful for osteopathic and chiropractic physicians to undergo an extra training on medical ethics.

**KEY WORDS:** sociologic inquiry; osteopathic physicians; medical ethics; information for patients; the principle of informed consent

## ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее развитых и популярных в мире альтернативных медицинских систем в настоящее время является остеопатия [2]. Настоятельной проблемой становится выработка оптимальных путей организации современной остеопатической службы, осмысление места остеопатии в системе современного здравоохранения, становление остеопатии как отдельной клинической специальности, а остеопатического лечения — как одного из видов специализированной медицинской помощи населению [1]. Оказание помощи пациентам с любой патологией требует от врача не только владения профессиональными знаниями, но и проявления внимания и заботы о своих пациентах, обладание нравственными качествами, которые всегда вкладывались в понятие профессионализма врача. Многие проблемы остеопатии имеют этическую составляющую, что обусловлено спецификой клиники и лечения травм и ортопедических заболеваний, длительностью течения многих из них, наличием значительной доли пациентов пожилого возраста и т. д. На всех этапах оказания специализированной помощи должны соблюдаться этические правила: во время сбора анамнеза, сообщения диагноза и прогноза заболевания, назначения лечения, объяснения режима и др. [1, 3].

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С помощью специально разработанной «Анкеты врача-osteопата» проведен анонимный социологический опрос 292 врачей-osteопатов из 7 городов России. Для сравнения использовались результаты опроса аналогичной группы врачей мануальных терапевтов, как наиболее близких к остеопатам по методам работы. По специально разработанной «Анкете пациента врача-osteопата» проведен анонимный социологический опрос 415 пациентов, обращавшихся за медицинской помощью к Санкт-Петербургским вра-

чам-osteопатам [1]. Анализ репрезентативности выборок проводился по формуле А. М. Меркова.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Необходимость самого строгого соблюдения принципов деонтологии в практике врачей-osteопатов обусловлена некоторыми особенностями их деятельности. Во-первых, именно в остеопатии в полной мере достигается, восходящий к древности принцип комплексного воздействия на весь организм, который имеет одновременно и сугубо медицинскую, и этическую окраску. Во-вторых, указанные особенности обусловлены спецификой клиники и симптоматики, длительностью течения большинства из тех состояний, с которыми обращаются к врачу остеопату больные, во многих случаях снижающих качество их жизни. Кроме того, часто обращаются больные с накопленной хронической патологией, отчаявшиеся получить помощь в системе официальной медицины. Как известно, такие пациенты отличаются особой психологической ранимостью. Этически привлекательными являются безопасность и безболезненность лечения в остеопатии. Это обусловлено тем, что врач-osteопат применяет техники, исключая грубое воздействие, оставаясь только в пределах физиологических барьеров тканей. Особенностью остеопатии, имеющей несомненную этическую окраску, является то, что диагностика и лечение заболеваний осуществляется исключительно руками. Необходимо также учитывать платность остеопатического лечения. Поэтому в ряде случаев имеет место влияние на оказание медицинской помощи социального статуса пациента и его благосостояния.

В настоящее время ставится вопрос о необходимости расширения информированности пациента [3]. Право граждан на информацию о состоянии здоровья закреплено в современных этических кодексах и законодательстве («Об основах охраны здоровья граждан в Рос-

сийской Федерации», 2011, ст. 22). Каждый, обращающийся за медицинской помощью, имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, диагнозе, возможных осложнениях, различных имеющихся методах лечения и связанным с ним риском, если таковой имеется. В связи с этим, врачам обеих групп был задан вопрос о том, какую информацию после обследования они дают пациенту. Результаты опроса показали, что в обеих группах практически одинаковая часть врачей (68,7% и 62,1%) подробно рассказывает о болезни. О возможных осложнениях чаще рассказывают мануальные терапевты (73,9% против 53,0%). Они же чаще дают подробную информацию о прогнозе (70,2% против 57,0%). Для эффективности лечения особенно важной является подробная информация о методе лечения. Удельный вес врачей-osteопатов, дающих такую информацию, достигает 73,5%; несмотря на как будто бы высокий показатель, его нельзя расценивать как положительный, так как более четверти врачей оставляют своих пациентов без необходимой им информации. Этот показатель еще ниже у мануальных терапевтов — 55,9%. К сожалению, от 12,6% до 15,5% врачей вообще только называют диагноз (табл. 1).

Представляет интерес сравнение ответов врачей и пациентов о даваемой информации: 24,9% пациентов врачей-osteопатов написали, что врач только назвал диагноз, то есть четверть больных практически не получили никакой информации и явно ушли неудовлетворенными. Остальные больные получили различную информацию. Чаще всего они отмечали, что врач подробно рассказывает о лечении — 69 на 100 ответивших. Но этот показатель не является достаточным, так как значительная часть больных осталась без информации. Только 17,4% из 100 ответивших указали, что врач сообщил прогноз заболевания.

С современных этических позиций одним из принципов является получение информированного согласия больного на назначенное лечение [3]. Выполнение этого принципа возможно после сообщения больному всесторонней информации о методах лечения, только тогда больной может сделать осознанный выбор и дать согласие или отказаться от предложенного лечения. Это право больного закреплено в ст. 20 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Принцип получения информированного согласия лежит в основе новых моделей взаимоотношения врача и пациента, в отличие от традиционной патерналистской модели, когда врач сам определял, какое лечение для пациента является лучшим и, тем самым, брал на себя всю ответственность за исход лечения. В антипатерналистских моделях врач разделяет с больным ответственность за выбор лечения. Однако правильный выбор пациентом метода лечения зависит от того, насколько подробно и убедительно врач дал ему информацию о его состоянии и предлагаемом лечении, то есть ответственность врача, как компетентного человека, выше ответственности пациента.

Поскольку об остеопатическом методе население не слишком хорошо осведомлено, то в информацию входит ознакомление с сутью этого метода. По данным опроса, 66,7% остеопатов постоянно рассказывают об остеопатическом методе пациентам, 31,0% — эпизодически и 2,3% не рассказывают.

Всем врачам был задан вопрос о том, получают ли они от больного согласие на назначаемое лечение. 81,6% врачей-osteопатов ответили на этот вопрос утвердительно, остальные 18,4% осознанного согласия у пациентов не спрашивали. Показатель утвердительных ответов у мануальных терапевтов оказался ниже — 76,4%.

Таблица 1

Виды информации, представляемые больному после обследования (на 100 ответивших)

Вид информации	Врачи-osteопаты	Мануальные терапевты
Только называют диагноз	12,6	15,5
Подробно рассказывают о болезни	68,7	62,1
Рассказывают о возможных осложнениях	53,0	73,9
Информируют о возможном прогнозе	57,0	70,2
Подробно рассказывают о методе лечения	73,5	55,9

Нас также интересовало, как сами пациенты, обратившиеся к врачам-osteопатам, ответят на вопрос: «Спрашивал ли врач Вашего согласия на назначаемое лечение?». Оказалось, что только у 51,1% пациентов спрашивали такое согласие. Сопоставляя показатели ответов пациентов и врачей, можно было надеяться, что большее число пациентов ответят положительно. Возможно, врач не задавал прямого вопроса «Согласны ли Вы?», но из всей беседы с больным понял его согласие, а пациент мог не осознать, что врач в беседе выяснил его мнение. Можно рекомендовать врачам более четко спрашивать у больного согласия на назначаемое лечение.

Как уже указывалось, пациент имеет право отказаться от назначенного лечения. Нас интересовало, встречается ли это в практике врача-osteопата. Выяснилось, что 12,9% врачей-osteопатов встречались со случаями отказа от лечения. Следует отметить, что к остеопатам обращаются пациенты, специально пришедшие для получения остеопатического лечения, поэтому показатель отказов от лечения невелик.

Таким образом, пациенты врачей-osteопатов основную роль в лечебном процессе отдают врачу, что, с одной стороны, свидетельствует о высоком доверии к специалисту, а с другой стороны — о недостаточной компетентности больного в медицинских вопросах. Возможно, с расширением и укреплением остеопатического метода в медицине произойдет переход к более современной модели взаимоотношений между врачом и пациентом — коллегиальной, которая обеспечивает соблюдение прав и врача, и пациента. Для пациента коллегиальность в отношениях с врачом означает осознанное принятие решения по поводу лечения, положительно влияющее на комплаентность, однако, здесь не малую роль играют личностные особенности пациента. Для врача применение коллегиальной модели обеспечивает снижение риска врачебной ошибки и гарантирует получение от пациента достоверных данных о его состоянии.

## ВЫВОДЫ

Специфика остеопатической медицины требует от врача особого внимания к соблюдению этических норм. Однако не все врачи-osteопаты точно следуют принципам медицинской деонтологии: только 69,0% дают больному подробную информацию о его заболевании, у половины пациентов врач не спрашивал согласия на лечение. Тем не менее, по большинству показателей, врачи-osteопаты соблюдают этические нормы строже, чем мануальные терапевты. Представляется целесообразным повышение квалификации врачей-osteопатов и мануальных терапевтов по вопросам медицинской этики.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Мохов Д. Е., Микиртичан Г. Л., Лихтшангоф А. З., Малков С. С. Мануальная медицина, остеопатия: история, современное состояние, перспективы развития. СПб.: Сотис-Мед; 2011.
2. Новосельцев С. В. Философия остеопатии. СПб.: Издательский дом СПбМАПО; 2003.
3. Шепилов В. В., Лучкевич В. С., Микиртичан Г. Л., Суворова Р. В. Проблемы медицинской этики в хирургии. СПб.: СПбГПМА; 2000.

## REFERENCES

1. Mokhov D. E., Mikirtichan G. L., Likhtshangof A. Z., Malkov S. S. Manualnaya meditsina, osteopatiya: istoriya, sovremennoe sostoyanie, perspektivy razvitiya [Manual medicine, osteopathy: History, current status and prospects of development]. SPb.: Sotis-Med; 2011. (in Russian)
2. Novoseltsev S. V. Filosofiya osteopatii [The philosophy of osteopathy]. SPb.: Izdatel'skij dom SPbMAPO; 2003. (in Russian)
3. Shepilov V. V., Luchkevich B. C., Mikirtichan G. L., Suvorova R. V. Problemy meditsinskoj etiki v hirurgii [Problems of medical ethics in surgery]. SPb.: SPbGPMA; 2000. (in Russian)

## С.Ф. ТУЧЕМСКИЙ — ВЫДАЮЩИЙСЯ ВРАЧ-ГУМАНИСТ, ДОКТОР СЕМЬИ П.И. ЧАЙКОВСКОГО

---

© Наталья Митрофановна Попова<sup>1</sup>, Юлия Владимировна Храмова<sup>2</sup>,  
Лев Леонидович Шубин<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России.  
426034, Удмуртская республика, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

<sup>2</sup> БУЗ УР «Республиканский санаторий для детей «Ласточка» Минздрава Удмуртской Республики».  
426009, Удмуртская республика, г. Ижевск, ул. Ухтомского, 15

**Контактная информация:** Наталья Митрофановна Попова – д. м. н., профессор, заведующая  
кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Ижевской государственной медицинской академии.  
E-mail: lastochka-guz@rambler.ru

---

**РЕЗЮМЕ:** Искусный хирург и высокообразованный ученый, отличающийся высокими морально-этическими качествами, лечащий врач семьи Чайковских — таким вошел в историю отечественной медицины Сильвестр Федорович Тучемский. Почти вся деятельность С.Ф. Тучемского была связана с Воткинским заводом. Более 40 лет он возглавлял в поселке медицинское дело. Всецело преданный своему делу, С.Ф. Тучемский оказал значительное влияние на развитие лучших гуманистических традиций отечественной медицины. Талант С.Ф. Тучемского проявлялся в умении любить и ценить людей независимо от их социального положения. Обладая глубокими научными знаниями и сердечным отношением к больным, доктор завоевал огромный авторитет среди населения Вятского края и соседних губерний.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Сильвестр Федорович Тучемский; Вятская губерния; Камско-Воткинский завод; Петр Ильич Чайковский.

---

## S.F. TUZEMSKY IS THE OUTSTANDING DOCTOR AND HUMANIST, FAMILY DOCTOR OF P.I. TCHAIKOVSKY

---

© Natal'ya M. Popova<sup>1</sup>, Yuliya V. Khranova<sup>2</sup>, Lev L. Shubin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Izhevsk State Medical Academy. Kommunarov str., 281. Izhevsk, Udmurt Republic, Russia, 426034

<sup>2</sup> Republican sanatorium for children «Swallow». Ukhtomskogo str., 15. Izhevsk, Udmurt Republic, Russia 426009

**Contact information:** Natal'ya Mitrofanovna Popova — MD, Professor, Head of the Department of Public Health and Healthcare. E-mail: lastochka-guz@rambler.ru

---

**ABSTRACT:** Sylvester Fedorovich Tuchemsky entered the history of domestic medicine as a skilled surgeon and highly educated scientist of high moral and ethical qualities, he treated the members of

---

---

Tchaikovsky family. Almost all business activities of Sylvester Fedorovich Tuchemsky were linked with the Votkinsk plant. For more than 40 years he headed healthcare in Votkinsk. Entirely devoted to his work, Sylvester Fedorovich Tuchemsky had a significant impact on the development of the best humanistic traditions of domestic medicine. Talent of S. F. Tuchemsky was manifested in the ability to love and appreciate people regardless of their social status. The doctor won enormous prestige among the population of the Vyatka region and the neighboring provinces because of his deep scientific knowledge and warm attitude to patients.

**KEY WORDS:** Sylvester Fedorovich Tuchemsky; Vyatka province; Kamsko-Votkinsk plant; Ilya Petrovich Tchaikovsky; Pyotr Ilyich Tchaikovsky.

В середине XIX века в Вятской губернии большой известностью пользовался врач Сильвестр Федорович Тучемский [8, 9] (рис. 1). С.Ф. Тучемский родился в 1792 году в семье священнослужителя. В 1813 году окончил Вольнскую духовную семинарию. 12 августа 1823 года завершил обучение в Императорской Санкт-Петербургской медико-хирургической академии лекарем I отделения и был направлен на Гороблагодатский завод [11, 14, 15]. 5 декабря 1823 года был определен лекарем на Кушвинский завод [2]. 18 января 1826 года Императорской медико-хирургической академией С.Ф. Тучемский утвержден в звании медика-хирурга [2].

22 апреля 1826 года С.Ф. Тучемский по состоянию здоровья был переведен на Воткинский завод и назначен старшим врачом заводского госпиталя [2, 11]. Примечательно, что за сравнительно короткий срок службы на Кушвинском заводе С.Ф. Тучемский сумел завоевать уважение начальника завода Н. Мамышева, который с сожалением расставался с молодым врачом и писал, что С.Ф. Тучемский «по своему искусству много делает пользы не только для завода Воткинского, но и вообще всего тамошнего края» [11, 18].

В 1829 году С.Ф. Тучемский завершил работу над большим трудом «Медико-топографическое описание Камско-Воткинского завода», который он представил в медико-хирургическую академию на соискание ученой степени доктора медицины и хирургии. По предположению В. Пролеевой, это первая в истории диссертация, написанная на материалах г. Воткинска [11]. 4 июля 1831 года Сильвестр Федорович «конференцией Санкт-Петербургской Императорской медико-хирургической академии утвержден в звании доктора медицины и хирургии» и получил докторский диплом за № 102 [2, 11].

В январе 1830 г. «за отличные познания, усердие по службе и успехи в пользовании (т.е. лечении) больных» С.Ф. Тучемскому было назначено годовое жалование в 2 тысячи рублей. В августе 1830 года «за безвозмездное



Рис. 1. Сильвестр Федорович Тучемский

пользование (т.е. лечение) крестьян удельного ведомства, засвидетельствованное удельным начальством», был «всемилоостивейше пожалован ему бриллиантовый перстень в 900 рублей» [2]

В Центральном Государственном Архиве Удмуртской республики (ЦГА УР) хранится ряд документов, характеризующих Сильвестра Федоровича как «исключительного медика, каким он проявил себя на посту управляющего Воткинским госпиталем» [11]. Один из дошедших до нас «Формулярных списков классных чиновников, унтершихтмейстеров и приказно слушателей за 1831 год» гласит:

«Господину Главному Начальнику горных заводов Хребта Уральского. 20 июля 1832 года.

Состоящий в штате Камско-Воткинского завода доктор медицины и хирургии Тучемский, при отличных своих познаниях, продолжает здесь служение с примерно-отличным усердием. Поставляя справедливейшею обязанностью засвидетельствовать пред Вашим Превосходительством таковое отличное усердие, полезное

служению Доктора Тучемского и представляя к начальственному благоусмотрению формулярный об нем список, я осмеливаюсь покорнейше просить о исходатайствовании ему награждения соответственным званием его чином, что послужит сему отличному медику поощрением к ревностному продолжению здесь полезной его службы.

### **СПИСОК ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ И ХИРУРГИИ ТУЧЕМСКОГО 1831 ГОДА**

1. Управляющий госпиталем Камско-Воткинского завода Доктор медицины и хирургии Тучемский.

2. В службе с 1823 года.

3. В звании Доктора с 22 мая 1831 г., в должности с 22 апреля 1826 года.

4. Жалованье получает 2000 р. в год.

5. Никаких особых наград не получал.

6. Представлен к награждению чином соответственным ученому званию» [17].

В годы своей службы на Воткинском заводе С.Ф. Тучемский большое внимание уделял профилактической медицине. Сильвестр Федорович первым из воткинских врачей стал заниматься вопросами профессиональных заболеваний, гигиены и диетологии [3, 11]. Особого внимания заслуживает тонкое мастерство, которое проявлял С.Ф. Тучемский, осуществляя операции на глазах [3, 11]. «Тучемский не боялся даже самых сложных операций и нередко возвращал способность видеть безнадежным больным. Операции на глазах доктор делал с помощью инструментов, изготовленных по его заказу на Воткинском заводе» [3].

«Кроме того, доктор Тучемский сделал весьма много всяких открытий по части ботаники. От этого растения, дотоле покупаемые, он заменил растениями туземными, посредством чего доставил самую важную выгоду от сбережения денег на покупку их» [4, 14].

В ЦГА УР сохранилась переписка 1830 года С.Ф. Тучемского с профессором Московского университета И. Двигубским о лечебной траве «ползучая дубровка», оказывающей противолихорадочное действие на организм [16].

«Господину Горному начальнику Камско-Воткинского завода. Медика-хирурга Тучемского.

В V части Военного медицинского журнала на странице 155-й описывается растение ползучей дубровкой названное, оказывающее по наблюдению штаб-лекаря Михайловского отлич-

ное противолихорадочное действие в упорных перемежающихся лихорадках. Желая испытать действие растения сего и над моими больными и тем лечение сделать дешевле, я старался отыскать оное в окрестностях завода нашего. Труд мой сначала показался не бесполезным, но сравнив описание найденного мною растения в военно-медицинском журнале изложенное с описанием в Московской флоре на странице 298-й помещенном, представились многие несходства, породившие во мне сомнение относительно точного определения того растения» [16].

Для разрешения сомнения С.Ф. Тучемский покорнейше просил горного начальника Камско-Воткинского завода направить найденные им растения к профессору ботаники Московского университета [16]. «...при сем прилагаю четыре экземпляра растения со всеми его частями, долженствующего по моему мнению неизвестным быть — согласно описанию Московской флоры», — заключал Сильвестр Федорович [16]. Выполняя просьбу С.Ф. Тучемского, начальник Камско-Воткинского завода направил письмо ректору Императорского Московского университета профессору ботаники и доктору медицины И. Двигубскому, «препровождая при сем представленные... четыре экземпляра найденного ...растения...» [16].

Кроме того, «за неимением в Воткинском заводе ветеринарного врача, доктор Тучемский, в случае надобности», исполнял и его обязанности, «оказывая своими советами пользу при появлении эпидемических болезней у лошадей и рогатого скота, как на заводе, так и в селениях» [4, 14].

В 1831 году Сильвестр Федорович Тучемский начал обучать фельдшерскому искусству на безвозмездной основе 19 учеников, отобранных среди наиболее способных оспопрививателей Вятской губернии. В 1832 году 10 человек из них после проведенного в Петербурге испытания были признаны достаточно подготовленными и размещены фельдшерами в Вятском имении [14].

«Высочайшим повелением, состоявшемся в августе 1835 года», и приказом «Господина Главноуправляющего корпусом горных инженеров № 26 от 8 октября 1835 года» С.Ф. Тучемскому объявлено «монаршее его Императорского величества благоволение за образование удельного ведомства 19 фельдшеров», т.е. за обучение для удельного ведомства 19 фельдшеров [2].

Циркуляром от 31 августа 1838 года Департамент уделов постановил, что в каждом имении должно быть выбрано и отдано в обучение медику при конторе по три грамотных крестьянских юноши 16–18 лет. Устанавливаемая

циркуляром продолжительность обучения от двух до четырех лет определялась способностями и успехами учеников [14, 15].

Медики должны были обучать мальчиков: «Собирать, хранить и употреблять лекарственные растения. Распознавать болезни, составлять и употреблять лекарства, лечить ушибы, переломы и вывихи костей, порубки, ознобы, обморожения, укушения бешеных собак, ужаления змей. Пользоваться простыми средствами от лихорадки, ломоты, водяной болезни. Кашля, поноса, некоторых глазных болей, чесотки, лишая, разных ран. Давать помощь угоревшим, утопшим, громом пораженным, замерзшим, отравленным, подавившимся, умирающим от кровотечения, опившимся и прочим» [14].

По окончании обучения они экзаменовались в местной врачебной управе и, получив свидетельство на звание фельдшера, размещались по удельным селениям, многие возвращались в свои семьи [14, 15].

Из письма Горного начальника Камско-Воткинского завода И.П. Чайковского в адрес вятского губернатора от 15 июня 1843 года: «...находящихся под непосредственным его руководством шести лекарских учеников, поступивших в сие звание из детей мастеров завода, постоянно наставляя при постелях больных, внушает им познания не только до фельдшеров касающиеся, но наставил их, внутренние болезни часто в практике встречающиеся, верно распознать и в отсутствии врача назначать приличный способ врачевания.

На этом основании, некоторые из его учеников, с моего разрешения, приглашаются для помощи больным в Ижевский завод и уездные города Сарапул, Глазов и Мензелинск.

При сем случае доктор Тучемский оказал немаловажную услугу, ибо образование такого числа лекарских учеников фельдшерских школах, полагая для каждого курс в четыре года, стоило бы казне в 12000 рублей ассигнациями» [4, 14].

В фондах ЦГА УР сохранились ходатайства доктора С.Ф. Тучемского о повышении в звании лекарских и аптекарских учеников:

«В контору Камско-Воткинского завода. При сем имею честь представить в оную контору список о лекарских и аптекарских учениках с аттестацией моею. Доктор Тучемский.

Лекарские ученики унтершихтмейстеры 1-го класса при гошпитале находятся. Димитрий Запольский, Алексей Лушников. Яков Кузнецов. Яков Бородин. Унтершихтмейстеры 2-го класса Борис Кривоногов, Иван Запольский, Иван Вострокнутов. К продолжению службы способны и к повышению чином достойны.

Унтершихтмейстеры 1-го класса при аптеке. Яков Ивуков, Петр Губанов, Иосаф Мурамцев. Унтершихтмейстер 2-го класса Иван Сысолятин. К продолжению службы способны и к повышению чином достойны. Доктор Тучемский» [17].

14 декабря 1836 года Сильвестр Федорович «всемилоостивейше пожалован кавалером ордена Св. Анны III степени» [2].

14 мая 1837 года С.Ф. Тучемский «по указу Правительствующего Сената произведен надворным советником со старшинством» [2].

Весной 1837 года горным начальником Камско-Воткинского округа был назначен И.П. Чайковский – отец знаменитого композитора Петра Ильича Чайковского. В одном из писем жене, написанном несколько дней спустя после приезда в Воткинск, И.П. Чайковский сообщал: «Управитель у меня майор Романов прекрасный малый, кроме его еще трое инженеров: Бадаев, Алексеев и Отрада, порядочные люди. С доктором знакомлюсь все более и более, он мне очень нравится...» [12]. В дальнейшем Сильвестр Федорович завоевал любовь и уважением не только Ильи Петровича, но и всех его домочадцев. В Музее-усадьбе П.И. Чайковского в г. Воткинске на стене одной из комнат висит фотография степенного пожилого мужчины. Это Сильвестр Федорович Тучемский — соратник, близкий друг и лечащий врач семьи Чайковских.

Здоровье супруги Ильи Петровича — Александры Андреевны и их малолетних детей находилось под чутким наблюдением доктора С.Ф. Тучемского. Дети у четы Чайковских рождались часто. В 1838 году родился Николай, через два года, в 1840 году — Петр, в 1841 году — Сашенька и в 1843 году — Ипполит [1, 6, 7, 10, 13].

Однажды осенью внезапно заболел маленький Николай. У Коленки была высокая температура, состояние его быстро ухудшалось. Мальчик, казалось, умирал. В дом Чайковских была принесена Владимирская икона Божией матери. У постели лежащего без памяти ребенка начали служить молебен об исцелении. Срочно был вызван С.Ф. Тучемский. Благодаря молитвам и целебным настоям доктора С.Ф. Тучемского к утру Коленка очнулся и попросил кушать.

Семьи Чайковских и Тучемских были очень дружны. «...младшие из шестерых детей Сильвестра Федоровича Валериан и Анна были, по-видимому, друзьями Пети Чайковского, будущего гения русской музыки» [11]. В памяти Петра Ильича Чайковского навсегда сохранились светлые воспоминания о счастливых беззаботных годах, проведенных в Воткинске. Была большая дружная семья, много друзей, веселые праздники, детские забавы, игры...

В мае 1837 года Воткинский поселок посетил наследник престола Александр Николаевич. В числе прочего он познакомился с работой заводского госпиталя и остался «весьма доволен состоянием дел в нем». За отличную профессиональную работу доктор С.Ф. Тучемский был награжден перстнем с бриллиантом ценою в тысячу рублей. В госпитальном парке цесаревич посадил лиственницу, которая растет до сих пор около ДК «Юбилейный», где в те годы располагались госпиталь и госпитальный огород [3, 14].

22 августа 1840 года С.Ф. Тучемский «всемилоостивейше пожалован знаком отличия беспорочной службы за 15 лет». 22 августа 1844 года «15-летний знак отличия беспорочной службы переименован на 20-летний» [2].

Из письма Горного начальника Камско-Воткинского завода И.П. Чайковского в адрес вятского губернатора от 15 июня 1843 года: «Считаю своим долгом сообщить Вам о заслугах старшего медика Воткинского завода, доктора медицины и хирургии, надворного советника Сильвестра Федоровича Тучемского. Эти заслуги должны быть разделены на две части: 1. На заслуги, оказываемые им по месту служения заводским людям. 2. На заслуги, оказываемые им людям постороннего ведомства, прибывающим для врачевания к нему из разных губерний.

По части заводской, продолжая службу с 1826 года и пользуясь всегда с отменным успехом во всякого рода болезнях, он учредил в госпитале и аптеке отличный порядок. Так что в бытность на сем заводе Его Императорского Высочества Государя наследника Александра Николаевича, находившийся при нем лейб-хирург Енохин по обозрению госпиталя в моем присутствии донес Его Императорскому Высочеству, что госпиталь, управляемый доктором Тучемским, должно считать, по внутреннему его порядку, наряду с лучшими благоустроенными госпиталями» [4, 14, 15].

«При установленном порядке врачевания больных, которых постоянно находится в Воткинском госпитале от 70 до 100, а, в настоящее время, до 300 человек, не включая в то число пользующихся в квартирах (т.е. лечащихся на дому) мастеровых жен и детей, которых круглым счетом бывает до 30 человек в день», — продолжал И.П. Чайковский [4, 14].

На период, когда округом управлял И.П. Чайковский (1837–1848 гг.), приходится расцвет врачебной деятельности Сильвестра Федоровича. Два талантливых неординарных человека строили планы по дальнейшему развитию заводского и медицинского дела в Воткинске, под-

готовке профессиональных кадров. В ту пору в Воткинском рабочем поселке проживало около 10 тыс. человек. Как пишет В.И. Пролеева, «горный начальник и управляющий госпиталем вместе мечтали о том, чтобы медицинское дело в Воткинске было поставлено на высокий уровень, вынашивали планы строительства нового каменного госпиталя и сооружения набережной от заводской плотины до госпитальной территории» [11, 12]. С именем И.П. Чайковского связано зарождение судостроения на Камско-Воткинском заводе. В 1846 году была сооружена судовой верфь для производства пароходов, а закладка первого парохода в Воткинске осенью 1847 года стала крупным событием для всего Урала. На заводе были значительно усовершенствованы металлообрабатывающие механизмы, внедрены паровые молоты, прессы, подъемные устройства и другие новшества, обеспечивающие значительное сокращение затрат человеческого труда и повышения качественных характеристик изделия. Под руководством Ильи Петровича были открыты двухклассная школа для девочек на 50 мест и окружное горнозаводское училище с четырехлетним сроком обучения. При заводском госпитале и аптекарском огороде, на котором выращивали необходимые для лечения лекарственные растения, проходили практику ученики Малой горной школы, специально изучавшие латынь, чтобы стать грамотными провизорами.

И.П. Чайковский, всегда ценивший научные знания, при организации Ученого общества на заводе, наряду с управителем завода и ведущими инженерами, членом этого общества назначил и С.Ф. Тучемского [12].

Вятскому губернатору полковник Чайковский писал: «...убеждаясь постоянно усердной и ревностной службой доктора Тучемского, я считаю своим долгом просить Ваше Превосходительство необыкновенные заслуги его, особенно по безвозмездному врачеванию людей не принадлежащих к горному ведомству и во множестве к нему стекающихся, искусством его, получая исцеление, довести до сведения Государя Императора» [4, 14].

В 1843 году С.Ф. Тучемский был командирован в г. Санкт-Петербург с поручением сопроводить отобранных для обучения детей мастеровых Уральских заводов в Горный институт и Горную техническую школу. В ЦГА УР хранится переписка Главного начальника горных заводов Уральского хребта генерал-лейтенанта Глинке и Горного начальника Воткинского завода И.П. Чайковского по вопросу командирования С.Ф. Тучемского в г. Санкт-Петербург [19].

«Г. (т.е. господину) Горному начальнику Воткинского завода.

Главного начальника Горных заводов Уральского хребта.

18 июня 1843 г.

Назначая служащего в Воткинском заводе, Доктора медицины и хирургии надворного советника Тучемского, для доставления в С.Петербург малолетов, я предлагаю Вашему высокоблагородию: 1) командировать Г. Тучемского в Екатеринбург к здешнему Горному начальнику к 20 июля, для приема мальчиков, назначенных в Техническую школу с Гороблагодатских, Богословских, Златоустовских и Екатеринбургских заводов; 2) сдать Г. Тучемскому на Соновской станции, во время проезда его в С.-Петербург, двух мальчиков, которые будут назначены с управляемого Вами завода в означенную школу. При этом нужным считаю присокупить, что Г. Тучемский будет следовать через сказанную станцию около 25 июля.

Генерал-лейтенант Глинка» [19].

В другом письме читаем:

«Г. Горному начальнику Воткинского завода. Главного начальника Горных заводов Уральского хребта.

29 июня 1843 г.

Предписанием мои я назначил Г. Тучемского для доставления в С. Петербург малолетов, требующихся в Горную школу. А как ныне согласно с приказанием должны быть отправлены еще с Уральских заводов кандидаты в Горный институт, то и препровождение сих последних в С. Петербург я поручаю ему же Г. Тучемскому и предлагаю Вашему высокоблагородию поставить его об этом в известность с тем, чтобы он Г. Тучемский для приема всех поручаемых ему для сопровождения малолетов прибыл в Екатеринбург...» [19].

На транспортные расходы до Екатеринбурга С.Ф. Тучемскому было выделено 27 руб. 49,5 коп. серебром. «А как для проезда его отсюда до города Екатеринбурга, по числу 611 верстного расстояния, потребно прогонных денег на три лошади, по 1,5 коп. серебром на лошадь и версту, всего 27 руб. 49,5 коп. серебром, то определено: деньги сим выписав из заводской суммы в расход выдать Г. Тучемскому с распиской в книге и потом, поставя их долгом на Екатеринбургские заводы, требовать от оных в возврат; о чем предписать казначею и Бухгалтерии, а о выдаче подорожной объявить секретарю Конторы...» [19].

12 июля 1845 года С.Ф. Тучемский «определен сверх настоящей должности врачом по Ве-

домству Вятской палаты Государственных имуществ для пользования (т.е. лечения) ближайших к Воткинскому заводу крестьян» [2].

6 августа 1845 года С.Ф. Тучемский «Именным высочайшим Указом, данным Правительствующему сенату, всемилостивейше пожалован в коллежские советники» [2].

31 июля 1846 года за распространение предохранительного оспопрививания Сильвестр Федорович удостоен Императорским вольным Экономическим обществом золотой медали в 20 червонцев [2].

И.П. Чайковский в письме в адрес вятского губернатора от 15 июня 1843 года отмечал успехи С.Ф. Тучемского в оспопрививании: «Доктор Тучемский, находясь при постоянных трудах, ничего не упускает из виду, что только может служить в пользу ближнего. Он усовершенствовал в Воткинском заводе прививание от оспы, которое, до поступления его на службу, в полной мере не было развито.

Доктор Тучемский своим благоразумием, советами и наставлениями внушил спасительную меру оспопрививания каждому отцу семейства. Под его руководством оспопрививание было сделано 13000 детей, за что уже награждены его два лекарских ученика серебряными медалями» [4, 14, 15].

В «Реестре по алфавитному порядку, приложенному к формулярным спискам о чиновниках, служащих в штате Воткинского завода за 1847 год» за подписью горного начальника полковника И.П. Чайковского и столоначальника В. Семенова под № 23 числится имя Тучемского Сильвестра Федорова [2, 20].

«Медицинские чиновники. Доктор медицины и хирургии, коллежский советник Сильвестр Федоров Тучемский — старший врач по госпиталю Воткинского завода. 55 лет. Православного вероисповедания. Жалованье 571 р. 80 коп., пенсия 285р. 90 коп. серебром в год. Духовного звания. Дома не имеет» [2]. О семейном положении С.Ф. Тучемского, полковник И.П. Чайковский сообщал: «Вдов первым браком, имеет детей: Николая 19,5 лет, Василия 16 лет, Владимира 13 лет, Валериана 8 лет, Александра 6 лет, Марью 14 лет, Анну 10 лет и Софью 3 лет. Первые трое из них обучаются в горном институте. А последние при нем. Дети православного вероисповедания» [2].

По сохранившемуся формулярному списку, представляющему собой краткий биографический очерк, можно проследить основные вехи жизненного пути Сильвестра Федоровича. Приведенные в настоящем документе правительственные звания и награды Сильвестра



Рис. 2. С.Ф. Тучемский, старший лекарь Воткинского завода, с родными. 1860-е годы

Федоровича служат наглядными свидетельствами высокой оценки его заслуг [2]. Ведь известен Тучемский был не только в Камско-Воткинской округе.

Гонный начальник Камско-Воткинского завода И.П. Чайковский в упомянутом уже письме к вятскому губернатору от 15 июня 1843 года писал: «По части врачевания людей разных классов и состояний доктор Тучемский вниманием своим к болящим, благоразумием и долговременной опытностью приобрел такое доверие, что в Воткинский завод сделался местом стечения больных с самыми запущенными болезнями. Причем, не только из Вятской губернии, в которой стоит завод, но даже из Пермской, Оренбургской и Казанской губерний, прилегающих к Вятской губернии.

Эти люди прибегают к нему для получения пособий и советов, особенно в глазных болезнях. Он, посредством своего искусства, безвозмездно возвратил многим семейное счастье и многим бедным семействам для пропитания их

возвратил отцов и матерей, в особенности из класса государственных крестьян» [4, 14].

Врачебное искусство Сильвестра Федоровича было общепризнанным, к нему приезжали лечиться даже жители Москвы и Петербурга. «Слава искусного врачевателя шла по всей Вятской губернии» [11]. В I томе вышедшей в 1880 году книге «Столетие Вятской губернии» С.Ф. Тучемский был назван «одним из старейших и лучших деятелей в вятском крае, которому своею жизнью и здоровьем обязано большое число народа разных званий» [12]. Одним из многочисленных его пациентов был и писатель-сатирик М. Е. Салтыков, заболевший в вятской ссылке (1848-1855 гг.) суставным ревматизмом.

М.Е. Салтыков-Щедрин прислал С.Ф. Тучемскому, излечившему его от недуга, экземпляр первого издания «Губернских очерков», написанных на вятском материале, а Тучемский на полях расшифровал подлинные фамилии тех вятских чиновников, которые послужили Щедрину прототипами в «Очерках».

В 1862 году врач Камско-Воткинского завода Ильвестр Федорович Тучемский заведовал по совместительству частным госпиталем Средне-Рождественского завода в Ножовке, при котором находились аптека и богадельня [14, 15].

Помимо лечебной работы, Сильвестр Федорович написал ряд статей и заметок по вопросам медицины. У него была хорошая библиотека, которая перешла в наследство к его сыну — горному инженеру Николаю Сильвестровичу Тучемскому.

Сильвестр Федорович Тучемский умер в возрасте 76 лет в г. Воткинске. Могила С.Ф. Тучемского сохранилась до сих пор. Она находится в ограде Преображенской церкви на Нагорном кладбище. На надгробной плите выбиты следующие слова: «Здесь погребено тело доктора медицины и хирургии статского советника Сильвестра Федоровича Тучемского, скончавшегося 16 марта 1868 года на 76 году от рождения» [3].

В Санкт-Петербурге в архиве хранится копия завещания инженера Николая Сильвестровича Тучемского, умершего в 1898 году. Для увековечивания памяти отца он завещал Военно-медицинской академии в г. Санкт-Петербург свой капитал в 144 тысячи рублей. На эти деньги в XIX в. были учреждены несколько стипендий студентам академии и премии за научные исследования в области медицины с выдачей почетных медалей двух степеней имени медика-хирурга С.Ф. Тучемского. Одна из них имеется, в коллекции историка медицины Э.Д. Грибанова [3, 5].

Искусный хирург и высокообразованный ученый, отличающийся высокими морально-этическими качествами, лечащий врач семьи Чайковских — таким вошел в историю отечественной медицины Сильвестр Федорович Тучемский. Почти вся деятельность Сильвестра Федоровича Тучемского была связана с Воткинским заводом. Поступая на службу в Воткинский заводской госпиталь, 34-летний доктор, наверное, и не подозревал, что здесь ему будет суждено прожить всю оставшуюся жизнь. Более 40 лет он возглавлял в поселке медицинское дело. Всецело преданный своему делу, Сильвестр Федорович Тучемский оказал значительное влияние на развитие лучших гуманистических традиций отечественной медицины. Слова знаменитого древнегреческого целителя и врачевателя Гиппократ как нельзя лучше соответствуют нравственному облику доктора С.Ф. Тучемского: «Врач, должен быть благоразумным по своему нраву человеком, прекрасным, добрым и человеколюбивым». Талант С.Ф. Тучемского проявлялся в умении любить и ценить людей независимо от их социального положения. Обладая глубокими научными знаниями и сер-



Рис. 3. Памятник на могиле С.Ф. Тучемского в Воткинске

дечным отношением к больным, доктор завоевал огромный авторитет среди населения Вятского края и соседних губерний. В памяти потомков он навсегда останется высокопрофессиональным хирургом, организатором врачебного дела в Вятской губернии, доктором-человеколюбцем.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аншаков Б.Я., Вайдман П.Е. П.И. Чайковский. Годы детства: материалы к биографии. Ижевск: Удмуртия; 1983.
2. Архив музея-усадьбы П.И. Чайковского-3234/4. Ф. 4. Оп. 1. Дополнение 1. Д. 8, Л. 17–23.
3. Горшкова Е. Чудесный доктор. Воткинские вести. 30 июня 2015; № 71: 3.
4. Государственный архив Кировской области. Ф. 582. Оп. 17. Д. 32, Л. 3–6.
5. Груздев В.Ф. Медицина и нумизматика. Советское здравоохранение. 1958; № 7: 60–63.
6. Грязев Г.Г. Пётр Чайковский. К родословной: фотоальбом. Ижевск: Удмуртия; 2014.
7. Кузнецов, А.В., Боголюбская А.В., Замятина И.А., Карпеева А.П., Кривилева Т.В., Неганова Т.Н. У истоков музыки. Воткинск — родина П. И. Чайковского. Ижевск: Медиа Группа «Парацельс»; 2008.
8. Петряев Е. Д. Литературные находки: Очерки культурного прошлого Вятской земли. Киров: Волго-Вятское книжное издательство; 1966.
9. Петряев Е. Литературные находки: Очерки культурного прошлого Вятской земли. Киров: Волго-Вятское книжное издательство; 1981.

10. Прибегина Г.А. П.И. Чайковский: альбом. М.: Музыка; 1984.
11. Пролеева В. Доктор Тучемский. Ленинский путь. 11 февраля 1978.
12. Пролеева В.И. Доктор С.Ф. Тучемский. В кн.: П.И. Чайковский и Урал. Ижевск: Удмуртия; 1983.
13. Прудникова О. Ф., Поздеев Т.А. На родине П. И. Чайковского: фотокнига. Ижевск: Удмуртия; 1990.
14. Рашковский А. Выдающийся врач и организатор здравоохранения. Жизнь и судьба доктора Тучемского. Интеллектуал(ка): интернет-журнал для любителей знатных. Доступен по: <http://интеллектуал-ка.рф/articles/060322-vyidayushhiysya-vrach-i-organizator-zdravoohraneniya-zhizn-i-sudba-doktora-tuchemskogo> (дата обращения 16.05.2017).
15. Рашковский А. Труды и дни заводского медика Тучемского. Уральский следопыт. 2015; № 4: 43–47.
16. Центральный Государственный Архив Удмуртской Республики. Ф. 212. Оп. 1. Д. 3729.
17. Центральный Государственный Архив Удмуртской Республики. Ф. 212. Оп. 1. Д. 3945. Л. 56–57.
18. Центральный Государственный Архив Удмуртской Республики. Ф. 212. Оп. 1. Д. 8184. Л. 1.
19. Центральный Государственный Архив Удмуртской Республики. Ф. 212. Оп. 1(30). Д. 11581.
20. Центральный Государственный Исторический Архив г. Санкт-Петербург. Ф. 1349. Оп. 5. Д. 77.
8. Petryaev E.D. Literaturnye nakhodki: Ocherki kul'turnogo proshlogo Vyatskoy zemli. [Literary discoveries: Essays on the cultural past of the Vyatka land]. Kirov: Volgo-Vyatskoe knizhnoe izdatel'stvo; 1966 (in Russian).
9. Petryaev E. Literaturnye nakhodki: Ocherki kul'turnogo proshlogo Vyatskoy zemli. [Literary discoveries: Essays on the cultural past of the Vyatka land]. Kirov: Volgo-Vyatskoe knizhnoe izdatel'stvo; 1981. (in Russian).
10. Pribegina G.A. P.I. Chaykovskiy: al'bom. [P. I. Tchaikovsky: album]. M.: Muzyka; 1984 (in Russian).
11. Proleeva V. Doktor Tuchemskiy. [Dr. Tuchemsky]. Leninskiy put'. 11 fevralya 1978 (in Russian).
12. Proleeva V.I. Doktor S.F. Tuchemskiy. [Dr. Tuchemsky]. V kn.: P.I. Chaykovskiy i Ural. Izhevsk: Udmurtiya; 1983 (in Russian).
13. Prudnikova O.F., Pozdeev T.A. Na rodine P.I. Chaykovskogo: fotokniga. [In the homeland of P. I. Tchaikovsky: the photobook]. Izhevsk: Udmurtiya; 1990 (in Russian).
14. Rashkovskiy A. Vydayushchiysya vrach i organizator zdravookhraneniya. Zhizn' i sud'ba doktora Tuchemskogo. [An outstanding doctor and public health professional. Life and fate doctor Tuchemsky]. Intellektual(-ka): internet-zhurnal dlya lyuboznatel'nykh. Available at: <http://intellektual-ka.rf/articles/060322-vyidayushhiysya-vrach-i-organizator-zdravoohraneniya-zhizn-i-sudba-doktora-tuchemskogo> (accessed 16.05.2017) (in Russian).
15. Rashkovskiy A. Trudy i dni zavodskogo medika Tuchemskogo. [Works and days of the factory doctor Tuchemsky]. Ural'skiy sledopyt. 2015; № 4: 43–47 (in Russian).
16. Tsentral'nyy Gosudarstvennyy Arkhiv Udmurtskoy Respubliki. [Central State Archive of The Udmurt Republic]. F. 212. Op. 1. D. 3729 (in Russian).
17. Tsentral'nyy Gosudarstvennyy Arkhiv Udmurtskoy Respubliki. [Central State Archive of The Udmurt Republic]. F. 212. Op. 1. D. 3945. L. 56–57 (in Russian).
18. Tsentral'nyy Gosudarstvennyy Arkhiv Udmurtskoy Respubliki. [Central State Archive of The Udmurt Republic]. F. 212. Op. 1. D. 8184. L. 1 (in Russian).
19. Tsentral'nyy Gosudarstvennyy Arkhiv Udmurtskoy Respubliki. [Central State Archive of The Udmurt Republic]. F. 212. Op. 1(30). D. 11581 (in Russian).
20. Tsentral'nyy Gosudarstvennyy Istoricheskiy Arkhiv g. Sankt-Peterburg. [Central State Historical Archive of Saint-Petersburg]. F. 1349. Op. 5. D. 77 (in Russian).

## REFERENCES

1. Anshakov B.Ya., Vaydman P.E. P.I. Chaykovskiy. Gody detstva: materialy k biografii. [P. I. Tchaikovsky. The years of childhood: materials for the biography]. Izhevsk: Udmurtiya; 1983 (in Russian).
2. Arkhiv muzeya-usad'by P.I. Chaykovskogo-3234/4. [The archive of the Museum-estate of P. I. Tchaikovsky-3234/4]. F. 4. Op. 1. Dopolnenie 1. D. 8, L. 17–23 (in Russian).
3. Gorshkova E. Chudesnyy doktor. [The wonderful doctor]. Votkinskie vesti. 30 iyunya 2015; № 71: 3 (in Russian).
4. Gosudarstvennyy arkhiv Kirovskoy oblasti. [State archive of the Kirov region]. F. 582. Op. 17. D. 32, L. 3–6.
5. Gruzdev V.F. Meditsina i numizmatika. [Medicine and numismatics]. Sovetskoe zdravookhranenie. 1958; № 7: 60–63 (in Russian).
6. Gryazev G.G. Petr Chaykovskiy. K rodoslovnnoy: fotoal'bom. [Peter Tchaikovsky. To the genealogy: photo album]. Izhevsk: Udmurtiya; 2014 (in Russian).
7. Kuznetsov, A.V., Bogolyubskaya A.V., Zamyatina I.A., Karpeeva A.P., Krivileva T.V., Neganova T.N. U istokov muzyki. Votkinsk — rodina P. I. Chaykovskogo. [The origins of music. Votkinsk is the birthplace of P. I. Tchaikovsky]. Izhevsk: Media Gruppya «Paratsel's»; 2008. (in Russian).
8. Petryaev E.D. Literaturnye nakhodki: Ocherki kul'turnogo proshlogo Vyatskoy zemli. [Literary discoveries: Essays on the cultural past of the Vyatka land]. Kirov: Volgo-Vyatskoe knizhnoe izdatel'stvo; 1966 (in Russian).
9. Petryaev E. Literaturnye nakhodki: Ocherki kul'turnogo proshlogo Vyatskoy zemli. [Literary discoveries: Essays on the cultural past of the Vyatka land]. Kirov: Volgo-Vyatskoe knizhnoe izdatel'stvo; 1981. (in Russian).
10. Pribegina G.A. P.I. Chaykovskiy: al'bom. [P. I. Tchaikovsky: album]. M.: Muzyka; 1984 (in Russian).
11. Proleeva V. Doktor Tuchemskiy. [Dr. Tuchemsky]. Leninskiy put'. 11 fevralya 1978 (in Russian).
12. Proleeva V.I. Doktor S.F. Tuchemskiy. [Dr. Tuchemsky]. V kn.: P.I. Chaykovskiy i Ural. Izhevsk: Udmurtiya; 1983 (in Russian).
13. Prudnikova O.F., Pozdeev T.A. Na rodine P.I. Chaykovskogo: fotokniga. [In the homeland of P. I. Tchaikovsky: the photobook]. Izhevsk: Udmurtiya; 1990 (in Russian).
14. Rashkovskiy A. Vydayushchiysya vrach i organizator zdravookhraneniya. Zhizn' i sud'ba doktora Tuchemskogo. [An outstanding doctor and public health professional. Life and fate doctor Tuchemsky]. Intellektual(-ka): internet-zhurnal dlya lyuboznatel'nykh. Available at: <http://intellektual-ka.rf/articles/060322-vyidayushhiysya-vrach-i-organizator-zdravoohraneniya-zhizn-i-sudba-doktora-tuchemskogo> (accessed 16.05.2017) (in Russian).
15. Rashkovskiy A. Trudy i dni zavodskogo medika Tuchemskogo. [Works and days of the factory doctor Tuchemsky]. Ural'skiy sledopyt. 2015; № 4: 43–47 (in Russian).
16. Tsentral'nyy Gosudarstvennyy Arkhiv Udmurtskoy Respubliki. [Central State Archive of The Udmurt Republic]. F. 212. Op. 1. D. 3729 (in Russian).
17. Tsentral'nyy Gosudarstvennyy Arkhiv Udmurtskoy Respubliki. [Central State Archive of The Udmurt Republic]. F. 212. Op. 1. D. 3945. L. 56–57 (in Russian).
18. Tsentral'nyy Gosudarstvennyy Arkhiv Udmurtskoy Respubliki. [Central State Archive of The Udmurt Republic]. F. 212. Op. 1. D. 8184. L. 1 (in Russian).
19. Tsentral'nyy Gosudarstvennyy Arkhiv Udmurtskoy Respubliki. [Central State Archive of The Udmurt Republic]. F. 212. Op. 1(30). D. 11581 (in Russian).
20. Tsentral'nyy Gosudarstvennyy Istoricheskiy Arkhiv g. Sankt-Peterburg. [Central State Historical Archive of Saint-Petersburg]. F. 1349. Op. 5. D. 77 (in Russian).

## К 95-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА В.А. МИНЯЕВА

© *Николай Иванович Вишняков, Екатерина Николаевна Пенюгина,  
Лариса Валерьяновна Кочорова*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого 6/8

**Контактная информация:** Вишняков Николай Иванович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением. E-mail: orgzdrav@mail.ru

**РЕЗЮМЕ:** В 2016 г. исполнилось 95 лет со дня рождения заслуженного деятеля науки Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора Владимира Алексеевича Миняева. В статье представлены важнейшие биографические данные, основные этапы профессиональной деятельности выдающегося организатора здравоохранения. С 1966 по 1988 г. В.А. Миняев был ректором Первого Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова. За это период были построены и введены в эксплуатацию современные здания клинических кафедр, спортивный комплекс, три общежития для студентов. Под руководством В.А. Миняева защищено 25 кандидатских и 8 докторских диссертаций, выполнен целый ряд научных исследований, посвященных вопросам планирования и организации стационарной и амбулаторной помощи, развитию обязательного медицинского страхования, формированию системы контроля качества медицинской помощи. В.А. Миняев является автором 5 учебников и более 200 научных трудов, в 1995 г. он стал инициатором издания ежегодного сборника научных трудов «Проблемы городского здравоохранения».

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** В.А. Миняев; общественное здоровье; организация здравоохранения; медико-санитарное зонирование.

## TO THE 95TH ANNIVERSARY OF THE BIRTHDAY OF PROFESSOR V.A. MINYAEV

© *Nikolay I. Vishnyakov, Catherine N. Penyugina, Larissa V. Kochorova*

Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University. Leo Tolstoy str., 6–8.  
Saint Petersburg, Russia, 197022

**Contact Information:** Nikolay I. Vishnyakov — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Public Health and Healthcare with Economics Courses and Health Management. E-mail: orgzdrav@mail.ru

**ABSTRACT:** In 2016, 95 years have passed since the birth of the Honored Worker of Science of the Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, Professor Vladimir Alekseevich Minyaev. The article presents the most important biographical data, the main stages of professional activity of the outstanding organizer of public health services. From 1966 to 1988, V.A. Minyaev was rector of the First Leningrad Medical Institute after Academician I.P. Pavlov. For this period modern buildings of clinical departments, a sports complex, three hostels for students had been constructed and put into operation. Under the guidance of V.A. Minyaev, 25 candidate and 8 doctoral dissertations were defended, a number of scientific researches devoted to planning and organization of inpatient and outpatient care, the development of compulsory medical insurance, and the formation of a quality control system for medical care were carried out. V.A. Minyaev is the author of 5 textbooks and more than 200 scientific papers, in 1995 he initiated the publication of the annual collection of scientific papers «Urban Health Problems».

**KEY WORDS:** V.A. Minyaev; public health; health care organization; health zoning



Рис. 1. Владимир Алексеевич Миняев

В 2016 году исполнилось 95 лет со дня рождения Владимира Алексеевича Миняева (рис. 1), доктора медицинских наук, профессора, Заслуженного деятеля науки Российской Федерации.

Владимир Алексеевич Миняев родился 30 мая 1921 года в городе Луга Ленинградской области, в семье пекаря.

В годы Великой Отечественной войны В.А. Миняев был командиром санитарного взвода стрелкового полка 8-й Гвардейской стрелковой дивизии им. генерал-майора И.В. Панфилова. Дважды был тяжело ранен, одно из ранений получил осенью 1944 года, когда во время жестокого боя был ранен немецкой миной. Память об этом тяжелейшем ранении — круповская сталь в ногах на всю оставшуюся жизнь.

В 1945 году В.А. Миняев поступил на лечебный факультет Первого Ленинградского медицинского института имени академика И.П. Павлова. После окончания института с отличием работал врачом-хирургом, главным врачом больницы, заместителем заведующего Ленгорздравотдела. В 1954 году поступил в аспирантуру на кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения 1-го ЛМИ, в 1957 году защитил кандидатскую диссертацию

цию и в течение двух лет работал ассистентом кафедры.

В 1959–1966 годы В.А. Миняев возглавлял Ленгорздравотдел, не прекращая научно-педагогическую деятельность на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения. В 1971 году защитил докторскую диссертацию.

В 1966 году Владимир Алексеевич был назначен ректором 1-го ЛМИ [7]. Эту должность он занимал 23 года, и следует признать, что это были годы развития и максимального расцвета института. Триада качества А. Донабедиана, в соответствии с которой достижение качества медицинской помощи возможно при наличии качества структуры, качества процесса оказания помощи и качества результата, была сформулирована лишь в 80-е годы XX века. А в 1-м ЛМИ эти принципы уже были практически реализованы в 60-е годы.

Огромное внимание ректор 1-го ЛМИ уделял развитию материально-технической базы института. В 1968 году построено современное здание клиники госпитальной хирургии и НИИ пульмонологии, в 1971 году завершено строительство здания клиники факультетской хирургии с аудиторией на 500 мест. В 1972 году построено здание баролаборатории. В 1978 году завершено строительство нового спортивного комплекса. В 1986 году введено в эксплуатацию здание «нефрокорпуса». В это же время строятся два кооперативных дома для сотрудников института. В 1978–1979 годы вводятся в эксплуатацию три благоустроенных общежития для студентов (1600 мест).

Кадровая политика В.А. Миняева, его бережное отношение и безграничное доверие к подчиненным, позволили создать команду единомышленников-профессионалов. Должности проректоров и деканов в течение многих лет занимали: В.А. Дунаевский, Ю.Д. Игнатов, А.В. Вальдман, Н.Н. Петрищев, В.Н. Ткачук, О.П. Большаков, С.Х. Аль-Шукри, Г.Е. Аркадьева и другие.

Кафедрами 1-го ЛМИ многие годы заведовали ученые с мировой известностью: М.Г. Привес, И.Г. Щербак, Э.К. Айламазян, Л.Б. Борисов, П.К. Булатов, О.А. Джалиашвили, В.А. Алмазов, Т.Б. Журавлева, С.И. Рябов, А.И. Калинин, Г.С. Катинас, В.И. Колесов, Ю.А. Кротов, Б.А. Лебедев, Л.В. Лебедев, Е.П. Шувалова, А.А. Скоромец, М.С. Плужников, Л.В. Поташов, Н.В. Путов, М.Г. Рыбакова, К.М. Сергеева, М.М. Соловьев, Г.Б. Федосеев, С.Я. Фрейдлин, Г.А. Хацкевич, Ф.Г. Углов, Н.А. Яицкий и другие. Штаты клиник и кафедр были полностью укомплектованы высококвалифици-

рованными врачами и преподавателями. Руководство института стремилось не только к улучшению ресурсного обеспечения подразделений, но и к созданию благоприятных условий для работы, к предоставлению максимальной самостоятельности руководителям, к избавлению их от мелочной опеки.

Постоянное совершенствование материально-технической базы института и кадровая политика стали залогом внедрения современных медицинских технологий в лечебно-диагностический процесс, формирования научных школ по ряду направлений. В 70–80-е годы XX века в институте функционировали диссертационные советы практически по всем научным специальностям. В аспирантуре обучались и защитили диссертации специалисты из многих стран мира.

Несмотря на сложный период развития страны, экономический и политический кризис, благодаря продуманным, грамотным, экономически обоснованным управленческим решениям, во всех подразделениях института обеспечивалась атмосфера стабильности. При этом не только правила внутреннего распорядка, но и сама организация учебного и лечебно-диагностического процесса предусматривали строжайшее соблюдение дисциплины и студентами, и аспирантами, и сотрудниками, и руководителями всех уровней. Поэтому случаи отчисления студентов за неуспеваемость были единичными, а случаи увольнения преподавателей и врачей были, как правило, связаны с карьерным ростом или переездом. Авторитет 1-го Ленинградского медицинского института имени академика И.П. Павлова был непрекращаем. Поступить сюда на учебу или на работу было огромным счастьем.

С 1978 по 1993 год В.А. Миняев возглавлял кафедру социальной медицины и организации здравоохранения 1-го ЛМИ. Под его руководством выполнено 25 кандидатских и 8 докторских диссертаций. Он является автором 5 учебников, 8 монографий и более двухсот научных работ.

Важной задачей Владимир Алексеевич считал обеспечение тесного сотрудничества с органами управления здравоохранением Ленинграда и Ленинградской области, с учреждениями здравоохранения города и области. Под руководством В.А. Миняева выполнен ряд научно-исследовательских работ, имеющих большое значение для практического здравоохранения до настоящего времени. Совместно с профессором кафедры И.В. Поляковым были разработаны принципы медико-санитарного

зонирования крупного города, изложенные в монографии «Здравоохранение крупного социалистического города» [2].

Медико-санитарные зоны, сформированные авторами монографии, являются основой для организации медицинской помощи и планирования развития городского здравоохранения и в наши дни, несмотря на существенные изменения градостроительной политики и схемы размещения объектов здравоохранения на территории северной столицы.

В 60–80-е годы прошлого столетия проводилось комплексное изучение организации работы поликлиник для взрослого населения. Исследования проводились в разных учреждениях, в том числе и в передовых поликлиниках, имевших статус учреждений передового опыта «союзного значения». Результатом исследований стала монография «Формы и методы работы крупной городской поликлиники» и учебное пособие «Поликлиническое дело» [3, 4].

В начале 80-х годов XX века В.А. Миняевым совместно с Л.А. Завьяловой, Л.А. Алексеевой, А.М. Кужелем выполнены работы по изучению роли врачей-терапевтов участковых в проведении всеобщей диспансеризации населения, деятельности отделений профилактики, проведению диспансеризации на промышленных предприятиях. По результатам исследования подготовлены методические рекомендации, утвержденные Министерством здравоохранения СССР. Данные многолетних исследований уже в тот период поставили под сомнение не только действующие (причем до 2016 года) рекомендуемые нормы нагрузки участковых терапевтов, но и нормативы численности населения на терапевтических участках, действующие до сих пор. В 70–80-е годы XX века по результатам изучения деятельности отделения восстановительного лечения в поликлинике № 51 (Н.А. Шестакова, Е.В. Афонина, И.С. Седавных) были сформулированы принципы организации восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях.

Значительная часть научно-исследовательских работ, выполненных сотрудниками и аспирантами под руководством и при непосредственном участии В.А. Миняева, посвящена организации специализированной медицинской помощи, в том числе: гастроэнтерологической, кардиологической, хирургической, неврологической, ангиохирургической, офтальмологической, стоматологической и др. (О.А. Гусев, Е.А. Бояринова, Л.В. Кочорова, В.В. Стожаров, К.В. Смоленко, О.А. Емельянов, Е.О. Данилов).

В рамках проведения эксперимента по внедрению принципов нового хозяйственного механизма в практику здравоохранения (1988) по инициативе В.А. Миняева сотрудниками кафедры (Н.И. Вишняков, Л.А. Завьялова, Л.А. Алексеева, В.Г. Корюкин, Е.В. Атоян, О.А. Макаров, В.В. Стожаров, О.А. Гусев, Е.Н. Пенюгина и др.) были выполнены работы по организации деятельности территориальных медицинских объединений, разработке должностных инструкций руководителей разного уровня, вопросам управления медицинскими организациями, организации коллективных форм работы и оплаты труда медработников.

Уже на начальном этапе развития медицинского страхования, были выполнены работы, посвященные организации деятельности страховых медицинских организаций, формированию системы вневедомственного контроля качества медицинской помощи (Н.И. Вишняков, В.В. Стожаров, Л.В. Кочорова, Н.Г. Петрова, О.А. Гусев, К.С. Клюковкин).

Традиционной темой научных исследований кафедры являлась организация стационарной медицинской помощи населению крупного города. Ряд исследований, выполненных под руководством В.А. Миняева, посвящен стационарозамещающим технологиям, совершенствованию деятельности приемных отделений больниц, деятельности областных и центральных районных больниц (Н.И. Вишняков, А.Ю. Рывкин, Ю.В. Павлов).

В 1996-1997 гг. вместе с В.А. Миняевым сотрудники кафедры В.В. Стожаров, Е.Н. Пенюгина приняли активное участие в разработке Концепции развития здравоохранения Санкт-Петербурга на 1997–2003 гг. [5].

Последним крупным трудом, выполненным сотрудниками кафедры под руководством В.А. Миняева (Н.И. Вишняков, К.С. Клюковкин, Е.Н. Пенюгина), стала разработка «Генеральной схемы развития и размещения объектов здравоохранения на территории Санкт-Петербурга до 2025 г.» (составной части Генплана Санкт-Петербурга) [6].

Изменения законодательства здравоохранения, принципов охраны здоровья населения, появления новых форм оказания медицинской помощи мгновенно находили отражение в учебном процессе и в учебно-методических пособиях. Отсутствие полноценного и современного учебника побудило Владимира Алексеевича принять решение о подготовке и издании нового учебника по общественному здоровью и здравоохранению и учебного пособия по экономике здравоохранения. В 2016 году вы-

шло в свет уже 8-е издание учебника «Общественное здоровье и здравоохранение» [1].

По инициативе В.А. Миняева, на кафедре ежегодно издается сборник научных трудов «Проблемы городского здравоохранения», в котором публикуются статьи не только петербургских авторов, но и организаторов здравоохранения, научных работников, аспирантов и врачей со всех регионов страны и стран СНГ. В 2017 г. готовится издание 22-го выпуска сборника.

В.А. Миняев награжден двумя орденами Ленина, орденами Октябрьской революции, Трудового красного Знамени, Красной Звезды, Отечественной войны I степени и 12 медалями.

Несмотря на все огромные достижения Владимира Алексеевича как руководителя кафедры и одного из крупнейших институтов страны, он оставался скромным, добрым, тактичным, отзывчивым и обаятельным человеком. Работая рядом с ним, мы пытались научиться у него мудрости, справедливому и уважительному отношению к окружающим, безмерной верности и преданности к своему делу, трудолюбию.

25 марта 2008 года жизнь Владимира Алексеевича трагически оборвалась. Но осталось его незримое и ощущаемое всеми нами присутствие и любимое его утешение в трудных ситуациях: «Бывало и трудней, и, может, будет еще трудней. А в итоге все будет хорошо!».

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вишняков Н.И., Гусев О.А., Кочорова Л.В., Пенюгина Е.Н., Пузин С.Н. Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов. М.: МЕДпресс-информ, 2016.
2. Миняев В.А., Поляков И.В. Здравоохранение крупного социалистического города (здоровье населения, организация поликлинической и стационарной помощи). М.: Медицина, 1979.
3. Миняев В.А., Поляков И.В., Шестакова Н.А. Формы и методы работы крупной городской поликлиники. М.: Медицина, 1980.
4. Миняев В.А., Углов Ф.Г., Федосеев Г.Б. Поликлиническое дело: учебное пособие для студентов. М.: Медицина, 1987.
5. Постановление правительства Санкт-Петербурга от 04.12.1997 № 53 «О Концепции развития здравоохранения Санкт-Петербурга на 1997–2003 гг.». Доступен по: <https://www.lawmix.ru/spblaw/69295> (дата обращения 28.04.2017).
6. Постановление правительства Санкт-Петербурга от 1 июля 2008 года № 783 «Об утверждении Отраслевой схемы развития и размещения объектов здравоохранения на территории Санкт-Петербурга на период до

2015 года с учетом перспективы до 2025 года». Доступен по: <https://gov.spb.ru/law?d&nd=8479849&prevDoc=891849466> (дата обращения 28.04.2017).

7. Яицкий Н.А. ред. 100 лет Санкт-Петербургскому государственному медицинскому университету имени академика И.П. Павлова. СПб.: СПбГМУ, 1997.

## REFERENCES

1. Vishnyakov N.I., Gusev O.A., Kochorova L.V., Penyugina E.N., Puzin S.N. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye: uchebn. dlya studentov*. [Public health and health care]. M.: MEDpress-inform; 2016.
2. Minyaev V.A., Polyakov I.V. *Zdravookhraneniye krupnogo sotsialisticheskogo goroda (zdorov'e naseleniya, organizatsiya poliklinicheskoy i stacionarnoy pomoshchi)*. [Public health of a large socialist city (public health, organization of outpatient and inpatient care)]. M.: Meditsina, 1979 (in Russian).
3. Minyaev V.A., Polyakov I.V., Shestakova N.A. *Formy i metody raboty krupnoy gorodskoy polikliniki*. [Forms and methods of work of a large city polyclinic]. M.: Meditsina, 1980 (in Russian).
4. Minyaev V.A., Uglov F.G., Fedoseev G.B. *Poliklinicheskoe delo: uchebnoe posobie dlya studentov*. [Polyclinic case: a training manual for students]. M.: Meditsina; 1987 (in Russian).
5. *Postanovleniye pravitel'stva Sankt-Peterburga ot 04.12.1997 № 53 «O Kontseptsii razvitiya zdravookhraneniya Sankt-Peterburga na 1997–2003 gg.»*. [«The concept of development of health care of St. Petersburg on 1997–2003»]. Available at: <https://www.lawmix.ru/spblaw/69295>. (accessed 28.04.2017) (in Russian).
6. *Postanovleniye pravitel'stva Sankt-Peterburga ot 1 iyulya 2008 goda № 783 «Ob utverzhdenii Otrasevoy skhemy razvitiya i razmeshcheniya ob'ektov zdravookhraneniya na territorii Sankt-Peterburga na period do 2015 goda s uchetoм perspektivy do 2025 goda»*. [«On approval of Industry schemes of development and location of health facilities on the territory of St. Petersburg for the period up to 2015 with perspective up to 2025»]. Available at: <https://gov.spb.ru/law?d&nd=8479849&prevDoc=891849466>. (accessed 28.04.2017) (in Russian).
7. Yaitskiy N.A., red. 100 let Sankt-Peterburgskomu gosudarstvennomu meditsinskomu universitetu imeni akademika I.P. Pavlova. [100 years of the St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov]. SPb.: SPbGMU, 1997 (in Russian).

---

## ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

---

Утв. приказом и.о. ректора  
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России от 23.06.16

### НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРОМ

---

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Управлением Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу 17 мая 2016 года, свидетельство ПИ № ТУ78-01872, именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора.

Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописи». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. 1997; 126: 36–47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации в другие печатные или электронные средства массовой информации.

Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех направлениях этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы и предоставить ссылки на предыдущую, чтобы дать редакции возможность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не принимаются к печати статьи, представляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением «Правил и норм гуманного обращения с биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.

### ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

---

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в адрес редакции по электронной почте на адрес [lt2007@inbox.ru](mailto:lt2007@inbox.ru) или заполнив форму на сайте: [www&&&](http://www.gpma.ru). Автор должен отправить конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи. Информацию об оформлении можно уточнить на сайтах: <http://nauka.gpma.ru> и <http://pediatr.gpma.ru>.

### СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

---

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности

опубликования в открытой печати (бланк можно скачать на сайте [www&&&](http://www.wwo.org)).

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

## АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

- 1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;
- 2) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, — Российская Федерация и сеть Интернет;
- 3) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;
- 4) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;
- 5) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настояще-

му Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;

- 6) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;
- 7) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;
- 8) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна.

## ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» и размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

## ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

**Статья должна иметь (НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ):**

1. Заглавие (Title) должно быть кратким (не более 120 знаков), точно отражающим содержание статьи.
2. Сведения об авторах (публикуются). Для каждого автора указываются: фамилия, имя и отчество, место работы, почтовый адрес места работы, e-mail. Фамилии авторов рекомендуется транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе BGN (Board of Geographic Names), см. сайт <http://www.translit.ru>.
2. Резюме (Summary) (1500–2000 знаков, или 200–250 слов) помещают перед текстом статьи. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем.

Авторское резюме к статье является основным источником информации в отечественных и зарубежных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. Резюме доступно на сайте журнала «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» и индексируется сетевыми поисковыми системами. Из аннотации должна

быть понятна суть исследования, нужно ли обращаться к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации. Резюме должно излагать только существенные факты работы.

Рекомендуемая структура аннотации: введение (Background), цели и задачи (Purposes and tasks), методы (Materials and methods), результаты (Results), выводы (Conclusion). Предмет, тему, цель работы нужно указывать, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы. Объем текста авторского резюме определяется содержанием публикации (объемом сведений, их научной ценностью и/или практическим значением) и должен быть в пределах 200–250 слов (1500–2000 знаков).

3. Ключевые слова (Key words) от 3 до 10 ключевых слов или словосочетаний, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи, помещаются под резюме с подзаголовком «ключевые слова». Используйте термины из списка медицинских предметных заголовков (Medical Subject Headings), приведенного в Index Medicus (если в этом списке еще отсутствуют подходящие обозначения для недавно введенных терминов, подберите наиболее близкие из имеющихся). Ключевые слова разделяются точкой с запятой.

4. Литература (References). Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с NLM (National Library of Medicine) Author A. A., Author B. B., Author C. C. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49–53. Фамилии и инициалы авторов в пристатейном списке приводятся в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита. В описании указываются ВСЕ авторы публикации. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Книга: Автор(ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания.

Если в качестве автора книги выступает редактор, то после фамилии следует ред.

Преображенский Б. С., Тёмкин Я. С., Лихачёв А. Г. Болезни уха, горла и носа. М.: Медицина; 1968.

Радзинский В. Е., ред. Перинеология: учебное пособие. М.: РУДН; 2008.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. eds. Vocal cord injection with autogenous fat. 3rd ed. NY: Mosby; 1998.

Глава из книги: Автор (ы) название главы (знак точка) В кн.: или In: далее описание книги [Автор (ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания] (двоеточие) стр. от и до.

Коробков Г. А. Темп речи. В кн.: Современные проблемы физиологии и патологии речи: сб. тр. Т. 23. М.; 1989: 107–11.

Статья из журнала

Автор (ы) название статьи (знак точка) название журнала (знак точка) год издания (знак точка с запятой) том (если есть в круглых скобках номер журнала) затем знак (двоеточие) страницы от и до.

Кирющенко А. П., Совчи М. Г., Иванова П. С. Поликистозные яичники. Акушерство и гинекология. 1994; N 1: 11–4.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. Vocal cord injection with autogenous fat: a long-term magnetic resonance. Laryngoscope. 1996; 106 (2, pt 1): 174–80.

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Бабий А. И., Левашов М. М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). III съезд оториноларингологов Респ. Беларусь: тез. докл. Минск; 1992: 68–70.

Салов И. А., Маринушкин Д. Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода. В кн.: Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М.; 2000; ч. 1: 516–9.

Авторефераты

Петров С. М. Время реакции и слуховая адаптация в норме и при периферических поражениях слуха. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб.; 1993.

Описание Интернет-ресурса

Щеглов И. Насколько велика роль микрофлоры в биологии вида-хозяина? Живые системы: научный электронный журнал. Доступен по: [http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat\\_id=396&d\\_no=3576](http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576) (дата обращения 02.07.2012).

Kealy M. A., Small R. E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>. (accessed 11.09.2013)

Для всех статей, имеющих DOI, индекс необходимо указывать в конце библиографического описания.

По новым правилам, учитывающим требования международных систем цитирования, библиографические списки (References) входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), как было принято ранее, и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для Scopus и других международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

В романском алфавите для русскоязычных источников требуется следующая структура библиографической ссылки: автор(ы) (транслитерация), перевод названия книги или статьи на английский язык, название источника (транслитерация), выходные данные в цифровом формате, указание на язык статьи в скобках (in Russian).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. Программа очень простая.

1. Входим в программу Translit.ru. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».
2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список References.
3. Переводим с помощью автоматического переводчика название книги, статьи, постановления и т.д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, требует редактирования, поэтому данную часть необходимо готовить человеку, понимающему английский язык.
4. Объединяем описание в соответствии с принятыми правилами и редактируем список.
5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи

Книга: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) [The title of the book in english] (znak tochka)

Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya.

Preobrazhenskiy B. S., Temkin Ya. S., Likhachev A. G. Bolezni ukha, gorla i nosa. [Diseases of the ear, nose and throat]. M.: Meditsina; 1968. (in Russian).

Radzinskiy V. E., ed. Perioneologiya: uchebnoe posobie. [Perineology tutorial]. M.: RUDN; 2008. (in Russian).

Глава из книги: Avtor (y) Nazvanie glavy (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) In: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya]. (dvoetochie) stranisi ot i do.

Korobkov G. A. Temp rechi. [Rate of speech]. In.: Sovremennyye problemy fiziologii i patologii rechi: sb. tr. T. 23. M.; 1989: 107–11. (in Russian).

Статья из журнала: Avtor (y) Nazvanie stat'i (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) Nazvanie zhurnala (znak tochka) god izdaniya (znak tochka s zapyatoy) tom (esli est' v kruglykh skobkakh nomer zhurnala) zatem (znak dvoetochie) stranitsy ot i do.

Kiryushchenkov A. P., Sovchi M. G., Ivanova P. S. Polikistoznye yaichniki. [Polycystic ovary]. Akusherstvo i ginekologiya. 1994; N 1: 11–4. (in Russian).

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Babiy A. I., Levashov M. M. Novyy algoritm nakhozheniya kul'minatsii eksperimental'nogo nistagma (minimetriya). [New algorithm of finding of the culmination experimental nystagmus (minimetriya)]. III s'ezd otorinolaringologov Resp. Belarus': tez. dokl. Minsk; 1992: 68–70. (in Russian).

Salov I. A., Marinushkin D. N. Akusherskaya taktika pri vnutriutrobnoy gibeli ploda. [Obstetric tactics in intrauterine fetal death]. In: Materialy IV Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya». M.; 2000; ch.1:516–9. (in Russian).

Авторефераты

Petrov S. M. Vremya reaktsii i slukhovaya adaptatsiya v norme i pri perifericheskikh porazheniyakh slukha. [Time of reaction and acoustical adaptation in norm and at peripheral defeats of hearing]. PhD thesis. SPb.; 1993. (in Russian).

Описание Интернет-ресурса

Shcheglov I. Naskol'ko velika rol' mikroflory v biologii vida-khozyaina? [How great is the microflora role in type-owner biology?]. Zhivyye sistemy: nauchnyy elektronnyy zhurnal. Available at: [http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat\\_id=396&d\\_no=3576](http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576) (accessed 02.07.2012). (in Russian).

## **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.**

Остальные материалы предоставляются либо на русском, либо на английском языке, либо на обоих языках по желанию.

### **Структура основного текста статьи.**

Введение, изложение основного материала, заключение, литература. Для оригинальных исследований — введение, методика, результаты исследования, обсуждение результатов, литература.

В разделе «методика» обязательно указываются сведения о статистической обработке экспериментального или клинического материала. Единицы измерения даются в соответствии с Международной системой единиц — СИ. Фамилии иностранных авторов, цитируемые в тексте рукописи, приводятся в оригинальной транскрипции.

### **Объем рукописей.**

Объем рукописи обзора не должен превышать 25 стр. машинописного текста через два интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 стр. машинописного текста; кратких сообщений (писем в редакцию) — 7 стр.; отчетов о конференциях — 3 стр.; рецензий на книги — 3 стр. Используйте колонтитул — сокращенный заголовок и нумерацию страниц, для помещения вверху или внизу всех страниц статьи.

Иллюстрации и таблицы. Число рисунков рекомендуется не более 5. В подписях под рисунками должны быть сделаны объяснения значений всех кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений. Все графы в таблицах

должны иметь заголовки. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует. Рисунки, схемы, фотографии должны быть представлены в расчете на печать в черно-белом виде или уровнями серого в точечных форматах tif, bmp (300–600 dpi), или в векторных форматах pdf, ai, eps, cdr. При оформлении графических материалов укажите размеры печатного поля Журнала (ширина иллюстрации в одну колонку — 90 мм, в 2 — 180 мм). Масштаб 1:1.

## **РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ**

Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, то статья с комментариями рецензента возвращается Автору. Датой поступления статьи считается дата получения Редакцией окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи (литературная и технологическая правка).

## **АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА**

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала с опубликованной рукописью. Авторы, проживающие в Санкт-Петербурге, получают авторский экземпляр Журнала непосредственно в Редакции. Иногородним Авторам авторский экземпляр Журнала высылается на адрес автора по запросу от автора.

## **АДРЕС РЕДАКЦИИ**

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2  
e-mail: medorgspb@yandex.ru.

Сайт журнала: [http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine\\_organization](http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization).