Ф.А. ТАКТАШЕВА
(Волгоград)

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В СТАЛИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 1945-м – НАЧАЛЕ 1950-х гг.

Описывается государственная политика по восстановлению и развитию системы охраны здоровья женщин и детей в Сталинградской области в рамках реализации четвертого пятилетнего плана развития народного хозяйства СССР. Анализ документального материала позволил автору выявить положительные тенденции роста количественных и качественных показателей оказания услуг в сфере здравоохранения и дошкольного образования в городской и сельской местности. Выявлены и охарактеризованы проблемы в развитии системы охраны материнства и детства.

Ключевые слова: *система здравоохранения, охрана здоровья женщин и детей, пятилетний план развития народного хозяйства 1946 – 1950 гг.*

Реализация задачи охраны материнства и детства в СССР возлагалась главным образом на органы здравоохранения. К началу Великой Отечественной войны сформировалась достаточно слаженная система медицинского обслуживания женщин: роддома, родильные отделения при больницах, акушерские и акушерско-гинекологические пункты, женские и детские консультации, социально-правовые кабинеты при них, комнаты личной гигиены на предприятиях, молочные кухни, детские ясли и сады. Однако война нанесла огромный ущерб советскому здравоохранению, в том числе родовспоможению и гинекологической помощи [1; 10; 11].

В Сталинградской области восстановление системы учреждений по охране материнства и детства началось сразу после окончания боев в феврале 1943 г., это стало одной из первостепенных задач в рамках восстановления народного хозяйства области. И хотя довоенного уровня достичь не удалось, органы здравоохранения добились определенных результатов на завершающем этапе Великой Отечественной войны [17].

Таблица 1

Учреждения по родовспоможению по Сталинградской области на 1.07.1945 г. [13]

	1941 г.	План по Указу от 8.07.1944 г.	1.07.1945 г.
Род. койки: всего в городах и рабочих поселках в сельской местности	859 630 229	871 352 509	833 280 553
Самостоятельные женские консультации в городах	3	4	5 (3 – в Сталинграде, 1 – в Камышине, 1 – в Слободе Николаевской)
Детско-женские консультации: в городах и рабочих поселках в сельской местности	37 55	22 56	23 58

В результате успешной совместной работы роддомов и женских консультаций значительно выросли показатели охвата родовспоможением в целом по области до 90,8% в 1945 г. (городах и рабочих поселках – 100%, в сельской местности – 80%) [3, д. 63, л.2 об.] по сравнению с 79,4% [8, л. 19] в 1940 г. Обеспеченность родильными койками еще не достигла довоенного уровня: если в 1940 г. на 1000 жителей имелось 1,07 койки, то в 1945 г. – 0,7 койки, в том числе в сельской местности – 0,5 койки [3, д. 63, л. 3].

Главными задачами, поставленными перед детскими дошкольными учреждениями (яслями), были обеспечение местами всех нуждающихся детей (табл. 2) и снижение заболеваемости.

Таблица 2

Рост ясельной сети после окончания Сталинградской битвы [3, д. 63, л. 3]

	на 1.01.1941 г.	на 1.03.1943 г.	на 1.01.1946 г.
Ясли в городах/ число мест в них	27/ 1151	17/ 715	31/ 3330
Ясли в сельской местности/ число мест в них	139/ 2813	40/ 1997	150/ 4181

Данные таблиц показывают, что в результате огромной работы, проделанной за три года, сеть учреждений по охране материнства и детства по многим количественным показателям приблизилась к уровню 1941 г.

© Такташева Ф.А., 2015

1946 год ознаменовал начало реализации четвертого пятилетнего плана развития народного хозяйства СССР на 1946–1950 гг. [9]. Основными задачами на этот период стали восстановление пострадавших районов страны, достижение довоенного уровня развития промышленного и сельскохозяйственного производства [Там же, с. 8].

В области здравоохранения план предполагал «улучшить постановку» [Там же, с. 8] медицинских услуг за счет повышения расходов, увеличения по СССР количества больничных коек до 710 тыс., ясельных мест до 1251 тыс., а также расширения сети женских консультаций, детских больниц и молочных кухонь [Там же, с. 53].

По Сталинградской области планировалось решение следующих задач по развитию лечебно-профилактических учреждений охраны здоровья женщин:

1) увеличение сети самостоятельных роддомов до 42 на 450 коек (вместо 32 роддомов на 333 койки в 1940 г.);

2) перепрофилирование уже существующих 50 фельдшерских пунктов в фельдшерско-акушерские; организация таких пунктов при каждом сельсовете;

3) организация к концу 1950 г. молочных кухонь в каждом районе области;

4) увеличение числа детских и детско-женских консультаций к 1950 г. до 72 (вместо 54 в 1941 г.) [2, л. 9].

В 1950–1951 гг. сеть лечебно-профилактических учреждений по оказанию медицинской помощи женщинам была представлена следующими показателями (табл. 3).

План по количеству родильных коек (740 коек [2, л. 191]) был выполнен, а за 1951 г. это количество увеличилось до 804 коек по области и 430 по Сталинграду. И хотя обслуживание больных заметно улучшилось, фактическая потребность в гинекологических койках намного превышала существующий коечный фонд. Обследование крупных больниц области показало, что количество женских коек должно быть увеличено до 200 по области.

Необходимо отметить расхождение показателей расширения сети роддомов в районах области в 1950–1951 гг. с планируемыми цифрами. Значительную роль в этом сыграл приказ Минздрава СССР от 7.05.1948 г. «О проведении объединения родильных домов с женскими консультациями» [7, л. 1]. Целью данного документа было создание прочной связи между женскими консультациями и родовспомогательными учреждениями, а также преемственности в ведении врачами беременных женщин от консультации до роддома. Идея объединения предполагала улучшение качества обслуживания женщин: врачи должны были работать в двухзвенной системе: больница – поликлиника; больница – женская консультация; роддом – женская консультация.

Поэтому организация новых мест для рожениц шла за счет расширения родильных отделений при больнично-поликлинических объединениях, и уже в начале 1950-х гг. в области сохранилось всего 2 самостоятельных роддома – в Камышине и Михайловке [4, л. 129]. Самостоятельные женские консультации по области также перестают существовать: все они были объединены с роддомами или вошли в состав больнично-поликлинических объединений. Общее количество женских консультаций составило 68 по области в 1952 г.

Несмотря на заметное повышение количественных показателей сети здравоохранения за годы четвертой пятилетки, все еще была за-

Таблица 3

Сеть лечебно-профилактических учреждений в 1950–1951 гг. в Сталинградской области [14]

	Города и рабочие поселки			Сельская местность	
	1.01.1951	1.01.1952	по Сталинграду в 1952 г.	1.01.1951	1.01.1952
Роддома/ коек в них	3/ 80	2/ 60	5/ 380	7/ 75	–
Род.коек в общих больницах	130	164	50	425	512
Акушерско-гинекологические кабинеты при предприятиях	–	–	8	–	–
Акушерские пункты	–	-	-	26	24
Колхозные роддома коек в них	– –	– –	– –	25 57	6 12
Итого род.коек	214	228	430	557	576
Гинекологические койки в общих больницах	75	81	195	44	54
Консультации	13	13	9	46	46
Фельдшерско-акушерские пункты	–	–	–	365	379

метна нехватка врачебных кадров, помещений, инвентаря [4; 5]. Из 69 штатных должностей в 1951 г. было занято 66; общее количество врачей по области составляло 53, в Сталинграде – 66 [6, л. 8], фельдшеров-акушеров – 719; акушерок – 481 [5, л. 73]. В районах работали только 44 акушера-гинеколога, 20 врачей, не прошедших специализацию, и 8 врачей других специальностей, трудившихся в родовспомогательных учреждениях по совместительству [4, л. 129].

В городах и рабочих поселках обслуживание беременных и гинекологических больных проводилось в достаточном объеме штатом из 23 врачей. Значительно сложнее была ситуация в сельской местности, где на 60 районов приходилось только 30 врачей [5, л. 73]. Таким образом, в 30 сельских районных центрах отсутствовали акушеры-гинекологи, их обязанности выполняли врачи других специальностей по совместительству.

В городах и рабочих поселках значительно улучшилось обслуживание беременных женщин в консультациях, средняя посещаемость консультаций увеличилась до 5 раз до родов и двух – после. Каждую беременную посетили на дому в среднем около 3 раз и после родов – 1,3 раза. Причиной недостаточного патронажа беременных является малое количество среднего медицинского персонала: из-за значительного приема гинекологических больных и большого количества процедур не хватало времени на патронаж. Однако результатом эффективной работы женских консультаций в городской местности стало увеличение процента ранней явки беременных: по сравнению с 1945 г. этот показатель вырос с 27,3 до 56% в 1951 г. [Там же, л. 78].

Работа женских консультаций в сельской местности ограничивалась нехваткой помещений. В связи с объединением консультаций с больнично-поликлиническими учреждениями их дислокация в сельских центрах оказалась по большей части неудачной. Как правило, женская консультация располагалась в центральной части, тогда как больница или роддом – на окраине. Такое отдаленное расположение не позволяло врачам рационально распределять свое рабочее время, значительная часть которого уходила на перемещение с одного рабочего места на другое. А все попытки перенести консультации ближе тормозились отсутствием необходимых помещений вблизи больниц.

Тем не менее в работе сельских консультаций прослеживаются положительные результаты: в 1952 г. ранняя явка беременных по совокупности достигла 58,9%; в среднем женщины посетили консультацию 4,1 раза до родов и 1,1 раза – после; врачи и средние медработники посетили их 4,4 раза до родов и 2,4 – после [4, л. 136–137].

Одним из направлений работы женских консультаций, помимо наблюдения беременных, стало в годы пятилетки проведение ежегодных профилактических осмотров по выявлению гинекологических заболеваний и злокачественных новообразований. За 1951–1952 гг. по городам и рабочим поселкам и сельской местности было обследовано 128845 женщин [12]. Среди осмотренных женщин было выявлено 17705 случаев гинекологических заболеваний (14%) и 183 случая злокачественной опухоли (0,14%) [Там же].

Важным показателем развития сети учреждений по охране здоровья женщин был охват стационарной медицинской помощью. Несмотря на то, что в 1945 г. были достигнуты значительные результаты, в 1950–1951 гг. родильные койки использовались не в полной мере (84% – в 1952 г. [4, л. 85]). Также в целом по области были низкими показатели обслуживания гинекологических больных: в 1951 г. из 20188 больных только 2487 (12%) были госпитализированы для оказания им специализированной медицинской помощи [5, л. 90].

Это объясняется во многом дальностью расстояния до родовспомогательного учреждения, отсутствием пригодного для перевозки беременных транспорта, недостаточное оснащение родильных отделений медицинским инструментарием и инвентарем, а также недостатком гинекологических коек.

По сравнению с военным временем увеличились количественные показатели применения обезболивания при родах: если в 1944 г. обезболивающие средства совсем не использовались ввиду их отсутствия, то в 1951–1952 гг. уже при 12% родов применялись данные фармакологические препараты [4, л. 139]. И хотя медикаментозное обезболивание проводилось только в 13 районах области из-за недостаточного финансирования, данные результаты говорили о значительном качественном продвижении в сфере медицинского обслуживания женщин.

Более того, в это время начал использоваться новый метод обезболивания – психопрофилактический метод подготовки к родам, направленный на понижение болей за счет формирования положительного эмоционального фона у женщин, уверенности в бла-

гоприятном течении беременности и завершении родов [4, л. 129–146], [5, л. 70–114]. В марте 1951 г. учебно-производственной базой для обучения врачебных кадров данному методу и его внедрения в практику становится Сталинградский клинический роддом. Необходимо отметить, что психопрофилактическая подготовка беременных проводилась главным образом в Сталинграде – уже в 1952 г. 73,1% родов прошли с применением нового метода, тогда как в районах области его использование было единичным [6, л. 58].

Созданием в декабре 1945 г. Областной комиссии по борьбе с преступными абортами было ознаменовано восстановление еще одного направления работы здравотделов с женским населением [3, д. 57, л. 1]. Сложности военного времени, неудовлетворительная санитарно-просветительская работа и ненадлежащий контроль медицинских учреждений, с одной стороны, и недостаточная материальная поддержка будущих матерей органами социального обеспечения, с другой, становились факторами ежегодного роста количества абортов (табл. 4).

Таблица 4

Динамика численности абортов в Сталинградской области в послевоенное время [15]

	1946 г.	1947 г.	1951 г.	1952 г.	В Сталинграде в 1952 г.
Всего абортов	2920	1962	6049	6906	7911
Аборты по медицинским показаниям	274	198	385	914	1745
Внебольничные аборты	2646	1764	5664	5992	6166
Аборты, признанные криминальными	1670	961	3363	3439	2507

Таблица 5

Сеть основных детских лечебно-профилактических учреждений Сталинградской области в начале 1950-х гг. [16]

Тип учреждения	План IV пятилетки	На 1.01.1950 г.	На 1.01.1951 г.
Детские консультации	72	11	11
Смешанные консультации		55	49
Молочные кухни	68	19	22
Детские ясли/ мест в них	9 000 мест	166 / 5 228 мест	166 / 5047 мест

Представленные данные показывают, что, несмотря на работу Областной комиссии по борьбе с абортами совместно с органами прокуратуры, послевоенный период характеризуется неуклонным ростом числа абортов, а также неудовлетворительной работой местных учреждений в данной сфере. Только в некоторых районах области работали абортные комиссии, дававшие разрешение на проведение абортов, и 4 – в Сталинграде. Неэффективно работали женские консультации в отношении выявления возможного криминального вмешательства; проводимые ими лекции и беседы с женщинами на темы о вреде абортов не приносили желаемых результатов. Ввиду этого следует отметить значительную долю (46,8% [5, л. 80]) вмешательств в тех случаях, когда абортная комиссия не давала разрешения на прерывание беременности.

В 1946 г. произошли изменения в структуре Областного отдела здравоохранения: из сектора охраны материнства и младенчества был выделен сектор лечебно-профилактической помощи детям, нацеленный на улучшение качества медицинского обслуживания данной категории населения. В начале 1950-х гг. сеть основных детских лечебно-профилактических учреждений была представлена цифрами, показанными в табл. 5.

План развития ясельной сети за годы четвертой пятилетки не был выполнен; только в 22 районах области были молочные кухни, что обусловливалось отсутствием финансирования.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР №870 от 21.11.1949 г. в 1950 г. было проведено объединение детских консультаций и поликлиник с районными больницами. Исключение составили только два района области: во Фрунзенском районе не был объединен бюджет лечебно-профилактических учреждений, в Сиротинском районе объединение не произошло из-за дальности расположения больницы (30 км) [3, д. 476, л. 5].

В результате данного мероприятия расширилась стационарная помощь детям. В Камышине и Урюпинске были выделены детские отделения в общих больницах на 25 и 15 коек соответственно. В остальных 11 городах и рабочих поселках выделено 55 коек, а в сельских районных больницах – 139 коек; в 35 районах детские койки выделены в отдельные палаты [Там же]. Однако этого количества было явно недостаточно: из общего числа отказов в госпитализации 68,4% составляли отказы из-за отсутствия коек [Там же, л. 11].

Улучшилось качество лечения, шире стали внедряться новые методы лечения – пени-

циллинотерапия, сульфамидотерапия и др. В 1950 г. в городах и рабочих поселках области был достигнут стопроцентный охват стационарным наблюдением детей в возрасте до 1 года; в сельской местности этот показатель достиг 97% [3, л. 5]. Патронажное обслуживание детей, особенно в новорожденный период, осуществлялось не только средним медицинским персоналом, но и врачом, который посещал на дому 96,4% всех детей в возрасте до 1 месяца, по городу и селу [Там же, л. 7].

Одним из методов борьбы с высоким уровнем детской заболеваемости была вакцинация, главным образом, против туберкулеза. И если в 1944–1945 гг. данная процедура совсем не проводилась лечебными учреждениями из-за сложностей транспортировки и хранения [8, л. 22], то в 1950 г. 71,4% новорожденных в стационарных отделениях, детских консультациях и на дому были охвачены вакцинацией против туберкулеза [3, д. 476, л. 13].

Не решенной оставалась проблема медицинских кадров. На начало 1951 г. только в 47 районах из 60 были специалисты, в остальных 13 районах должности педиатров занимали совместители (терапевты и гинекологи) [Там же, л. 3].

Отсутствие специального медицинского образования у руководителей детских дошкольных учреждений заставило облздравотдел в 1950 г. провести большую работу с заведующими яслями: часть из них была заменена выпускниками фельдшерско-акушерских школ и переведенными из других учреждений сотрудниками, остальные (большая часть) прошли годичные курсы повышения квалификации.

Молочные кухни являлись важным звеном в системе детских лечебно-профилактических учреждений. Однако недостаточные финансирование и невнимание со стороны руководящих организаций оставляли их при прежних проблемах. Кухни продолжали размещаться в приспособленных помещениях с одной-двумя комнатами с примитивным оснащением. Отсутствие специальной посуды, бидонов, бутылок, стерилизаторов, охладителей вынуждало работников кухонь использовать для приготовления питания простые способы – кипячение и варку в кастрюлях, что увеличивало время обработки продуктов.

Из общего количества детей в возрасте до года, числившихся в консультациях, только 58,6% было охвачено питанием, что свидетельствовало о том, что большое количество матерей не обращались в молочные кухни.

Ассортимент городских молочных кухонь был разнообразен: смеси по рецептам врачей, пахтанье, белковое, казеиновое, цельное молоко, плазмон, молочная каша, а также ацидофильное молоко, кефир и кефирные смеси. В большинстве сельских молочных кухонь изготавливались только простые молочные смеси, кисели и каша. Приготовление простых, а тем более лечебных смесей не всегда обеспечивалось качественным молоком. Отсутствие надлежащего набора продуктов и различного вида заквасок, достаточного количества свежего молока отражалось на изготовлении лечебных смесей. Поэтому процент лечебных смесей был низким – 2,4–4,5% от общего количества блюд. Больницы и ясли по требованию снабжались рисовыми смесями в ограниченном количестве, в некоторых случаях больницы были лишены возможности получать продукты из-за отсутствия экономических связей между больницей и молочной кухней.

Таким образом, государственная система охраны здоровья женщин и детей в исследуемый период была нацелена на преодоление демографического кризиса в СССР в условиях восстановления народного хозяйства страны и использования женского труда в качестве основного резерва.

Анализ документального материала выявил значительные количественные и качественные сдвиги в данной сфере в Сталинградской области. Выполнение четвертого пятилетнего плана по расширению сети лечебно-профилактических учреждений, ясельной сети стало существенным результатом работы органов здравоохранения в этот период. Однако на фоне роста численности населения в послевоенные годы этого было недостаточно. Остро стояла проблема нехватки медицинских кадров. Тем не менее отмечается улучшение качества оказываемых медицинских услуг в начале 1950-х гг. Регулярные медицинские осмотры, патронаж беременных, вакцинация, новые лекарства, а также методы лечения способствовали снижению заболеваемости и смертности среди женщин и детей.

В годы четвертой пятилетки удалось преодолеть последствия Великой Отечественной войны и достичь довоенного уровня развития системы охраны здоровья женщин и детей в Сталинградской области.

Список литературы и источников

1. 50 лет советского здравоохранения. 1917–1967. М., 1967.

2. Государственный архив Волгоградской области (ГАВО). Ф.2115. Оп. 1. Д. 1066.

3. ГАВО. Ф.2672. Оп. 1. Д. 194.

4. ГАВО. Ф.Р-2672. Оп. 1 Д. 155.

5. ГАВО. Ф.Р-2672. Оп. 2. Д. 140.
6. ГАВО. Ф.Р-3962. Оп. 7 Д.83.
7. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф.А-482. Оп. 47. Д.8648.
8. ГАРФ. Ф.Р-8009. Оп. 22. Д.87.
9. Закон о пятилетнем плане восстановления и развития народного хозяйства СССР на 1946–1950 гг. М., 1946.
10. Здравоохранение в СССР. М., 1957.
11. Петровский Б.В. Советское здравоохранение за 50 лет. СССР. М., 1973.
12. ГАВО. Ф. Р-2672. Оп. 2. Д. 140. Л. 81, 95; Оп. 1. Д. 155. Л. 132, 138.
13. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 22. Д. 87. Л. 18.; ГАВО. Ф. 2672. Оп. 1. Д. 63. Л. 1.; Д. 2. Л. 2–3.
14. ГАВО. Ф. Р-2672. Оп. 2. Д. 140. Л. 73; Ф. Р-3962. Оп. 7. Д. 83. Л. 2, 5, 6.
15. ГАВО. Ф. Р-2672. Оп. 1. Д.217. Л.18; Оп. 2. Д. 140. Л. 68; Оп. 2. Д. 155. Л. 65.
16. ГАВО. Ф. 2115. Оп. 1. Д. 1066. Л. 192; ГАВО. Ф.З-2672. Оп. 1. Д. 476. Л. 1.
17. Хуснутдинова Ф.А. Восстановление системы охраны здоровья женщин и детей в Сталинградской области в 1943–1945 гг. // Вестн. Сарат. гос. соц.-экон. ун-та. 2011. № 2 (36). С. 211–214.

* * *

1. 50 let sovetskogo zdravoohranenija. 1917–1967. M., 1967.
2. Gosudarstvennyj arhiv Volgogradskoj oblasti (GAVO). F.2115. Op. 1. D. 1066.
3. GAVO. F.2672. Op. 1. D. 194.
4. GAVO. F.R-2672. Op. 1 D. 155.
5. GAVO. F.R-2672. Op. 2. D. 140.
6. GAVO. F.R-3962. Op. 7 D.83.
7. Gosudarstvennyj arhiv Rossijskoj Federacii (GARF). F.A-482. Op. 47. D.8648.
8. GARF. F.R-8009. Op. 22. D.87.
9. Zakon o pjatiletnem plane vosstanovlenija i razvitija narodnogo hozjajstva SSSR na 1946–1950 gg. M., 1946.
10. Zdravoohranenie v SSSR. M., 1957.
11. Petrovskij B.V. Sovetskoe zdravoohranenie za 50 let. SSSR. M., 1973.
12. GAVO. F. R-2672. Op. 2. D. 140. L. 81, 95; Op. 1. D. 155. L. 132, 138.
13. GARF. F. R-8009. Op. 22. D. 87. L. 18.; GAVO. F. 2672. Op. 1. D. 63. L. 1.; D. 2. L. 2–3.
14. GAVO. F. R-2672. Op. 2. D. 140. L. 73; F. R-3962. Op. 7. D. 83. L. 2, 5, 6.
15. GAVO. F. R-2672. Op. 1. D.217. L.18; Op. 2. D. 140. L. 68; Op. 2. D. 155. L. 65.
16. GAVO. F. 2115. Op. 1. D. 1066. L. 192; GAVO. F.Z-2672. Op. 1. D. 476. L. 1.
17. Husnutdinova F.A. Vosstanovlenie sistemy ohrany zdorov'ja zhenshhin i detej v Stalingradskoj oblasti v 1943–1945 gg. // Vestn. Sarat. gos. soc.-jekon. un-ta. 2011. № 2 (36). S. 211–214.

Development of the system of women's and children's health protection in the Stalingrad region in 1945 – beginning of 1950

There is shown the public policy in reconstruction and development of the system of women's and children's health protection in the Stalingrad region in the course of implementation of the forth five-year-plan of development of the national economy of the USSR. There are revealed the positive tendencies of the growth of the qualitative and quantitative factors of services, in the sphere of health care and preschool education in the urban and rural areas. There are revealed and characterized the issues in development of the system of maternity and childhood protection.

Key words: *system of health protection, women's and children's health protection, five-year-plan of development of the national economy in the 1946-1950.*

(Статья поступила в редакцию 10.04.2015)

А.В. ЛИПАТОВ
А.В. ВАЛЬКОВСКИЙ
(Волгоград)

РОЛЬ КЛУБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ ДОСУГА СОВЕТСКИХ ГРАЖДАН В 1953 – 1964 гг. (на примере Сталинграда – Волгограда)

Анализируются направления работы клубных учреждений в организации досуга населения Сталинграда (Волгограда) в 1953–1964 гг.

Ключевые слова: *досуг населения, клубы, дома культуры, дворцы культуры, «оттепель» (1953 – 1964 гг.), Сталинград – Волгоград.*

В организации досуга советских граждан особую роль играли клубные учреждения культуры (заводские клубы, дома и дворцы культуры). Эти организации культуры, прово-

© Липатов А.В., Вальковский А.В., 2015