

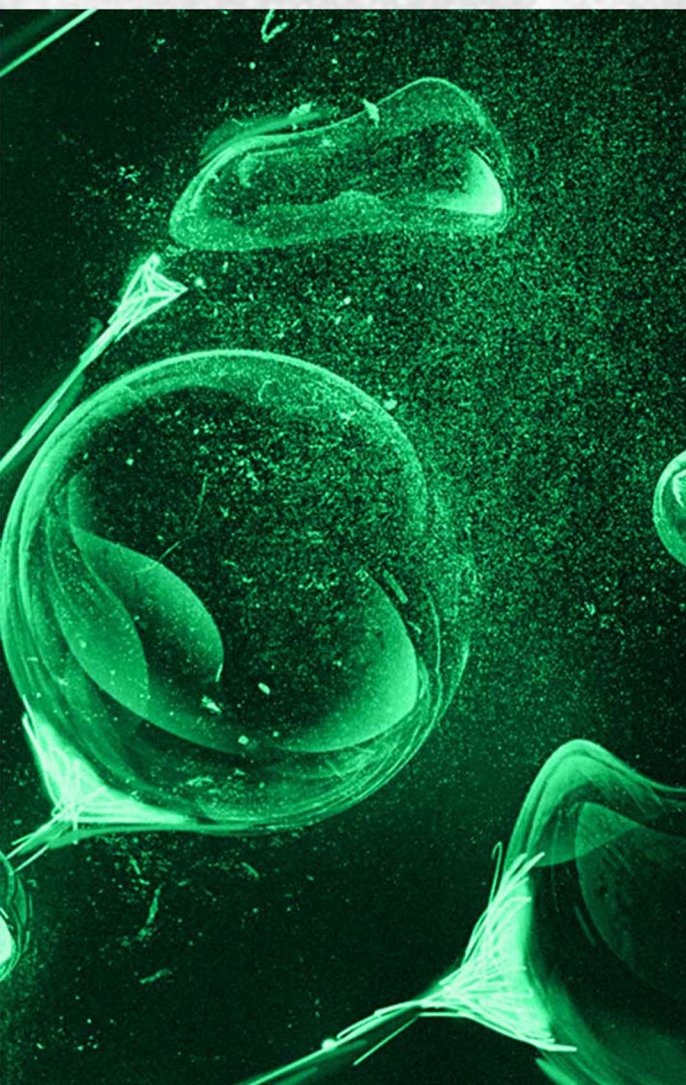


АГЕНТСТВО ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

ПЕРИОДИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ СБОРНИК

ПО МАТЕРИАЛАМ XIX МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
Г. БЕЛГОРОД, 31 ОКТЯБРЯ 2016 Г.



2016 № 10-5
ISSN 2413-0869

АГЕНТСТВО ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
(АПНИ)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

2016 • № 10, часть 5

Периодический научный сборник

*по материалам
XIX Международной научно-практической конференции
г. Белгород, 31 октября 2016 г.*

ISSN 2413-0869

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

2016 • № 10-5

Периодический научный сборник

Выходит 12 раз в год

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС 77-65905 от 06 июня 2016 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)

Учредитель и издатель:

ИП Ткачева Екатерина Петровна

Главный редактор: Ткачева Е.П.

Адрес редакции: 308000, г. Белгород, Народный бульвар, 70а

Телефон: +7 (919) 222 96 60

Официальный сайт: issledo.ru

E-mail: mail@issledo.ru

Информация об опубликованных статьях предоставляется в систему **Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)** по договору № 301-05/2015 от 13.05.2015 г.

Материалы публикуются в авторской редакции. За содержание и достоверность статей ответственность несут авторы. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов статей. При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.

Электронная версия сборника находится в свободном доступе на сайте: **www.issledo.ru**

По материалам XIX Международной научно-практической конференции «Современные тенденции развития науки и технологий» (г. Белгород, 31 октября 2016 г.).

Редакционная коллегия

Духно Николай Алексеевич, директор юридического института МИИТ, д.ю.н., проф.

Васильев Федор Петрович, профессор МИИТ, д.ю.н., доц., чл. Российской академии юридических наук (РАЮН)

Датий Алексей Васильевич, главный научный сотрудник Московского института государственного управления и права, д.м.н.

Кондрашихин Андрей Борисович, профессор кафедры экономики и менеджмента, Институт экономики и права (филиал) ОУП ВО «Академия труда и социальных отношений» в г. Севастополе, д.э.н., к.т.н., проф.

Тихомирова Евгения Ивановна, профессор кафедры педагогики и психологии Самарского государственного социально-педагогического университета, д-р пед. наук, проф., академик МААН, академик РАЕ, Почётный работник ВПО РФ

Алиев Закир Гусейн оглы, Институт эрозии и орошения НАН Азербайджанской республики, к.с.-х.н., с.н.с., доц.

Стариков Никита Витальевич, директор научно-исследовательского центра трансфера социокультурных технологий Белгородского государственного института искусств и культуры, к.с.н.

Ткачев Александр Анатольевич, доцент кафедры социальных технологий НИУ «БелГУ», к.с.н.

Шаповал Жанна Александровна, доцент кафедры социальных технологий НИУ «БелГУ», к.с.н.

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»	6
<i>Авагян В.Н.</i> ПЛАТНАЯ МЕДИЦИНА	6
<i>Боронина Л.Г., Саматова Е.В.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ	8
<i>Гусева Н.К., Зубеев П.С., Бердугин В.А., Баранова О.В.</i> ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ	13
<i>Давыдова А.Н., Цирятьева С.Б.</i> РАК АССОЦИИРОВАННЫЙ ТРОМБОЗ, ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИИ	17
<i>Додонов А.Г., Сонис А.Г., Яшков А.В.</i> ВЛИЯНИЕ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АНТИГРАВИТАЦИОННУЮ СИСТЕМУ ЧЕЛОВЕКА.....	21
<i>Дорохов Е.В., Кетова Е.С., Кузнецов Д.С., Ивахненко Д.В.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ СПЕЛЕОКЛИМАТОТЕРАПИИ НА ОРГАНИЗМ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА .	25
<i>Жеребятьева О.О., Михайлова Е.А., Сафарова Д.Р., Укубаева Д.Г.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРСИСТЕНТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ВОЗБУДИТЕЛЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ	28
<i>Жернакова Н.И., Лебедев Т.Ю., Лебедев Д.Т.</i> ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДРУГИМИ АСПЕКТАМИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ	30
<i>Заварзина Н.В.</i> ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ БЛОКА НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО КАК ОТРАЖЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	33
<i>Иванова Н.С., Пак Т.С.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСОРБЦИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ И ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	37
<i>Кондратьева Е.А., Иванова Н.Е., Кондратьев С.А., Лестева Н.А.</i> ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СПАСТИЧНОСТИ И КОНТРАКТУР У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ СОЗНАНИЯ	41
<i>Лоева Я.А., Васильева А.В.</i> ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ БИОТКАНЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ	47
<i>Маль Г.С., Дородных И.А., Кувшинова Ю.А.</i> К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ПОДХОДА ДЛЯ ПОДБОРА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ДОЗЫ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС	50
<i>Михайлова Е.А., Жеребятьева О.О., Желтова В.И., Ляшенко И.Э.</i> ИНФОРМАТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЭШЕРИХИЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ШТАММОВ.....	52
<i>Михайлова Е.А., Жеребятьева О.О., Махалова Г.О., Махалов В.Ю.</i> НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ВЕНЕРИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	54
<i>Михайлова Е.А., Киргизова С.Б., Фомина М.В., Азнабаева Л.М.</i> ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГОНОКОККОВОГО ПРОЦЕССА В СЕКРЕТАХ МУЖСКИХ И ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	56
<i>Мусаев Ш.Ж., Коваленко А.Д.</i> НУТРИЕНТНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В ПИТАНИИ ПОДРОСТКОВ САРАТОВСКОГО РЕГИОНА	58

Орлов А.С. ЭТАПЫ РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В СФЕРЕ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	60
Песковец Р.Д., Штарик С.Ю., Евсюков А.А. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. КРАСНОЯРСКА.....	64
Петров А.Г., Соколов А.О. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЁСШИХ СОЧЕТАННУЮ И МНОЖЕСТВЕННУЮ ТРАВМУ	67
Петров А.Г., Соколов А.О. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СПОНДИЛОЛИСТЕЗА У ДЕТЕЙ	72
Петров А.Г., Соколов А.О. МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДОПУСКА ДЕТЕЙ К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ	77
Стяжкина С.Н., Башикиров А.А., Гимранова А.Г., Мустафина Р.Х. ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ	82
Стяжкина С.Н., Гришина А.А., Миннеханова Т.И., Хузина А.В. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГРЫЖИ.....	86
Стяжкина С.Н., Ахметшина Г.З., Огнев О.И., Тахаутдинова Л.С. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ	91
Стяжкина С.Н., Камалетдинова С.С., Махмудова М.Н., Гимаутдинова З.Н. СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ДЛИТЕЛЬНЫМИ РЕМИССИЯМИ..	95
Филиппова М.О., Севостьянова И.В., Кабанов В.А., Аджян М.С. СОСТОЯНИЕ МИКРОКРОВОТОКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РАСЧЕТНЫХ ИНДЕКСОВ	98
Хрипунова А.А., Халецкая А.А., Качан Т.В. АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ.....	103
Хрипунова А.А., Сневак Р.С., Гейко О.А., Карабянова М.П. АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ.....	103
Чаплыгин Р.А. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ, ВЫЗВАННОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	107
Шиловский Д.П. «МЕДИЦИНСКАЯ ЛАТЫНЬ» И МЕЖПРЕДМЕТНАЯ КОММУНИКАЦИЯ: НЕ ТОЛЬКО ТЕРМИНОЛОГИЯ	109
Шульпина Н.Ю., Абызова Н.В., Бочкарева Г.Н., Долгова Е.М. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДИКТОРОВ НА КЛИНИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДАННОЙ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	112
СЕКЦИЯ «ФИЛОСОФСКИЕ НАУКИ»	115
Гаджиева А.А., Дадаева С.Р. СПОСОБЫ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕНТАЛЬНОСТИ В ХУДОЖЕСТВЕННОМ ТЕКСТЕ.....	115
Плотников В.В. ДВИЖЕНИЕ КАК ОНТОЛОГИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ В РАННЕЙ ГРЕЧЕСКОЙ ФИЛОСОФИИ: ГЕРАКЛИТ, ПАРМЕНИД, ДЕМОКРИТ	117
Плотников В.В., Гришай Е.В. ИДЕАЦИЯ КАК СПОСОБ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПАРАДОКСА СООТНОШЕНИЯ ЧАСТИ И ЦЕЛОГО В СИСТЕМЕ ЧЕЛОВЕК-ОБЩЕСТВО.....	119

<i>Плотников В.В.</i> ОНТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ДВИЖЕНИЯ КАК ПРЕДМЕТ ФИЛОСОФИИ И ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ	122
<i>Полуян Н.Н., Кушова И.А., Москвин А.С.</i> СПЕЦИФИКА ЭМПИРИОКРИТИЧЕСКОЙ МЫСЛИ В РАМКАХ ФИЛОСОФИИ ОБЩЕГО ПОЗИТИВИЗМА.....	124
<i>Попкова Н.В.</i> ПОКОРЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СТИХИИ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССА.....	127
<i>Ханзина Е.Г.</i> А. СМИТ. СТРУКТУРА ОБЩЕСТВЕННОГО ПОРЯДКА.....	130
СЕКЦИЯ «ИСКУССТВОВЕДЕНИЕ И КУЛЬТУРОЛОГИЯ»	134
<i>Карчина В.В.</i> СПЕЦИФИКА ТРАДИЦИОННОГО РЕМЕСЛА – ПЛЕТЕНИЕ ЦИНОВКИ ВОСТОЧНЫХ ХАНТЫ	134
<i>Луценко Н.И.</i> ВНЕДРЕНИЕ ФЛЕШМОБОВ В ПРАКТИКУ УЧРЕЖДЕНИЙ КУЛЬТУРЫ КЛУБНОГО ТИПА.....	137
СЕКЦИЯ «ЖУРНАЛИСТИКА И СМИ».....	141
<i>Родионова Ю.Д.</i> СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ПОПУЛЯРИЗАЦИИ В НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫХ ИЗДАНИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ЖУРНАЛА «ВОКРУГ СВЕТА»).....	141
<i>Рылеева М.А.</i> ГРАЖДАНСКАЯ ЖУРНАЛИСТИКА В РОССИИ: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ	145
<i>Синицкая А.А., Каирова И.А.</i> РОЛЬ ИНТЕРНЕТ-КОММУНИКАЦИЙ В БРЕНДИНГЕ ТЕРРИТОРИЙ НА ПРИМЕРЕ РОСТОВА-НА-ДОНУ.....	147

СЕКЦИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»

ПЛАТНАЯ МЕДИЦИНА

Авагян В.Н.

студентка, Российский государственный социальный университет,
Россия, г. Москва

Исследование посвящено анализу платных медицинских услуг в России.

Ключевые слова: медицина, медицинский работник, пациент.

Медицинская услуга – это совокупность необходимых, достаточных, добросовестных профессиональных действий медицинского работника, направленных на удовлетворение потребностей пациента.

В наше время все чаще стала развиваться платная медицина. Все чаще люди стали обращаться в частные клиники, ссылаясь на то, что платная медицина надежнее и доступнее обычных поликлиник. Например: Москвичка, у которой есть страховой медицинский полис, платила за ведение беременности и роды, а теперь платит за педиатра для своего ребенка. По ее словам, от обычной женской консультации ее отговорила подруга, которая после наблюдения врача в обычной поликлинике, и по неосторожности врачей потеряла ребенка, а в детскую больницу отказалась ходить сама. В грудничковый день в поликлинике была очень большая очередь, мамы стояли часами в очередях, начались скандалы и ссоры между женщинами, и одна из них упала в обморок. Платный педиатр никогда не грубит, не хамит, четко помнит ребенка, которого обследует, и помнит все болезни и проблемы ребенка, всегда отвечает на самые глупые вопросы. В бесплатных медицинских учреждениях такого нет.

После реформы здравоохранения, лишились работы десятки тысяч сотрудников государственных клиник. У остальных значительно выросла нагрузка, в качестве альтернативы у горожан остается платная медицина.

С каждым годом, все больше и больше жителей России, так или иначе, платят за медицинские услуги. По данным исследования в 2016 г. частная медицина составляет 65-70 %, а остальные 30 % это бесплатная. Даже официальные чиновники в России признают все большую недоступность бесплатной медицины. В результате реформы здравоохранения, по итогам 2014 г. в России сократили 90 тысяч медработников, а обеспеченность населения врачами снизилось до 39,7 на 10 тысяч человек. Проверка счетной палаты показал, что в 17,5 тысяч населенных пунктов страны вообще нет медицинской инфраструктуры, из них более 11 тысяч расположены на расстоянии свыше 20 км от ближайшей медицинской организации, где есть врачи.

Платная медицина остается единственным выходом не только для тех, кто предпочитает комфорт многочасовым очередям, но и для тех, кто неде-

лями вообще не может попасть на прием к врачу. Это является единственной возможностью записаться к врачу и попасть на прием.

В среднем стоимость первичной консультации у терапевта в частной клинике обойдется в 1500-2000 рублей, за анализы придется отдать 1300-1500 рублей «как минимум», функциональное исследование обойдется в 2000 рублей. Так в среднем заработная плата россиян составляет 25 000-30 000 рублей. В следствии мы можем прийти к выводу, что не все люди могут позволить себе платные медицинские услуги. Некоторые люди из-за финансовых проблем вообще не обращаются в медицинские учреждения, вследствие чего увеличивается смертность населения. Так же из-за плохого контроля государством над медицинскими учреждениями страдают люди инвалиды, льготники, так же пенсионеры. Некоторые медицинские учреждения дошли до такого, что пенсионеры и льготники для получения льгот на лекарство тоже должны платить деньги. То есть лекарства, которые они обязаны получать бесплатно, им тоже продают, ссылаясь на то, что либо лекарство не было получено учреждением, либо оно уже закончилось.

На сегодняшний день, государство должно поставить более жесткий контроль над больницами, ужесточить наказания, которые могли бы хотя бы чуть – чуть привести в порядок медицинскую сферу. Постараться уменьшить очереди в поликлиниках, и брать на работу более вежливых врачей. Так же это касается и сферу образования. Медицинские вузы должны выпускать более квалифицированных врачей, для дальнейшей перспективы страны и для развития медицины в стране.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993), (в редакции указов Президента Российской Федерации от 09.01.96 г. № 20; от 10.02.96 г. № 173; от 09.06.2001 г. № 679; от 25.07.2003 г. № 841; федеральных конституционных законов от 25.03.2004 г. № 1-ФКЗ; от 14.10.2005 г. № 6-ФКЗ; от 12.07.2006 г. № 2-ФКЗ; от 30.12.2006 г. № 6-ФКЗ; от 21.07.2007 г. № 5-ФКЗ; законов Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 г. № 6-ФКЗ; от 30.12.2008 г. № 7-ФКЗ; от 05.02.2014 № 2- ФКЗ) // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru
2. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 02.01.2013) // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru
3. Бондаренко Э.Н. Юридические факты в трудовом правоотношении: Монография. – Барнаул, 2015. – 365 с.
4. Стрельников В.В. Гражданские дела, связанные с трудовой деятельностью инвалидов и лиц с ограниченной трудоспособностью // Трудовое право. – 2014.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ

Боронина Л.Г.

профессор кафедры клинической лабораторной
диагностики и бактериологии, д-р мед. наук, профессор,
Уральский государственный медицинский университет,
Россия, г. Екатеринбург

Саматова Е.В.

врач-бактериолог лаборатории клинической микробиологии,
канд. мед. наук, Областная детская клиническая больница № 1,
Россия, г. Екатеринбург

Произведена этиологическая расшифровка заболеваний, передающихся иксодовыми клещами, у 142 пациентов (детей и взрослых) с лихорадкой неясной этиологии или укусом клеща в анамнезе, находящихся в стационаре с признаками инфекционного заболевания, с помощью серологического метода (иммуноферментный анализ, IgM и IgG). IgM к вирусу клещевого энцефалита обнаружен у 17 пациентов (35,4%), к возбудителям иксодового клещевого боррелиоза у одного (2%), к возбудителю гранулоцитарного анаплазмоза человека у двух (4%). IgM к возбудителям моноцитарного эрлихиоза человека не выявлены. Одновременно IgM определялись не только к вирусу клещевого энцефалита и возбудителям иксодового клещевого боррелиоза, но и к *Anaplasma phagocytophilum* у 8,3% пациентов.

Ключевые слова: этиологическая диагностика, клещевые инфекции.

Природно-очаговые трансмиссивные клещевые инфекции имеют широкое распространение в мире и отличаются большим этиологическим разнообразием. Лесные территории являются ареалом обитания клещей *Ixodes persulcatus* и *Ixodes ricinus* – переносчиков вируса клещевого энцефалита, патогенных боррелий, риккетсий (*Rickettsia tarasevichiae*, *Rickettsia helvetica*), анаплазм, эрлихий, бартонелл, бабезий, которые характеризуются сочетанностью природных очагов трансмиссивных инфекций. Основные переносчики *Rickettsia sibirica* и других патогенных риккетсий – клещи родов *Dermacentor* и *Haemaphysalis* [1, с. 7; 2, с. 5; 4; 6, с. 4].

Иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) занимает лидирующую позицию среди клещевых инфекций. Общий уровень ИКБ в РФ в 2013г. выше заболеваемости клещевым энцефалитом в 2 раза, что обусловлено большей инфицированностью иксодовых клещей боррелиями. Заболеваемость ИКБ установлена во всех федеральных округах [2, с. 20; 4; 6, с. 15]. По данным Роспотребнадзора в России за период с января по август 2015г. зарегистрировано увеличение заболеваемости по сравнению с 2014г.: клещевой вирусный энцефалит (на 22%), клещевой боррелиоз (на 13%).

Для гранулоцитарного анаплазмоза (ГАЧ) и моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ) в РФ эпидемиологическая ситуация на большинстве территорий остается малоизученной. В 2013г. в России зарегистрировано 23 слу-

чая МЭЧ и 145 случаев ГАЧ. В 2013г. наибольший уровень заболеваемости отмечен в: Вологодской области (МЭЧ n=9 и ГАЧ n=34), Пермском крае (МЭЧ n=4 и ГАЧ n=25), республике Хакасия (МЭЧ n=3 и ГАЧ n=15). В остальных субъектах выявлены единичные случаи МЭЧ и ГАЧ [3, с. 55].

Общие переносчики различных патогенов, зачастую в единой паразитарной системе, обуславливает широкую распространенность сочетанных природных очагов клещевого энцефалита (КЭ), ИКБ, клещевого риккетсиоза (КР), МЭЧ и ГАЧ в различных сочетаниях, что следует принимать во внимание при мониторинге очагов, эпидемиологическом надзоре, диагностике и профилактике клещевых инфекций.

Цель работы – выявить этиологию инфекций, связанную с возбудителями передающимися клещами на территории Среднего Урала.

Материалы и методы. С 2013 по 2015гг. исследовано 110 образцов сыворотки крови к возбудителю грануляцитарного анаплазмоза человека и моноцитарного эрлихиоза человека, 103 – к возбудителям иксодовых клещевых боррелиозов, 80 – к вирусу клещевого энцефалита от 142 пациентов (детей и взрослых) с лихорадкой неясной этиологии или укусом клеща в анамнезе, находящихся в стационаре с признаками инфекционного заболевания. Использовались тест-системы: «ГАЧ-ИФА-IgM», «ГАЧ-ИФА-IgG», «МЭЧ-ИФА-IgM», «МЭЧ-ИФА-IgG» (ООО «Омникс», Санкт-Петербург); «ДС-ИФА-Анти-ВКЭ-G», «ДС-ИФА-Анти-ВКЭ-M» (НПО «Диагностические системы», Нижний Новгород); «ЛаймБест-IgM», «ЛаймБест-IgG» (ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск).

Результаты и обсуждение. В соответствии с приказом Росстата от 28.01.2014г. № 52 утверждена статистическая отчетность по формам № 1 и 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», которая включает следующие клещевые инфекции: КЭ, ИКБ (болезнь Лайма), риккетсиозы (эпидемический сыпной тиф, болезнь Брилля, сибирский клещевой тиф, астраханская пятнистая лихорадка), Лихорадка Ку, ГАЧ, МЭЧ [7, с. 25]. У пациентов, находящихся в стационаре, с лихорадкой неясной этиологии или укусом клеща в анамнезе, определяли антитела к возбудителям инфекций, передающихся клещами. Для этого в начале проведен анализ имеющихся методов лабораторной диагностики каждой из инфекций. Затем выбраны методики, которые могут использоваться, при наличии тест-систем, в большинстве практических лабораторий.

Лабораторная диагностика ИКБ (клещевого боррелиоза, болезни Лайма) включает: I. прямые (направленные на прямую детекцию возбудителя, его антигенов или ДНК): микроскопия (световая и темнопольная, которые являются ориентировочными; фазово-контрастная; электронная; иммунофлюоресцентная); культуральный – «золотой стандарт»; 3. полимеразная цепная реакция; II. серологические (направленные на обнаружение антител к возбудителю) реакция непрямой гемагглютинации (РНГА), реакция связывания комплемента (РСК), иммуноферментный анализ (ИФА), реакция непрямой

мой иммунофлюоресценции (РНИФ), иммуноблот, которые в настоящее время наиболее часто применяют.

Лабораторная диагностика КЭ может быть подразделена на: I. выделение вируса клещевого энцефалита на культуре клеток, реакция вируснейтрализации, реакция комплементсвязывания, реакция торможения гемагглютинации (РТГА), РНГА; II. современные методы: серологические методы (ИФА Е антигена вируса клещевого энцефалита (ВКЭ), ИФА IgM к ВКЭ, ИФА IgG к ВКЭ); ПЦР-анализ РНК ВКЭ. Эти методы позволяют исследовать одновременно большое количество биологического материала (сыворотки или плазма крови человека, спинномозговая жидкость или различные биопробы, в том числе клещи).

Для лабораторной диагностики КР регламентированы серологические методы (реакция агглютинации, РСК, РНГА, РНИФ, ИФА), однако в настоящее время не выпускается ни один коммерческий диагностикум для указанных методов. РНИФ считается «золотым стандартом» серодиагностики риккетсиозов. Для её постановки используют «слайд-антигены», получаемые на культурах клеток из эталонных штаммов риккетсий в специализированных лабораториях (в России – Омский НИИ природно-очаговых инфекций Роспотребнадзора и НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи МЗ РФ). К методам выявления риккетсий относят: ДНК риккетсий можно выявлять в ПЦР с последующим определением нуклеотидных последовательностей ампликона; биологическую пробу на морских свинках; метод флюоресцирующих антител (МФА), РНГА. В настоящее время ИФА тест-системы для выявления антител к КР (*R. sibirica*) находятся на регистрации.

Лабораторная диагностика МЭЧ и ГАЧ включает: 1) микроскопическое исследование лейкоцитов больных в остром периоде заболеваний, в них обнаруживаются специфические скопления анаплазм и эрлий (морулы), которые необходимо дифференцировать от других клеточных включений. Диагностическая чувствительность метода в первую неделю заболевания варьирует от 2 до 75%, а затем снижается. Морулы могут находиться лишь в 0,1% лейкоцитарных клеток, и поэтому их выявление в значительной степени зависит от квалификации специалиста, проводящего исследование; 2) Культуральный метод диагностики отличается высокой чувствительностью и специфичностью, но требует использования специальных клеточных культур, избирательных сред и занимает от двух до трех недель; 3) серологические методы (РНИФ, ИФА). До настоящего времени у отечественных коммерческих ИФА тест-систем нет свидетельств о государственной регистрации препаратов, как и у зарубежных производителей; 4) молекулярно-биологические методы (ПЦР).

Исходя из вышеизложенного остановились на серологических методах, а именно ИФА. Из 110 протестированных образцов, IgM к возбудителю ГАЧ обнаружены в 17,2% проб, еще в 9% – результат, оценен, как сомнительный, в связи с тем, что оптическая плотность образцов находилась в «серой зоне».

В этих случаях говорить об этиологической расшифровке нельзя, необходимо провести дополнительный анализ нового образца и поставить парные сыворотки. IgG к возбудителю ГАЧ выявлены в 9% проб. IgM и IgG к возбудителю МЭЧ не обнаружены. Из 103 образцов, IgM к возбудителям ИКБ выявлены в 8,7%, а IgG в 5,8% проб. IgM к ВКЭ обнаружены в 38,8% проб, еще в 8,7% – результат сомнительный (неопределенный) в соответствии с рекомендациями производителя. В этих случаях для корректного заключения необходимо повторное исследование вновь забранного образца.

48 пациентов одновременно обследованы на антитела к возбудителю ГАЧ, МЭЧ, ИКБ, КЭ. IgM к ВКЭ обнаружены у 17 больных, еще у трех требуется динамическое наблюдение для окончательной серологической верификации (результат сомнительный), в связи с тем, что оптическая плотность образцов находилась в «серой зоне». IgM к возбудителю ГАЧ выявлены у 2 пациентов, а к возбудителям ИКБ у 1 больного. У пяти пациентов IgM одновременно обнаружены к нескольким возбудителям клещевых инфекций: ГАЧ + ВКЭ (n=1), ГАЧ + ИКБ (n=2), ГАЧ + ИКБ + ВКЭ (n=1), ИКБ + ВКЭ (n=1). У пяти больных на фоне выявления IgM к одному из возбудителей, также обнаружены IgG к другим клещевым инфекциям, что вероятно свидетельствует о перенесенной ранее инфекции: IgM, IgG к возбудителю ГАЧ + IgG к возбудителям ИКБ; IgG к возбудителю ГАЧ + IgM, IgG к возбудителям ИКБ; IgG возбудителю ГАЧ + IgG к возбудителям ИКБ + IgM к ВКЭ; IgM к возбудителю ГАЧ + IgG к возбудителям ИКБ. В каждом регионе имеются свои особенности по этиологической структуре клещевых инфекций. Так по результатам комплексного клинико-лабораторного обследования пациентов Пермской краевой клинической инфекционной больницы (2007-2010гг.), связанных с присасыванием таежного клеща имелось следующее распределение: КЭ – 10,4%, ИКБ – 45%, ГАЧ – 5%, МЭЧ – 1,7%, ИКБ + КЭ – 4,2%, ИКБ + ГАЧ – 10,9%, ИКБ + МЭЧ – 6,7%, другие микст-инфекции – 5,6%, этиология не установлена – 10,5% [5, с. 14]. Можно констатировать, что при выборочном исследовании сывороток на наличие IgM и IgG к возбудителям клещевых инфекций в Екатеринбурге, в отличие от Перми, лидирует КЭ. Это вероятно можно объяснить тем, что за медицинской помощью обращаются, как правило, пациенты с яркими симптомами инфекционного заболевания (лихорадкой и т.д.), которые чаще выражены при КЭ.

Инфицированность клещей, снятых с пациентов, исследованных методом ПЦР, в Екатеринбурге, по данным ФБУЗ «ЦГиЭ в Свердловской области», составила в 2015г.: ВКЭ – 4%; возбудителями ИКБ – 30%; возбудителем ГАЧ – 0,1%; возбудителями МЭЧ – 0,1%. Инфицированность клещей, собранных в лесной зоне, ВКЭ составила в 2015г. – 8%.

Антитела к возбудителям клещевых инфекций были определены, как у больных, подвергшихся укусу клеща, так и у больных с лихорадкой неясной этиологии у которых укус клеща не зафиксирован. IgM к возбудителю ГАЧ выявлены в пробах сыворотки крови одномоментно с ВКЭ и/или возбудите-

лями ИКБ (n=4). В двух случаях обнаружены IgG к возбудителю ГАЧ, что может свидетельствовать о наличии анамнестических антител к ГАЧ, а выявленные IgM к ВКЭ или ИКБ об инфекции, вызванной этими возбудителями.

Выводы. Помимо достоверно доказанных случаев КЭ и ИКБ на Среднем Урале выявлены антитела к возбудителю ГАЧ. IgM к ВКЭ обнаружены у 17 пациентов (35,4%), к возбудителям ИКБ у одного (2%), к возбудителю ГАЧ у двух (4%). IgM к возбудителям МЭЧ не выявлены. Одномоментно IgM определялись не только к ВКЭ и возбудителям ИКБ, но и к *Anaplasma phagocytophilum* у 8,3% пациентов. Для этиологической расшифровки случаев лихорадок неясной этиологии или связанных с укусом клеща необходимо определять антитела к возбудителям ГАЧ, МЭЧ, ИКБ, ВКЭ предпочтительно в парных сыворотках, а при появлении коммерческих тест-систем и к возбудителю КР (*R. sibirica*).

Список литературы

1. Аммосов А.Д. Клещевой энцефалит: информационно-методическое пособие / А.Д. Аммосов. Кольцово, 2006. 115 с.
2. Иксодовые клещевые инфекции в практике участкового врача / И.В. Малов, В.А. Борисов, А.К. Тарбеев, К.А. Аитов. Иркутск, 2007. 90 с.
3. Использование полимеразной цепной реакции в режиме реального времени для выявления ДНК возбудителей гранулоцитарного анаплазмоза и моноцитарного эрлихиоза человека / Е.И. Бондаренко, М.К. Иванов, В.В. Якименко, А.К. Танцев [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. – 2012. № 11. С. 54-57.
4. Клещевые трансмиссивные инфекции человека в России / В.И. Злобин, Н.В. Рудаков, И.В. Малов (Омский НИИ природно-очаговых инфекций, Иркутский медицинский университет). URL: <http://docviewer.yandex.ru/?url> (дата обращения: 19.10.2016).
5. Клинико-лабораторная диагностика инфекций, передающихся иксодовыми клещами, в Пермском крае / В.Ю. Тетерин, Э.И. Коренберг, В.В. Нефедова, Н.Н. Воробьева [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2013. № 4. С. 11-15.
6. Манзенюк И.Н. Клещевые боррелиозы (болезнь Лайма): пособие для врачей / И.Н. Манзенюк, О.Ю. Манзенюк. Кольцово, 2005. 85 с.
7. Об утверждении статистического инструментария для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения инфекционными и паразитарными болезнями и профилактическими прививками: приказ Федеральной службы государственной статистики от 28 января 2014 г. № 52 г. Москва, 2014. 29 с.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Гусева Н.К.

профессор кафедры скорой медицинской помощи факультета повышения квалификации врачей, д.м.н., профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, г. Нижний Новгород

Зубеев П.С.

главный врач, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская больница №33», заведующий кафедрой скорой медицинской помощи факультета повышения квалификации врачей, д.м.н., профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, г. Нижний Новгород

Бердугин В.А.

доцент кафедры организации здравоохранения, к.м.н., Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Нижегородский региональный институт управления и экономики агропромышленного комплекса», Россия, г. Нижний Новгород

Баранова О.В.

заместитель главного врача по клинко-экспертной работе, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская больница №33», Россия, г. Нижний Новгород

В статье экспертиза временной нетрудоспособности у работающих граждан и последующее их направление на МСЭ для определения инвалидности рассматриваются в качестве этапов единого экспертного процесса, который начинается с лечащего врача, определяющего необходимость выдачи и продления листка нетрудоспособности, и заканчивается в отдельных случаях установлением инвалидности и реализацией программы реабилитации. Переход от временной нетрудоспособности к инвалидности у работающих граждан часто бывает плавным, характеризуется развитием заболевания, увеличением длительности нетрудоспособности и нарастанием социальных последствий болезни, в том числе ухудшением трудового прогноза.

Ключевые слова: экспертиза временной нетрудоспособности, инвалидность, листок нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза (МСЭ).

Экспертиза временной нетрудоспособности у работающих граждан проводится в целях определения способности работника осуществлять тру-

довую деятельность, необходимости перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, принятие решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу (МСЭ) в случаях, установленных законодательством (закон от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»). У работающих граждан заболевание и его развитие вызывают, как правило, временную нетрудоспособность, а основной причиной инвалидности является ухудшение трудового и клинического прогноза, которое приводит к нарушению социализации, социальных связей и снижение социальной стабильности больного, что характеризует понятие «инвалидность». Это свидетельствует о том, что экспертиза временной нетрудоспособности и направление на МСЭ для определения инвалидности являются для работающих граждан этапами единого экспертного процесса, который начинается с лечащего врача, определяющего необходимость выдачи и продления листка нетрудоспособности, и заканчивается в отдельных случаях установлением инвалидности и реализацией программы реабилитации.

С целью определения особенностей отдельных этапов экспертного процесса проведено исследование работы врачебной комиссии (ВК) поликлиники крупного больнично-поликлинического объединения по экспертизе временной нетрудоспособности за 2015г.

На первом этапе экспертного процесса экспертизу временной нетрудоспособности с выдачей листков нетрудоспособности застрахованным гражданам проводят лечащие врачи, которые для продления листков нетрудоспособности свыше 15 дней направляют больных на ВК.

На втором этапе экспертного процесса осуществляется продление листков нетрудоспособности ВК, осуществляющей контроль и оценку качества проведенной врачами экспертизы. Анализ показал, что объем работы ВК, связанный с экспертизой временной нетрудоспособности, составляет значительную долю объема работы комиссии и существенно вырос за период с 2011 до 2015гг. (в 1,8 раза), таблица.

Таблица

Динамика работы ВК по вопросам, связанным с экспертизой временной нетрудоспособности за период с 2011 по 2015 гг.

Виды деятельности ВК, связанные с экспертизой временной нетрудоспособности	2011		2015	
	Абс.	%	Абс.	%
Продление листков нетрудоспособности на срок свыше 15 дней	1399	65,4%	3204	81,4%
Оформление справок о временной нетрудоспособности гражданам, не подлежащим социальному страхованию (военным и студентам очного обучения)	93	4,3%	93	2,4%
Экспертиза частичной нетрудоспособности (оформление трудовых рекомендаций)	72	3,4%	33	0,8%
Направление на МСЭ	574	26,8%	604	15,4%
ВСЕГО	2138	100%	3934	100%

Рост объема работы ВК, связанной с экспертизой временной нетрудоспособности, вырос за счет увеличения числа случаев продления листка нетрудоспособности лицам, подлежащим социальному страхованию, на срок свыше 15 дней в 2,3 раза. Среди данного контингента больных наибольшую долю составляют лица, которым листок нетрудоспособности продлевают до 30 дней (62,2%), меньше – со сроком продления от 30 до 100 дней (31,7%), еще меньше – со сроком продления от 100 и более дней (6,1%). Лица, не подлежащие социальному страхованию, представлены двумя контингентами: военнослужащими и студентами очного обучения, которым выдают на период временной нетрудоспособности справки. За наблюдаемый период число военнослужащих существенно снизилось, но выросло число обращений студентов. Все эти граждане имеют небольшие сроки временной нетрудоспособности (в основном до 15 дней), и, как правило, хорошие результаты лечения.

На третьем этапе экспертного процесса осуществляется экспертиза частичной временной нетрудоспособности, по результатам которой ВК оформляет пациентам трудовые рекомендации по состоянию здоровья. Контингент таких больных включает граждан, перенесших заболевание или травму и нуждающихся в переводе в облегченные условия труда, и лиц, проходящих освидетельствование для определения годности к различным видам работ, в основном, на государственную службу. Число больных, получивших трудовые рекомендации на ВК, за пять лет снизилось в 2,2 раза за счет первого контингента пациентов.

На четвертом этапе экспертного процесса в медицинской организации осуществляется направление больных на МСЭ. Контингент лиц, направленных на МСЭ, включал граждан, направленных на МСЭ первично и повторно для определения инвалидности, а также лиц, пострадавших от трудового увечья и профессиональных заболеваний, нуждающихся в установлении степени утраты профессиональной трудоспособности без определения инвалидности (устанавливалась в единичных случаях). В структуре общей работы ВК по экспертизе временной нетрудоспособности объем работы по направлению на МСЭ составил 15,4%. В 2015 году первично на МСЭ было направлено 270 пациентов, из которых 78 человек были работающими; повторно – 334. Таким образом, на каждого первичного больного приходилось 1,2 лиц, направленных повторно. Отбор больных, нуждающихся в первичном направлении на МСЭ, в частности, среди работающих граждан, находящихся на листке нетрудоспособности, осуществляется лечащими врачами. Они должны определить момент, когда в связи с формированием инвалидизирующего дефекта, временная нетрудоспособность больного переходит в стойкую, а далее выявить необходимость направления его на МСЭ с учетом критериев инвалидности, действующих в настоящее время, обследовать больного и направить на ВК.

Следует отметить, что для профилактики роста первичного выхода на инвалидность, особое значение имеет лечение и реабилитация больных с длительной временной нетрудоспособностью (более 100 дней). Показатель

соотношения между числом больных, длительно нетрудоспособных, и первично направленных на МСЭ в среднем за 2015 год составил 1 : 1,3. Существенные сдвиги в сторону лиц, первично направленных на МСЭ, наблюдались в марте (1 : 2,6) и в ноябре (1 : 2,5), когда среди направленных на МСЭ увеличилось число неработающих граждан пенсионного возраста. Из 584 пациентов, первично и повторно направленных на МСЭ, у которых были изучены результаты МСЭ, у 12 человек инвалидность не установлена, 2 – умерли до освидетельствования.

В целом, формирование потока работающих граждан, нуждающихся в направлении на МСЭ, идет путем поэтапного отбора пациентов на каждом этапе экспертного процесса (рисунок).



Рис. Особенности формирования контингента работающих граждан, первично направленных на МСЭ

Выводы.

1. В структуре работы ВК по экспертизе временной нетрудоспособности наибольший удельный вес занимает объем освидетельствований граждан, подлежащих социальному страхованию, по продлению листка нетрудоспособности на срок свыше 15 дней.

2. В период с 2011 по 2015 год Объем работы ВК по экспертизе временной нетрудоспособности вырос в 1,84 раза, в основном, за счет увеличения числа освидетельствований с целью продления листков нетрудоспособности (в 2,3 раза).

3. Среди лиц, направленных на освидетельствование с целью продления листков нетрудоспособности, наибольшую долю составляют лица, нуждающихся в продлении на срок до 30 дней (62,2%), наименьшую долю – нуждающиеся в продлении 100 и более дней (6,2%).

4. Переход от временной нетрудоспособности к инвалидности у работающих граждан часто бывает плавным, характеризуется развитием заболевания, увеличением длительности нетрудоспособности и нарастание социальных последствий болезни, в том числе ухудшением трудового прогноза.

РАК АССОЦИИРОВАННЫЙ ТРОМБОЗ, ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИИ

Давыдова А.Н.

аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии ФПК и ППС,
Тюменский государственный медицинский университет, Россия, г. Тюмень

Цирятьева С.Б.

профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФПК и ППС, д.м.н.,
Тюменский государственный медицинский университет, Россия, г. Тюмень

В статье прослеживается многофакторная взаимосвязь рака и тромбоза, онкопроцесс вызывает изменения в системе гемостаза, в клетки крови, в частности тромбоциты, способствуют прогрессированию онкологического процесса. Рассмотрен метод тромбоэластографии и возможность мониторинга коагуляции с помощью ТЭГ.

Ключевые слова: онкопатология, венозный тромбоэмболизм, тромбоэластография.

Взаимосвязь тромбоза и рака известна давно, впервые парижским врачом ArmandTrousseau в 1861 г. была представлена клиническая взаимосвязь между скрытым раком и идеопатическим тромбозом вен. Позднее он диагностировал у себя диссеминированный рак желудка на основании развития у него мигрирующего тромбоза глубоких вен голени, и умер спустя 6 месяцев. С тех пор «синдромом Труссо» называют сочетание у пациента мигрирующего тромбоза вен и наличие опухолевой патологии, а предшествующее манифестации опухоли появление тромботических осложнений – «тромботической маской» [10, 12]. В мире создаются ассоциации и проходят конференции, освещающие этот вопрос: Международное общество по тромбозу и гемостазу (ISTH), Женщина, Рак и Тромбоз (WTC), International Conference on Thrombosis and Hemostasis Issues in Cancer (ICTHIC).

Из всех случаев венозного тромбоэмболизма до 20% приходится на онкологических пациентов, по данным аутопсии признаки тромбоэмболических осложнений обнаруживаются у 50% онкологических пациентов, тромбоэмболия легочной артерии являлась причиной смерти у 15% больных и у 43% больных – фоном для других смертельных осложнений. Онкопроцесс, сам по себе, увеличивает риск венозного тромбоэмболизма в 4-7 раз [2, 9, 3]. Причиной появления такого понятия как cancer-associated thrombosis и выделение в особую группу тромбозов послужило течение ВТЭО у онкологических пациентов, сопряженное с очень высокими рисками, как рецидива тромбоэмболий, несмотря на проведение стандартной антикоагулянтной профилактики, так и фатального кровотечения. Так, по данным Khorana A. A. ежегодный риск рецидива тромбоза у онкологических пациентов составляет 21%, а риск фатального кровотечения – 12% [7]. Тромбоз оказывает значительное влияние на заболеваемость и смертность от рака, поэтому важно определить, какие пациенты могут быть подвержены более высокому риску, чем другие, особенно перед началом хирургического вме-

шательства или химио-лучевой терапии [1]. Опухолевый процесс сопровождается гиперкоагуляцией, в основе которой лежит сложный многофакторный механизм. Опухолевые клетки запускают экспрессию клетками тканевого фактора (TF), секрецию цистеинового ракового прокоагулянта (CP), секрецию косвенных прокоагулянтных цитокинов, таких, как интерлейкины-1 и -8, фактор некроза опухоли (TNF) и сосудистый фактор роста эндотелия (VEGF), вырабатывают опухолевые микрочастицы. Опухоль активизирует тромбоциты и через экспрессию интегрина формируют адгезию тромбоцитов с эндотелием кровеносных сосудов, так же повышается количество активированных моноцитов и макрофагов в кровотоке рядом с опухолью, которые экспрессируют TF на своей поверхности как часть иммунного ответа организма на опухоль или как ответ на секрецию продуктов опухоли. Тканевой фактор опухолевого происхождения является ключевой молекулой инициирующей свертывание крови. Активация свертывающей системы, с образованием тромбина и фибрина и активации тромбоцитов, лейкоцитов и эндотелиальных клеток, играет решающую роль в прогрессировании рака [1, 3, 12] (рисунок).

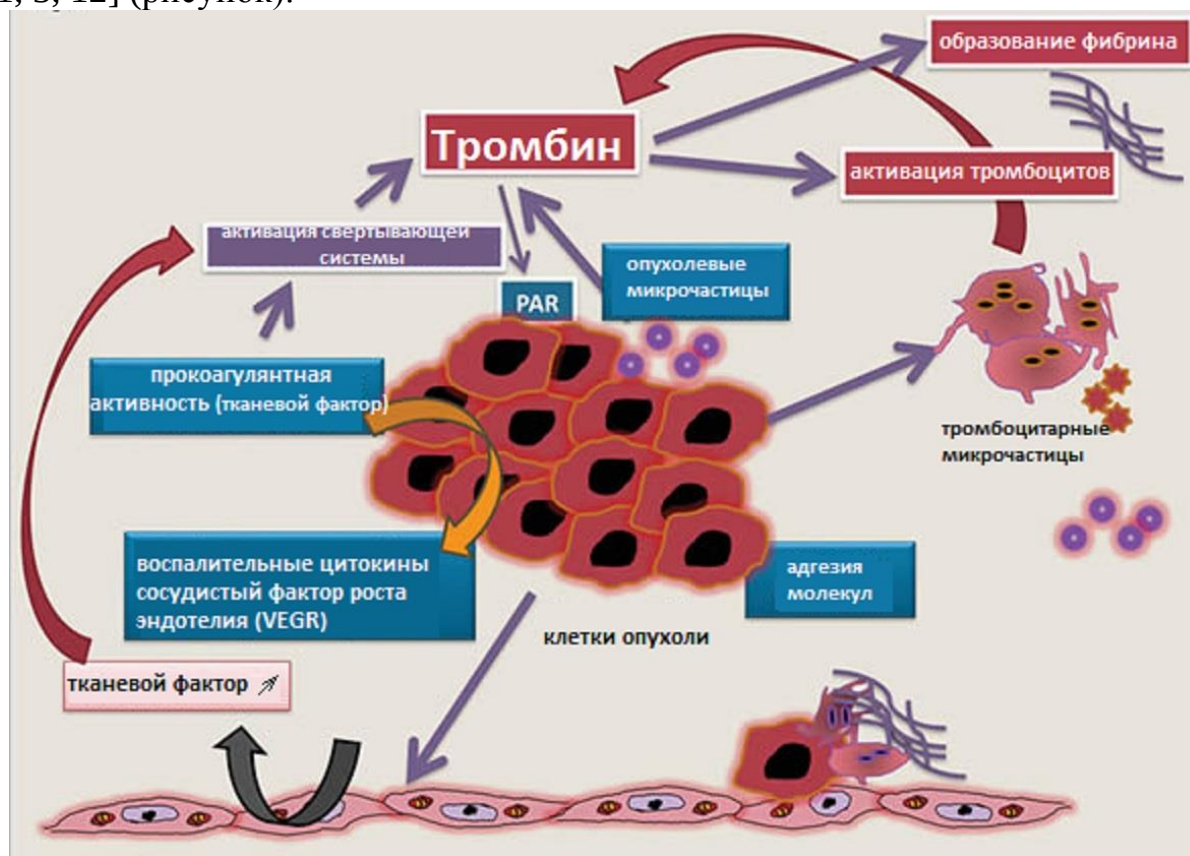


Рис. Механизм активации системы гемостаза опухолевыми клетками (Falanga Anna. The Cancer-Thrombosis Connection. 2011)

В мире в последнее время все больший интерес вызывает метод экспресс-диагностики системы гемостаза – тромбоэластография (ТЭГ). Основное использование конечно же метод ТЭГ/ТЭМ нашел в ургентных ситуациях, для диагностики стремительно развивающихся нарушений системы гемостаза при крупных хирургических операциях,

сопровождающихся массивной кровопотерей, но так же возможно его использование в качестве экспресс-оценки гемостаза в предоперационном периоде (перед инвазивными процедурами). Согласно рекомендациям Европейского общества анестезиологов (2013), мониторинг коагуляции с помощью ТЭГ – основа гемостазиологической коррекции [8, 4].

Метод тромбэластографии (ТЭГ) был впервые описан Хартертом в 1948 году. ТЭГ оценивает вязко-упругие свойства цельной крови в условиях сдвига при низких скоростях тока крови и предоставляет информацию об общей гемостатической функции с самого начала образования сгустка и далее в течении ретракции и фибринолиза сгустка. ТЭГ измеряет физические свойства сгустка с помощью цилиндрической чашки, нагретой до 37°C, которая колеблется в 10-секундных циклах. Контакт, подвешенный на торсионной нити, помещен в чашу и сигнал с него отслеживается в процессе анализа. Как только сгусток начинает формироваться, фибриновые нити образуются между контактом и внутренней стенкой кюветы. В результате контакт также начинает колебаться вслед за кюветой. Это колебание передается торсионной нити и преобразуются в электрический сигнал. Как только происходит лизис сгустка, связи между штифтом и сгустком ломаются, что приводит к уменьшению колебания контакта. Механический электрический конвертор преобразует вращательное движение стержня в электрический сигнал, который отображается как TEG кривая [6]. Принципиальное отличие ТЭГ от стандартных коагулологических тестов состоит в том, что из известных компонентов системы гемостаза ТЭГ одновременно оценивает четыре основных (коагуляционный каскад, тромбоциты, противосвертывающие механизмы и систему фибринолиза), причем оценивает их во взаимодействии. За пределами нашего внимания остается только сосудистая стенка [5]. Большинство же общепринятых коагуляционных тестов завершается на этапе появления первых фибриновых нитей, тогда как ТЭГ начинается именно с этой точки и продолжается вплоть до лизиса или ретракции сгустка. Несмотря на то, что имеются определённые корреляции между показателями ТЭГ и коагулограммы, взаимосвязь между этими двумя методами весьма слабая [11]. Первая попытка сравнить ТЭГ с результатами стандартных лабораторных тестов была предпринята Zuckerman L. в 1981 г. По результатам этого исследования была установлена взаимосвязь максимальной амплитуды ТЭГ с количеством тромбоцитов и концентрацией фибриногена. Этот же результат был подтвержден Orlikowski С.Е.Р. Другие исследователи – Oshita K, Toshiharu A-М., Ben Ari Z., Panagou M. – отвергают корреляционную связь с этими показателями [4]. У онкологических пациентов комбинированная оценка гиперкоагуляции крови и гипофибринолиза позволит лучше оценить риск развития ВТЭО. Угнетение фибринолиза является независимым фактором риска ВТЭО, в том числе, и у онкологических пациентов, имеющих многочисленные другие факторы риска [7]. J. O'Donnell с группой исследователей показал, что ТЭГ – более чувствительный метод, чем обычные лабораторные тесты для диагностики венозного тромбоэмболизма (ВТЭ). По результатам стандартных исследований пациентов с ВТЭ

тромбофилические нарушения были выявлены у 34% пациентов, в то время как на ТЭГ определялись в 45% исследований [4]. По результатам проспективного исследования (Traverso C.I., Prospective assessment of the risk of deep vein thrombosis in elective abdominal surgery. Predictive role of thrombelastography) больных после оперативного вмешательства на органах брюшной полости была выявлена высокая прогностическая значимость дооперационной ТЭГ для определения риска послеоперационных тромбозов. Чувствительность метода составила 72,2%, специфичность – 69 % [4]. Любое оперативное вмешательство у онкологических пациентов сопряжено с более высоким риском тромботических осложнений. У онкологических больных, перенесших хирургическое лечение, риск развития фатальной ТЭЛА в 3 раза выше, чем у неонкологических больных, перенесших сходные операции [12].

Список литературы

1. Falanga Anna. The Cancer-Thrombosis Connection // The Hematologist. 2011. V. 8. N 4. P. 4-5.
2. Frequency, risk factors, and trends for venous thromboembolism among hospitalized cancer patients / Khorana A. A., Francis C. W., Kuderer N. M., Lyman G. H. et al. // Cancer. 2007. V. 110. N 10. P. 2339–2346.
3. Kurniawan A. Patogenesis, Diagnosis, dan Penatalaksanaan Tromboemboli Vena pada kanker// Indonesian Journal of Cancer. 2013. V.7. N 3. P. 103-110.
4. Авдушкина Л. А., Вавилова Т. В., Зыбина Н. Н. Метод тромбоэластографии/тромбоэластометрии в оценке системы гемостаза: прошлое и настоящее, референтные интервалы // Клинико-лабораторный консилиум. 2009. № 5. С. 26-33.
5. Буланов А. Ю. Роль тромбоэластографии в трансфузионной терапии посттравматической коагулопатии // Трансфузиология. Т. 12. № 4. С. 47-55.
6. Булатова В. Р. Анализ свертываемости крови по методу тромбоэластографии // Вестник магистратуры. 2013. № 5. С.31-33.
7. Петрова О. Ю., Суханов В. А., Левит Д. А. Гипофибринолиз как основной фактор риска тромбоэмболических осложнений у онкологических пациентов // Злокачественные опухоли. 2014. № 3. С. 147-154.
8. Синьков С. В., Карипиди М. К., Матанцева Е. Ф. Сравнение информативной значимости параметров тромбоэластографии и электрокоагулографии для оценки системы гемостаза // Вестник МУЗ ГБ №2. 2015. № 1. С. 35-40.
9. Сомонова О. В., Маджуга А. В., Елизарова А. Л. Тромбозы и тромбоэмболии в онкологии. Современный взгляд на проблему // Злокачественные опухоли. 2014. № 3. С. 172-176.
10. Тер-Ованесов М. Д., Маджуга А. В. Тромбоэмболические осложнения в онкологии: опыт, реализованный на практике// Практическая онкология. 2001. Т. 2. № 1. С. 25-31.
11. Чарная М. А., Морозов Ю. А., Гладышева В. Г. Использование метода тромбоэластографии для диагностики и выбора тактики коррекции нарушений системы гемостаза в кардиохирургической клинике // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2010. Т. 7. № 1. С. 28-33.
12. Шапошников С. А., Синьков С. В., Заболотских И. Б. Нарушение гемостаза при онкологическом процессе: современный взгляд на проблему // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2011. Т.22. №3. С. 12-19.

ВЛИЯНИЕ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АНТИГРАВИТАЦИОННУЮ СИСТЕМУ ЧЕЛОВЕКА

Додонов А.Г.

заместитель главного врача по клинико-экспертной работе Клиник СамГМУ,
канд. мед. наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение Самарский государственный медицинский университет Мини-
стерства здравоохранения России, Россия, г. Самара

Сонис А.Г.

проректор по клинической работе, заведующий кафедрой пропедевтической
хирургии, д-р мед. наук, профессор, главный врач Клиник СамГМУ,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
Самарский государственный медицинский университет Министерства
здравоохранения России, Россия, г. Самара

Яшков А.В.

заведующий кафедрой медицинской реабилитации, спортивной
медицины, физиотерапии и курортологии, д-р мед. наук, профессор,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
Самарский государственный медицинский университет Министерства
здравоохранения России, Россия, г. Самара

В статье рассматривается влияние вращения пациентов на центрифуге короткого радиуса с частотой 28-42 об/мин на функциональную антигравитационную систему человека.

Ключевые слова: гравитационная терапия, гравитация, сила тяжести, функциональная антигравитационная система.

Благодаря действию гравитации удерживается атмосфера и водные бассейны, что делает нашу планету обитаемой. Действие гравитации (силы притяжения) на живые организмы в течение многих миллионов лет остается неизменным, в отличие от других параметров нашей планеты: температуры и влажности воздуха, атмосферного давления, электромагнитных колебаний. Учитывая, что сила притяжения оказывает свое влияние на живые организмы, в том числе и на человека с момента его рождения, то все живое на Земле достаточно хорошо адаптировано к действию гравитации. Необходимость постоянного преодоления силы тяжести является важным условием жизни и развития человека [3, 11]. Преодоление силы тяжести вызывает в организме человека определенную ответную реакцию органов и систем, которые активизируются в первую очередь: опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистая система, нейро-эндокринная система, гемостаз [3, 11, 13, 14, 21, 22]. Реакции данных систем на силу тяжести, можно отнести к ответу особой системы организма – функциональной антигравитационной системы, которая

реагируя на действие силы притяжения, поддерживает гомеостаз [3, 4, 11]. Функционирование антигравитационной системы определяет устойчивость к физическим нагрузкам и адаптацию к внешним воздействиям на организм человека. Наиболее известным способом активизации антигравитационной системы является физическая культура и спорт, которые укрепляют организм человека, позволяя повысить его устойчивость к влиянию различных неблагоприятных факторов [3, 11]. Кроме того функционирование антигравитационной системы человека, при взаимодействии с факторами риска заболеваний определяет антропогенетическую основу старения организма [11].

Пребывание человека в условиях невесомости и длительного обездвиживания, показали свое отрицательное влияние на органы и системы человека [1, 5, 6, 7, 10, 12]. Также значительное превышение силы тяжести приводит к неблагоприятным последствиям для здоровья [2]. Это скорее всего является следствием дезадаптации функциональной системы антигравитации.

В то же время использование дозированных перегрузок с помощью центрифуги короткого радиуса действия, доказали свое терапевтическое влияние при различных заболеваниях: ишемических заболеваниях нижних конечностей, последствиях травм, остеохондрозе, остеомиелите нижних конечностей, гипертонической болезни, ИБС и т.д. [8, 9, 13, 14, 19, 20, 22].

В Самаре, использование гравитации в лечебных целях начали ученые Самарского государственного медицинского университета. Так, Н.В. Левашов в 1986 г. предложил использовать центрифугу короткого радиуса при лечении хронической ишемии нижних конечностей [16, 17]. Под руководством ректора ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ, академика РАН, профессора, д.м.н., Г.П. Котельникова, и профессора, д.м.н., А. В. Яшкова, в СамГМУ был создан центр гравитационной терапии.

Используя гравитационную терапию, можно существенно ускорить процесс восстановления пациентов. Лечебное воздействие осуществляется за счет создания искусственной силы тяжести, которая образуется при вращении центрифуги с коротким радиусом действия и скоростью вращения от 28 до 42 об/мин. При этом создаются гравитационные перегрузки краниокаудального направления достигающие $+1,5 - +3Gz$ на уровне стоп, продолжительность воздействия до 20 минут. Центр вращения находится на уровне переносицы, что исключает неблагоприятные реакции со стороны вестибулярного аппарата и возникновение оптокинетических эффектов. Для профилактики венозного застоя, пациенты давят на педали, вмонтированные в ложемент центрифуги. Перераспределение жидких биологических сред, во время вращения центрифуги, улучшает артериальное кровоснабжение нижних конечностей, стимулирует рост сосудов, способствует увеличению количества функционирующих капилляров, приводя к улучшению регионарного кровотока и оксигенации тканей. При этом также отмечается позитивное воздействие на сердечно-сосудистую, нейро-эндокринную системы и на опорно-двигательную систему [13, 14, 18, 20, 22].

Сеансы гравитационной терапии проводятся ежедневно. Курс включает в себя от 10 до 30 процедур. Длительность периода лечения, равно как и дли-

тельность каждого сеанса на центрифуге, подбирается индивидуально – с учетом характера и выраженности патологического процесса [13, 14, 18, 20]. В течение сеанса гравитационной терапии, возникающая центробежная сила вызывает дополнительный приток крови к органам и тканям, вследствие чего в них активно развивается коллатеральное кровообращение, что способствует улучшению микроциркуляции и уменьшает нагрузку на сердце. После 15-минутного сеанса гравитационной терапии уровень оксигенации тканей повышается и увеличивается парциальное давление кислорода, а уровень углекислого газа в организме уменьшается. Все это приводит к устранению ишемии органов и тканей [13,14 18, 20, 22].

Исследования показали, что гравитационная терапия благотворно влияет не только на региональное кровообращение, остеогенез, но и на сердечно-сосудистую систему в целом, снижая ЧСС, АД, увеличивая УО и МОК. Отмечался положительный клинический эффект у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, стенокардией напряжения 1- 2 ф.кл., гипертонической болезнью [18]. Так же во время лечения улучшалась оксигенация тканей нижних конечностей и отсутствовало отрицательное влияние на кровоснабжение головного мозга. Такое лечебное воздействие возможно благодаря рефлекторному ответу вследствие перераспределения крови при вращении на центрифуге короткого радиуса действия [18]. Подобные изменения позволяют предположить ответную реакцию нейро-эндокринной и сердечно-сосудистой систем организма на действие дозированной гипергравитации [13, 14, 20].

Таким образом, ответная реакция человека на дозированную гипергравитацию включает в себя, не только реакцию мышечной системы и опорно-двигательного аппарата, но и нейро-эндокринную регуляцию, влияющую на вегетативные функции организм. Эта особенность важна, так как свидетельствует не только о физической (механической) связи между организмом и действующей на него силой притяжения, но и о гормональной связи, обладающей, как известно, специфическим действием на функциональные системы организма. То есть использование гравитационной терапии оказывает влияние на деятельность сердечно-сосудистой и нейро-эндокринной систем в целом, путем запуска рефлекторных и гуморальных факторов, в ответ на перераспределение крови в организме во время вращения центрифуги. Изучение влияния гравитационной терапии на гуморальные и рефлекторные реакции, запускающие антигравитационные компенсаторные механизмы сердечно-сосудистой системы, эндокринной и вегетативной нервной системы, позволит использовать данное направление физиотерапевтического лечения [10] при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ИБС, АГ), остеопорозе, особенно связанного с иммобилизацией и снижением двигательной активности, анемии (стимуляция кроветворения), так же для уменьшения отеков нижних конечностей, и т.д. Кроме того можно воздействовать на процессы старения организма.

Список литературы

1. Бабушкин, В.И. Физиологические реакции при радиальных ускорениях / В.И. Бабушкин, П.К. Исаков, В.Б. Малкин, В.В. Усачев // *Авиационная и космическая медицина*. – М., 1963. – С. 47-51.
2. Барер, А.С. Некоторые патологические явления в органах малого таза после действия перегрузок +Gz большой величины и длительности / А.С. Барер, А.А. Охоботов, Е.И. Сорокина, В.М. Тардов // *Космическая биология* – 1986. – №6. – С.81-82.
3. Белкания Г. С. Функциональная система антигравитации. – М.: Наука, 1982.
4. Белкания, Г.С. Значения моторного, вестибулярного аппаратов и переднего гипоталамуса в компенсации гравитационной нагрузки при ортостазе. // *Космич. Биология*. – 1974. – Т. 5. – З. -С. 31-36.
5. Виль-Вильямс, И.Ф. Исследование переносимости человеком перегрузок применительно к медицинскому обеспечению длительных космических полетов: Автореф. Дис. докт. мед. наук / И.Ф. Виль-Вильямс – М., 1994. – 45 с.
6. Виль-Вильямс, И.Ф. Сравнительная характеристика устойчивости человека к длительным воздействиям перегрузок с различными гравитационными градиентами / И.Ф. Виль-Вильямс // *Физиология человека*. – 1981. – Т.7, № 1. – С.87-90.
7. Газенко, О.Г. Основы космической биологии / О.Г. Газенко, М. Кальвина – М., «Медицина», 1975. – 425 с.
8. Галкин, Р.А. Гравитационная терапия в лечении больных облитерирующими заболеваниями нижних конечностей. / Р.А. Галкин, И.В. Макаров. // *Самара «Офорт»; ГОУ ВПО «СамГМУ»*, 2006. – 198с.
9. Галкин, Р.А. Применение гравитационных перегрузок в терапии облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей / Р.А. Галкин, Г.П. Котельников, И.В. Макаров, А.Н. Опарин // *Вестник хирургии*. – 2003. – №1. – С. 82-85.
10. Давыдкин, Н.Ф. К вопросу о классификации физических факторов и методов физиотерапии. / Давыдкин Н.Ф. // *Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы последиplomного образования и здравоохранения»*. – Самара, 2008. – С. 162-164.
11. Диленян Л.Р., Белкания Г.С., Диленян Л.Р., Багрий А.С., Рыжаков Д.И., Кононец В.В., Пухальская Л.Г. «Гравитационная биология – антропология» в антропогенетическом обосновании здоровья и нездоровья // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – № 4.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=13976> (дата обращения: 25.10.2016).
12. Дыскин, Е.А. Влияние гравитационных перегрузок на венозную и нервную системы / Е.А. Дыскин, Р.А. Привес-Бардина, Л.П. Тихонова // *Влияние экстремальных факторов на строение органов и тканей*. – М.: Медицина, 1972. – С. 45-50.
13. Котельников, Г.П. Гравитационная терапия / Г.П. Котельников, А.В. Яшков – М.: Медицина, 2003. – 244 с.
14. Котельников, Г.П. Экспериментальное обоснования гравитационной терапии. / Г.П. Котельников, А.В. Яшков, А.Н. Махова, И.В. Макаров, М.Г. Котельников. – М.: Медицина, 2005. – 280 с.
15. Крюков, Н.Н. Инновационные технологии в лечении артериальной гипертензии. / Н.Н. Крюков, П.И. Романчук. – Самара, 2007. – С. 515-550.
16. Левашов Н.В. А.с. 1245314 Способ лечения ишемических состояний конечностей по Левашову Н.В. / Н.В. Левашов; Куйбышевский мед. ин-т им. Д.И. Ульянова. – № 3812411; Оpubл. 22.03.86; Приор. 10.11.1984 (СССР). – 6 с.
17. Левашов Н.В. А.с. 1674838. Стенд для лечения ишемических состояний конечностей / А.А. Каган, Н.В. Левашов, А.Ю. Попов. – № 4674398; Оpubл. 08.05.1991; Приор. 05.04.1989 (СССР). – 7 с.
18. Макаров, И.В. Клинико-экспериментальное обоснование применения гравитационной терапии в комплексном лечении больных с облитерирующими заболеваниями

артерий нижних конечностей./ И.В. Макаров.// Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – Самара, 2004. – 383 с.

19. Михайлина, Е.С. Гравитационная терапия в комплексном лечении поясничного остеохондроза: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.22, 14.00.13 / Е.С. Михайлина. – Самара, 2009. – 22 с.

20. Сонис А.Г. Новое в диагностике и лечении остеомиелита: Дис. д.м.н. / А.Г. Сонис – Самара, 2010. – 358 с.

21. Ступаков Г.П. Значение искусственной силы тяжести как средства профилактики атрофических изменений скелета // Космич. Биол. – 1981. – Т.15. – №4. – С. 62-63.

22. Яшков, А.В. Клинико-экспериментальное обоснование применения гравитационной терапии у больных с нарушением репаративного остеогенеза нижних конечностей: Автореф. дис... докт. мед. наук / А.В. Яшков. – Самара, 1998. – 37 с.

23. Яшков, А.В. Репаративные процессы и состояние микроциркуляторного русла в костной ткани и суставах при воздействии гипергравитации / А.В. Яшков, А.Н. Махова, М.Г. Котельников // СамГМУ – 80 лет: Сб. тез. докл. юбилейной научн.- практ. конф. – Самара, 1999. – С.3 09-310.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ СПЕЛЕОКЛИМАТОТЕРАПИИ НА ОРГАНИЗМ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

Дорохов Е.В.

заведующий кафедры нормальной физиологии, канд. мед. наук, доцент,
Воронежский государственный медицинский университет,
Россия, г. Воронеж

Кетова Е.С., Кузнецов Д.С., Ивахненко Д.В.

студенты, Воронежский государственный медицинский университет,
Россия, г. Воронеж

В данной статье изучается спелеоклиматотерапия как мощнейший адаптоген. После курса нахождения студентов в спелеокамере происходит снижение выраженности вегетативных проявлений информационного стресса.

Ключевые слова: спелиоклиматотерапия, сердечно-сосудистая система, вегетативный гомеостаз.

Актуальность

Во всем мире огромное количество людей страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями. В последние годы большое внимание уделяется изучению суточной динамики артериального давления человека на основе использования портативных носимых мониторов с применением плечевой манжеты и автомата давления. Ведь ранняя диагностика отклонений от нормы позволяет избежать тяжелых осложнений сердечно-сосудистых заболеваний.

Суточный мониторинг артериального давления (СМАД) представляет практический интерес для контроля за функциональным состоянием студентов в процессе учебы. Результаты этих исследований могут быть использо-

ваны для разработки диагностических и прогностических критериев оценки сердечно-сосудистых заболеваний.

Показания к проведению мониторингирования АД

Мониторирование АД в течение суток и более может использоваться не только для диагностики и контроля эффективности лечения артериальной гипертензии (АГ), но и для изучения влияния на АД различных стрессовых ситуаций, режима питания, приема алкоголя, курения, физических нагрузок, сопутствующей лекарственной терапии и т.д.

СМАД – единственный неинвазивный метод обследования, который позволяет:

- получить информацию об уровне и колебаниях АД в течение суток, во время бодрствования и сна;
- выявлять больных с ночной гипертонией, у которых повышен риск поражения органов-мишеней;
- выявлять пациентов с пониженной или повышенной вариабельностью АД (недостаточным или чрезмерным его снижением в ночные часы) и решать вопрос о подборе и назначении гипотензивного препарата, с учетом его воздействия на показатели АД не только в дневное, но и в ночное время.

Типичные ошибки при мониторингировании АД, которые могут приводить к искажению результатов измерений:

- использование прибора, не прошедшего клиническую верификацию;
- неправильный выбор манжеты;
- смещение манжеты в ходе мониторингирования;
- отсутствие подробного дневника пациента;
- неправильно указанное время сна и бодрствования при анализе данных;
- анализ вариабельности АД при большом числе неудачных измерений;
- анализ ночных величин АД при выраженных нарушениях сна, обусловленных работой прибора, плохой переносимостью процедуры;
- проведение мониторингирования при интенсивных диагностических обследованиях, включающих взятие крови для анализа;
- проведение мониторингирования АД у пациентов с выраженными нарушениями ритма (постоянная форма мерцательной аритмии, большое количество экстрасистол, превышающее 400 в час или 7-8 в минуту, и т.д.).

Цель исследования: изучить суточную динамику артериального давления (АД) у лиц с вегетативным гомеостазом до и после курса спелеоклиматотерапии в период зачетных недель.

Материал и методы

В проведенном нами исследовании приняли участие двадцать один студент Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко. Все результаты регистрировались в период зачетных недель.

В процессе исследования каждые 30 минут в течение суток осуществлялось измерение АД посредством осциллометрического метода. Анализ подвергались динамические ряды значений систолического, диастолического, пульсового, среднего АД.

Анализ данных проводился с помощью стандартного пакета прикладных программ «Валента».

Результаты исследования

Оценивая суточный профиль АД у лиц с вегетативным гомеостазом в обычных условиях жизнедеятельности наиболее низкое АД отмечается во время ночного сна, приблизительно в 3 часа ночи. Ближе к утру АД начинает повышаться (особенно быстро между 6 и 7 часами) и к 10-11 часам достигает максимума. После полудня АД несколько снижается, а затем вновь возрастает, образуя второй «пик» в районе 16-18 часов. Далее отмечается сначала плавное, а затем выраженное снижение АД, отражающее наступление ночного сна. На суточном профиле АД (рис (а)) отчетливо видны неперiodические колебания различной амплитуды и продолжительности, связанные с изменением уровня физических и психоэмоциональных нагрузок в процессе повседневной деятельности человека.

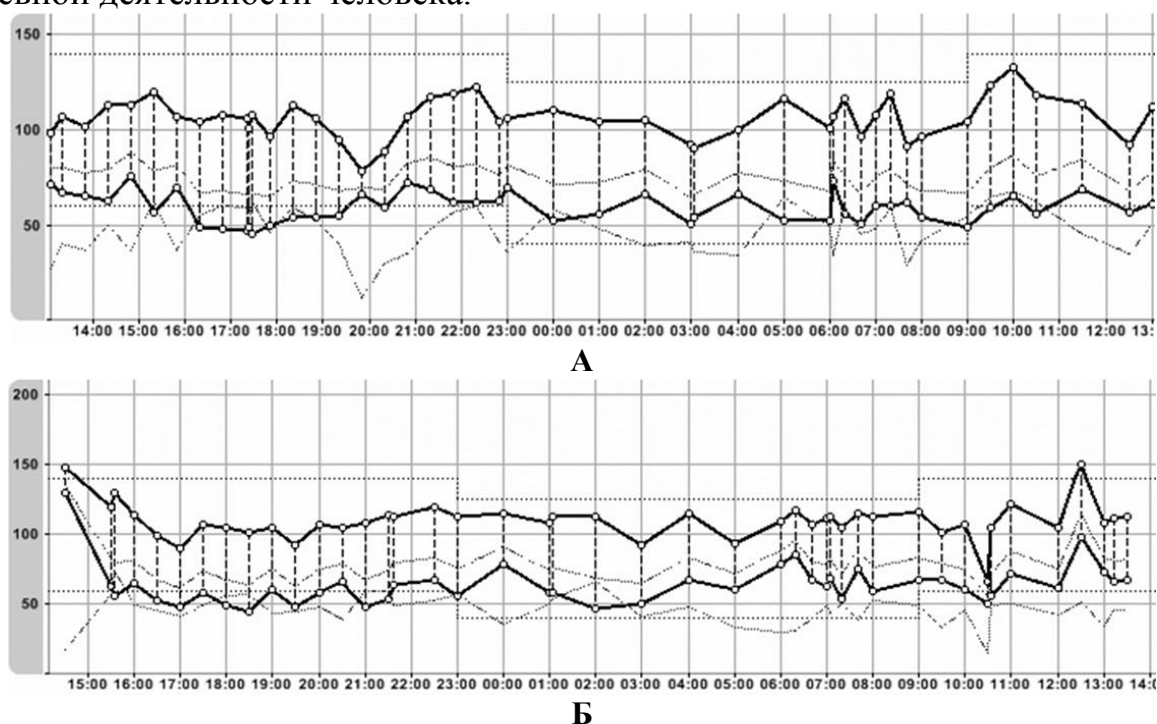


Рис. Суточный профиль (тренд) АД у нормотоников до спелеоклиматотерапии (а) и после спелеоклиматотерапии (б)

Выводы

После курса нахождения студентов в условиях сильвинитовых пещер происходило снижение выраженности вегетативных проявлений информационного стресса за счет снижения активности симпатического отдела вегетативной нервной системы и мобилизации парасимпатического, произошло восстановление функций, нарушенных воздействием информационной нагрузки в процессе обучения.

Список литературы

1. Влияние некоторых этиологических факторов на риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы в разных возрастных группах / М.В. Перфильева, А.В. Макеева, Е.А. Раскина [и др.] // Материалы Российского национального конгресса кардиологов: 22-25 сентября 2015 г. Москва. – С. 497-498.

2. А. Н. Рогоза, М. В. Агальцов, М. В. Сергеева / Суточное мониторирование артериального давления: варианты врачебных заключений и комментарии // Нижний Новгород: ДЕКОМ, 2005. – 64 с.

3. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертензией / И.Е. Чазова [и др.] // Кардиология. – 2014. – № 10. – С. 4-13.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРСИСТЕНТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ВОЗБУДИТЕЛЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

Жеребятьева О.О.

доцент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии, канд. мед. наук,
доцент, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Михайлова Е.А.

зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и вирусологии, д-р биол. наук,
профессор, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Сафарова Д.Р.

ассистент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии,
Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Укубаева Д.Г.

ассистент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии,
Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Показано, что штаммы *N.gonorrhoea* изолированные от больных с системной формой воспаления обладают набором персистентных свойств, которые принимают участие в формировании хронического течения болезни.

Ключевые слова: гонорея, деградация карнозина, *N.gonorrhoea*.

Одним из новых подходов к диагностике различных клинических форм микробных воспалений является использование ряда биологических свойств возбудителя, уровень пенетрантности и экспрессии которых может указывать на вероятный путь развития событий в системе «микроорганизм-хозяин». Безусловно, в динамическом взаимодействии движущих сил инфекционного процесса играют роль все составляющие, в первую очередь факторы естественной противоинфекционной резистентности (ФЕР), общее и местное снижение которых является причиной неблагоприятной динамики воспаления.

Все сказанное в полной мере относится к гонококковой инфекции, уровень заболеваемости которой хоть и снизился в последние годы, однако оста-

ется достаточно высоким [1, с. 51]. Одной из причин неуспешной борьбы с нейссериями может быть их способность персистировать внутри клеток. Так называемый эндоцитобиоз возбудителя обеспечивается набором свойств, нейтрализующих факторы антиинфекционной защиты макроорганизма, что в свою очередь приводит к затяжному малосимптомному воспалению с большим объемом поражения [2, с. 30].

Цель – изучить пенетрантность и степень выраженности персистентных свойств у нейссерий при локализованной гонококковой инфекции.

Были изучены 53 штамма *N.gonorrhoea*, выделенные от больных с различными клиническими формами гонококковой инфекции – согласно классификации болезней с местным (локализованным) – 28 штамм и системным воспалением – 25 штамм. У возбудителей определялась способность деградировать лизоцим – антилизоцимная активность (АЛА) и антикарнозиновую активность по методике Чуенко Э.А., Усвяцова Б.Я. [3, с. 63].

Результаты. Показано, что 37 штаммов выделенных нейссерий обладали антилизоцимной активностью. Анализ выявил, что большинство из них – 24 штамма, были выделены от больных с системной гонококковой инфекцией. Определение уровня выраженности этого признака обнаружило, что АЛА десяти штаммов, выделенных от больных с локализованной гонореей, не превышали 3 мкг/мл, и только у трех оставшихся штаммов нейссерий, изолированных от больных с этой формой воспаления АЛА была больше 6 мкг/мл. У всех изолятов от больных с системной гонококковой инфекцией степень выраженности данного признака была высокой – не менее 6 мкг/мл.

Антикарнозиновая активность определялась у 13 штаммов нейссерий выделенных от пациентов с системной гонореей и у 5 штаммов – от больных локализованной инфекцией.

Уровень экспрессии этого признака был высоким у штаммов обеих групп. Однако у пациентов с системной гонореей чаще в 35,1% случаев, высевались штаммы с комплексом изучаемых свойств, тогда как штаммы, выделенные от больных с местной формой воспаления, характеризовались набором факторов персистенции только в 23,0%. Таким образом, при системной гонококковой инфекции чаще, чем при локализованной гонорее, высевались штаммы с высокой антилизоцимной (6 мкг/мл) и антикарнозиновой активностью ($27 \pm 0,1$ мг/мл). При этом следует отметить, что изоляты обладали обеими этими способностями одновременно. Вероятно, наличие этих свойств дает микроорганизмам селективное преимущество при выживании во внутренней среде макроорганизма, в частности внутри эпителиоцитов, реализуя их устойчивость к бактерицидному действию механизмов организма хозяина. В этих условиях наличие выраженных персистентных свойств может привести к формированию длительно текущей инфекции с большим объемом воспаления.

По результатам проведенного исследования представляется возможным использовать оценку антилизоцимной и антикарнозиновой активностей у *N.gonorrhoea* в качестве информативных критериев развития системного воспаления.

Список литературы

1. Рахматуллина М.Р. Новые подходы к оказанию специализированной дерматовенерологической помощи социально уязвимым группам населения – детям и подросткам // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – №5. – С. 50-52.
2. Михайлова Е. А., Сетко Н. П., Штиль О. О. Факторы риска нарушений фертильности мужчин на урбанизированной территории // Гигиена и санитария. – 2012. – № 3. – С. 29-31.
3. Чуенко Э. А., Усвятцов Б. Я. Характеристика антикарнозиновой активности разных видов стафилококков // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2005. – N 12. – С. 63-65.

ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДРУГИМИ АСПЕКТАМИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Жернакова Н.И.

профессор кафедры факультетской терапии, д-р мед. наук, профессор,
ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследователь-
ский университет», Россия, г. Белгород

Лебедев Т.Ю.

доцент кафедры факультетской терапии, канд. мед. наук, доцент,
ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследователь-
ский университет», Россия, г. Белгород

Лебедев Д.Т.

студент 4 курса, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный
исследовательский университет», Россия, г. Белгород

В статье приведен анализ результатов анкетного опроса 217 студентов специальности 31.05.01. Лечебное дело. Исследован трофологический статус обучающихся в зависимости от наличия хронических заболеваний, активности и периодичности приема лекарственных средств, а также признаков астении. Сопоставлены показатели питания у обучающихся старших курсов и первокурсников. Показано, что старшекурсники, чаще обучающихся первого курса, имеют избыточную массу тела, а наличие признаков выраженной астении и необходимость регулярного приема лекарственных средств сопряжены с более высоким риском развития дефицита массы тела. Наличие хронической патологии у данного контингента обучающихся не оказывал заметного влияния на их состояние питания.

Ключевые слова: трофологический статус, состояние питания, дефицит массы тела, избыточная масса тела, медицинская специальность, лечебное дело, факторы влияния.

Трофологический статус – важный параметр состояния здоровья человека. Например, дефицит массы тела у молодых женщин является одной из наиболее частых причин репродуктивной дисфункции [2]. Данное нарушение питания у юношей сопряжено с негативным влиянием на большинство показателей функциональной подготовленности [3]. В тоже время военнослужащие мужчины молодого и среднего возраста с избыточной массой тела и

ожирением, чаще лиц с нормальным питанием страдают артериальной гипертензией [1].

Трофологический статус обучающихся медицинских вузов и факторы, на него влияющие изучены недостаточно. Поэтому исследования в данной области, являются актуальными и практически значимыми.

Материал и методы.

В исследовании приняло участие 217 студентов Медицинского института НИУ «БелГУ» специальности 31.05.01 Лечебное дело, в том числе 120 первокурсников (55,30%) и 97 студентов 5-6 курсов (44,70%). Для сбора данных использовался метод анкетирования, которое проводилось по специально разработанной анонимной анкете. Соотношение анкетизируемых по полу было следующим: юноши – 49 (22,58%), девушки – 168 человек (77,42%). Средний возраст лиц, включенных в исследование, составил 20,25±0,16 лет. Полученные результаты обрабатывались статистически, использовались стандартные методы вариационной статистики [5], различия считались достоверными при вероятности ошибки I рода менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты исследования.

Оценка трофологического статуса обследуемых показала, что среди нарушений питания у респондентов чаще всего встречался дефицит массы тела (23,50% случаев). Избыточная масса тела встречалась значительно реже, лишь в 8,76% случаев. Случай ожирения I степени была зафиксирована у 2,3% обследованных. Ожирение более тяжелой степени среди анкетизируемых не встречалось. Это соответствует ранее полученным данным о состоянии питания студентов 1 курса [4].

Сопоставление показателей индекса массы тела у обучающихся разных курсов показало, что избыточная масса тела у студентов 5-6 курса наблюдалась чаще, чем у первокурсников (13,40% и 5,00%, соответственно; $p < 0,05$). При этом, доля респондентов с дефицитом массы тела среди старшекурсников, по сравнению с обучающимися первого курса, имела тенденцию к снижению (19,59% и 26,67%, соответственно), однако выявленная разница не достигла порога статистической достоверности ($p > 0,05$). Значимые различия в доле анкетизируемых, страдающих ожирением, среди первокурсников и студентов старших курсов отсутствовали (2,50% и 2,06%, соответственно; $p > 0,05$). Аналогичная ситуация наблюдалась в отношении доли респондентов с нормальной массой тела, у студентов 1 и 5-6 курсов значения данного показателя составили 65,83% и 64,95%, соответственно ($p > 0,05$).

Факт наличия у опрошенных хронического заболевания не оказывал заметного влияния на долю респондентов, имеющих нарушения питания. Тем не менее, доля опрошенных с дефицитом массы тела, среди отрицавших и подтверждавших наличие у себя хронических заболеваний, имела тенденцию к снижению (20,51% и 25,18%, соответственно; $p > 0,05$), а доля лиц с нормальной массой тела – к увеличению (69,23% и 63,31%, соответственно; $p > 0,05$). Доли респондентов с избыточной массой тела в данных подгруппах составили 8,97% и 8,63%, соответственно ($p > 0,05$), с ожирением – 1,28% и 2,88% ($p > 0,05$).

Анализ трофологического статуса при хронической патологии отдельных органов и/или систем органов (органа зрения, опорно-двигательного аппарата, сердечнососудистой системы и желудочно-кишечного тракта) также не выявил значимых различий, по сравнению с респондентами, отрицавшими у себя наличие хронической патологии ($p>0,05$). По-видимому, это объяснялось возможностью поступления в медицинский вуз только при отсутствии медицинского противопоказаний к обучению, что практически исключало наличие у респондентов тяжелых, декомпенсированных форм хронических заболеваний, способных существенно нарушить их трофологический статус.

Исследование трофологического статуса в зависимости от частоты и периодичности приема лекарственных средств показало, что доля лиц с дефицитом массы тела, среди редко употребляющих лекарственные средства, была ниже соответствующего показателя часто или регулярно их использующих (15,63% и 33,33%, соответственно; $p<0,05$). По-видимому, необходимость регулярного приема фармакологических препаратов свидетельствовала о более тяжелом нарушении состояния здоровья, чем само по себе наличие хронического заболевания и, соответственно, сильнее влияла на трофологический статус обследуемых. Доли анкетированных с нормальной и избыточной массой тела, а также ожирением в зависимости от частоты и периодичности приема медикаментов различались статистически незначимо ($p>0,05$).

Трофологический статус обучающихся зависел от наличия или отсутствия у них признаков астении (быстрая утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение памяти, неустойчивость настроения, плохой сон и т.п.). В частности, среди респондентов, не имеющих данных симптомов, доля лиц с дефицитом массы тела составляла 9,38%, а среди ощущающих их довольно часто или постоянно – 32,43% ($p<0,05$). В тоже время, нормальная масса тела у респондентов, жалующихся на частые или постоянные признаки астении, встречалась реже, чем у тех, у кого эта симптоматика полностью отсутствовала (55,41% и 78,13%, соответственно; $p<0,05$). При этом наличие признаков астении не оказывало заметного влияния на долю респондентов с избыточной массой тела и ожирением ($p>0,05$).

Выводы:

1. У обучающихся старших курсов избыточная масса тела встречается чаще, чем у первокурсников (13,40% и 5,00%, соответственно; $p<0,05$).

2. Необходимость частого или регулярного применения лекарственных средств сопряжено с увеличением риска развития дефицита массы тела, среди обучающихся медицинского вуза часто и редко принимающих медикаменты доли лиц с дефицитом массы тела составляет 33,33% и 15,63%, соответственно ($p<0,05$).

3. Среди обучающихся медицинским специальностям, наличие выраженных симптомов астении (быстрая утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение памяти, неустойчивость настроения, плохой сон и т.п.) сопряжено с риском развития дефицита массы тела, доли лиц с соответствующим нарушением питания среди имеющих и не имеющих признаки астении составляют 32,43% и 9,38% ($p<0,05$).

4. У студентов медицинского вуза факт наличия хронических заболеваний различных органов и систем органов не сопровождается заметным изменением вероятности развития нарушений трофологического статуса ($p>0,05$).

Список литературы

1. Давидович И.М., Афонасков О.В., Козыренко А.В. Избыточная масса тела, ожирение и артериальная гипертония у военнослужащих молодого и среднего возрастов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. Т.8, №2. С. 15-19.
2. Денисова Т.Г., Васильева Э.Н., Мнойн Э.А. и др. Этиология и патогенез нарушений репродуктивной системы у женщин с дефицитом массы тела (обзор литературы) // Здоровоохранение Чувашии. 2014. №1(37). С. 46-52.
3. Егорычева Е.В. Оценка физического развития, функционального состояния и физической подготовленности студентов с дефицитом массы тела // Ученые записки университета им. П.Ф.Лесгафта. 2014. №2(108). С. 66-70.
4. Жернакова Н.И., Лебедев Т.Ю., Лебедев Д.Т., Постникова Л.И. Некоторые аспекты состояния здоровья студентов медицинских специальностей // Научный результат. Серия «Медицина. Фармация». 2015. Т.1, №3(5). С. 15-19.
5. Плохинский Н.А. Биометрия. М.: Изд-во МГУ, 1970. 368 с.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ БЛОКА НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО КАК ОТРАЖЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Заварзина Н.В.

врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации № 2,
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»,
Россия, г. Пенза

В статье рассматривается деятельность блока неотложной кардиологии Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко с учетом реализации приоритетных направлений оказания медицинской помощи гражданам с сердечно-сосудистой патологией. Развитие и реализация приоритетных направлений позволяют оказывать высокотехнологичную, эффективную помощь пациентам.

Ключевые слова: блок неотложной кардиологии, приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения, модернизация здравоохранения, этапность оказания помощи, тромболитическая терапия, рентгенэндоваскулярные вмешательства.

В организации медицинской помощи исключительно важное место занимает неотложная кардиологическая помощь, которая представляет комплекс экстренных мероприятий для диагностики, лечения и профилактики острых нарушений систем организма при сердечно-сосудистых заболеваниях. Состояния, при которых возникает необходимость в неотложной кардиологической помощи, отличаются широким разнообразием по своим механизмам, характеру, прогнозу: от приступа тахикардии или гипертонического криза до внезапной смерти (в России примерно 250 тыс. человек ежегодно

умирают внезапно от остановки сердца). Одновременно с этим именно для острой сердечно-сосудистой патологии типична внезапность развития, мгновенные, как отрицательные, так и положительные, реакции на внешние факторы и оказываемую помощь, быстрая трансформация одного состояния в другое, в том числе угрожающее жизни и требующее проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР). [2, с. 28].

С декабря 1999 года блок неотложной кардиологии Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко входит в состав отделения анестезиологии и реанимации. С января 2013 года изменилось территориальное расположение палат блока неотложной кардиологии, непосредственно в отделении неотложной кардиологии выделены палаты интенсивной терапии на 6 коек и палаты реанимации на 6 коек.

Работа анестезиологов-реаниматологов включает в себя оказание экстренной круглосуточной помощи. В оснащении имеется набор инструментария и медикаментов для интубации трахеи и искусственной вентиляции легких, освоения венозного доступа и проведения инфузионной терапии, выполнения электроимпульсной терапии, электрокардиостимуляции чрескожной и эндокардиальной, мониторинга ЭКГ пациентов с возможностью распечатки результатов и т.д.

В блоке неотложной кардиологии проводится обследование и лечение пациентов с различной патологией. Большую часть составляют пациенты с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и нестабильной стенокардией. Проводится оказание помощи при нарушениях сердечного ритма и проводимости, при возникновении тромбоэмболических осложнений, при проявлении сердечно-сосудистой недостаточности (острой и декомпенсации хронической) у оперированных пациентов и др.

Для оценки работы блока неотложной кардиологии мною проведен анализ показателей за 2005, 2010 и 2015 годы. Несмотря на большой временной интервал, я считаю, что данная выборка наиболее наглядно отражает тенденции оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией.

Таблица 1

**Порядок поступления пациентов
в блок неотложной кардиологии в 2005, 2010 и 2015 гг.**

Кем направлен	2005 год	2010 год	2015 год
Скорая помощь	98	279	440
Районные больницы	42	117	276
Самообращение	43	34	49
Отделения ПОКБ	257	241	256
Поликлиника ПОКБ	38	39	28
ЛПУ г. Пензы	15	17	103
Санатории	28	7	4
ФЦ ССХ г. Пензы	0	3	13
Всего	521	737	1169

Как видно из таблицы 1, в разные годы менялся характер потока больных.

В 2005 году районными больницами и стационарами города в Пензенскую областную клиническую больницу направлялись, в основном, пациенты с осложненным течением острого инфаркта миокарда. Бригады скорой медицинской помощи доставляли граждан по регистрации- жителей Пензенской области и иногородних.

С 2006 года в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Здоровье» улучшилось медикаментозное обеспечение и оснащение оборудованием блока неотложной кардиологии. В 2008 году начал свою работу Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии города Пензы. В таблице 1 отмечено к 2010 году возрастание количества пациентов, направленных из районных больниц и доставленных бригадами скорой медицинской помощи. Основная цель направления – проведение тромболитической терапии в сроке до 12 часов с момента возникновения ангинозного приступа. И, по-прежнему, транспортировались пациенты с осложнениями острого инфаркта миокарда, с тяжелыми нарушениями ритма и проводимости, с тромбоэмболическими осложнениями и т.д.

С 2010 года в рамках реализации программы модернизации здравоохранения на территории Пензенской области стал функционировать региональный сосудистый центр, выполняют свою работу первичные сосудистые отделения в районах области. Основная цель их создания – улучшение качества медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и с острыми нарушениями мозгового кровообращения в районах и в области в целом, доступность специализированной высокотехнологичной помощи в краткие сроки.

К 2015 году основной поток заняли пациенты, доставленные бригадами скорой медицинской помощи и из первичных сосудистых отделений. Преобладали пациенты с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST кардиограммы в первые 12 часов от развития болевого синдрома. На догоспитальном этапе им, как правило, начиналась тромболитическая терапия. При сохранении болевого синдрома ишемического генеза, сохранении подъема сегмента ST, выполняется экстренное чрескожное коронарное вмешательство. В случае успешного фибринолиза больных направляют на ангиографию и при необходимости- на реваскуляризацию в течение 24ч. [3, с. 55].

При этом лечение на догоспитальном и госпитальном этапах представляет собой единый, согласованный процесс, основывающийся на общих подходах к вопросам диагностики, лечения, и, что особенно важно, медицинской тактики. [1, с. 10].

Результаты деятельности блока неотложной кардиологии в 2005, 2010 и 2015 году отмечены в таблице 2.

**Показатели работы блока неотложной кардиологии
за 2005, 2010 и 2015 гг.**

	2005 год	2010 год	2015 год
Поступивших в БНК пациентов всего	521	737	1169
Пациенты с ОИМ	106	336	716
Пациенты с НС	84	115	343
Тромболитическая терапия	0	154	299
Коронароангиография	0	0	758
Стентирование КА	0	0	556
Умерших в БНК всего	29	46	53
Общая летальность, %	5,57	6,24	4,53
Умерших от ОИМ	10	20	43
Летальность от ОИМ, %	9,43	5,95	6

Как видно из приведенных данных, в связи с реализацией современных программ оказания медицинской помощи гражданам с сердечно-сосудистой патологией увеличилось количество поступающих пациентов в блок неотложной кардиологии. Доля пациентов с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией к общему количеству поступивших к 2015 году достигла 90,5%, в сравнении с 2010 и 2005 годами- 61,2% и 36,5% соответственно. Отмечается снижение показателей общей летальности и летальности от острого инфаркта миокарда. Проведение тромболитической терапии напрямую связано с временным фактором, остается большое количество случаев позднего обращения граждан за медицинской помощью. Рентгенэндоваскулярные вмешательства ограничены в условиях недостаточного материального обеспечения.

При оказании неотложной кардиологической помощи важно следование принятым алгоритмам и стандартам ведения больных, так как это в условиях дефицита времени облегчает принятие решений и повышает эффективность мероприятий, обеспечивает преемственность этапов помощи. [2, с. 29]. Надеюсь, что в дальнейшем улучшится материально-техническое обеспечение блока неотложной кардиологии, отделения рентгенэндоваскулярной хирургии, а также всех участников оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией, что позволит реализовать современные программы и научные достижения в сфере здравоохранения.

Список литературы

1. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Российские рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов ВНОК. – Москва, 2007. 120 с.
2. Кардиология: национальное руководство/ под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008. – 1232 с.
3. Показания к реваскуляризации миокарда (Российский согласительный документ). – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2011. – 162 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСОРБЦИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ И ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Иванова Н.С.

ассистент кафедры «Техносферная безопасность»,
Псковский государственный университет, Россия, г. Псков

Пак Т.С.

доцент кафедры «Техносферная безопасность», канд. хим. наук,
Псковский государственный университет, Россия, г. Псков

В данной статье изложены результаты оценки эффективности гемосорбции на испытуемом сорбенте при механической желтухе и печеночной недостаточности. Исследованы сорбционная характеристика испытуемого сорбента в условиях механической желтухи и печеночной недостаточности, а также влияние гемосорбции на испытуемом сорбенте на морфологию печени и токсичность крови при механической желтухе и печеночной недостаточности. Результаты этих исследований позволили установить степень соответствия токсических изменений организма и морфологических признаков поражения печени в условиях рассматриваемой патологии, выявить особенности патоморфоза последней после сеансов гемосорбции.

Ключевые слова: гемосорбция, сорбент, механическая желтуха, печеночная недостаточность, билирубин, холестерин, общий белок, мочевины, креатинин, диастаза.

Ранее были рассмотрены вопросы получения и исследования сорбента на основе природного полиамфолита [1, с. 224]. Результаты исследований структуры и свойств показали, что разработанный сорбент обладает собственной биосовместимостью, селективностью по отношению к определенной группе метаболитов, в первую очередь билирубин и печеночным ферментам [2, с. 5].

В связи с этим изучение сорбционных характеристик и оценка детоксикационных свойств разработанных сорбентов при проведении гемосорбции в условиях экспериментальной модели механической желтухи и печеночной недостаточности имеет важное значение.

В серии исследований в процессе проведения гемосорбции на опытных животных в условиях экспериментальной модели механической желтухи и печеночной недостаточности сначала определяли сорбционную характеристику испытуемого сорбента, динамику сорбционной детоксикации организма. В соответствии с установленными степенями течения механической желтухи и печеночной недостаточности у животных проведены всего 30 сеансов гемосорбции. Они выполнялись на 10-е, 20-е и 30-е сутки.

Исследования биохимического состава крови, а также интегральных биологических проб на токсичность у подопытных животных проводили после каждого сеанса гемосорбции на 10-е, 20-е и 30-е сутки формирования у них механической желтухи с печеночной недостаточностью. Пробы крови для выполнения таких исследований брали из плечевой вены животного до и после сеансов гемосорбции.

Результаты гемосорбции на испытуемом сорбенте у подопытных животных приведены в таблице.

Динамика биохимических показателей крови в процессе гемосорбции на испытываемом сорбенте в различные сроки механической желтухи и печеночной недостаточности

Показатель	Исходные данные	Срок исследования					
		10-е сутки		20-е сутки		30-е сутки	
		до гемосорбции	после гемосорбции	до гемосорбции	после гемосорбции	до гемосорбции	после гемосорбции
Билирубин общий, мкмоль/л	5,00 ± 0,35	55,30 ± 6,70	20,30 ± 1,70 ^{xxx}	35,20 ± 3,20	15,7 ± 1,50 ^{xxx}	31,5 ± 2,70	11,8 ± 1,20 ^{xxx}
Прямой, мкмоль/л	1,50 ± 0,20	30,30 ± 2,90	10,10 ± 0,90 ^{xxx}	20,1 ± 1,80	8,5 ± 0,70 ^{xx}	16,2 ± 1,40	6,1 ± 0,50 ^{xxx}
Непрямой, мкмоль/л	3,50 ± 0,45	25,00 ± 2,40	10,20 ± 0,80 ^{xx}	15,1 ± 1,40	7,2 ± 0,60 ^{xxx}	15,3 ± 1,30	5,7 ± 0,50 ^{xx}
АЛТ, мкмоль/мл	1,00 ± 0,14	4,37 ± 0,50	2,35 ± 0,25 ^{xxx}	3,3 ± 0,34	1,5 ± 0,20 ^{xxx}	3,7 ± 0,30	1,3 ± 0,20 ^{xx}
АСТ, мкмоль/мл	0,51 ± 0,05	3,68 ± 0,30	1,65 ± 0,20 ^{xxx}	2,1 ± 0,15	1,2 ± 0,10 ^{xxx}	2,9 ± 0,30	1,1 ± 0,20 ^{xxx}
Холестерин, ммоль/л	4,30 ± 0,50	3,20 ± 0,35	3,10 ± 0,70	3,2 ± 0,50	3,0 ± 0,50	3,1 ± 0,70	2,8 ± 0,30
Общий белок, г/л	71,40 ± 6,15	73,80 ± 6,19	71,10 ± 6,90	70,0 ± 6,40	68,0 ± 5,70	69,2 ± 6,50	67,4 ± 7,20
Мочевина, ммоль/л	7,00 ± 0,64	8,90 ± 0,70	6,50 ± 0,70 ^x	7,5 ± 0,50	5,3 ± 0,24 ^{xxx}	6,9 ± 0,30	5,7 ± 0,50 ^x
Креатин, мг%	0,80 ± 0,01	1,18 ± 0,10	0,90 ± 0,04 ^x	1,0 ± 0,13	0,7 ± 0,03	1,1 ± 0,179	0,7 ± 0,02 ^x
ЩФ, ед акт.	0,83 ± 0,09	4,20 ± 0,39	1,85 ± 0,23 ^x	2,4 ± 0,30	1,7 ± 0,27	3,0 ± 0,15	1,3 ± 0,15 ^{xxx}
Диастаза, г/л	36,40 ± 3,00	102,10 ± 11,20	75,20 ± 7,50 ^{xxx}	80,1 ± 6,70	65,3 ± 7,50 ^{xx}	72,4 ± 7,90	62,1 ± 4,50

Примечание. ^x -P<0,05; ^{xx} – P<0,02; ^{xxx} -P<0,001.

Как видно из представленных данных после гемосорбции на 10-е сутки эксперимента снижение общего билирубина крови составляло 63,3%, его прямой фракции – 66,7%, непрямой – 59,2, АЛТ – 47%, АСТ – 55%, щелочной фосфатазы – 56,0%, диастазы – 26,0%, мочевины – 27,0% и креатина – 18,2%.

Содержание же общего белка крови после гемосорбции оставалось почти неизменным ($P < 0,05$). Динамика изменений исследуемых показателей крови после гемосорбции на 20-е и 30-е сутки заболевания показала схожий уровень сорбции этих веществ.

Таким образом, из анализа представленных данных очевидно, что при механической желтухе и печеночной недостаточности испытуемый образец полимерного сорбента отличается не только высокой сорбционной емкостью, но и селективностью сорбции специфических для данной патологии токсичных веществ.

Изучение морфологических изменений печени в свете вышеизложенных сдвигов биохимических показателей крови в связи с гемосорбцией на испытуемом сорбенте представляет особый интерес, так как проведение таких исследований позволило бы, во-первых, установить степень соответствия токсических изменений организма и морфологических признаков поражения печени в условиях рассматриваемой патологии, во-вторых – выявить бы особенности патоморфоза последней после сеансов гемосорбции и на этой основе способствовало бы обоснованию эффективности изучаемого гемосорбента при механической желтухе и холемической интоксикации.

Как показали результаты гистологических исследований, у всех животных с воспроизведенной моделью механической желтухи развивались патоморфологические изменения. Так, во всех сроках исследований в той или иной степени отмечались утолщение капсулы и разрастание междольковой соединительной ткани по ходу сосудов портальной системы.

Отмечалось уплощение эпителия междольковых желчных протоков, просвет их, как правило, был расширен, а общее количество желчных протоков увеличено. Ядра некоторых эпителиальных клеток желчных протоков находились в состоянии митоза. Наблюдалось врастание эпителия желчных протоков в периферические отделы долек. Это прогрессирующее врастание междольковых протоков рассматривалось как проявление компенсаторной реакции желчевыводящих путей в ответ на обтурацию общего желчного протока и раздражение его стенок желчью.

В паренхиме печени отмечалось очаговое расширение синусоидных капилляров и дисконплексация печеночных балок с нарушением их радиального расположения. Часть гепатоцитов находились на разных стадиях гидропической дистрофии. Такие клетки были увеличены в размерах и имели четко очерченные границы.

У всех животных в зависимости от сроков холестаза желчные капилляры и протоки были расширены, в них часто обнаруживались отложения желчных пигментов – желчные тромбы. Вокруг желчных протоков выявлялись очаги лимфо-гистиоцитарной инфильтрации.

Такие морфологические изменения были отмечены у всех без исключения животных контрольной группы. В зависимости от длительности обтурационной желтухи у них постепенно наступали дистрофические изменения гепатоцитов, вплоть до указанных выше очаговых некрозов печеночной паренхимы.

Морфологические изменения печени у животных с механической желтухой, получавших 3-х кратные сеансы гемосорбции на испытуемом сорбенте, характеризовались менее выраженными дистрофическо-деструктивными изменениями гепатоцитов. На основании результатов проведенных исследований можно считать, что гемосорбция на испытуемом полимерном сорбенте при механической желтухе обладает высокой эффективностью. Морфологически она обуславливается тем, что в ближайшие сроки после гемосорбции в патологически измененной печени активизируются восстановительные процессы. Вместе с тем, многократные сеансы с указанным сорбентом в определенной мере способствуют уменьшению дистрофическо-деструктивных процессов.

Изложенное выше позволяет сделать заключение о том, что использование испытуемого гемосорбента для гемосорбционного метода при механической желтухе обеспечивает высокую эффективность детоксикации организма и на этом основании предсказать перспективность применения его в клинике.

Список литературы

1. Иванова Н.С., Пак Т.С. Структурные исследования сорбента на основе натурального шёлка, Сборник статей IV Международная научно-практической конференция «Фундаментальные и прикладные науки сегодня», North Charleston USA, 223-226 с.
2. Иванова Н.С., Пак Т.С., Влияние природы реагентов на структурные и сорбционные свойства получаемых сорбентов, Сборник VII международной научно-практической конференции «Фундаментальная наука и технологии-перспективные разработки», North Charleston USA, 5 с.

ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СПАСТИЧНОСТИ И КОНТРАКТУР У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ СОЗНАНИЯ

Кондратьева Е.А.

старший научный сотрудник, невролог, к.м.н.,
Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский
центр имени В.А. Алмазова (филиал РНХИ им. А.Л. Поленова),
Россия, г. Санкт-Петербург

Иванова Н.Е.

главный научный сотрудник, д.м.н., профессор,
Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский
центр имени В.А. Алмазова (филиал РНХИ им. А.Л. Поленова),
Россия, г. Санкт-Петербург

Кондратьев С.А.

невролог отделения анестезиологии и реанимации, к.м.н.,
Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский
центр имени В.А. Алмазова (филиал РНХИ им. А.Л. Поленова),
Россия, г. Санкт-Петербург

Лестева Н.А.

старший научный сотрудник, анестезиолог-реаниматолог, к.м.н.,
Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский
центр имени В.А. Алмазова (филиал РНХИ им. А.Л. Поленова),
Россия, г. Санкт-Петербург

В статье рассмотрены сложности в лечении спастичности у пациентов, перенесших критическое состояние, а также вышедших из комы в бессознательное состояние. Наиболее часто у данной категории пациентов развивается спастичность, которая существенно ограничивает возможности реабилитации и ухода. Болезненные ощущения, обусловленные спастичностью, создают патологическую афферентацию, ограничивающую возможность восстановления сознания. Несмотря на успехи неврологии, нейрохирургии, нейро-реаниматологии существенных сдвигов в лечении спастичности долгое время не наблюдалось. Благодаря появившимся в последние десятилетия новым методикам лечения – ботулинотерапии, баклофеновым помпам, достигнут существенный прогресс в этой проблеме.

Ключевые слова: спастичность, длительное бессознательное состояние, контрактура, ботулинический токсин.

Определение понятий «вегетативное состояние», «состояние малого сознания»

В настоящее время под термином «вегетативное состояние» (ВС) подразумевается полное отсутствие осознания себя и окружающего, сопровождающееся сохранностью цикла сон-бодрствование, с полной или частичной

сохранностью вегетативных функций гипоталамуса и ствола головного мозга.

Признаками перехода в состояние «малого сознания» являются выполнение пациентом простых команд (перевод взгляда по просьбе, показывание языка, сжатие и разжатие кисти и т.д.); возможность получения ответа на вопрос «да/нет» жестами или словами, произнесение разборчивых слов; устойчивые поведенческие реакции на соответствующие стимулы (плач или улыбка в ответ на соответствующие зрительные, слуховые стимулы; целенаправленные движения к предметам, удержание их в руке; устойчивая фиксация взгляда и слежение за предметами).

Варианты изменения мышечного тонуса у пациентов в ВС и состоянии «малого сознания» обусловлены локализацией первичного очага, характером повреждающего фактора, а также особенностями течения острого периода поражения, однако синдром спастичности во многом определяет клиническую картину заболевания.

Определение понятия «спастичность»

Классическое определение спастичности дано J. Lance в 1980 г – это двигательное нарушение (синдром верхнего мотонейрона), которое характеризуется повышением тонических рефлексов на растяжение (или мышечного тонуса) и повышением сухожильных рефлексов.

Спастичность проявляет себя клинически, прежде всего, как *мышечный гипертонус и ограничение объема движения* (Райхель Г., 2013). Мышечный тонус определяется двумя факторами: механико-эластическими характеристиками мышечной и соединительной ткани; рефлекторной сократимостью мышц (тоническим рефлексом на растяжение) (Белова А.Н., Прокопенко С.В.). Повышение мышечного тонуса при спастических параличах происходит в результате усиления тонического рефлекса на растяжение.

Дифференциальный диагноз между спастичностью и контрактурой

Ограничение объема пассивных движений у пациентов в ВС не всегда является следствием пареза и мышечного гипертонуса. Хроническое укорочение мышцы приводит к вторичным изменениям в структуре самой мышцы, а также прилегающих мышц, вызывая контрактуры, атрофии и фиброз (Райхель Г., 2013). Правильный дифференциальный диагноз между гиперрефлексией, спастичностью и контрактурой мышцы очень важен, так как эти процессы имеют разный патогенез и разные терапевтические стратегии.

Хроническое укорочение мышцы приводит к изменению в самой мышце и окружающих тканях – суставах, сухожилиях, связках – эти изменения вторично поддерживают мышцу в состоянии укорочения. Следует отметить, что хорошо сохраненная произвольная иннервация сохраняет мышцу от развития контрактуры. Поэтому необходимо поддерживать полный объем движений в суставах пораженных конечностей, т.к. это может обеспечить значительное удлинение периода развития контрактур.

Таким образом, мышечный гипертонус, связанный с вторичным нарушением структуры мышц, часто имеет невральный компонент (вторичный по отношению к спастичности) и биомеханический компонент (вторичный к изменениям мягких тканей). Очевидно, что биомеханическая гипертония не зависит от скорости растяжения мышцы и ограничивает движения уже при медленных скоростях. Более того, биомеханическая гипертония не отвечает на антиспастические вещества и поддается только физиотерапии, растяжению паретичной конечности, удобному положению, наложению ортезов и физическим манипуляциям. В отдельных случаях может потребоваться хирургическое вмешательство для устранения препятствий и предотвращения контрактур мягких тканей с наложением дистракционно-компрессионных аппаратов.

У пациентов в длительном бессознательном состоянии чаще встречается смешанная форма неврального и биомеханического гипертонуса. В некоторых случаях трудно клинически отличить вклад каждого компонента. Активное вмешательство в спастичность (противоспастические лекарства или локальное лечение, например, инъекции ботулинового токсина) может смягчить, по меньшей мере, невральную компоненту гипертонии.

С целью проведения дифференциального диагноза между спастичностью и контрактурой у пациентов в ВС и состоянии «малого сознания» мы предлагаем использовать несколько тестов: тест с внутривенным введением бензодиазепинов, а также тест с интратекальным введением баклофена.

Тест с бензодиазепинами

В качестве препарата бензодиазепинового ряда может быть использован мидазолам (дормикум) в дозе 0,08-0,16 мг/кг или диазепам (седуксен) в дозе 0,16-0,25 мг/кг. Тест должен проводиться в условиях отделения интенсивной терапии под наблюдением врача анестезиолога-реаниматолога. До проведения теста необходимо удостовериться в наличии венозного доступа, исключить состояние гиповолемии. Достаточно часто у пациентов в ВС наблюдается «скрытая» гиповолемия, поэтому до проведения теста в некоторых случаях необходимо ввести 200-250 мл гидроксиэтилкрахмала. Во время проведения теста проводится мониторинг АД, ЧСС, Sat O₂. Мышечный тонус оценивается по шкале Ashworth до введения бензодиазепинов и последовательно через 5-10-15 мин после введения препарата. Тест считается «положительным» если после введения бензодиазепинов наблюдается снижение тонуса хотя бы на 1 балл по шкале Ashworth, а также увеличивается объем движения в суставах. В конце теста для купирования эффекта бензодиазепинов, вводится их антагонист флумазенил (анексат) в дозе 0,5- мг.

Приведем клинический пример. Пациентка Д. 22 лет, перенесла остановку сердечной деятельности, при поступлении в РНХИ им. А.Л. Поленова находилась в ВС в течение 5 мес. На рис. 1 видно, что мышечный тонус преобладает в сгибателях рук, кисти пронированы, наблюдается гипертонус приводящих мышц бедер.



Рис. 1. Спастический тетрапарез у пациентки в ВС, 22 г.
Причиной ВС явилась остановка сердца

После введения 15 мг диазепама отмечено значительное уменьшение мышечного тонуса в сгибателях рук, приводящих мышцах ног, сохраняются контрактуры в кистях (рис. 2).



Рис. 2. Уменьшение мышечного тонуса в сгибателях рук, приводящих мышцах бедер.
Та же больная после введения 15 мг диазепама

Тест с интратекальным введением жидкого баклофена (лиорезала) также может быть использован для проведения дифференциального диагноза между контрактурой и спастичностью, особенно в ногах. В отделении анестезиологии и реанимации РНХИ им. А.Л. Поленова разработан метод дифференциальной диагностики спастичности и контрактуры с помощью интратекального введения баклофена (лиорезала). Для оценки спастичности (до применения лиорезала и через 40 мин после инъекции) применяется модифицированная шкала оценки мышечного тонуса Ashworth. Введение лиорезала проводится по стандартной методике: после выполнения люмбальной пункции (между 3-4 поясничными позвонками) медленно (более 2 мин), в разведении ликвором до объема 2 мл, вводится лиорезал в дозе 50 мкг. Во время введения лиорезала проводится мониторинг АД, ЧСС, Sat O₂. побочных эффектов на введение препарата мы не наблюдали. Результаты оцениваются через 40-60 мин после инъекции. Положительным считается результат, если мышечный тонус уменьшается на 1-2 балла. В нашей практике баклофеновые помпы в дальнейшем пациентам не устанавливались по ряду организацион-

ных причин. Однако проведение тест-дозы с интратекальным введением баклофена целесообразно не только в определении показаний к постановке баклофеновой помпы, но и с целью проведения дифференциального диагноза между спастичностью и контрактурой. У пациентов в ВС, у которых после введения лиорезала происходило значительное снижение мышечного тонуса с возможностью полного сгибания-разгибания (или отведения-приведения) в суставе, проводились локальные инъекции ботулинического токсина А в спастичные мышцы с хорошим клиническим эффектом.

Резюмировать наш опыт ботулинотерапии у пациентов в ВС и состоянии малого сознания можно следующим образом.

Факторы, влияющие на снижение эффективности ботулинотерапии

- Длительное нахождение пациента в спастическом состоянии до начала терапии;
- Продолжительность ВС более 6 мес;
- Сочетание спастичности и полинейромиопатии;
- Возникновение генерализованного повышения тонуса при кашле, чихании, прикосновении к пациенту;
- Преобладание гипертонуса в разгибателях;
- Эквинусная деформация стопы.

Максимальный эффект получен при коррекции спастической кривошеи, которая наблюдалась в комплексе спастического синдрома у пяти пациентов, а также спастичности рук. Практически не поддается коррекции инъекциями ботулинического токсина эквинусная деформация стоп (рис. 3-4).



Рис. 3. Эквинусная деформация стоп у пациента 6 лет в ВС с последствием остановки сердечной деятельности в ходе аппендэктомии. Задействованы: mm. tibialis posterior et anterior, m. soleus, m. gastrocnemius medial et lateral, m. proneus longus



Рис. 4. Эквинусная деформация стоп у пациентки К. 14 лет в ВС, причиной которого явилось внутримозговое кровоизлияние

На наш взгляд, устойчивое повышение мышечного тонуса, болевые ощущения, связанные с этим, вызывают постоянную *патологическую афферентацию* у пациентов в ВС, что поддерживает функциональную активность устойчивой патологической системы, ограничивает возможность восприятия мозгом положительной афферентной информации. Эфферентное воздействие на эту систему с помощью выключения мышечного компонента ботулиническим токсином ведет не только к локальным изменениям – снижению тонуса, но имеет и важнейший системный саногенетический эффект – способствует более эффективному проведению методик реабилитации высших мозговых функций и тем самым ускоряет восстановление сознания.

Список литературы

1. Белова А.Н., Прокопенко С.В. Нейрореабилитация. – 3-е изд., перераб. и доп. М., 2010. – 1288 с.
2. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. – М., 1989.
3. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. город: ИПЦ "ВАЗАР-ФЕРРО, 1997. 235 с.
4. Искра Д.А. Периферическая деафферентация при очаговых поражениях центральной нервной системы. (Особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения двигательных расстройств): дис. ... докт. мед. наук. СПб. 2007. 364 с.
5. Никитин С.С., Куренков А.Л. Магнитная стимуляция в диагностике и лечении болезней нервной системы. М. 2003. 374 с.
6. Райхель Г. Терапевтическое руководство спастичность-дистонии. Uni-Med Verlag AG, 2013. 216 с.
7. Скоромец Т.А. Транстимпанальная химическая вестибулярная дерецепция в комплексной терапии позно-тонических нарушений при заболеваниях головного мозга. Методическое руководство. СПб., 2011. 25 с.
8. Burke D. Are spinal "presynaptic" inhibitory mechanisms suppressed in spasticity? // Journal Neurological Sciences. 1972. Vol. 15 (3). P. 321-326.
9. Burke D. Tonic vibration reflex in spasticity, Parkinson's disease, and normal subjects // Journal Neurology, Neurosurgery, Psychiatry. 1972. Vol. 35 (4). P. 477-486.
10. Delwaide P.J. Cutaneous nerve stimulation and motoneuronal excitability. II: Evidence for non-segmental influences // Journal Neurology, Neurosurgery, Psychiatry. 1984. Vol. 47 (2). P. 190-196.
11. Dietz V. Electrophysiological studies of gait in spasticity and rigidity. Evidence that altered mechanical properties of muscle contribute to hypertonia // Brain. 1981. Vol. 104 (3). P. 431-449.
12. Fellows S.J. The limitations of the tendon jerk as a marker of pathological stretch reflex activity in human spasticity // Journal Neurology, Neurosurgery, Psychiatry. 1993. Vol. 56 (5). P. 531-537.

13. Gottlieb G.L., Myklebust B.M., Stefoski D. et al. Evaluation of cervical stimulation for chronic treatment of spasticity // *Neurology*. 1985. Vol. 35 (5). P. 699-704.
14. Kanno T., I. Morita, S. Yamaguchi et al. Dorsal column stimulation in persistent vegetative state // *Neuromodulation*. 2009. Vol. 12 (1). P. 33-38.
15. Mills K.R. Origin of the secondary increase in firing probability of human motor neurons following transcranial magnetic stimulation. Studies in healthy subjects, type I hereditary motor and sensory neuropathy and multiple sclerosis // *Brain*. 1991. Vol. 114, pt. 6. P. 2451-2463.
16. Nakamura S., T. Tsubokawa, T. Yamamoto et al. Differential effects of the excitatory amino acid antagonists, 6-cyano-7-nitroquinoxaline-2,3-dione L. Turski, K. Bressler, T. Klockgether et al. (CNQX) and 3-((+)-2-carboxypiperazin-4-yl)-propyl-1-phosphonic acid (CPP), on spinal reflex activity in mice // *Neuroscience Letter*. 1990. Vol. 18, № 113(1). P. 66-71.
17. Sarà M., Pistoia F., Mura E., Onorati P. et al. Intrathecal baclofen in patients with persistent vegetative state: 2 hypotheses // *Archives Physical Medicine Rehabilitation*. 2009. Vol. 90(7). P. 1245-1249.
18. Spinal cord stimulation for post-apoplectic spastic hemiplegia // *No shinkei geka*. 1984. Vol. 12 (4). P. 485-491.
19. Terao T., K. Taya, S. Sawauchi et al. Therapeutic effect of spinal cord stimulation for a patient suffering spasticity after hypoxia of the brain // *No shinkei geka*. 2004. Vol. 32 (6). P. 613-618
20. Thilmann A.F., M. Schwarz, R. Töpper et al. Different mechanisms underlie the long-latency stretch reflex response of active human muscle at different joints // *Journal Physiology*. 1991. Vol. 444. P. 631-643.

ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ БИОТКАНЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Лоева Я.А.

студентка магистратуры, НИ ТГУ, Россия, г. Томск

Васильева А.В.

ст. преподаватель кафедры управления инновациями, НИ ТГУ,
Россия, г.Томск

В данной обзорной статье описаны основные направления использования метода лазерной абляции биотканей в медицине. Приведены примеры лечения конкретных болезней путем лазерной абляции мягких живых тканей. Кроме того, затронут вопрос об уровне современных исследований, касающихся применения данного метода для абляции костных биотканей.

Ключевые слова: лазерная абляция, медицина, лазер, биоткань, мягкая биоткань, твердая биоткань, лазер на парах стронция.

Современная медицина не стоит на месте в своем развитии, именно поэтому на смену традиционным методам обработки живой ткани (сварка, резка, термическая обработка и т.д.) приходят более щадящие, малоинвазивные методы воздействия. Одним из таких методов является метод лазерной абляции.

Еще с середины прошлого века лазерные технологии стали активно применять в различных областях медицины, таких как отоларингология,

флебология, офтальмология, урология, гинекология, хирургия и др. Однако метод лазерной абляции получил широкое распространение в медицине только в 2000-х годах. В настоящее время данным термином в медицине обозначается физический процесс удаления или разрушения (прижигания) некой части из совокупности биологических тканей, в некотором смысле аналог хирургического удаления; данный термин часто применяется в контексте использования медицинских лазеров, когда лазерный луч разрушает (денатурирует) белковые структуры тканей [1].

На сегодняшний день существует множество методик применения лазерной абляции для обработки мягких биологических тканей. Так довольно распространённой процедурой является эндоваскулярная лазерная абляция (эндоваскулярная лазерная коагуляция ЭВЛК (EVLK)). Она позволяет успешно избавиться от варикозной болезни. Лазерная коагуляция является альтернативой хирургическому лечению, не уступая операции по эффективности. Хирургическое лечение варикоза в прошлом веке предполагало выдергивание варикозно-расширенных вен через многочисленные разрезы на ноге. И хотя клинические результаты были отличными, зачастую пациенты оставались недовольными косметическими результатами, когда на ноге оставалось множество послеоперационных шрамов и рубцов. После лазерного лечения следов на коже не остается, очень редко бывает темная полоска кожи, которая исчезает через 2-3 месяца [2].

Также не менее распространенной процедурой является процедура по лазерной абляции миндалин. Это операция по удалению поверхностных слоев миндалин лазером, т.н. частичное удаление миндалин. Такая операция улучшает дренажные функции лакун, уменьшает воспалительные процессы в тканях миндалин. Сами небные миндалины являются очень важным органом в лимфатической системе организма. Они выполняют определенные функции по защите организма. Вплоть до текущего десятилетия удаление миндалин (тонзиллэктомия) являлся единственным методом хирургического лечения хронического тонзиллита. Принцип действия был такой: нет миндалин – нет проблем. Но после такой операции зачастую возникали серьезные послеоперационные осложнения, что требовало поиска более эффективного метода лечения миндалин. Такой метод был найден в виде лазерной абляции [3].

Кроме того, широкое применение метод лазерной абляции нашел и в гинекологии. На данный момент успешно выполняются операции по резекции (абляции) эндометрия. Существует множество показаний к данной процедуре. Выделяют две методики лазерного воздействия: контактная и бесконтактная. Однако на практике происходит их комбинирование [4].

В статье [5] приведены результаты исследования эффективности лазерной абляции лейкоплакии мочевого пузыря у женщин с хроническим циститом. Циститы являются наиболее частыми инфекционно-воспалительными урологическими заболеваниями у женщин. Авторами статьи была выполнена абляция измененной слизистой мочевого пузыря высокоэнергетическим лазером с помощью отечественного лазерного аппарата «Лахта-Милон» (Россия). Полученные результаты лечения лейкоплакии мочевого пузыря с по-

мощью лазерной абляции свидетельствуют о высокой эффективности данного метода, позволяющего в сравнительно короткий период времени добиться положительного эффекта.

Как видно из приведенных выше примеров, метод лазерной абляции мягких биотканей достаточно востребован и эффективен. Однако говоря об абляции костных тканей, стоит отметить, что исследования по данному направлению начались сравнительно недавно. Учеными Вандербильтского университета было установлено, что лазерная резонансная абляция твердых биотканей возможна при использовании лазера на свободных электронах с длиной волны 6,45 мкм. При использовании излучения на этой длине волны были получены максимально глубокие разрезы в кости с наименьшими термическими повреждениями прилегающих к разрезу участков [6].

В настоящее время подобные исследования по абляции твердых биотканей ведутся также учеными Томского государственного университета с использованием лазера на парах стронция. Лазер на парах стронция, имея длины волн генерации в области 1.3 мкм и 6.45 мкм, как нельзя лучше удовлетворяет требованию максимального (резонансного) поглощения биотканями. Эксперименты выполнялись на образцах свиных костей, так как именно они имеют наиболее сходную структуру с костью человека. Были получены надрезы кортикальной кости глубиной до 100 мкм. При этом не наблюдалось карбонизации и обугливания краев реза. Исследователями было сделано предположение, что основным механизмом аблирования костной ткани в данном случае является термическое расширение перегретой жидкости в тканях.

Можно сделать вывод о том, что метод лазерной абляции получил широкое распространение во многих областях медицины уже сегодня. Являясь хорошей альтернативой хирургическому вмешательству, данный метод успешно применяется как из-за его качественного лечебного результата, так и из-за косметического эффекта. Вероятно, что метод лазерной абляции тканей будет становиться популярнее с каждым годом. Стоит отметить, что особо важное место может занять метод лазерной абляции костных тканей, так как данный метод способен поднять на более качественный уровень процедуры и операции в таких областях медицины, как ортопедия, остеотомия, протезирование, имплантология и др.

Список литературы

1. Википедия. Свободная энциклопедия. [Электронный ресурс]. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Лазерная_абляция (Дата обращения: 20.09.2016).
2. Медикус.ру. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.medicus.ru/flebology/patient/lechenie-varikoza-metodom-lazernoj-ablyacii-34569.phtml> (Дата обращения: 27.09.2016).
4. Резекция (абляция) эндометрия. [Электронный ресурс]. – URL: http://ilive.com.ua/health/rezekciya-ablaciya-endometriya_85100i15993.html (Дата обращения: 28.09.2016).
5. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В., Слесаревская М.Н., Жарких А.В. // Оценка эффективности лазерной абляции лейкоплакии мочевого пузыря у женщин с хроническим циститом // Медицина и образование в Сибири. – № 5 – 2013 г.

6. Edwards G.S. Free-electron-laser-based biophysical and biomedical instrumentation / G.S. Edwards, Austin R.H., Carroll F.E. – Review of scientific instruments, 2003. – V. 74. №. 7, 3207–3245 p.

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ПОДХОДА ДЛЯ ПОДБОРА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ДОЗЫ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС

Маль Г.С.

зав. кафедрой фармакологии, доктор медицинских наук, профессор,
Курский государственный медицинский университет, Россия, г. Курск

Дородных И.А.

ассистент, кандидат медицинских наук,
Курский государственный медицинский университет, Россия, г. Курск

Кувшинова Ю.А.

студентка педиатрического факультета,
Курский государственный медицинский университет, Россия, г. Курск

К настоящему времени уже формируется подход о необходимости строгой индивидуализации лечения заболевания у каждого конкретного больного. Известно, что генетические особенности пациента более чем на половину могут определять неадекватный фармакологический ответ. Учитывая, что метаболизм всех лекарственных средств в организме человека генетически детерминирован, то применение современных фармакогенетических тестов для подбора индивидуальной дозы гиполипидемического препарата приобретает все большую актуальность для персонализированной медицины.

Ключевые слова: генетические факторы, гиперлипидемическая терапия, ишемическая болезнь сердца.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) лидируют среди причин смертности и инвалидности взрослого населения экономически развитых стран мира и имеют тенденцию к прогрессированию [1, 2, 5].

К настоящему времени уже формируется подход о необходимости строгой индивидуализации лечения заболевания у каждого конкретного больного [4, 5].

Известно, что генетические особенности пациента более чем на половину могут определять неадекватный фармакологический ответ (неэффективность или развитие нежелательных лекарственных реакции (НЛР)) [3, 6]. Учитывая, что метаболизм всех лекарственных средств в организме человека генетически детерминирован, то применение современных фармакогенетических тестов для подбора индивидуальной дозы гиполипидемического препарата приобретает все большую актуальность для персонализированной медицины [5, 6].

Материалы и методы. Под наблюдением находились 118 больных ИБС с первичной изолированной гиперхолестеринемией (ГХС) или сочетан-

ной гиперлипидемии (ГЛП) в возрасте от 41 до 60 лет ($55,7 \pm 2,9$ и $56,2 \pm 3,2$), из них 38 пациентов составили контрольную группу. А так же были проанализированы частоты генотипов по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1 в группах больных ИБС, принимавших статины II и IV поколений.

Мы определили степень изменения всех показателей липидного спектра у больных, принимавших симвастатин (из них генотип СС имели 12 пациентов, СТ – 17 пациентов, ТТ – 11 пациентов) и розувастатин (генотип СС имели 11 пациентов, СТ – 19 пациентов, ТТ – 10 пациентов).

Наиболее выраженный гиполипидемический эффект симвастатина в дозе 20 мг/сут наблюдался у лиц с ИБС, несущих генотип ТТ по сравнению с пациентами, имеющими генотипы СС и СТ. Эффективность симвастатина по показателям ХС, ХС ЛНП, ТГ, АИ была достоверно выше в группе лиц, имеющих генотип ТТ. Можно сказать, что значительное снижение всех атерогенных фракций липидного спектра у пациентов с генотипом ТТ по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1 было главной причиной, приводящей к большей эффективности симвастатина.

В нашем исследовании не было обнаружено связи между полиморфным маркером С3435Т гена MDR1 и развитием большего гиполипидемического эффекта розувастатина у пациентов с генотипом ТТ, чем с генотипами СТ и СС. У пациентов с генотипами СС, ТТ и СТ эффективность розувастатина по всем показателям липидного спектра достоверно не отличалась. Аллельный вариант ТТ гена MDR1 у больных ИБС не явился генетическим фактором предрасполагающим к выраженной эффективности розувастатина.

Полученные результаты описанной взаимосвязи генотипа по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1 и гиполипидемического эффекта у больных ИБС с различными типами ГЛП показали неоспоримый вклад знаний о генетической гетерогенности субпопуляции в целях индивидуализации фармакотерапии.

Список литературы

1. Аронов, Д.М. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – интерполяция на Россию / Д. М. Аронов // Сердце. – 2002. – № 3. – С. 109-112.
2. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (IV пересмотр). // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8, №6 (Прилож.3). – 58 с.
3. Ивлева, А.Я. Фармакоэкономическое обоснование для применения липидснижающих средств / А.Я. Ивлева // Кардиология. – 1998. – № 4. – С. 48
4. Изучение транспортеров лекарственных средств как новая возможность персонализации фармакотерапии / В. Кулес, Д. Сычев, Т. Бруслик и др. // Врач. – 2007. – № 5. – С. 2-6.
5. Карпов, Ю.А. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения / Ю. А. Карпов, Е. В. Сорокин. – М.: Реафарм, 2003. – 244 с.
6. Клинико-фармакологические аспекты полиморфизма генов-транспортеров органических анионов / В. Г. Кулес, Д. А. Сычев, Р. Е. Казаков и др // Молекулярная медицина : научно-практический журнал. – 2006. – N 1. – С. 31-35.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЭШЕРИХИЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ШТАММОВ

Михайлова Е.А.

зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и вирусологии, д-р биол. наук,
профессор, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Жеребятьева О.О.

доцент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии, канд. мед. наук,
доцент, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Желтова В.И.

доцент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии, канд. мед. наук,
доцент, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Ляшенко И.Э.

доцент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии, канд. мед. наук,
доцент, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Изучены биологические свойства эшерихий, изолированных из различных патологических образцов. Установлено, что штаммы *E.coli*, выделенные из очагов воспалений отличались от представителей нормофлоры наличием адгезивной, ДНК-азной и антилизинной активностью. Обнаруженные отличия предложено использовать для доказательства этиологической значимости штамма.

Ключевые слова: эшерихия, гемолитическая активность, вирулентность.

Неблагополучная экологическая ситуация и нерациональное применение антибактериальных препаратов в практике последних десятилетий привело к увеличению частоты выделения условно-патогенных грамотрицательных энтеробактерий при инфекциях различной локализации [2, с. 109]. Таким условно-патогенным видом является *E.coli*, штаммы которого, не имея принадлежности ни к одной категории энтеропатогенных бактерий, все чаще идентифицируются как этиологически значимые при различных микробных воспалениях [3, с. 28]. Способность бактерий рода *Escherichia* размножаться в макроорганизме и вызывать инфекционный процесс зависит от наличия у бактерий ряда факторов, определяющих их вирулентные и персистентные свойства [4, с. 328]. В связи с этим, изучение этих факторов может позволить разработать критерии этиологической значимости, основанные на изучении биологических характеристик возбудителей и улучшить диагностику инфекций, вызванных бактериями рода *Escherichia*.

Цель исследования – оценить биологические свойства штаммов эшерихий связанные с их этиологической значимостью.

При проведении исследований были использованы 148 штаммов *E.coli*, среди которых 48,6% составляли штаммы, выделенные от больных с урологическими заболеваниями, 21,6% – гнойно-воспалительными хирургического профиля, 9,5% – гинекологическими заболеваниями, 6,7% – с кишечными инфекциями и 13,6% – из фекалий практически здоровых людей.

Оценивались способность лизировать эритроциты, адгезивная активность, ДНК-азная и антилизозимная активности выделенных штаммов. Уровень антилизозимной активности определялся от 5 мкг/мл и выше [1, с. 79].

Результаты. Учитывая, что гемолизины относятся к факторам патогенности, они могут быть использованы в качестве маркеров при оценке этиологической значимости выделенных культур, нами было изучено это свойство у *E.coli*. Выяснилось, что 100% гинекологических, 5,3% кишечных, 10,1% хирургических и 29,4% урологических штаммов обладали α -гемолитической активностью. Однако, 2,5% штаммов выделенных от здоровых людей тоже обладали изучаемой способностью.

Изучение среднего показателя адгезивности (СПА) проводилось в опытах на формализованных эритроцитах I группы крови человека при микроскопическом учете результатов [1, с. 154]. Установлено, что из 148 культур 6,8% штаммов имели высокий показатель СПА, 28,4% – средний, 17,6% – низкий, а у 47,2% культур, в том числе и у штаммов, выделенных от здоровых людей, СПА вообще не выявлялся. В процентном отношении штаммы с адгезивной способностью в равной степени встречались среди бактерий выделенных из разных патологических образцов.

Из всех клинически значимых штаммов антилизозимной активностью (АЛА) обладали 69 культур, из них 40 штаммов были выделены от больных с урологическими, 17 – хирургическими, 7 – гинекологическими, 5 – кишечными заболеваниями. Из фекалий здоровых людей выделен только один штамм со способностью деградировать лизоцим.

ДНК-азная активность обнаруживалась у 48 штаммов, среди которых большинство выделялось при хирургической патологии (41,7%) и от урологических больных (39,6%), часть выделенных подобных микроорганизмов от здоровых составила 4,2%, от гинекологических больных – 7,2%, от больных с кишечными инфекциями – 5,8%. На основании результатов этого исследования можно сделать вывод, что достоверных отличий в наличии изученных биологических свойств у штаммов, выделенных при микробном воспалении различной локализации не обнаружено. Однако, бактерии, обладающие хотя бы одним из изученных биологических свойств, а тем более их сочетанием отличаются по этим признакам от штаммов, изолированных от здоровых и могут быть отнесены к этиологически значимым агентам.

Список литературы

1. Михайлова Е.А., Воронина Л.Г., Сетко Н.П., Миронов А.Ю., Харсеева Г.Г., Жеребятьева О.О. Инфектологические аспекты урогенитальных микробных заболеваний // Оренбург. ГБОУ ВПО ОрГМа МЗ РФ. – 2012. – 184 с.
2. Покровский В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: ГЭОТАР. – 2003. – С. 256-264.

3. Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Лекции по инфекционным заболеваниям. М.: ВУНМЦ. – 1999. – Т.1. – С. 143-150.
4. Лобзина Ю. В. Руководство по инфекционным болезням. СПб.: Фолиант – 2000. – 932 с.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ВЕНЕРИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Михайлова Е.А.

зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и вирусологии, д-р биол. наук,
профессор, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Жеребятьева О.О.

доцент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии, канд. мед. наук,
доцент, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Махалова Г.О.

ассистент кафедры акушерства и гинекологии,
Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Махалов В.Ю.

ассистент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии,
Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Дан анализ факторов, влияющих на эпидемиологию ИПППП. Указаны некоторые причины, влияющие на статистику заболеваемости ИПППП в России.

Ключевые слова: венерические болезни, диагностика, методы исследования.

Факторы, составляющие репродуктивное здоровье весьма разнообразны. Одним из наиболее важных компонентов этого комплексного понятия являются инфекции, передаваемые преимущественно половым путем (ИПППП), которые представляют серьезную угрозу общественному здоровью, как в связи с возможными осложнениями, так и в связи с увеличением риска передачи ВИЧ [2, с. 31]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире ежегодно регистрируется более трехсот миллионов новых случаев венерических инфекций, включая приблизительно пять миллионов инфицированных ВИЧ. Эта официальная статистика может не включать случаи новых ИПППП, не зарегистрированных в силу разных причин.

Цель – анализ некоторых факторов, влияющих на эпидемиологию инфекций передающихся преимущественно половым путем. Верификация диагноза ИПППП в России, как и в большинстве стран, основывается, в первую

очередь, на проведении бактериологического исследования генитальных образцов материала. При этом очень важна техника взятия материала и приготовления мазков. Так по данным ряда авторов [3, с. 48] из 500 образцов, взятых из уретры у мужчин, лишь в 350 содержались эпителиальные клетки слизистой уретры, а именно в них и вероятно нахождение персистирующей флоры. Большинство образцов берется с помощью ложечки Фолькмана и, как правило, наносится на предметное стекло толстым слоем [3, с. 31]. Предположительно, отсутствие клеток на стекле дает основание лаборантам выдавать отрицательный ответ.

При постановке диагноза цервицита в трети случаев пациентам выставляется неправильный диагноз, так как оцениваются вагинальные образцы, вместо цервикальных. Как правило, указанные ошибки случаются, если образцы берутся не в лаборатории, а непосредственно лечащим врачом.

Даже правильно взятые образцы при обследовании, например, на сифилис, гонорею, хламидийную инфекцию при транспортировке могут терять информативную ценность, так как правила и организация транспортировки отсутствуют [1, с. 93; 4, с. 12]. В ряде случаев в лабораторию для взятия материала направляется сам пациент, но и в этом случае не гарантирован истинный результат. Плохое качество красителей, оптической техники и простая субъективность лаборанта могут привести к искажению результата. Проведение культуральной диагностики имеет свои сложности. Достоверность результатов зависит от качества адаптированной среды, наличия специальных ростовых добавок, селективных компонентов. Однако, питательные среды разных производителей не отвечают многим требованиям. Это же справедливо и в отношении применяемых тест-систем. Вероятно поэтому, разные лаборатории на идентичные образцы могут давать различные результаты, которые являются основой соответственно нерациональных схем лечения пациента.

Нужно заметить, что эти недостатки характерны как для муниципальных, так и для частных диагностических центров. Перечень необходимых обследований пациента с целью выявления ИППП часто диктуется не необходимостью, а материальными возможностями медицинского учреждения и самого пациента. Таким образом, причинами неучтенных инфекций могут быть недостатки техники взятия образцов, транспортировки материала, расходных материалов и сред, регистрации образцов в лаборатории и др. Все перечисленные факторы могут значительно влиять на результаты лабораторной диагностики. Полученные ложноположительные и ложноотрицательные результаты в результате исследований проведенных в разных учреждениях на различных тест-системах, не всегда должным образом зарегистрированные, безусловно, снижают достоверность статистики заболеваемости ИППП в России, а самое главное являются причиной неадекватной и не эффективной терапии. Совершенствование методов диагностики и регистрации ИППП необходимо для решения социальных и медицинских проблем, связанных с их распространением.

Список литературы

1. Скрипкина Ю. К., Бутова Ю. С. Дерматовенерология: национальное руководство // ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – Т1. – 720 с.
2. Михайлова Е.А., Воронина Л.Г., Сетко Н.П., Миронов А.Ю., Харсеева Г.Г., Жеребятьева О.О. Инфектологические аспекты урогенитальных микробных заболеваний. // Оренбург. ГБОУ ВПО ОрГМа МЗ РФ. – 2012. – 184 с.
3. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путём, и урогенитальными инфекциями // Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Москва, Издательский дом «Деловой экспресс». – 2012. – 112 с.
4. Лосева О.К. Лечение сифилиса: исторические вехи и современные представления // Дерматология. – 2009. – Т. 3, № 1. – С.11-14.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГОНОКОККОВОГО ПРОЦЕССА В СЕКРЕТАХ МУЖСКИХ И ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Михайлова Е.А.

зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и вирусологии, д-р биол. наук,
профессор, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Киргизова С.Б.

доцент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии, канд. биол. наук,
доцент, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Фомина М.В.

доцент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии, канд. мед. наук,
доцент, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

Азнабаева Л.М.

доцент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии, канд. мед. наук,
доцент, Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия, г. Оренбург

На основании данных, полученных при изучении мукозального иммунитета у больных разными клиническими формами гонореи, разработал способ дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: infertility, gonorrhea, immunity.

Бактериальные урогенитальные заболевания характеризуются стертым течением, длительностью процесса, частыми серьезными осложнениями, к числу которых можно отнести развитие infertility [2, с. 31]. Важное место в структуре микробных урогенитальных воспалений принадлежит гонококковой инфекции, которая, несмотря на имеющиеся успехи в её лечении,

остается в списке болезней, передаваемых преимущественно половым путем, на прочных позициях [1, с. 51]. По международной классификации болезней – МКБ-10 выделяют две клинические формы гонококковой инфекции с поражением генитальной области: локализованная инфекция и с системными проявлениями. Своевременная диагностика этих состояний, отличающихся объемом поражения и, как правило, длительностью течения может позволить провести адекватную и эффективную терапию [2, с. 30].

Цель – определить иммунологические параметры, которые можно использовать для улучшения диагностики различных форм урогенитальной гонореи.

Материалы и методы. Нами был взят материал от 267 мужчины и 96 женщин, обследованных на базе ГБУЗ «Оренбургский областной кожно-венерологический диспансер» и ГБУЗ «Оренбургский областной центр планирования семьи».

Мужчины и женщины были распределены по трем группам:

1) группа «а» – не имеющие признаков воспалительных процессов в урогенитальном тракте: 81 фертильный мужчина с нормальными показателями спермограммы (группа здоровых мужчин) и 33 женщины (группа здоровых женщин); 2) группа «б» – 107 мужчин и 36 женщин, страдающих малосимптомными хроническими гонококковыми воспалительными заболеваниями уретры и/или цервикса (гонорея локализованная – ГЛОК); 3) группа «в» – 79 мужчин и 30 женщин, страдающих малосимптомными хроническими гонококковыми воспалительными заболеваниями предстательной железы или матки и придатков (гонорея с системными проявлениями – ГСИСТ).

Изучение показателей мукозального иммунитета (ЛФ и sIgA) в эякуляте и отделяемом цервикального канала проводили методом ИФА («Вектор-Бест», Новосибирск) с регистрацией результатов на фотометре «Multiskan» (Labsystems, Финляндия).

Материалы, полученные в результате экспериментальной работы, были обработаны методами вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ STATISTIKA PLUS 2/2, MICROSOFT EXSEL 2007 с использованием выборочного материала, метода группировок. Доверительные интервалы для средних величин вычисляли с заданными уровнями достоверности 0,05 и 0,01. Для определения достоверности различий между анализируемыми выборками вычисляли среднюю арифметическую ряда (M) и стандартную ошибку средней арифметической (m), среднее арифметическое отклонение (s), вычисляли критерий значимости (t) Стьюдента. Взаимосвязь между исследуемыми признаками анализировали с использованием программы «корреляционный анализ», при этом достоверность определенных связей оценивали при достижении коэффициентом (r) пороговых величин, соответствующих размерам анализируемой выборки и заданной значимости достоверности.

Результаты. На основании данных, полученных при изучении местного иммунитета у больных с разными клиническими формами гонореи, разработан способ дифференциальной диагностики различных форм гонококковой

инфекции при ее малосимптомном течении, основанный на определении иммунологических показателей эякулята – sIgA и ЛФ. При уровне sIgA 2,51 мкг/мл и менее и одновременном уровне ЛФ 6965 нг/мл и более диагностировали гонококковую инфекцию с системными проявлениями, а при отсутствии указанного условия диагностировали локализованную гонорею.

Апробация предложенного способа дифференциальной диагностики различных форм гонококковой инфекции при ее малосимптомном течении проводилась на клинической выборке больных ($n = 61$). Результаты апробации предложенного способа позволяют сделать вывод о его пригодности для улучшения диагностики малосимптомной гонореи с системными проявлениями.

Список литературы

1. Рахматуллина М.Р. Новые подходы к оказанию специализированной дерматовенерологической помощи социально уязвимым группам населения – детям и подросткам. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – №5. – С.50-52.
2. Михайлова Е. А., Сетко Н. П., Штиль О. О. Факторы риска нарушений фертильности мужчин на урбанизированной территории // Гигиена и санитария. – 2012. – № 3. – С. 29-31.

НУТРИЕНТНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В ПИТАНИИ ПОДРОСТКОВ САРАТОВСКОГО РЕГИОНА

Мусаев Ш.Ж.

ассистент кафедры гигиены МПФ, канд. мед. наук,
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ РФ,
Россия, г. Саратов

Коваленко А.Д.

студентка 3 курса ИСО, ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Россия, г. Саратов

В статье нутриентная недостаточность в питании подростков данный объект рассматривается в качестве одного из приоритетных факторов, влияющих на состояние здоровья детского населения. Рационы питания современных подростков, проживающих на территории региона не сбалансированы по основным питательным веществам и микронутриентам.

Ключевые слова: подростки, питание, нутриентная недостаточность.

Анализ состояния здоровья детского населения свидетельствует о значительном его ухудшении за последние годы [2, 4]. Одной из причин данной тенденции, по мнению ряда ученых, является недостаточная обеспеченность детского организма, прежде всего, микронутриентами, а также биологически активными компонентами [3, 5].

Оценка фактического питания подростков ряда учебно-образовательных учреждений Саратовского региона проводилась методом 24-часового воспроизведения суточного рациона в сочетании с анализом

продуктового состава меню-раскладок. Сбалансированность рациона оценивались по величинам потребления основных питательных веществ, энергии и сравнивались с «Нормами физиологических потребностей» (2008). Пищевой статус оценивался на основании индекса массы тела. Изучение содержания витаминов А, Е в сыворотке крови и витамина В₁ в моче проводилось флюорометрическим методом на анализаторе биожидкости «Флюорат-02-АБЛФ» («Люмекс», Россия), витамина С в моче – методом титрования 2,6-дихлорфенолиндифенолятом натрия (реактивом Тильманса) [1].

При оценке особенностей питания в исследуемых группах у подавляющего большинства выявлены нарушения режима питания. «Бутербродное» питание и продукты быстрого приготовления на завтрак использовали 89,3% учащихся профессиональных лицеев и 64,9% школьников. Полный обед отсутствовал у всех респондентов. Ужин, включающий горячее блюдо, имелся у 90,6% учащихся лицеев и 83,1% школьников.

При анализе макронутриентного состава потребляемой пищи наиболее негативные сдвиги, характеризующиеся увеличением абсолютного и относительного содержания жиров, отмечены в группах обследуемых девушек: у лицеисток – $112,8 \pm 5,0$ мг/сут, учащихся школ – $88,6 \pm 4,2$ мг/сут. Содержание жиров в пищевом рационе юношей, обучающихся в лицеях и школах, превышало физиологические нормы потребления на 6,2% и 8,1% соответственно. Основными источниками жиров в рационах детей и подростков являлись: пищевые жиры (33,9 – 40,1%), мясные продукты (30,9 – 35,8%), молочные продукты (7,8 – 11,5%).

Потребление белков в суточных рационах юношей и девушек в 78,4% и 86,2% случаев соответствовало физиологическим потребностям. В рационах группы юношей отсутствовали продукты высокой биологической ценности: для 24,5% обследованных характерным являлось отсутствие в питании молока, для 30,9% – кисломолочных продуктов, для 16,1% – рыбы.

В сравниваемых группах подростков отмечено превышение потребления количества углеводов: в группах юношей, обучающихся в лицеях и школах – 20,9% и 16,8%, в аналогичных группах девушек – 34,8% и 22,2% соответственно. Обращает внимание высокое содержание сахаров в ежедневном рационе девушек, обусловленное, по-видимому, доступностью для последних высококалорийной кондитерской и буфетной продукции.

Среднесуточное потребление подростками эссенциальных нутриентов характеризовалось как недостаточное, особенно в отношении кальция и магния. Также выявлено недостаточное поступление с пищей железа, особенно у школьниц – $12,8 \pm 0,7$ мг/сутки, при физиологической потребности – 18 мг/сутки. Анализ суточного потребления витаминов у подростков выявил сниженное по сравнению с нормой поступление витаминов: В₁ – на 26-34%, В₂ – на 38-43%, В₆ – на 16-21%, РР – на 20-38%, С – на 16-24%.

По данным комплексного клинико-лабораторного обследования подростков 15-17 лет выявлено, что в 20,5% случаев девушки школьницы и, особенно лицеистки, имели избыточную массу тела. В группах юношей, обучающихся в лицеях и школе, среднее значение индекса массы тела составило $22,1 \pm 5,9$ кг/м² и $23,5 \pm 5,5$ кг/м² соответственно.

Список литературы

1. Елисеев Ю.Ю., Захарова Н.Б., Свистунов А.А., Емельянова Н.В., Никитина В.В., Фирстова В.В., Степанова Т.В., Ренсков А.А. Лабораторные методы оценки иммунологических процессов и метаболизма гормонов надпочечников // Справочник под редакцией профессора П.В.Глыбочко. – Саратов. – 2004. – 59 с.
2. Елисеев, Ю.Ю., Войтович А.А., Дубровина Е.А., Елисеева Ю.В. К оценке функционального состояния организма подростков с различным уровнем здоровья в условиях профессионального обучения // Известия Самарского научного центра Российской Академии Наук. – 2014. – № 5–2, Т.16. – С.850-852
3. Истомин А.В., Елисеева Ю.В., Сергеева С.В., Елисеев Ю.Ю. Гигиенические аспекты йодного дефицита у детского населения Саратовской области // Вопросы питания. – 2014. – №3, Т.83. С. 63-68.
4. Клещина Ю.В., Елисеев Ю.Ю. Гигиеническая оценка и обоснование мер оптимизации образа жизни и питания подростков // Известия Самарского научного центра Российской Академии Наук. – 2011. – № 1 – 7, Т.13. – С. 1604-1606.
5. Павлов Н.Н., Клещина Ю.В., Елисеев Ю.Ю. Оценка фактического питания и пищевого статуса современных детей и подростков // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2011. – № 1. – С. 128-132.

ЭТАПЫ РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В СФЕРЕ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Орлов А.С.

доцент кафедры экономики и управления, канд. фарм. наук, доцент,
Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия,
Россия, г. Санкт-Петербург

В статье представлено описание основных этапов разработки стратегических решений в сфере ценообразования на лекарственные препараты, которым должны различные субъекты фармацевтического рынка в своей практической деятельности. Для каждого этапа изложена совокупность составляющих его задач, комплексное решение которых должно способствовать принятию обоснованных и эффективных стратегических решений в сфере ценообразования на фармацевтическом рынке.

Ключевые слова: стратегические решения в области ценообразования на лекарственные препараты, фармацевтический рынок, этапы разработки стратегических решений.

Наиболее сложными и ответственными управленческими решениями, принимаемыми в сфере ценообразования на фармацевтическом рынке, являются стратегические решения. Это объясняется тем, что стратегические решения ориентированы на длительную перспективу, инновационны по своей природе, сопряжены со значительными неопределенностями и характеризуются высокой степенью риска, обладают множеством альтернативных вариантов реализации и могут иметь серьезные и долгосрочные последствия. Эффективность стратегических решений во многом определяется не быстротой и своевременностью их принятия, а степенью обоснованности и качествен-

ной проработкой всех взаимосвязанных вопросов. В то же время целый комплекс вопросов и задач, связанных с подготовкой, принятием и реализацией стратегических решений, пока остается мало изученным и разработанным [1]. Отсутствие научно обоснованных подходов к разработке стратегических решений в сфере ценообразования является одной из наиболее острых проблем на российском фармацевтическом рынке в современных условиях [2, 3, 4]. В связи с этим для принятия грамотных и обоснованных стратегических решений в области ценообразования на фармацевтическом рынке требуется последовательно решать целый ряд исследовательских задач, среди которых важная роль отводится аналитической составляющей, предполагающей необходимость использования современного информационного и методологического обеспечения и проведения комплекса ценовых исследований, включающего анализ потребительского спроса и ценовой конкуренции, оценку ценовых рисков и прогнозирование ценовых изменений.

Разработка стратегических решений в области ценообразования на фармацевтическом рынке должна состоять из пяти этапов. На первом этапе осуществляется целеполагание, состоящее в определении общих долгосрочных и конкретных текущих целей, в качестве которых могут быть выбраны увеличение объемов продаж, повышение прибыли, обеспечение выживаемости, стабильности, максимизация текущих финансовых результатов и прочие.

На втором этапе требуется формирование необходимого информационного обеспечения. На фармацевтическом рынке ценовая информация имеется лишь в ограниченных количествах и является весьма дорогостоящим ресурсом, поэтому ее получение в достаточном объеме для принятия обоснованных стратегических решений по вопросам ценообразования на лекарственных препараты (ЛП) требует научного подхода, деловой активности и целенаправленной деятельности [5]. Создание должного информационного обеспечения представляет собой важную задачу, успешное решение которой создает предпосылки для объективной реализации последующих этапов и в конечном итоге способствует принятию обоснованных и эффективных стратегических решений в области ценообразования на ЛП.

На третьем этапе разработки стратегических решений в области ценообразования на фармацевтическом рынке должен проводиться стратегический анализ факторов внешней и внутренней среды. В рамках стратегического анализа внешней среды важную роль выполняют анализ потребительского спроса и ценовой конкуренции на фармацевтическом рынке [6]. Изучение спроса, как одной из основных характеристик потребительского поведения, имеет большое значение для принятия стратегических решений в области ценообразования на фармацевтическом рынке. В рамках изучения потребительского спроса, подверженного на фармацевтическом рынке значительным колебаниям, для принятия обоснованных стратегических решений требуется также проводить анализ структурных изменений в потреблении ЛП и анализ

сезонности в продажах лекарств и в ценовых изменениях. Фармацевтический рынок России характеризуется быстрыми изменениями структуры потребления лекарств, вызванными периодическим появлением новых и исчезновением устаревающих ЛП, переменчивостью потребительских предпочтений, ростом реальных денежных доходов населения и увеличением доли расходов на медикаменты, значительной модификацией структуры заболеваемости и реформированием системы государственного регулирования лекарственного обращения. В связи с этим при формировании цен на ЛП в длительной перспективе обязательно необходимо учитывать и оценивать интенсивность структурных изменений в потреблении лекарств в интересующих сегментах фармацевтического рынка, направленность вектора смещения потребительского спроса в сторону дорогих или дешевых препаратов, а также степень влияния структурных сдвигов на ценовую динамику. Выявление лекарств с сезонным характером продаж и анализ структуры сезонных колебаний позволяют прогнозировать динамику изменения объемов реализации, выбирать оптимальные методы ценового стимулирования сбыта для лекарств сезонного спроса и в целом способствуют оптимизации процесса ценообразования [7]. Анализ ценовой конкуренции на фармацевтическом рынке включает в себя анализ ценовой концентрации продаж, установление соотношения факторов ценовой и неценовой конкуренции, а также ценовый анализ, который предполагает определение индивидуальных показателей ценовой динамики для отдельных ассортиментных позиций ЛП, анализ общих тенденций ценовых изменений на фармацевтическом рынке, а также дифференцированный анализ динамики цен в разрезе агрегированных групп ЛП и ценовых диапазонов.

После проведения стратегического анализа и получения в результате этого дополнительной информации, благодаря которой принимаемые стратегические решения становятся более взвешенными и обоснованными, на следующем этапе осуществляются анализ ценовых рисков и ценовое прогнозирование. Под ценовым риском понимается вероятность потери компанией части своих доходов в результате установления той или иной цены на лекарственный препарат. Важно отметить, что, несмотря на высокую значимость управления рисками в фармацевтической отрасли, многие российские фармацевтические компании ограничиваются лишь качественной оценкой рисков своей деятельности, не уделяя при этом должного внимания оценке ценовых рисков. Ценовое прогнозирование дает возможность предвидеть развитие ценовой ситуации и позволяет получить дополнительную информацию о возможных колебаниях цен на рынке. Результаты прогнозирования динамики цен на фармацевтическом рынке используются всеми хозяйствующими субъектами для разработки эффективных мер противодействия конкурентам, стимулирования сбыта продукции и в целом для принятия грамотных стратегических решений в сфере ценообразования на ЛП.

На завершающем этапе осуществляется окончательное принятие стратегического решения в области ценообразования на ЛП, а впоследствии требуется проведение контроля за его реализацией. В случае корректировки поставленных целей, изменения потребительского спроса, условий конкуренции, государственного регулирования необходимо внесение своевременных корректив в ранее принятые стратегические решения.

Разработка стратегических решений в области формирования цен на фармацевтическом рынке является сложным и воспроизводимым процессом, требующим постоянного изучения рыночной конъюнктуры, действий конкурентов в сфере ценообразования, сравнения планируемых и достигаемых результатов и проведения на этой основе необходимых корректировок и уточнений с учетом анализа всей совокупности факторов ценообразования. Вместе с тем последовательная реализация рассмотренных этапов обеспечит различных субъектов фармацевтического рынка надежным инструментом для принятия научно обоснованных и эффективных стратегических решений в области ценообразования на ЛП, будет способствовать реализации стратегии импортозамещения и в целом позволит ускорить переход отечественной фармацевтической отрасли на инновационную модель развития.

Список литературы

1. Шеметов П.В., Радионов В.В., Чередникова Л.Е., Петухова С.В. Управленческие решения : технология, методы и инструменты : учебное пособие. М. :. Омега-Л, 2010.
2. Соколов Б.И., Лин А.А., Орлов А.С. Фармацевтический рынок : структурные особенности в России // Проблемы современной экономики. 2012. №4. С. 336-341.
3. Орлов А.С. Фундаментальные особенности фармацевтического рынка России // Новая аптека. Эффективное управление. 2014. №8. С. 11-14.
4. Орлов А.С. Методические подходы к анализу цен на российском фармацевтическом рынке : дис... канд. фарм. наук. Санкт-Петербург, 2006. 197 с.
5. Орлов, А.С. Информация, необходимая для принятия стратегических решений в области ценообразования на фармацевтическом рынке, и предъявляемые к ней требования // Сборник научных трудов Международной научно-теоретической конференции «Социокультурные среды и коммуникативные стратегии информационного общества». СПб: СПбГПУ, 2015. С. 223-226.
6. Орлов А.С. Проведение ценовых исследований фармацевтического рынка как важный фактор повышения конкурентоспособности фармацевтических компаний // Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Стратегическое управление организациями: методы повышения конкурентоспособности». СПб: СПбГПУ, 2014. С. 262-264.
7. Орлов А.С. Прогнозирование сезонных колебаний цен на лекарственные средства // Маркетинг в России и за рубежом. 2006. №3. С. 13.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. КРАСНОЯРСКА

Песковец Р.Д.

аспирант кафедры поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Россия, г. Красноярск

Штарик С.Ю.

профессор кафедры поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, д.м.н., профессор, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Россия, г. Красноярск

Евсюков А.А.

доцент кафедры поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, к.м.н., Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Россия, г. Красноярск

Авторами проведен анализ распространенности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) среди трудоспособного населения (25-64 года) г. Красноярска с учетом возраста и пола. Субклиническая тревога (СВТ) выявлена у 42,5% взрослого населения, субклиническая депрессия (СВД) – у 16,4%. Клинические проявления тревоги (КВТ) и депрессии (КВД) выявлены у 14,8% и 4,5% опрошенных соответственно. Установлены гендерные различия в частоте тревожных расстройств: субклинические и клинические проявления тревоги значительно чаще встречались среди женщин, чем среди мужчин (50,6% vs 28,4% для СВТ и 19,8% vs 6,1% для КВТ). Распространенность депрессивных расстройств достоверно увеличивалась с наступлением 55-летнего возраста; распространенность тревожных расстройств с возрастом значимо не менялась.

Ключевые слова: распространенность тревожных расстройств, распространенность депрессивных расстройств.

На современном этапе среди лиц трудоспособного возраста отмечается неуклонный рост тревожных и депрессивных расстройств. По оценкам ВОЗ депрессивными расстройствами страдает порядка 350 миллионов человек во всем мире, около 70% населения Российской Федерации (РФ) живет в условиях хронического психосоциального стресса высокого и среднего уровня [2]. Ряд авторов отмечает высокую частоту психопатологических состояний у пациентов с соматической патологией [1]. Особенно тесно прослеживается коморбидность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) [4,5]. Так, депрессия в анамнезе увеличивает риск развития АГ на 60%, а их коморбидность ассоциируется с увеличени-

ем риска инсульта в 2,3-2,7 раз [6,7]. По данным исследования ЭССЕ-РФ, в нашей стране распространенность тревожных расстройств составляет 46,3 %, а депрессивных – 25,6 % [3]. Не вызывает сомнения факт, что высокая распространенность ТДР обусловлена их низкой диагностикой и, соответственно, лечением в общемедицинской сети.

Таким образом, данные о распространенности ТДР могут быть использованы с целью оптимизации лечебно-профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения как в отношении самих ТДР, так и в отношении пациентов с коморбидностью ТДР и ССЗ. *Задача исследования* – оценить распространенность ТДР среди трудоспособного населения г. Красноярска с учетом возрастной и половой принадлежности.

Материалы и методы. В г. Красноярске в 4 городских поликлиниках методом случайной выборки взято под наблюдение 1123 человека в возрасте от 25 до 64 лет. Обследованию подлежали все взрослые лица в возрасте от 25 до 64 лет. Из исследования исключались лица моложе 25 лет и старше 64 лет, а также проживающие в общежитиях, поскольку среди них миграция много больше, чем у «обычного» населения. Уровень тревоги и депрессии оценивался согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. При интерпретации результатов учитывался суммарный показатель по каждой рубрике (подшкала «тревога» и подшкала «депрессия»), при этом выделялись 3 области его значений: 0-7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8-10 баллов – «субклинически выраженная тревога (СВТ) / депрессия (СВД)»; 11 баллов и выше – «клинически выраженная тревога (КВТ) / депрессия (КВД)». При анализе количественных показателей проводилось вычисление медианы Me и интерквартильного размаха (Q_{25} - Q_{75}) за 4 анализируемые декады жизни (25–34, 35–44, 45–54 и 55–64 лет). Различия процентных показателей определялись с использованием критерия ХИ-квадрат (χ^2). Считали, что существует значимое различие между наблюдаемой и ожидаемой частотой, если нормированный (стандартизованный) остаток больше или равен 2. Если абсолютные частоты в клетках таблицы частот были меньше 10, использовалась поправка Йетса на непрерывность. При ожидаемых значениях частот равных или меньших 5 использовали двусторонний точный критерий Фишера – F-критерий для двух независимых групп в таблице 2×2 . Критический уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимался равным 0,05. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием прикладных программ SPSS (версия 23).

Результаты и обсуждения. В конечном итоге объем выборки составил 1123 человека, мужчин взято под наблюдение 409 человек (36,4%), женщин – 714 (63,6%). Медиана возраста мужчин составила 41 (32-53) лет, Me возраста женщин – 46 (34-55) лет. По нашим данным СВТ и КВТ диагностированы у 42,5% и 14,8% пациентов, СВД и КВД – у 16,4% и 4,5% и соответственно. Почти каждый четвертый мужчина и каждая вторая женщина имели субкли-

нические проявления тревоги (СВТ) – 28,4% vs 50,6% ($p=0.000$). У 13,7% мужчин и 18,0% женщин диагностирована СВД ($p=0,066$). Среди 6,1% мужчин и 19,8% женщин ($p=0,000$) установлена КВТ, а у 3,9% мужчин и 4,8% женщин ($p=0,551$) верифицирована КВД. Распространенности СВТ и КВТ в 4-х возрастных декадах были статистически сопоставимы. Однако, частоты СВД и КВД достоверно увеличивались между 3-й и 4-й возрастными группами (21,2% vs 34,2%, $p=0,018$ для СВД и 4,3% vs 7,5%, $p=0,027$ для КВД), таким образом, мы можем заключить, что после 54-х лет распространенность депрессивных расстройств достоверно увеличивалась.

Заключение. Установлена высокая распространенность СВТ – 42,5% среди взрослого населения, СВД диагностирована у 16,4% пациентов соответственно. Клинические проявления тревоги (КВТ) и депрессии (КВД) выявлены у 14,8% и 4,5% опрошенных соответственно. Для г. Красноярска характерны гендерные различия в распространенности тревожных расстройств: субклинические и клинические проявления тревоги значительно чаще встречались среди женщин, чем среди мужчин (50,6% vs 28,4% для СВТ и 19,8% vs 6,1% для КВТ). Распространенность депрессивных расстройств достоверно увеличивалась с наступлением 55-летнего возраста; распространенность тревожных расстройств с возрастом значимо не менялась.

Список литературы

1. Глушков Р. Г., Андреева Н. И., Алеева Г. Н. Депрессии в общей медицинской практике //Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, №. 12. – С. 2-3.
2. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. – 2002. – Т. 4. – С. 86-91.
3. Шальнова С. А. и др. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ) //Терапевтический архив. – 2014. – №. 12. – С. 52-59.
4. Штарик С. Ю., Петрова М. М., Гарганеева Н. П. Некоторые аспекты коморбидности тревожно-депрессивных расстройств и артериальной гипертензии //Сибирский медицинский журнал. – 2009. – Т. 24. – №. 4-2.
5. Штарик С.Ю., Петрова М.М. Взаимосвязь артериальной гипертензии и тревожно-депрессивных расстройств среди взрослого населения г. Красноярска.// «Сибирский вестник психиатрии и наркологии». Науч.-практ. рецензируемый журнал. Томск, 2005. № 3 (37).- С.93-95.
6. Patten S. B. et al. Major depression as a risk factor for high blood pressure: epidemiologic evidence from a national longitudinal study //Psychosomatic Medicine. – 2009. – Т. 71, №. 3. – С. 273-279.
7. Rabkin, J., Charles, E., Kass, F. Hypertension and DSM-III depression in psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 1983;140:1072–1074.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЁСШИХ СОЧЕТАННУЮ И МНОЖЕСТВЕННУЮ ТРАВМУ

Петров А.Г.

доцент кафедры педиатрии и детской хирургии, канд. мед. наук, доцент,
ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
Россия, г. Чебоксары

Соколов А.О.

врач травматолог-ортопед, БУ «Республиканская детская клини-
ческая больница» Минздрава Чувашии, Россия, г. Чебоксары

Статья посвящена анализу состояния здоровья детей, перенёсших сочетанную и множественную травму.

Ключевые слова: состояние, здоровье, дети, сочетанная травма, множественная травма.

При анализе результатов лечения множественной (МТ) и сочетанной (СТ) травмы у детей основной упор делается на вопросах качества лечения в период «золотого часа», особенностях проведения инфузионной терапии, способах и методах хирургического лечения [1-3]. Значительно реже анализируется критерии качества жизни пострадавших, являющиеся важной составляющей частью современного здравоохранения [10, 11]. Изучение этих вопросов у детей является важным, поскольку СТ и МТ – это не только тяжелое механическое повреждение, но и внезапно возникший мощный психологический стресс [12]. Минимизация проявлений последнего с учетом морфофункциональной незрелости систем организма ребенка, на наш взгляд, является не менее важной задачей, чем скорейшая нормализация опорной и двигательной функции.

Цель исследования – оценка особенностей клинических проявлений в психофизической сфере у детей при разнообразных методах лечения переломов костей после сочетанной и множественной травмы.

Материал и методы исследования.

В основу представленной работы положен анализ лечения 89 детей с СТ и МТ. Проспективные исследования качества жизни (КЖ) с использованием опросника MOS SF-36 проводили на базе БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии г. Чебоксары с 2008 по 2015 гг. В исследование включены 68 детей в возрасте от 7 до 14 лет с сочетаной травмой опорно-двигательного аппарата, у которых изучали КЖ на 5-7 день, на 8-15 неделе и через 1-3 года после травмы.

Детей с СТ было 46 (67.6%), с МТ- 22 (32.4%). Сроки и методы лечения были продиктованы тяжестью полученных повреждений, которая оценивалась в баллах (от -6 до +12) по шкале PNS (Pediatric Trauma Score) и составляла у всех обследованных 6 – 8 баллов, и видом остеосинтеза. Тяжесть переломов типа А (в соответствии с классификацией АО/ASIF) встречалась в

24 случаях (35.3%) типа В – в 33 случая (48.5%), типа С – в 11 случаях (16.2%). Преобладали закрытые повреждения, лечение открытых переломов проведено у 3 детей (4.4%). Критериями исключения являлись: тяжелая черепно-мозговая травма с повреждением основания черепа, травма позвоночника с нарушением проводимости спинного мозга, разрывы паренхиматозных органов, повреждения сердца и аорты, переломы костей таза с разрывом переднего и заднего полукольца, травматические ампутации.

Учитывая методы и способы остеосинтеза, все пациенты были разделены нами на 4 группы наблюдения:

- группа А: 33 ребенка, пролеченных традиционными консервативными методами (скелетное вытяжение, гипсовые повязки);

- группа В: 45 пострадавших, которым применялись малоинвазивные методы остеосинтеза. Разделена на подгруппу В1: анатомичный чрезкостный остеосинтез (АЧОС) по Илизарову – 28 детей; и подгруппу В2: интрамедуллярный остеосинтез (ИОС) гибкими титановыми стержнями (TEN) в сочетании с погружным перкутанным спицевым остеосинтезом (ППСОС) – 17 пациентов;

- группа С: 29 травмированных детей, у которых в качестве оперативного лечения перелома (переломов) применялся фиксирующий чрезкостный остеосинтез (ФЧОС) аппаратом Илизарова с последующим его перемонтажом, с целью анатомической коррекции костных отломков, либо использовалась его комбинация с консервативным лечением (скелетное вытяжение, гипсовые повязки);

- группа D: 28 детей, которым при лечении переломов выполнен накостный остеосинтез (НОС) традиционными диафизарными или угловыми пластинами в комбинации с консервативным лечением (скелетное вытяжение, гипсовые повязки).

Опросник MOS SF-36 состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал, характеризующих физический суммарный компонент (GH, RP, PF, BP) и психический суммарный компонент (VT, SF, RE, MH). Общее состояние здоровья (General Health; GH)- оценивает состояние здоровья в настоящий момент; ролевое физическое функционирование (Physical Functioning; PF) – шкала, оценивающая физическую активность, включающую самообслуживание, ходьбу, подъем по лестнице, переноску тяжестей, а также выполнение значительных физических нагрузок; оценка болей (Bodily Pain\$ BP) – оценивает интенсивность болевого синдрома, чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента или пациента, болевых ощущений они испытывали. Низкие значения шкалы свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает физическую активность; шкала жизнеспособности (Vitality; VT) – подразумевает оценку ощущения пациентом, полным сил и энергии; шкала социального функционирования (Social Functioning; SF) – оценивает удовлетворенность уровнем социальной активности; ролевое эмоциональное функционирование (Role Emotional; RE) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению привычной деятельности; психологическое здоровье (Mental Health; MH) – характеризует настроение,

наличие депрессии, тревоги, оценивает общий показатель положительных эмоций. Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню КЖ.

Оценку психофизического состояния в период стационарного пребывания больных проводили максимально корректно. Сбор данных осуществлялся методом анкетирования – интервьюирования. Перед началом опроса пациентам и их родителям разъяснялись цели и задачи исследования.

С учетом возрастной особенности опрашиваемых пациентов младшего школьного возраста, специфичности общения с ребенком, и с целью максимально правдивого получения информации в некоторых концепциях КЖ нами были упрощены вопросы без нарушения начальной истинной идеологии опросника. При этом изучались две составляющие: self-report – оценка КЖ самими детьми и проху-report – оценка КЖ детей их родителями, родственниками, врачами и учителями. У всех детей рядом находились мать или оба родителя. В период катамнеза ответы на вопросы получали при непосредственном осмотре ребенка в 75% случаев, у 15% детей данные получены письменно, к 10% – по телефону.

Статистическая обработка материала включала расчет необходимого числа наблюдений, выяснение характера распределения количественных признаков в совокупности, проведение описательной и аналитической статистики. Объем наблюдения являлся достаточным для получения статистически значимых результатов. Электронная база данных, формирование сводных таблиц проводились с использованием Microsoft Office Excel 2003. Для статистического анализа материала использовался пакет прикладных программ Statistica 6.1. Характер распределения количественных признаков оценивался по критерию Шапиро-Уилка. Установлено, что распределение большего количества признаков не соответствовало нормальному, в связи с этим для описания количественных признаков применялись медиана (Me) и интерквартильный размах (25-й – 75-й процентиля). В работе данные представлены в формате Me (LQ; UQ). Сопоставление двух независимых выборок проведено с использованием критерия Манна – Уитни (U). Для двух зависимых выборок использовался критерий Вилкоксона (T). При проверке нулевых гипотез, критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 0.05. В случае превышения достигнутого уровня значимости (p) статистического критерия этой величины принималась нулевая гипотеза.

Результаты и обсуждения. Анализ данных КЖ по опроснику MOS SF-36 во всех исследованных группах на 5 – 7 день после примененного нами остеосинтеза выявил снижение показателей Me по всем шкалам КЖ. При этом анкетирование после интрамедуллярного остеосинтеза TEN (группа B2) в сравнении с другими группами показало высоко значимые показатели уровней физического компонента здоровья по двум его составляющим: PF (физическая активность) и RF (ролевая деятельность). Показатель PF, отражающий уровень, в котором физическое состояние организма ограничивает выполнение физических нагрузок, в группе B2 составил 37.5 баллов (35-55), в группах A и C – 0 баллов (0 – 0), в группе B 1 – 5 баллов (5 – 10), в группе

D – 20 баллов (15 – 30). Показатель RP составил 0 баллов (0 – 5) в группах А, В1, С, D, тогда как в группе В он же составил 50 баллов (25 – 75). Действительно, визуальное наблюдение показало, что в группах В2 и D состояние травмированных детей стабилизировалось в сравнительно короткие сроки. На 5 – 7 сутки после операций у них появлялись желание к передвижению, способность и потребность в вертикализации и активной функциональной повседневной деятельности.

Большинство пациентов группы А к окончанию первой недели от начала лечения "погружались" в состояние безразличия и апатии. Скелетное вытяжение и последующее ограничение двигательной активности из-за гипсовых повязок на порядок уменьшало активный физический компонент. Требовались значительные врачебные усилия в организации мотиваций к физической активности детей в восстановительный период. При этом в течение 1 – 1.5 лет после травмы у 5 из 15 детей (33.3%) этой группы прогрессировал астенический синдром, возникали логопедические нарушения (заикания), задержка психоинтеллектуального развития. Отмечались сложности в усвоении образовательных школьных программ. Были очевидные трудности с вовлечением ребенка в прежний ритм школьной жизни. Комплексная оценка поведенческих реакций детей на первых неделях лечения, сложности восстановительного периода и не всегда удовлетворительный функционально-анатомический результат заставили нас усомниться в том, что метод скелетного вытяжения является исключительно физиологичным.

Дети группы С не проявляли никакой физической активности. Вероятно, это было связано с ожиданием ими повторной операции для проведения окончательной репозиции. Больные этой группы были раздражительны, порой агрессивны. У них отмечались проявления астенического синдрома (ангедония, головная боль, частые смены настроения). Неизбежность повторного хирургического вмешательства определяла отсутствие положительной мотивации на выздоровление. Окончательная репозиция выполнялась в сроки от 8 до 14 суток и более с момента поступления и наложения фиксационного аппарата. Было установлено, что при, казалось бы, стабильном общем состоянии интраоперационный период у детей этой группы всегда протекал с симптомами нестабильной гемодинамики. Послеоперационное восстановление было сложным, реабилитационный период удлинялся.

Клинические наблюдения подтверждались данными проведенных исследований. Так, при оценке шкалы интенсивности боли (ВР), низкие баллы которой свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает физическую активность, максимальное снижение этого показателя отмечено в группах С – 10 (0 – 12), А – 31 (21 – 42), В1 – 41 (41 – 51) при высоко статистически значимом его увеличении ($p = 0.0000$) в сравнении с группами В2 – 80 (74 – 82) и D – 74 (51 – 75) уже на 5 – 7 день после остеосинтеза. Значительное повышение показателей ВР на 8 – 15 неделе во всех исследуемых группах не выявило межгрупповых статистически значимых различий в группах А, В1 и D и отобразило сохранение наиболее низких значений в группе С – 31 (22 – 31) в сравнении с группами В1, В2, D ($p = 0,0000$) и группой А ($p = 0,0003$).

Показатель SF, характеризующий субъективную оценку взаимоотношений со сверстниками, друзьями, родственниками, довольно низкий на 5 – 7 день – 50 баллов (38 – 63) для всех 5 групп.

Анализ компонентов психического здоровья (VT, МН) на 5 – 7 день показал наличие наиболее высоких их значений в группах, В2 и D с межгрупповыми высоко значимыми различиями ($p = 0,0000$) в порядке возрастания в группах В2 и D с межгрупповыми высоко значимыми различиями ($p = 0,0000$) в порядке возрастания в группах D и В1, В2 и В1, D и А, В2 и А, D и С, В2 и С с различной внутригрупповой динамикой на 8 – 15 неделе. Так, наиболее высокие показатели психического здоровья в группе В2 на 5 – 7 день: VT – 65 (60 – 72,5), МН – 56 (56 – 62) статистически высоко значимо выросли на 8 – 15 неделе: VT – 82(77.5 – 85); $p = 0.0076$, МН – 76(72 – 82); $p = 0,0032$. Наиболее низкие значения показателя МН, отражающего субъективную оценку настроения (счастье, спокойствие, умиротворенность и др.), на 5 – 7 день составили в группе С 12 баллов (8 – 24), а на 8 – 15 неделе существенно выросли до 28 баллов (20 – 28) ($p = 0.0243$). Средние же значения показателя МН на 5 – 7 день в группах А – 28 (24 – 32); $p = 0.8784$, D – 52 (44 – 60) $p = 0,6247$.

Отдаленный анализ КЖ через 1 – 3 года после травмы свидетельствует об относительном выравнивании основных компонентов физического и психического здоровья без статистически значимых различий показателей PF и SF во всех группах остеосинтеза, а показателей GH, BP, VT и МН – в группах А, В, С. При этом зарегистрированные максимально высокие баллы GH, BP, VT, МН в группе В2 имеют статистически высоко значимые различия с такими во всех других группах.

Таким образом, проведенные исследования показали, что в период лечения СТ и МТ у детей возникают не только очевидные физические проблемы, связанные с травмой, но и появляются многофакторные психологические проблемы. В силу объективных обстоятельств дети в процессе лечения испытывают на себе своеобразный психологический прессинг. Их психофизические отклонения в большей степени связаны со временем проведения операции, ее травматичностью, кратностью и способом выбранного лечения переломов.

При малоинвазивных способах остеосинтеза предсказуем наиболее положительный и скорейший как функционально-анатомический, так и психологический результат лечения.

Выводы: 1. Сочетанная и множественная травма у детей протекает на фоне возникающих изменений в психофизической сфере ребенка. Тяжесть клинических проявлений и степень значимости показателей физического и психологического здоровья зависят от тяжести травмы, времени проведения и способа остеосинтеза.

2. Наиболее эффективными для сохранения психического здоровья и получения положительного функционально-анатомического результата при сочетанной и множественной травме является применение малоинвазивного остеосинтеза. Психологическое здоровье можно улучшить, влияя на физическую составляющую, поэтому весь комплекс лечебных мероприятий необхо-

димо направить на выполнение анатомической репозиции, раннюю вертикализацию, как профилактику депрессивных, астенических состояний и восстановление душевного равновесия и КЖ пострадавшего в целом.

Список литературы

1. Кузнечихин Е.Н. Множественная и сочетанная травма опорно – двигательной системы у детей / Е.П.Кузнечихин, В.П.Немсадзе. – М., 1999. – 336 с.
2. Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф.Дронов, И.П.Поддубный, В.И.Котлобовский. – М., 2002. – 440 с.
3. Letts, M. Multiple trauma in children: predicting outcome and long-term results / M. Letts, D. Davidson, P. Lapner // Can. L. Surg. – 2002.- Vol. 45, N 2. – P. 126-131.
4. Ходжанов И.Ю. Множественные переломы у детей и их лечение /И.Ю. Ходжанов // Политравма. – 2010. – № 1. – С. 23-27.
5. Первунинская Ю.Е., Попков Д.А. Наш опыт применения интрамедуллярного эластичного стабильного остеосинтеза при лечении диафизарных переломах бедра у детей // Гений ортопедии. 2013. № 1. С.24-27.
6. Бландинский В.Ф. Диагностика тяжелой политравмы у детей на госпитальном этапе / В.Ф.Бландинский, Ю.П. Губов, В.Д. Комаревцев // Политравма у детей: тезисы Всероссийского симпозиума детских хирургов. – Самара, 2001. – С. 10.
7. Пронских А.А. Тактика лечения повреждений опорно-двигательной системы у больных с политравмой / А.А. Пронских // Политравма. – 2006. – № 1. – С. 43-47.
8. Коробейников А.А., Попков Д.А. Интрамедуллярный эластичный стабильный остеосинтез при лечении диафизарных переломов костей предплечья у детей // Гений ортопедии. 2013. № 1. С. 14-18.
9. Rush L.V., Rush H.L., A medullary fracture pin for spring-type fixation as applied to the femur // Miss. Doct. 1949. Vol.27, No 4. P. 119-126.
10. De la Caffiniere J.Y., Pelisse F., de la Caffiniere M. Locked intramedullary flexible osteosynthesis. A mechanical and clinical study of a new pin fixation device // J.Bone Joint Surg. Br. 1994. Vol. 76. No 5. P. 778-778.
11. Elastic stable intramedullary nailing of femoral shaft fractures in children / J. N. Ligier, J. P. Metaizeau, J. Prevot, P. Lascombes // J. Bone Joint Surg. Br. 1988. Vol. 70, No 1 P. 74-77.
12. Elastic stable intramedullary nailing in forearm shaft fractures in children: 85 cases / P. Lascomdes, J. Prevot, J.N. Ligier, J.P. Metaizeau, T. Poncelet // J.Pediatr. Orthop. 1990. Vol. 10, № 2. P. 167-171.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СПОНДИЛОЛИСТЕЗА У ДЕТЕЙ

Петров А.Г.

доцент кафедры педиатрии и детской хирургии, канд. мед. наук, доцент,
ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
Россия, г. Чебоксары

Соколов А.О.

врач травматолог-ортопед, БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии, Россия, г. Чебоксары

Исследование поднимает вопросы проявления клинко-рентгенологической диагностики спондилолистеза у детей.

Ключевые слова: клинико-рентгенологическая диагностика, дети, патология, заболевание.

Спондилолистез представляет собой сложную ортопедическую патологию. В последнее время интерес ученых к этой патологии возрос, о чем свидетельствует увеличившееся количество публикаций. Однако спондилолистезу в детском возрасте до настоящего времени уделяется сравнительно мало внимания. Между тем спондилолистез обнаруживается у 2-3 % детей и подростков в возрасте 7-15 лет, а спондилолиз в этой возрастной группе выявляется в 5-6 % случаев [5]. При спондилолизе патологический процесс за редким исключением, поражает межсуставной отдел дуги позвонка и влечет за собой нарушение ее целостности. Дефект может быть одно- или двусторонним. При двустороннем спондилолизе происходит разъединение позвонка как бы на две части. При этом вентральная часть позвонка состоит из его тела, корня дуги позвонка, верхних суставных и поперечных отростков, а дорсальная – из дуги позвонка, остистого и нижних суставных отростков. Спондилолиз в детском возрасте является наиболее частой причиной спондилолистеза, т. е. смещения позвонка с нижерасположенного.

У подавляющего большинства детей и подростков с данным заболеванием смещается V поясничный позвонок [3]. При этом спондилолистез, начавшийся в 10-12-летнем возрасте, очень быстро прогрессирует и уже к 14-16 годам достигает своей самой тяжелой формы [2]. В возрасте 14-16 лет заболевание часто проявляется острым возникновением боли в поясничной области, но нередко боли могут сначала появиться в ногах [3].

Диагноз спондилолиза и спондилолистеза в большинстве случаев с полной достоверностью ставится при рентгенографии, выполненной в 2-х проекциях: прямой и боковой, эффективной считается функциональная рентгенография, проводимая в боковой проекции при положении максимального сгибания и разгибания.

В данном сообщении представлен анализ 70 случаев описываемой патологии у детей и подростков, находившихся под наблюдением в БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии г. Чебоксары в период с 2008 по 2015 гг. 25 больных были прооперированы, 7 получали консервативное лечение в стационаре, остальные 38 – в амбулаторных условиях.

Спондилолиз без смещения позвонка был обнаружен у 3 мальчиков в возрасте 11, 14, и 16 лет, у 2 из них был поражен V поясничный позвонок, у 1-IV поясничный позвонок. У остальных 67 человек выявлен спондилолистез. Смещение V поясничного позвонка было отмечено в 64 случаях, IV поясничного позвонка – в 2 и III поясничного позвонка – в 1.

Степень смещения позвонка определяли по Мейердингу. В 30 случаях была I степень в 18 – II степень, в 9 – III степень и в 10 – IV степень смещения позвонка. При I степени задний край тела смещающегося позвонка расположен в пределах $\frac{1}{4}$ нижерасположенного позвонка, при II степени – между $\frac{1}{4}$ и $\frac{1}{2}$, при III степени – между $\frac{1}{2}$ и $\frac{3}{4}$, при IV степени – в пределах от $\frac{3}{4}$

до полного смещения позвонка. У 49 пациентов наблюдался двусторонний спондилолиз в межсуставном отделе дуги сместившегося позвонка. У 1/3 больных он был выявлен на рентгенограммах, выполненных в косых проекциях, у остальных – на стандартных рентгенограммах (прямая и боковая проекции). У остальных 18 пациентов со спондилолистезом на стандартных рентгенограммах спондилолиз не определялся (рентгенограммы в косой проекции у этих детей не делали).

Распределение по полу в представленной группе больных было примерно равное (34 мальчика и 33 девочки). Возраст их был от 5 до 16 лет: 13 – в возрасте 5-9 лет, 50 – в возрасте 10-14 лет и 4 – в возрасте 15-16 лет, т. е. большинство больных были в возрасте 10-14 лет. Для этого возраста характерна высокая скорость роста, и в это время характерна высокая скорость роста, и в это время чаще всего нарушается осанка. Очевидно, эти факторы определенным образом влияют на возникновение спондилолистеза и степень его прогрессирования.

В 13 случаях больные связывали появление первых симптомов заболевания с травмой; в 8 заболевание выявлено у детей, занимающихся спортом. По всей видимости, травма, физические перегрузки способствуют прогрессированию заболевания, провоцируя появление первых симптомов.

Клинические проявления спондилолистеза в детском возрасте весьма разнообразны и их диапазон широк – от незначительной и не бросающейся в глаза симптоматики до яркой клинической картины с уже имеющейся деформацией позвоночного столба и туловища. По данным литературы, наиболее частыми симптомами спондилолистеза являются боли в поясничной области и в нижних конечностях, углубление над остистым отростком сместившегося позвонка, увеличение поясничного лордоза, контрактуры паравертебральных мышц в поясничном отделе и сгибателей голени, поворот таза кзади, а также боль при пальпации остистого отростка на уровне смещения. Выраженные степени смещения позвонка почти всегда сопровождаются укорочением туловища.

При клиническом обследовании детей чаще всего присутствовали следующие симптомы: боль в поясничной области (у 4/5 больных), увеличение поясничного лордоза (у половины больных), боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночного столба при движениях, особенно при наклонах вперед (1/3), западение в области проекции сместившегося позвонка (у половины больных), болезненность при пальпации этой области (у 1/5), резкое напряжение паравертебральных мышц в поясничном отделе, признак «вожжей» (у 1/5), нарушения походки (у 1/5), укорочение туловища, имевшееся при выраженных степенях смещения позвонка (у 1/10).

Кроме того, с различной частотой у 1/10 больных отмечались боли по задней поверхности бедер, в ягодичной области, в проекции ягодичной складки, в области подколенных ямок, переходящее чувство онемения и слабость в ногах, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночного столба, болезненность при перкуссии в области проекции сместив-

шегося позвонка, сглаживание или усиление кифоза в грудном отделе позвоночного столба, наклон таза кпереди или поворот кзади.

Четкой закономерности между степенью смещения позвонка и характером деформации позвоночного столба нами не обнаружено. По-видимому, у детей и подростков это зависит от скорости роста, осанки, а также от индивидуальных особенностей биомеханической перестройки при прогрессировании смещения позвонка в условиях растущего организма. У части детей выраженная клиническая картина наблюдалась уже при начальных степенях смещения позвонка, в то время как у некоторых больных даже при значительном смещении позвонка симптоматика была весьма мало выражена.

Можно выделить наиболее часто встречающиеся синдромы при различных стадиях заболевания. При спондилолизе без смещения позвонка ведущими симптомами являлись боли в поясничной области, усиливающиеся после физической нагрузки. Для начальных степеней смещения позвонка характерными были жалобы на чувство усталости поясничной области и на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночного столба различной интенсивности и продолжительности. У большинства больных они усиливались после статической или динамической нагрузки. Больные отмечали их усиление особенно при наклонах вперед. У этих пациентов определялось патогномичное для спондилолистеза и обнаруживаемое при пальпации западение в области проекции сместившегося позвонка. При выраженном смещении позвонка, помимо болей в поясничной области, имелись боли по задней поверхности бедер и в области подколенных ямок. Кроме того, движения в пояснично – крестцовом отделе позвоночного столба были болезненны и ограничены. Поясничный лордоз был увеличен и отмечалось напряжение паравертебральных мышц в поясничном отделе. Пальпаторно определялось углубление над остистым отростком сместившегося позвонка. Пальпация этой области давала болезненность. Как правило, наблюдалось выраженное в большей или в меньшей степени укорочение туловища. Часто у этих больных была изменена походка, что выражалось в ходьбе на несколько согнутых в тазобедренных и коленных – суставах ногах. У части детей опора приходилась лишь на передние отделы стоп.

Клинический диагноз спондилолистеза подтверждается выявляемыми при исследовании объективными признаками поражения нервной системы. Симптомы натяжения седалищных нервов – наиболее частые признаки неврологических нарушений при данной патологии – обнаружены у 3/5 больных. При этом нередко реакция корешков спинного мозга обнаруживалась уже при начальных степенях смещения позвонка.

При диагностике заболевания даже при яркой клинической картине основную роль мы отводили рентгенологическому исследованию. Следует указать, что у части больных имелись рентгенологические признаки нарушения биомеханического равновесия вышележащих отделов позвоночного столба: сколиоз – у 13 (грудной у 2, грудопоясничной у 6, поясничной у 5) и грыжи Шморля – у 2. При рентгенологической диагностике учитывалось, что важно не только диагностировать спондилолистез, но и выявить характер и степень

выраженности нарушений анатомо-функционального состояния позвоночного столба на уровне поражения. Анализ полученных рентгенограмм показал, что представляемый ниже план рентгенологического обследования больных позволяет полностью решить поставленные задачи.

Общая методика обследования больных включает в себя рентгенографию в стандартных (прямая и боковая) проекциях, функциональную рентгенографию (в положении максимального сгибания и разгибания) в боковой проекции. Рентгенологическое обследование детей и подростков следует проводить с учетом степени смещения позвонка. Рентгенологическое исследование в этих случаях заключается в проведении рентгенографии в стандартных проекциях, а также функциональной рентгенографии в боковой проекции в положении максимального сгибания. На такой рентгенограмме определяется возможность возвращения в правильное положение сместившегося позвонка, что в свою очередь помогает правильно выбрать оперативное вмешательство. При первых степенях смещения позвонка проводится рентгенография в стандартных проекциях, дополняемая также функциональный рентгенографией, но не в одном, а в двух положениях: максимального сгибания и разгибания (в боковой проекции). Это помогает определить степень сохранности стабилизирующих функций дисково – связочного аппарата, имеющую немаловажное значение для прогнозирования темпов развития и тяжести спондилолистеза.

Особую трудность представляет рентгенодиагностика спондилолистеза в сомнительных случаях т. е. когда имеются лишь начальные признаки смещения позвонка. В такой ситуации можно считать оправданным рентгенологическое исследование, включающее рентгенографию в стандартных проекциях и в боковой проекции в положении максимального разгибания. Для диагностики возможно имеющегося спондилолиза необходима КТ.

В заключение следует отметить, что правильная интерпретация клинической симптоматики у детей, а также полное их обследование помогут ранней диагностике спондилолистеза и выбору рационального лечения этой тяжелой патологии.

Список литературы

1. Аганесов А.Г., Месхи К. Т. Реконструкция позвоночного сегмента при спондилолистезе поясничного отдела позвоночника // Хирургия позвоночника. 2004. № 4. С. 18-22.
2. Миронов С.П., Ветрилэ С.Т., Кулешов А.А. Тактика хирургического лечения спондилолистеза // Вестн. Травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2002. № 7. С. 3-12.
3. Шаповалов В.М., Надулич К.А., Теремшонок А.В. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с истинным спондилолистезом методом изолированного переднего спондилодеза // Травматология и ортопедия России. 2012. № 1 (63). С. 14-21.
4. Bartolozzi P, Sandri A, Cassini M, Ricci M. One- stage posterior decompression-stabilization and trans-sacral interbody fusion after partial reduction for severe L5-S1 spondylolisthesis. Spine. 2003, 28 (11), 1135-1141.
5. Kwon BK, Berta S, Daffner SD, Vaccaro AR, Hilidrand AS, Albert TJ. Radiographic analysis of transforaminal lumbar interbody fusion for the treatment of adult isthmic spondylolisthesis. J Spinal Disord Tech. 2003, 16 (5), 469-476.

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДОПУСКА ДЕТЕЙ К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ

Петров А.Г.

доцент кафедры педиатрии и детской хирургии, канд. мед. наук, доцент,
ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
Россия, г. Чебоксары

Соколов А.О.

врач травматолог-ортопед, БУ «Республиканская детская кли-
ническая больница» Минздрава Чувашии, Россия, г. Чебоксары

Проведен анализ качества системы медицинского обеспечения спортивной деятельности детского и юношеского спорта. Выявлены основные слабые звенья в методологической базе спортивной медицины; в системе допуска детей к занятиям спортом. Определены основные направления модернизации профилактических мероприятий при допуске детей и юношей к занятиям спортом при повышенном риске возникновения определенных заболеваний.

Ключевые слова: медицина, физкультура, здравоохранение.

В настоящее время стало совершенно очевидным, что система медицинского обеспечения спортивной деятельности, и в частности детского и юношеского спорта, нуждается в серьезном совершенствовании. При этом практически все специалисты сходятся на том, что кроме аспектов организационного плана в новых подходах и решениях нуждается широкий круг вопросов, касающихся как чисто клинических, так и врачебно-педагогических направлений.

Однако при этом, как правило, речь идет только о необходимости использования более совершенных методов диагностики. На наш же взгляд, первым шагом в этом направлении должно быть углубление методологической базы спортивной медицины. К сожалению, понятие «методология» нередко идентифицируется с совокупностью используемых методов, что не просто сужает, а существенно искажает его энциклопедическое толкование как учения о структуре, логической организации, принципах построения, формах и способах научного познания.

В связи с этим вместо обоснования сугубо профессиональных подходов к решению многочисленных специфических именно для спортивной медицины проблем (таких, как допуск к занятиям спортом, принципы дифференцированной интерпретации отдельных параметров функционального состояния организма, особенности течения различных заболеваний у спортсменов и т.п.) мы, как правило, ограничиваемся ссылкой на традиционные общеклинические положения. В первую очередь это касается принципов оценки состояния здоровья детей и подростков при их допуске к занятиям спортом. Анализу данной проблемы мы и сочли необходимым посвятить одну из серий настоящих исследований.

Как известно, в практической медицине применительно к детскому контингенту принято выделять пять групп здоровья. При этом, согласно С.М. Громбаху [1], показателями здоровья детей при коллективных осмотрах должны служить: 1) отсутствие заболеваний, 2) нормальное состояние основных функций, 3) своевременное и гармоническое развитие, 4) высокая реактивность организма.

Однако совершенно очевидно, что далеко не все дети и подростки, относимые к группе практически здоровых, в равной степени отвечают этим характеристикам. Существуют различные переходные состояния, когда речь идет только об определенной степени приближения к полному здоровью. Иными словами, подобный подход, приемлемый для одномоментной оценки состояния здоровья детей, вряд ли может быть использован в целях его мониторинга и прогнозирования, что особенно важно в практике спортивной медицины.

На сегодняшний день проблемы допуска к занятиям спортом решаются только с позиции ряда нормативных актов. Так, существуют различные перечни допусков к занятиям в ДЮСШ, высших физкультурных учебных заведениях и т.д. («Перечень заболеваний, препятствующих отбору для поступления в школы спортивного профиля и училища олимпийского резерва», 1988; «Перечень медицинских противопоказаний к приему абитуриентов в высшие учебные заведения», 1977; «Перечень медицинских противопоказаний к занятиям оздоровительной физической культурой», 1984).

При этом окончательное заключение формулируется в форме «допущен» или «не допущен», т.е. речь идет о констатации сиюминутного отсутствия заболеваний и патологических состояний, которые являются противопоказанием к занятиям избранным видом спорта. Совершенно очевидно, что данное заключение не несет в себе столь необходимой (учитывая избранную область деятельности) прогностической значимости и не дает оснований для организации индивидуальных профилактических мероприятий при повышенном риске возникновения определенных заболеваний.

На наш взгляд, при первичном медицинском обследовании с целью допуска к занятиям спортом необходимо иметь в виду как минимум следующие моменты:

А – общепринятые критерии допуска к занятиям избранным видом;

Б – степень вероятности скрытой патологии (в данном случае должны приниматься во внимание пре- и перинатальная патология, заболевания, перенесенные в раннем детстве, проводимое по поводу этих заболеваний лечение, конституциональные особенности организма);

В – степень вероятности возникновения патологии в процессе мышечной деятельности, возрастающей по напряжению (здесь следует учитывать патологическую наследственность, все перечисленные факторы риска плюс профессиональные, связанные со спецификой избранного вида спорта).

Иначе говоря, отсутствие сиюминутных нарушений в состоянии здоровья (позиция А) не исключает выраженной тенденции к возникновению патологии по позициям Б и В. Исходя из этого, решение проблемы нормы и па-

тологии при допуске к занятиям спортом должно осуществляться дифференцированно, по каждой из позиций. При этом кроме абсолютных противопоказаний к допуску в соответствии со степенью риска по позициям Б и В, вероятно, должны быть разработаны комплексы дополнительных обследований и четких, рассчитанных на тренеров рекомендаций по ограничению определенного вида нагрузок. Задача спортивного врача в данном случае заключается не только в том, чтобы сказать «да» или «нет», а в том, чтобы за видимой нормой разглядеть возможность патологии и предотвратить ее.

Для ее решения могут быть предложены два варианта. Первый – это повышение качества допуска к занятиям спортом путем «углубления» обследований всех юных спортсменов, что практически нереально прежде всего с экономической точки зрения, поскольку потребует не только внесения соответствующих коррективов в штатное расписание многих ВФД, но и коренного изменения их научно-технической оснащенности, повышения уровня профессиональной квалификации специалистов и т.п. Второй вариант – это использование специального анкетирования родителей, результаты которого позволят заподозрить «слабые звенья» в организме ребенка и на этом основании составить индивидуальную программу его дополнительного первичного обследования, а также разработать многолетний план индивидуальных углубленных медицинских обследований и систему профилактических мероприятий.

Следует отметить, что проведенные нами исследования, и в частности анкетирование родителей 102 юных спортсменов ДЮСШ г. Чебоксары, показали, что 27,5% из них составляют группу риска по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, 52,5% – желудочно-кишечного тракта, 30% – системы мочевого выделения, 5% – железодефицитным состояниям.

Отдельно необходимо остановиться на вопросе, касающемся важности своевременной оценки при допуске к занятиям спортом заболеваний и патологических состояний, обусловленных наследственностью или неясным типом наследования (ранний атеросклероз, ранняя гипертоническая болезнь, гипертрофическая кардиомиопатия, синдромы дисплазии соединительной ткани, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и др.).

Применительно к практике спортивной медицины, прежде всего, следует обратить внимание на синдромы дисплазии соединительной ткани, включая синдром дисплазии соединительной ткани сердца, со всеми вытекающими отсюда последствиями, вплоть до вероятности внезапной смерти. Так, В. Maron et al. [13], проанализировавшие 29 случаев внезапной смерти среди молодых (от 13 до 30 лет, средний возраст 19 лет), хорошо тренированных атлетов, отмечают, что в двух случаях причиной внезапной смерти явился разрыв аорты на фоне синдрома Марфана. Описан также случай инфаркта миокарда [3] у спортсмена 18 лет на фоне пролапса митрального клапана.

Согласно современным представлениям [2, 4, 5, 7, 10-12, 14 и др.] в развитии синдрома соединительнотканной дисплазии (СТД) принимают участие как эндогенные, так и экзогенные механизмы. В частности, отмечается,

что увеличение числа случаев СТД, которое наблюдается в настоящее время, связано с патогенными воздействиями, имевшими место в онтогенезе, из-за ухудшения экологической обстановки, плохого питания и стрессов.

С учетом специфики отдельных видов спорта вероятен не только допуск, но и целенаправленное привлечение к ним лиц, имеющих синдром СТД, и в частности скрытый синдром Марфана (такие виды спорта, как баскетбол, волейбол, прыжки в высоту и др.), а также синдром гипермобильности суставов (гимнастика, плавание и др.). При этом необходимо иметь в виду, что синдром Марфана может протекать в виде выраженной или развернутой и стертой (абортивной) формах. Причем даже при выраженной форме синдрома Марфана многие лица обладают большой физической выносливостью в сочетании с волевым характером и высоким интеллектом. Стертые же (абортивные) формы нередко проявляются только изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы.

В связи с этим особую значимость приобретает выявление при допуске к занятиям спортом лиц, имеющих фенотипические и антропометрические маркеры дисплазии соединительной ткани [4, 11, 12, 14].

Учитывая это, нами была проведена специальная серия исследований, основной целью которой было изучение частоты выявления среди представителей различных спортивных специализаций лиц с подобными признаками.

Обследовано 105 юных спортсменов (23 девушки и 82 юноши) 10 – 17 лет следующих специализаций: футбол, легкая атлетика, гимнастика, плавание, борьба, гандбол, велосипедные шоссейные гонки.

Маркеры дисплазии соединительной ткани выявляются у юных спортсменов достаточно часто. При этом из 16 регистрируемых в работе критериев наиболее высока частота выявления следующих: отношение длины размаха рук к длине тела больше 1,03 – у 50% обследуемых, признак запястья – у 24,8%, длина тела более 95 центилей – у 17,1%, возможность приведения большого пальца к предплечью и переразгибания в локтевом суставе – у 16,2%. Последующие места, соответственно, заняли индекс Варги меньше 1,5 – у 15,2%, возможность переразгибания пальцев при разгибании запястья и метакарпального сустава – у 11,4%, переразгибание в коленном суставе – у 10,5%, продольное плоскостопие – у 7,6%, арахнодактилия – у 6,7% и миопия – у 4,7%.

Частота выявления признаков дисплазии соединительной ткани у юных спортсменов.

Таким образом, согласно полученным нами данным частота выявления среди юных спортсменов лиц с фенотипическими и антропометрическими признаками дистрофии соединительной ткани достаточно высока, особенно когда речь идет о таких видах спорта, как спортивная гимнастика, гандбол, борьба, футбол, плавание.

Все вышесказанное подтверждает необходимость совершенствования системы допуска к занятиям спортом, которая должна предусматривать не только наличие явных заболеваний, но и патологическую наследственность, особенности конституции, включая антропометрические и фенотипические

маркеры дисплазии соединительной ткани, пре- и перинатальную патологию, фармакологический анамнез и другие (эндогенные и экзогенные) факторы риска, в том числе связанные со спецификой избранного вида спорта.

С этой целью, на наш взгляд, прежде всего необходимо расширение врачебно-контрольной карты физкультурника (061 у) и диспансерного наблюдения спортсмена (062 у) включением в них следующих разделов: а) результаты анкетирования родителей, б) жалобы обследуемого, в) маркеры дисплазии соединительной ткани.

На основании полученных при этом данных могут быть определены, во-первых, степень риска скрытой патологии и возможных в будущем заболеваний ведущих органов и систем организма и, во-вторых, индивидуальные дополнительные виды обследования при проведении ежегодной диспансеризации и этапного контроля.

Рассматривая проблему допуска к занятиям спортом, мы не можем не остановиться и на врачебных ошибках, наиболее часто допускаемых при оценке состояния здоровья будущих спортсменов.

Так, согласно полученным нами данным из 182 человек, прошедших очередную диспансеризацию и допущенных к занятиям избранными видами спорта, хронический тонзиллит был выявлен у 14, хронический аденоидит – у 7, хронический синусит – у 4, хронический ринит – у 2 и хронический фарингит – у 2 юных спортсменов. Из 95 юных спортсменов, прошедших эндоскопическое обследование, у 5 имел место эзофагит, у 34 – хронический гастрит с очаговой атрофией, у 2 – гиперпластический астрит, у 12 – хронический гастродуоденит, у 9 – дуодено-гастральный рефлюкс, у 4 – эрозии в антральном отделе желудка, у 2 – рубцовая деформация желудка, у 3 – язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки.

Анализируя приведенные данные, а также очередные обзоры и научные статьи о неблагополучном состоянии здоровья наших спортсменов и факторах, способствующих этому, невольно задаешь себе вопрос: неужели очаги хронической инфекции, хронический гастрит, дискинезия желчевыводящих путей – это неизлечимая патология, наличие которой можно только констатировать? Если мы связываем очаги хронической инфекции у спортсменов со снижением у них иммунитета, что является проявлением дезадаптации, то мы должны выдвинуть новую теорию лечения этих очагов в практике спортивной медицины. Если же мы не делаем этого, то постоянно говорить о наличии у подавляющего большинства спортсменов заболеваний, которые успешно поддаются лечению, – это, на наш взгляд, не оценка состояния их здоровья, а оценка состояния здоровья нашей врачебно-физкультурной службы.

И в заключение хотелось бы еще раз отметить следующее. Какие бы глобальные проблемы и вопросы мы ни пытались сегодня ставить, наверное, правильнее всего подходить к ним таким образом, чтобы сама постановка проблемы или вопроса была началом пути, а еще лучше – ключом к их решению.

Список литературы

1. Громбах С.М. Вопросы охраны материнства, 1973, № 7, с. 3-7.

2. Земцовский Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца. СПб., 1998. – 96 с.
3. Костин В.И., Ю.И. Нестеров, И.В. Мячина. Инфаркт миокарда у спортсмена 18 лет // Клин. Мед., 1991, №1, с. 97-98.
4. Мартынов А.И., О.В. Степура, О.Д. Остроумова. Маркеры дисплазии соединительной ткани у больных с идиопатическим пролабированием атриовентрикулярных клапанов и аномально расположенными хордами // Тер. Арх., 1996, т. 68, №2, с. 40-43.
5. Мартынов А.И., О.В. Степура, О.Д. Остроумова и др. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца (по материалам 15-18-го конгрессов Европейского общества кардиологов) // Клин. Мед., 1997, № 9, с. 74-76.
6. Методические рекомендации по организации и проведению отбора юных спортсменов. Кол. Авт., ВНИИФК. М., 1984. – 24 с.
7. Оганов Р.Г., Е.С. Котовская, В.В. Гемонов. Фенотипические особенности строения соединительной ткани у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология, 1994, № 10, с. 22-27.
8. Перечень заболеваний, препятствующих поступлению в школы спортивного профиля и училища олимпийского резерва: Метод. реком. М., 1988. – 20 с.
9. Перечень медицинских противопоказаний к приему абитуриентов в высшие учебные заведения. – М.: Медицина, 1977. – 72 с.
10. Степура О.В. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца: Автореф. докт. Дис. М., 1995. – 48 с.
11. Boudals H., A. Kolibash, P. Baker // Amer. Heart. J., 1989., vol. 118, p. 786-818.
12. Glesby M.J., R.E. Pyentz // J. Amer. Med. Assoc., 1989, vol. 262, p. 523-528.
13. Maron B.I., W.C. Roberts, H.A. McAllister et al. Sudden deat. In young athletes. Circulation, 1980, N 62, p. 218-229.
14. Roman M.J., R.B. Devereux, R. Kramer-Fox // Amer. J. Cardiol., 1989, vol. 63, p. 317-321.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ

Стяжкина С.Н.

профессор кафедры факультетской хирургии, доктор медицинских наук,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Баширов А.А., Гимранова А.Г., Мустафина Р.Х.

студенты, Ижевская государственная медицинская академия,
Россия, г. Ижевск

Несмотря на прогресс медицины, проблема гнойно-септических осложнений в хирургии остается актуальной и постоянно привлекает внимание специалистов. Актуальность выбранной темы обусловлено увеличением риска развития осложнений со стороны почти всех органов и систем, преобладанием у лиц пожилого возраста.

Ключевые слова: гнойно-септические осложнения (абсцесс, гангрена, сепсис), проявления, синдромы, диагностика, лечение.

Актуальность.

Несмотря на достижения современной медицины, одной из наиболее актуальных остается проблема гнойной инфекции в хирургии, проявляющаяся от нагноения послеоперационных ран до развития сепсиса с его ослож-

ненными формами. По данным литературы, частота гнойных осложнений в хирургических отделениях составляет от 26 до 55% и продолжает нарастать. Ежегодно примерно у 5 млн. больных развиваются внутригоспитальные инфекции; у половины из них они развиваются вследствие оперативных вмешательств. Летальность вследствие возникших гнойных осложнений различной локализации достигает 30-40%.

К причинам, осложняющим ситуацию в современной гнойной хирургии, следует считать отмечаемые в последние годы неблагоприятные изменения иммунобиологической реактивности макроорганизма под действием как повреждающих факторов общетехнического прогресса (загрязнение окружающей среды, «химизация» образа жизни, ионизирующее облучение и др.), так и чисто медицинского характера (гемотрансфузии, введение вакцин и сывороток, применение антибиотиков, стероидных гормонов и т. Д.).

Для здравоохранения актуально решение проблем гнойной инфекции в хирургии. Только ранняя диагностика, своевременная и грамотная реабилитация пациентов наряду с медикаментозным лечением могут оказать реальную помощь [1].

Цель исследования.

Выявить гнойно-септические осложнения у пациентов, находящихся на лечении в:

1. Городской клинической больницы №6 г. Ижевска.
2. Республиканской клинической больницы имени Куватова г.Уфа.
3. Центральной районной больнице Татышлинского района с.Верхние Татышлы.

Задачи исследования.

Анализ данных опроса у пациентов, находящихся на лечении в ГКБ №6 г. Ижевска, в РКБ им.Куватова г.Уфа, ЦРБ с.Верхние Татышлы.

Материал и метод исследования.

Проведен опрос у 100 пациентов, находящихся на лечении в ГКБ №6 г. Ижевска, в РКБ им.Куватова г.Уфа, ЦРБ с.Верхние Татышлы.

Гнойно-септические осложнения (ГСО) – осложнение, возникающее в результате инфицирования гноеродными микроорганизмами ран, кожи, слизистых оболочек, подкожно-жировой клетчатки, костной и мышечной тканей, внутренних органов, крови и других биологических жидкостей организма и клинически проявляется как очаги гнойных поражений, так и септическим состоянием.

Возбудители гнойной инфекции: кокки (гоно-, стафило-, пневмо-, менинго-, стрепто-) коли-бактерия, протей, энтеробактер, псевдомонады и т. д.

Основные клинические синдромы ГСО:

1. Болевой синдром.
2. Синдром системной воспалительной реакции (озноб, повышение температуры тела в фазу инфильтрации до субфебрильных цифр, в фазу абсцедирования – до фебрильных цифр, часто приобретает гектический характер, тахикардия).
3. Астеноневротический (недомогание, иногда повышенная возбудимость, бессонница, головная боль).

4. Полиорганные нарушения (нарушение функции сердца, почек, печени, кроветворения).

5. Бактериемия.

Диагностика ГСО.

Для диагностики гнойно-септических осложнений необходим комплексный подход с использованием анамнеза больного и членов его семьи, инструментальных методов диагностики (КТ, МРТ, УЗИ), а также лабораторных анализов.

Лечение ГСО.

Первая помощь – срочная госпитализация, местно – пузырь со льдом, асептическая повязка.

Принцип лечения – хирургическая операция (вскрытие гнойника, некрэктомия, дренирование), с последующим лечением гнойной раны в зависимости от фазы раневого процесса. При выраженной интоксикации или явлениях сепсиса – проводится лечение согласно основным принципам терапии гнойно-септических заболеваний:

1. Антибактериальная терапия:

- Нитрофураны.
- Сульфаниламиды.
- Метронидазол (при анаэробной неклостридиальной инфекции).

2. Дезинтоксикационная терапия:

- обильное питье;
- инфузионная терапия (плазмозаменители, препараты плазмы);
- современные методы детоксикации (гемосорбция, плазмоферез, гемодиализ).

3. Иммунотерапия:

- иммуноглобулины, сыворотки;
- иммуностимуляторы (тималин, тимоген);
- стимуляторы метаболизма (пентоксил, метилурацил);
- УФО-крови.

4. Противовоспалительная терапия:

- антигистаминные препараты (димедрол, супрастин...);
- нестероидные противовоспалительные препараты (бутадион...);
- кортикостероиды (гидрокортизон, преднизолон применяют по строгим показаниям, чаще всего при сепсисе).

5. Общеукрепляющая терапия:

- поливитамины;
- вспомогательное энтеральное питание;
- вспомогательное парентеральное питание (аминокислота, жировые эмульсии, глюкоза).

6. Симптоматическая терапия:

- кардиотрофическая терапия (коргликон, рибоксин...);
- оксигенотерапия;
- гипербарическая оксигенация (баротерапия);
- наркотические и ненаркотические анальгетики [2].

7. При неэффективности предшествующего традиционного лечения, длительной хронизации процесса, рациональным считается применение препаратов «Ронколейкин» и «Спленид». Препараты хорошо переносятся больными, аллергических реакции не отмечено. Ни в одном случае применения препаратов не отмечено осложнений, побочных реакций или нежелательных эффектов [3].

Результат.

В ходе проведенного исследования было опрошено 100 человек, находящихся на стационарном лечении в

- Городской клинической больницы №6, г.Ижевск (35 человек),
- Республиканской клинической больницы имени Куватова, г.Уфа (50 человек),
- Центральной районной больнице с.Верхние Татышлы (15 человек).

Из них 60% женщины, 40% мужчины, в возрасте от 25-45 (3%), от 45-60 (37%), от 60 и старше (60%).

В итоге опроса было выявлено наличие следующих осложнений:

Таблица

Наименование осложнений	У пациентов в (%)
1	2
Абсцесс	57%
Гангрена	9%
Сепсис	34%
Сопутствующие заболевания, при наличии данных осложнений:	
Патология дыхательной системы	25%
<i>Из нее:</i>	
ХОБЛ	1%
Хронический бронхит	7%
Острый бронхит	1%
Бронхиальная астма	6%
Пневмония	6%
Хроническая ангина	3%
Патология сердечно-сосудистой системы	43%
<i>Из нее</i>	
Артериальная гипертензия	19%
Тахикардия	5%
ИБС	6%
Стенокардия	7%
Брадикардия	6%
Патология желудочно-кишечного тракта	49%
<i>Из нее:</i>	
Хронический гастрит	9%
ЯБЖ	1%
ЯБ 12пк	2%
Панкреатит	24%
Гепатит	4%
Цирроз печени	5%
НЯК	4%

1	2
Патология эндокринной системы	23%
<i>Из нее</i>	
Сахарный диабет	23%
Синдром Иценко-Кушинга	0%
Болезнь Иценко-Кушинга	0%

Вывод.

Таким образом, самым распространенным осложнением у пациентов, находящихся на лечении в ГКБ № 6 г. Ижевска, РКБ им. Куватова г.Уфа, ЦРБ с.Верхние Татышлы, является абсцесс (57% опрашиваемых больных), сепсис (34%), гангрена (9%). Хорошо видна зависимость осложнений от возраста. Если среди опрашиваемых до 45 лет осложнения составляют у 3 % человек, от 45-60лет -37%, то старше 60 лет осложнения встречаются у 60%. Так же выявлено, что осложнения среди лиц женского пола встречается чаще, чем у мужчин (у женщин-60%, у мужчин-40%).

У 97 человек из 100 имела место сопутствующая патология, при этом превалировали сопутствующие заболевания в системе ЖКТ (49%), в системе кровообращения (43%).

Полученные нами данные еще раз указывает на высокую актуальность этой проблемы в клинической практике.

Список литературы

1. Диссертация на тему: «Профилактика гнойно-септических осложнений в лапароскопической хирургии» автор: к.м.н. Ефремов А.А. [Электронный ресурс], – <http://www.dissercat.com/content/profilaktika-gnoino-septicheskikh-oslozhnenii-v-laparoskopicheskoi-khirurgii>
2. Медицинский портал здоровье человека [Электронный ресурс], – <http://medicedu.ru/hirurgia/88-hirurginfection.html?showall=1> – статья в интернете.
3. Научная статья «Применение и эффективность «Спленида» и «Ронколейкина» в лечении гнойно-воспалительных и иммунодефицитных заболеваний» // С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников, А.В. Леднева, М.Н. Климентов, А.А. Акимов.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГРЫЖИ

Стяжкина С.Н.

доктор медицинских наук, профессор,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Гришина А.А., Миннеханова Т.И., Хузина А.В.

студентки 4 курса педиатрического факультета,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

В работе представлено описание клинического случая послеоперационной грыжи после проведенной операции по поводу «ущемленной пупочной грыжи»

Ключевые слова: послеоперационные грыжи, причины послеоперационных грыж, пластика.

Проблема послеоперационных грыж (ПГ) является ровесницей органов брюшной полости, но остается не до конца решенной до сих пор. ПГ считают послеоперационным осложнением, однако, с другой стороны, их можно рассматривать и как в некоторой степени вероятный исход оперативного вмешательства – такой же, как послеоперационный рубец или спаечный процесс в брюшной полости. Несмотря на постоянное проведение исследований и работу по профилактике и предотвращению ПГ, можно предположить, что количество ПГ никогда не будет равно нулю, поскольку объективно существуют факторы, предрасполагающие к их образованию, которые полностью устранить или корректировать невозможно.

Вентральная, или послеоперационная грыжа, – это заболевание, характеризующееся тем, что некоторые внутренние органы живота, к примеру, кишечник или большой сальник, выпадают за границы передней стенки живота на месте рубца, который образовался после хирургического вмешательства. При образовании ПГ нарушается нормальное взаимодействие мышц брюшной стенки, работа внутренних органов (часть их оказывается в грыжевом мешке), функция дыхания. Большую ПГ следует рассматривать как самостоятельное комплексное заболевание, которое создает проблему не только для органов дыхания, но и для кожных покровов, мышц и внутренних органов и которое тем более отягощено, чем больше размеры грыжи.

Послеоперационные грыжи появляются чаще всего в тех местах, где обычно проводится оперативный доступ к внутренним органам. К ним можно отнести область белой линии живота, район пупка, правая подвздошная область (при аппендэктомии, проводящийся при резекции аппендикса), правая подреберная область (при манипуляциях на печени и желчном пузыре), левая подреберная область, латеральная поясничная область (вмешательства, проводимые на почках), лобковая область (гинекологические операции на внутренних половых органах и на мочевом пузыре). Вентральная грыжа живота визуально проявляется как мягкое образование в области послеоперационного дефекта, которое изменяется или исчезает, когда пациент находится в горизонтальном положении. Появляются вентральные грыжи только при наличии операционного шва.

Вероятность образования послеоперационных грыж достаточно велика – до 20%. Этот показатель в большей мере зависит от сроков наблюдения. Как правило, послеоперационные грыжи (рубцовые грыжи, грыжи рубца, вентральные грыжи) развиваются в ранние или отдаленные сроки после операций. Частота образования послеоперационных грыж после вмешательств на брюшной полости в оперативной гастроэнтерологии составляет 6-10%. Среди других грыж брюшной полости на долю послеоперационных дефектов приходится до 20-22%. Большинство больных – это люди пожилого и старческого возраста, перенесшие в прошлом оперативное вмешательство по поводу острой хирургической или гинекологической патологии.

Послеоперационные грыжи в начале заболевания все являются вправимыми и обычно не сопровождаются болью. Но при любых действиях, при которых повышается давление в брюшной полости, например, резкое напряже-

ние, падение или поднятие тяжелых предметов, боли могут появиться или усилиться, и эвентрация увеличивается. Установление диагноза, как правило, не вызывает затруднения, однако вместе с тем у некоторых пациентов, в особенности со значительным избытком массы тела и ожирение, первичная диагностика может представлять значительные сложности. В таком случае приходится прибегать к вспомогательным диагностическим методикам- ультразвуковому исследованию, магнитно-резонансной и компьютерной рентгеновской томографии.

Как лечить послеоперационную грыжу? Как правило, все рекомендации сводятся к выполнению операции, которая заключается в хирургической коррекции передней брюшной стенки, удаления грыжевого мешка и пластического закрытия дефекта. Существует три вида операции:

Традиционная (натяжная) пластика – суть операции сводится буквально к зашиванию дефекта брюшной стенки хирургическими нерассасывающимися нитями. Такой способ допустим только при небольших грыжах у молодых пациентов без сопутствующих факторов риска, поскольку частота рецидивирования доходит до 30 процентов.

Ненатяжная (протезирующая) герниопластика – суть сводится к установке синтетического протеза(заплаты) на место дефекта брюшной полости. Протез выкраивается из полипропиленовой сетки, устанавливается под кожу или фасцию.

Лапароскопическая протезирующая герниопластика – наиболее технически совершенный и физиологически обоснованный способ реконструкции. Суть сводится к помещению сетчатого трансплантата в брюшную полость к грыжевым воротам. При этом в области грыжи не производится никаких разрезов, что практически полностью защищает от возникновения раневых осложнений.

Клинический случай послеоперационной грыжи после оперирования по поводу «ущемленной пупочной грыжи»;

Больная Ф., 1957 года рождения – 59 лет

Дата поступления в стационар: 12.09.16 г.

Диагноз клинический: «Послеоперационная гигантская вентральная грыжа».

Жалобы при поступлении: Увеличение грыжевого выпячивания на передней брюшной стенке до гигантских размеров (25×20×15 см), и периодические боли в нем. Грыжевое выпячивание мешало в повседневной жизни, пациентке стало сложно передвигаться самостоятельно. Предъявляла жалобы на общую слабость и на потерю веса, 28 кг за 2 месяца.

Развитие заболевания: больной себя считает с января 2016 года. Именно тогда на месте послеоперационного рубца (в январе 2015 года была оперирована по поводу ущемленной пупочной грыжи) появилось грыжевое выпячивание и начало расти. Начало своего данного заболевания связывает с тем, что не соблюдала предписания врача, так как ухаживала за тяжелобольным супругом, иногда поднимала и переворачивала его. Когда грыжевое выпячивание достигло вышесказанных размеров, в августе 2016 года обрати-

лась в больницу в 1 РКБ. Но в связи с гипертонической болезнью (II стадии, 3 степени), с дисгармональной кардиомиопатией в операции ей было отказано. После этого пациентка до сентября наблюдалась у кардиолога, который позже дал разрешение на оперативное лечение. 14 сентября 2016 года пациентке было произведено грыжесечение по типу апоневротической апогерниопластики.

Объективно при поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Положение активное. Сознание ясное. Гиперстенического типа. Повышенного питания (масса тела = 120 кг, ПЖК = 5 см). Кожные покровы бледные. Видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД = 18 в минуту. Пульс 75 ударов в минуту. АД = 140/90 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот значительно увеличен в размерах за счет грыжи и подкожно-жировой клетчатки, свисает в виде кожно-жирового «фартука», при пальпации мягкий, незначительно болезненный в области грыжевого выпячивания. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные и инструментальные данные:

Общий анализ крови от 26.09.2016: WBC= $10,1 \cdot 10^9$ /л, RBC= $3,68 \cdot 10^{12}$ /л, HGB= 123 г/л, PLT= $346 \cdot 10^9$ /л, СОЭ= 34 мм/ч.

Общий анализ крови от 10.10.16 г.:

WBC= $5,3 \cdot 10^9$ /л, RBC= $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, HGB=122 г/л, PLT= $348 \cdot 10^9$ /л, СОЭ=51мм/ч.

Биохимический анализ от 10.10.2016 г.:

Общий белок: 75,0 г/л, билирубин общий: 10,000 мкмоль/л, прямой билирубин: 3,1 мкмоль/л, непрямой билирубин: 4,4 мкмоль/л, АСТ: 22,56 Е/л, АЛТ: 18,12 Е/л, альфаамилаза: 70 Е/л, калий: 3,5 ммоль/л, натрий: 144,8 ммоль/л, хлор: 101 ммоль/л, мочевины: 6,7 ммоль/л, креатинин: 78 ммоль/л, фибриноген: 11,65 г/л.

Гликемический профиль (от 03.09.16 г.): время исследования – концентрация глюкозы в капиллярной крови (ммоль/л) 7.30 – 6,18, 10.30 – 6,59, 14.30 – 7,53, 19.30 – 7,74.

Гликемический профиль (от 26.09.16 г.): время исследования – концентрация глюкозы в капиллярной крови (ммоль/л) 7.30 – 5,6, 10.30 – 8,2, 14.30 – 7,59, 19.30 – 9,99.

Общий анализ мочи от 03.09.2016:

Цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, плотность – 1025 г/л, белок: 0,3 г/л, Ph: 5,5, лейкоциты: 25.

Инструментальные исследования:

1. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (от 22.09.16 г.). В проекции п/о рубца и дренажной трубки отчетливых жидкостных скоплений не выявлено.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (от 19.10.16 г.): у левого угла п/о раны на глубине 2 см скопление жидкости

1,0×1,0 см, толщиной 0,5 см. По середине п/о раны, ниже ее на 2 см линейное скопление жидкости на глубине 2,5 см, шириной 15 см (слева доходит до края раны), длиной тах по середине раны – до 3,0 см, тах толщина слоя до 0,5 см.

2. ЭКГ (19.10.16г.): диффузные нарушения процессов реполяризации.

Лечение:

Предоперационный эпикриз.

Клиника вентральной послеоперационной грыжи – показание к оперативному лечению. Планируется операция: Грыжесечение, аллогерниопластика. Анестезия: СА или ЭТН. Согласие пациента на операцию получено.

Протокол операции.

Показания: отсутствие признаков заживления. Операция: хирургическая обработка раны, наложение вторичных швов. Анестезия: СА.

Под СА иссечена кожа и подкожно-жировой слой вокруг старой раны до нормально кровоточащей и неинфильтрированной ПЖК. Аллоэксплантат (сетка) покрыт грануляционной тканью – не виден. Грануляции скарифицированы (верхний слой). Гемостаз в ране – электрокоагуляцией и лигированием. После дренирования раны дренажем Редона, рана послойно зашита. Наложена асептическая повязка.

Режим: стационарный

Диета: № 2

Медикаментозное лечение с лекарственными препаратами:

- 1) Фенозепам 1 таб. per os
- 2) Триналгин 4 мл +0.9% раствор NaCl 250 мл внутривенно.
- 3) Аспаркам 10 мл+ раствор глюкозы 5% 500 мл+ раствор сульфата магния 25% 5 мл внутривенно.
- 4) Церукал 4 мл+0.9% раствор NaCl 200 мл внутривенно.
- 5) Нексиум 40 мг внутривенно.
- 6) Фуросемид 2 мл внутривенно 1 раз.
- 7) Кеторол 1,0 мл * 3 раза в день, внутримышечно.
- 8) Антибактериальная терапия: Цефтриаксон 1,0 (растворить в изотоничном растворе NaCl, вводить в/м 2 р/день) Ципрофлоксацин 100,0 (вводить в/в 2р/д).

Список литературы

1. Грыжи живота: учебное пособие / сост. Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Климентов М.Н., Кузнецов И.С., Варганов М.В., Санников П.Г., Леднева А.В., Оробейников В.И. – Ижевск, 2011. – 86 с.
2. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. Издательство: Медицина 1983 г.
3. Хирургические болезни: учебник; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР- МЕДИА, 2008. С. 608.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ

Стяжкина С.Н.

профессор кафедры факультетской хирургии, доктор медицинских наук,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Ахметшина Г.З., Огнев О.И., Тахаутдинова Л.С.

студенты 4-го курса педиатрического факультета,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Распространенность заболеваний щитовидной железы среди населения довольно высока, что доказывает актуальность данной проблемы. В данной статье будет дано представление о гипотиреозе, рассмотрены клинические случаи гипотиреоза, развившиеся вследствие тиреоидэктомии в послеоперационный период, а также возможные пути профилактики и лечения данного заболевания.

Ключевые слова: щитовидная железа, тиреоидэктомия, гипотиреоз.

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения среди эндокринных заболеваний нарушения функции щитовидной железы занимают второе место, на первом месте сахарный диабет. Заболевания щитовидной железы настолько распространены, что каждый может иметь в своем окружении хотя бы одного знакомого с данной патологией.

Так в России, согласно различным данным, от 15% до 38% населения страдают патологией щитовидной железы, из них наибольшую распространенность имеет диффузно-токсический зоб (52,4%), затем идут нетоксический узловой зоб (19,1 %), кистозно-узловой зоб (14,3%), аденома щитовидной железы (9,5%), аутоиммунный тиреоидит (4,8%). Все перечисленные патологии ведут к развитию гипертиреоза – повышенной концентрации гормонов тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3). На ряду с гипертиреозом (58,8%), высока встречаемость среди населения гипотиреоза и составляет 35,3% [3].

Гипотиреоз – лабораторно-клинический синдром, обусловленный стойким дефицитом тиреоидных гормонов в организме или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне. В России в последнее время наблюдается рост развития заболеваний щитовидной железы, так распространенность гипотиреоза среди населения РФ составляет 0,5-1%, а с учетом субклинических форм может достигать 10% [4].

Патогенетически гипотиреоз подразделяется на первичный, вторичный и третичный гипотиреоз. Вторичный и третичный гипотиреоз часто объединяют термином центральный (гипоталамо-гипофизарный) гипотиреоз, и развиваются они вследствие дефицита тиреотропного гормона (ТТГ) и тиреотропин-рилизинг гормона (ТРГ). В большинстве случаев центральный гипотиреоз сочетается с недостаточностью других тропных гормонов аденогипофиза. Наибольшее клиническое значение и распространение имеет первичный

гипотиреоз, который развивается вследствие деструкции ткани щитовидной железы. К первичному гипотиреозу могут привести хронический аутоиммунный тиреоидит, тяжелые дефициты йода, врожденные дефекты биосинтеза тиреоидных гормонов. Также гипотиреоз может развиваться в результате оперативного удаления железы, под влиянием лучевой терапии радиоактивным йодом (I-131) или лучевой терапии злокачественных образований, расположенных на шее.

Патогенез поздних форм гипотиреоза, возникших через несколько лет после субтотальной тиреоидэктомии в настоящее время рассматривается как результат аутоагрессии. Повреждение тканей щитовидной железы приводит к выходу в периферическую кровь тканевых белков (тиреоглобулинов), которые являются антигенами в собственном организме и приводят к значительному росту аутоантител [4, с.5].

Основной функцией щитовидной железы является обеспечение организма гормонами L-3,5,3',5'- тетраiodтиронином (Т4), L-3,5,3'- трийодтиронином (Т3). Уровень продукции гормонов щитовидной железы определяется физиологическими потребностями организма и регулируется ТТГ (тиреотропным гормоном) гипофиза. Тиреоидные гормоны необходимы для нормального функционирования практически всех органов и функциональных систем. В связи с этим при нарушении функции щитовидной железы в сторону увеличения либо уменьшения, это отражается на всем организме без исключения в той или иной степени [5].

Как отмечалось ранее наибольшее распространение имеет первичный гипотиреоз, одной из причин которого является оперативное удаление щитовидной железы. Показаниями к операции на щитовидной железе являются рак щитовидной железы, болезнь Грейвса, аденома щитовидной железы и другие заболевания, при которых отмечается стойкое повышение уровня тиреоидных гормонов. В зависимости от объема оперативного вмешательства различают гемитиреоидэктомию, тиреоидэктомию, резекцию щитовидной железы и лимфодиссекцию шеи. Вероятность развития гипотиреоза определяется целью и объемом операции.

По степени тяжести гипотиреоз подразделяют на субклинический, компенсированный и декомпенсированный манифестный гипотиреоз и осложненный гипотиреоз. Распространенность манифестного гипотиреоза составляет 0,2-2%, а субклинического до 10%. Приведенные данные доказывают важность своевременной и точной диагностики гипотиреоза. Термином Скрытый гипотиреоз обозначается состояние, при котором клинические признаки отсутствуют, но уровни общего Т4 и свободного Т4 нормальные, а базальный уровень ТТГ находится в диапазоне 5-20 мЕ/л. У пациентов могут быть неспецифические жалобы, такие как снижение работоспособности, сонливость, забывчивость, плохое настроение, сухость кожи, часто самими пациентами пожилого возраста они объясняются возрастными изменениями в организме. Нередко субклинический гипотиреоз может протекать под маской

остеохондроза шейного или грудного отделов позвоночника с парестезиями, мышечной слабостью, болями в мышцах. В таком случае, следует подразумевать развитие периферической полинейропатии как осложнение гипотиреоза. Манифестный гипотиреоз развивается вследствие прогрессирования субклинической стадии, и описанные ранее симптомы приобретают наиболее яркий характер. Развивается ожирение не алиментарной природы, гипотермия, отечность, поражается сердечно-сосудистая система, развивается гипокинезия, дисбактериоз и др. При гипотиреозе тяжелого течения поражения всех систем прогрессируют вплоть до развития кретинизма, сердечной недостаточности, дыхательной недостаточности и микседематозной комы.

Было проведено исследование пациентов, проходивших стационарное лечение в хирургическом и эндокринологическом отделениях Республиканской клинической больницы №1 Удмуртской Республики с диагнозом послеоперационный гипотиреоз.

Проводилось обследование пациентки Т., 52 года, находящейся на лечении в эндокринологическом отделении РКБ №1. В ходе сбора анамнеза, было установлено, что пациентка в 2006 году находилась на лечении в хирургическом отделении РКБ №1 с диагнозом «Диффузный токсический зоб». В 2006 году было проведено хирургическое лечение – субтотальная резекция щитовидной железы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через неделю пациентка была выписана из РКБ №1, поставлена на учет к эндокринологу и назначено профилактическое лечение – Левотироксин 200 мкг в сутки. В 2016 году впервые находилась на лечении в эндокринологическом отделении РКБ №1 с подозрением на обострение гипотиреоза. При поступлении пациентка жаловалась на быструю утомляемость, раздражительность, общую и мышечную слабость, понижение вкусовой чувствительности, потерю аппетита, тошноту, рвоту повышение давления до 170/ 120 (рабочее 110/70), дрожь, снижение памяти и внимания.

По данным лабораторных исследований выявлено снижение уровня свободного Т4 до 10 пмоль/л, и увеличение ТТГ до 11 мкМЕ/мл (при норме 0,4-4 мкМЕ/мл). Был подтвержден диагноз Послеоперационный манифесный гипотиреоз. В отделении была проведена заместительная терапия L-тироксин 150 мкг в сутки. Через 2 недели была выписана в связи с улучшением состояния, рекомендовано продолжить наблюдение у эндокринолога, и контроль уровня ТТГ через 3 месяца.

Пациентка Б, 65 лет, находящаяся на стационарном лечении в хирургическом отделении РКБ №1. В ноябре 2015 года поставлен диагноз Многоузловой диффузный зоб, применялось консервативное лечение. В апреле 2016 года появились следующие жалобы: резкое увеличение объема шеи, ограничение подвижности, отеки, одышка при подъеме на 2 этаж., повышение САД до 200 мм рт.ст. При исследовании УЗИ области шеи выявлена прогрессия зоба, наблюдается смещение органов шеи (трахеи, пищевода), сдавление магистральных сосудов. Принято решение о несостоятельности консервативной

терапии, начата подготовка к операционному вмешательству. 13.10.16 проведена тиреоидэктомия в хирургическом отделении РКБ№1. В послеоперационный период пациентка чувствует облегчение, улучшение настроения, ограничение подвижности не наблюдается, наблюдается «простреливание в ухо», сохраняется повышенное САД. Направлена на консультацию к эндокринологу для назначения заместительной терапии. По лабораторным данным в послеоперационный период наблюдается повышение уровня ТТГ в крови до 22мЕ/л, а уровень общего Т4 в пределах нормы. На основании анамнеза, лабораторных данных, и объективного исследования поставлен диагноз первичный субклинический гипотиреоз 1 степени.

Для диагностики гипотиреоза в настоящее время клинические симптомы имеют второстепенное значение. Развитие современных методов определения уровня гормонов и появление такого понятия как субклинический гипотиреоз подводит нас к тому, что диагноз гипотиреоз должен основываться прежде всего на лабораторных данных, но с учетом анамнеза и объективного исследования.

Для лиц с диагнозом послеоперационный гипотиреоз эндокринологи дают положительные прогнозы, при условии соблюдения диеты и приема назначенных гормонзамещающих препаратов. В противном случае, гипотиреоз может привести к тяжелым осложнениям, несовместимым с жизнью. Клиническая картина гипотиреоза может значительно варьировать в зависимости от выраженности и длительности дефицита тиреоидных гормонов, а также имеет значение возраст пациента и наличие у него сопутствующих заболеваний. Это подводит нас к выводу о необходимости ранней диагностики заболевания, прогнозирования развития гипотиреоза в послеоперационный период, а также адекватное назначение гормонзамещающей терапии.

Список литературы

1. Аристархов В.Г., Кириллов Ю.Б., Пантелеев И.В. Профилактика послеоперационного гипотиреоза при хирургическом лечении диффузного токсического зоба.// Хирургия.-2001-№9- С.19-21.
2. Романчишен А.Ф. Клиническое обоснование показаний к оперативному лечению заболеваний щитовидной железы // Вестник хирургии 1994, т. 152, №1/2
3. Стяжкина С.Н., Леднева А.В., Порываева Е.Л., Братчикова К.А., Вершинина Н.С. Влияние экологических факторов на структуру заболеваний щитовидной железы в Удмуртии // Научный Альманах-2015- N11-4, С. 149-154.
4. Стяжкина С.Н., Чернышова Т.И., Порываева Е.Л. Гипотиреоз в клинической практике. Методические рекомендации. – Ижевск 2016.
5. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз: Руководство для врачей – М.:РКИ Соверо пресс, 2002.-216с.
6. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая Эпидемиология. Основы доказательной медицины. М.: Медиа Сфера, 1998.

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ДЛИТЕЛЬНЫМИ РЕМИССИЯМИ

Стяжкина С.Н.

научный руководитель, д-р мед. наук, профессор,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Камалетдинова С.С., Махмудова М.Н., Гимаутдинова З.Н.

студентки 4 курса педиатрического факультета,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск.

Исследование посвящено анализу статистических показателей заболеваемости неспецифическим язвенным колитом.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит.

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся язвенно-деструктивными изменениями ее слизистой оболочки. Распространенность в мире – 50–230 случаев на 100 тыс. населения. Ежегодный прирост больных НЯК в мире – 5-20 случаев на 100 тыс. населения. Заболевание встречается во всех возрастных группах, но основной пик заболеваемости приходится на 20-40 лет. У мужчин заболевание встречается несколько чаще, чем у женщин (1,4:1), а у жителей городов чаще, чем у проживающих в сельской местности. Среди факторов, способствующих развитию заболевания, следует в первую очередь назвать наследственную предрасположенность. У родственников больных риск его развития оказывается в 10 раз выше, чем у всего населения. Если язвенным колитом страдают оба родителя, то риск его развития у ребенка к 20-летнему возрасту возрастает до 52%. У курящих НЯК встречается в 2 раза реже, чем у некурящих.

Результаты исследований показали, что общее число пациентов составило 56(11,91%) из 470 историй болезней. С неспецифическим язвенным колитом проходили лечение 36 мужчин (64,28%) и 20 женщин (35,71%). По возрастным группам распределились следующим образом: от 20 до 40 лет – 21 пациентов (37,5%), от 40 до 60 лет – 29 пациентов (51,78%), старше 60 лет – 6 пациентов (10,71%). Работающие в 34 случаях (60,71%) и не работающие в 22 случаях (39,28%). Оперативное вмешательство проводилось – 48 из 56 пациентов (85,71%). Остальные лечились консервативно. У пациентов после проведения лечения начиналась ремиссия, 12 (21,42%) из них имеют группу инвалидности.

Проведенные исследования показали, что чаще страдают мужчины (36 больных – 64,28 %).

Клинический случай неспецифического язвенного колита с длительными ремиссиями.

Пациентка Б., 1977 года рождения (39 лет).

Дата поступления в стационар: 30.09.16г.

Диагноз клинический-хронический неспецифический язвенный колит, левостороннее поражение, в стадии обострения.

Жалобы при поступлении: кал с примесью крови и слизи, выраженная боль схваткообразного характера в левой половине живота, боль проходила после акта дефекации, дискомфорт по всему животу, общая слабость, потеря аппетита. Температура нормальная в течение последних 5-ти суток (до этого была 37,5°C).

Развитие заболевания: больной считает себя с марта 2004 года, когда впервые появилась боль схваткообразного характера в левой половине живота, боль проходила после акта дефекации, жидкий стул 6-8 раз с примесью крови и слизи, субфебрильная температура. Проводилось стационарное и амбулаторное лечение (с применением преднизолона курсами и сульфасалазин). За время лечения отмечает улучшение состояния: значительно уменьшился болевой синдром, нормализовалась температура тела. За время болезни трудоспособность значительно ухудшилась. Ремиссия продолжалась 5 лет.

Следующее обострение заболевания возникло в сентябре 2009 года. Жалобы при обострении: общая слабость, ухудшение состояния, запоры 5-6 дней или жидкий стул 6-8 раз в день, боль в левой половине живота ноющего характера, стул с примесью крови и слизи, дискомфорт в животе, отсутствие аппетита. За время болезни качество жизни пациента заметно ухудшилось: появилась раздражительность, невозможность делать привычные дела (ездить куда-либо на далекие расстояния в связи с постоянными позывами, тенезмами), постоянное плохое настроение, негативные эмоции, стеснительность. Рецидив НЯК длился около 4-х месяцев.

19 сентября 2016 года, пациентка с вышеизложенными жалобами обратилась в ЦРБ по месту жительства. Врач на основании жалоб, анамнеза, лабораторных и инструментальных исследований поставил диагноз: Хронический неспецифический язвенный колит, левостороннее поражение, в стадии обострения, на фоне хронического запора. Направлена врачом-проктологом по месту жительства для диагностических исследований (фибροколоноскопия) и на стационарное лечение в проктологическое отделение БУЗ УР "1РКБ МЗ УР". 30 сентября 2016 года, по направлению, в связи с настоящими жалобами была госпитализирована в стационар 1 РКБ г. Ижевска.

Объективно при поступлении:

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Нормостенического типа телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=17 в минуту, перкуторный звук над легкими-легочной.мм.рт. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс-78 уд/в мин., АД=120/80 мм. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, размеры печени по Курлову-10,5х9х7,5 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

Общий анализ крови от 19.09.2016: WBC= 12,4*10⁹/л, RBC=3,66*10¹²/л,

HGB=121 г/л, PLT= $345 \cdot 10^9$ / л, СОЭ= 15 мм/ ч.

Общий анализ крови от 03.10.16 г.: WBC= $7,5 \cdot 10^9$ / л, RBC= $3,52 \cdot 10^{12}$ / л, HGB= 124 г/л, PLT= $303 \cdot 10^9$ / л, СОЭ= 12 мм/ ч.

Биохимический анализ от 03.10.2016 г.: Общий белок: 69,17 г/л, билирубин общий: 8,6 мкмоль/л, прямой билирубин: 3,1 мкмоль/л. АСТ: 18,9 Е/л, АЛТ: 16,8 Е/л, альфа амилаза: 60 Е/л, калий: 3,45 ммоль/л, натрий: 136 ммоль/л, мочевины: 2,8 ммоль/л, креатинин: 51 ммоль/л, фибриноген: 26 г/л. СРБ=3,58 мг/л.

Общий анализ мочи от 03.10.2016: Цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, плотность – 1025 г/л, белок: 0 г/л, Ph: 5,0, лейкоциты: 10, альфа-амилаза: 56 Е/л.

Инструментальные исследования:

1. Обзорная рентгенограмма брюшной полости от 06.10.16 г. (стоя). 08:30. Пассаж бария (BaSO_4) через 21:30 после приема его per os. Основная масса контрастного препарата определяется в слепой кишке, восходящем отделе ободочной кишки и в проксимальной части поперечного отдела ободочной кишки. Следы контраста визуализируются в дистальной части поперечного отдела ободочной кишки. Достоверных рентгенологических признаков чаши Клойбера в кишечнике не выявлено. Заключение: R-признаки замедленной эвакуации BaSO_4 по ЖКТ.

2. Обзорная рентгенограмма брюшной полости в прямой проекции от 07.10.16 г. 11:30. Пассаж барием (BaSO_4) через 48 часов после приема его per os. Основной объем контрастного препарата определяется на уровне восходящего отдела ободочной кишки и поперечного отдела ободочной кишки. Следы контраста визуализируются в куполе слепой кишки и на уровне селезеночного угла ободочной кишки. В нисходящем отделе ободочной кишки и в сигмовидной кишке контраст не определяется. В петлях кишечника умеренное количество газов, в дистальной части поперечного отдела ободочной кишки. Достоверных рентгенологических признаков чаши Клойбера в кишечнике не выявлено. Доза 1005 мг 3в. Заключение: R-признаки замедленной эвакуации BaSO_4 по ЖКТ.

Лечение:

Режим: стационарный. Диета: II 2.

Медикаментозное лечение с лекарственными препаратами: Преднизолон 40 мг, внутрь, сульфасалазин 500 мг, по 2 табл. 3 раза в день, метронидазол 250 мг, по 1 табл. 4 раза в день, бифидумбактерин 500 мг, 1 табл. 3 раза в день, мезим форте по 2 табл. 3 раза в день, метрогил 400 мг, по 1 табл. 2 раза в день, вазелиновое масло 1 ст. л. 2 раза в день.

Заключение. Приведенный клинический пример демонстрирует необычный пример течения НЯК с длительными ремиссиями, 5 и 7 лет. Язвенный колит является серьезным хроническим заболеванием, который существенно меняет качество жизни пациентов. Без сомнения, жизнь с этим заболеванием не проста – нужно постоянно принимать медикаменты и вносить коррективы в течение своей жизни. Большинство пациентов с язвенным ко-

литом ведут богатую, насыщенную и продуктивную жизнь. Поддерживающая терапия способна значительно облегчить периоды обострения язвенного колита. Между рецидивами пациенты чувствуют себя хорошо и не испытывают никаких симптомов.

Список литературы

1. Стяжкина С.Н., Климентов М.Н., Проничев В.В., Ситников В.А. Учебное пособие «Воспалительные заболевания кишечника». – Ижевск, 2013.
2. Стяжкина С.Н., Ситников В.В., Проничев В.В. «Трудные и нестандартные ситуации в хирургии и клинической практике» // Сборник научно-практических трудов. Выпуск 8, 2015.
3. Стяжкина С.Н., Вахрушева С.С., Климентов М.Н., Шумихин В.П. «Комплексная терапия неспецифического язвенного колита и болезни Крона» // Труды XV съезда хирургов Дагестана. – Махачкала, 2002.
4. Стяжкина С. Н., Климентов М. Н., Чернышева Т. Е. «Ближайшие и отдаленные результаты комплексного и хирургического лечения воспалительных заболеваний толстой кишки» // Автореферат, диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. –Пермь, 2013.

СОСТОЯНИЕ МИКРОКРОВотоКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РАСЧЕТНЫХ ИНДЕКСОВ

Филиппова М.О.

аспирант кафедры внутренних болезней педиатрического факультета,
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Астрахань

Севостьянова И.В.

ассистент кафедры внутренних болезней педиатрического факультета,
канд. мед. наук, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Астрахань

Кабанов В.А., Аджян М.С.

аспиранты кафедры внутренних болезней педиатрического факультета,
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Астрахань

По результатам расчетных индексов, полученных в ходе лазерной доплеровской флоуметрии, изучено состояние микрокровотока у больных фибрилляцией предсердий с ишемической болезнью сердца и без таковой. Обнаружено, что при постоянной форме фибрилляции предсердий развитие стенокардии напряжения было сопряжено с ухудшением периферического кровотока. У пациентов с пароксизмальной ФП при наличии стенокардии напряжения нарушения микроциркуляции были менее глубокими.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца, микрокровоток, индекс эффективности микроциркуляции.

Самым распространенным нарушением ритма сердца является фибрилляция предсердий (ФП), частота которого в популяции большинства стран, включая Россию, составляет 1-2%. Доказано, что с увеличением длительности аритмологического анамнеза усугубляются гемодинамические расстройства [13, 14]. Согласно современным представлениям, фактически все гемодинамические нарушения ведут к изменениям в микроциркуляторном русле. В связи с этим состояние системы микроциркуляции является предметом активного изучения, как в экспериментальной, так и в клинической кардиологии [9, 17]. В литературе встречаются многочисленные данные, указывающие на высокую значимость нарушений микроциркуляции при самых различных заболеваниях [2, 4, 10, 12, 16].

Пристальное внимание исследователей привлекает сосудистый эндотелий и выделяемые им биологически активные вещества, играющие важную роль в поддержании сосудистого тонуса и функционировании всей микроциркуляторной системы [1, 3, 5, 8]. Все большее признание у клиницистов получает новый неинвазивный метод контроля за состоянием тканевой перфузии – лазерная доплеровская флоуметрия [6, 11],

Лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) гемомикроциркуляции кожи позволяет выявить адаптационные резервы системы микроциркуляции и оценить вклад отдельных механизмов в регуляцию сосудистого тонуса [7, 15].

Цель исследования. Изучить влияние сочетанной патологии ишемического генеза на состояние микрокровотока по результатам расчетных индексов.

Материалы и методы исследования. В общей сложности было обследовано 147 пациентов. Все включенные в исследование пациенты были разделены на 5 групп. В первую группу вошли 22 пациента с пароксизмальной ФП без ишемической болезни сердца (ИБС). Вторую группу составили 27 пациентов с диагнозом – ИБС: стабильная стенокардия 2 функционального класса (ФК). ФП, пароксизмальная форма. В третью группу вошли 24 пациента с постоянной формой ФП без ИБС. Четвертая группа состояла из 32 пациентов с диагнозом – ИБС: стабильная стенокардия 2 ФК. ФП, постоянная форма. Группу контроля составили 42 соматически здоровых жителя Астраханского региона. Средний возраст обследованных больных составил 51,4 [40; 60] года.

Исследование состояния микрокровотока проводилось методом лазерной доплеровской флоуметрии, в ходе которой с помощью прикладной программы нами были вычислены и проанализированы следующие индексы: нейрогенный тонус прекапиллярных резистивных микрососудов (НТ), миогенный тонус метартериол и прекапиллярных сфинктеров (МТ), показатель шунтирования (ПШ) и индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ).

Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 12.0, Stat Soft, Inc.

Результаты. Медиана индекса эффективности микроциркуляции у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий без стенокардии напряжения (ФП без СТ) была статистически значимо ($p=0,0459$) ниже, чем в группе соматически здоровых лиц: 1,93 против 2,59 соответственно. В группе больных пароксизмальной формой ФП+СТ медиана ИЭМ составила 1,67, что было статистически значимо ниже, как по сравнению с группой соматически здоровых лиц ($p=0,0057$), так и по сравнению с группой больных с пароксизмальной формой ФП без СТ ($p=0,0091$). У больных постоянной формой ФП без СТ медиана ИЭМ составила 1,68, что было статистически значимо ниже по сравнению с группой соматически здоровых лиц ($p=0,023$) и статистически незначимо ниже по сравнению с группой больных пароксизмальной ФП без СТ ($p=0,1229$). В группе больных постоянной формой ФП+СТ медиана ИЭМ составила 1,46, что было статистически значимо ниже, как по сравнению с группой соматически здоровых лиц ($p<0,0001$), так и по сравнению с группой больных пароксизмальной ФП+СТ ($p=0,0244$), а также статистически значимо ниже по сравнению с группой больных постоянной ФП без СТ ($p=0,0335$).

Значение медианы нейрогенного тонуса прекапиллярных микрососудов у группы больных пароксизмальной ФП без СТ было статистически незначимо выше, чем в группе соматически здоровых лиц ($p=0,2695$): 0,7 против 0,62 соответственно. В группе больных пароксизмальной формой ФП+СТ медиана НТ составила 0,61, что было сопоставимо, как с группой соматически здоровых лиц ($p=0,2679$), так и с группой больных пароксизмальной формой ФП без СТ ($p=0,0971$). В группе больных постоянной формой ФП без СТ медиана НТ составила 0,57, что было сопоставимо с группой соматически здоровых лиц ($p=0,0576$) и статистически значимо ниже по сравнению с группой больных пароксизмальной ФП без СТ ($p=0,0018$). В группе больных постоянной формой ФП+СТ медиана НТ составила 0,46, что было статистически значимо ниже, как по сравнению с группой соматически здоровых лиц ($p=0,0075$), так и по сравнению с группой больных пароксизмальной ФП+СТ ($p=0,0286$), а также статистически значимо ниже по сравнению с группой больных постоянной ФП без СТ ($p=0,0432$).

Значение медианы миогенного тонуса метаартериол и прекапиллярных сфинктеров (МТ) у группы больных пароксизмальной ФП без СТ составило 0,83, что было статистически незначимо ниже, чем в группе соматически здоровых лиц ($p=0,0568$), где медиана МТ составила 0,85. В группе больных пароксизмальной формой ФП+СТ медиана МТ составила 0,89, что было статистически незначимо выше, как по сравнению с группой соматически здоровых лиц ($p=0,1028$), так и по сравнению с группой больных пароксизмальной формой ФП ($p=0,2319$). В группе больных постоянной формой ФП без СТ медиана МТ составила 0,9, что было статистически незначимо выше, как по сравнению с группой соматически здоровых лиц ($p=0,3647$) и по сравнению с группой больных пароксизмальной ФП без СТ ($p=0,4562$). В группе

больных постоянной формой ФП+СТ медиана МТ составила 1,03, что было статистически значимо выше, как по сравнению с группой соматически здоровых лиц ($p=0,0142$), так и по сравнению с группой больных пароксизмальной ФП+СТ ($p=0,0471$), а также статистически значимо выше по сравнению с группой больных постоянной ФП без СТ ($p=0,0364$).

Значение медианы показателя шунтирования у группы больных пароксизмальной ФП без СТ составило 1,07, что было статистически значимо ниже, чем в группе соматически здоровых лиц ($p=0,0001$), где медиана ПШ составила 1,29. В группе больных пароксизмальной формой ФП+СТ медиана ПШ составила 1,49, что было статистически значимо выше, как по сравнению с группой соматически здоровых лиц ($p=0,0112$), так и по сравнению с группой больных с пароксизмальной формой ФП без СТ ($p=0,025$). В группе больных постоянной формой ФП без СТ медиана ПШ составила 1,29, что было сопоставимо с группой соматически здоровых лиц ($p=0,0881$) и группой больных пароксизмальной ФП без СТ ($p=0,1229$). В группе больных постоянной формой ФП+СТ медиана ПШ составила 1,73, что было статистически значимо выше, как по сравнению с группой соматически здоровых лиц ($p=0,0073$), так и по сравнению с группой больных пароксизмальной ФП без СТ ($p=0,0036$), а также статистически значимо выше по сравнению с группой больных постоянной ФП без СТ ($p=0,0026$).

Выводы. При постоянной форме фибрилляции предсердий развитие стенокардии напряжения было сопряжено со снижением периферического капиллярного кровотока, на фоне уменьшения нейрогенного тонуса прекапиллярных резистивных микрососудов, увеличения миогенного тонуса метартериол и прекапиллярных сфинктеров и усиления артериоло-венулярного шунтирования. Это подтверждало наше предположение о параллельном ухудшении периферического микрокровоотока и коронарного кровотока с развитием болевых форм ИБС у пациентов с постоянной формой ФП. У пациентов с пароксизмальной ФП при наличии стенокардии напряжения также наблюдалось усиление артериоло-венулярного шунтирования со снижением капиллярного кровотока, однако нарушения микроциркуляции были менее глубокими, чем при постоянной форме ФП, не затрагивая значимо резистивные микрососуды, метартериолы и прекапиллярные сфинктеры.

Список литературы

1. Ахминеева А.Х., Полунина О.С. Дисфункция эндотелия при хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме // Астраханский медицинский журнал. 2012. Т. 7. № 3. С. 43-46.
2. Белякова И.С., Полунина Е.А., Кантемирова Б.И. Нарушения кожного микрокровоотока при хронической обструктивной болезни легких // Новая наука: Стратегии и векторы развития. 2016. № 5-3 (82). С. 46-49.
3. Воронина Л.П., Полунина О.С., Яценко М.К., Панцулая Г.Е. Результаты комплексного исследования показателей кожной микроциркуляции и уровня плазменного эн-

дотелина-1 у больных бронхиальной астмой // Успехи современного естествознания. 2006. № 12. С. 46-47.

4. Воронина Л.П., Полунина О.С., Яценко М.К., Панцулая Г.Е., Уклистая Т.А. Гемодинамические типы микроциркуляции при бронхиальной астме // Успехи современного естествознания. 2006. № 1. С. 50.

5. Воронина Л.П., Яценко М.К., Трубников Г.А., Афанасьев Ю.А., Уклистая Т.А., Полунина О.С. Роль эндотелина-1 в развитии хронической обструктивной патологии легких // Фундаментальные исследования. 2004. № 6. С. 45.

6. Гаджиева П.Х., Дикарева Л.В., Полунина О.С., Воронина Л.П., Давыдова И.З. Применение метода лазерной доплеровской флоуметрии для оценки состояния микроциркуляции фетоплацентарного комплекса на фоне табакокурения // Астраханский медицинский журнал. 2016. Т. 11. № 1. С. 81-89.

7. Маклакова Н.В., Нуржанова И.В., Полунина О.С., Воронина Л.П. Состояние микрокровотока у больных бронхиальной астмой по результатам расчетных индексов // Астраханский медицинский журнал. 2010. Т. 5. №2. С. 52-57.

8. Полунина Е.А. Клинико – диагностическое значение вазорегулирующей функции сосудистого эндотелия и уровня натрийуретического пептида типа С при бронхиальной астме : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Астраханская государственная медицинская академия. Астрахань, 2011. 23 с.

9. Прокофьева Т.В., Яценко М.К., Воронина Л.П., Полунина Е.А. Базисные показатели микроциркуляции при исследовании кожного кровотока методом лазерной доплеровской флоуметрии у пациентов со стенокардией напряжения III и IV функциональных классов // Успехи современного естествознания. 2007. № 12. С. 113-114.

10. Прокофьева Т.В., Яценко М.К., Воронина Л.П., Полунина Е.А. Тепловая проба у больных стабильной стенокардией напряжения III функционального класса в процессе стационарного лечения при ЛДФ-тестировании // Фундаментальные исследования. 2007. № 12. С. 91.

11. Рассказов Н.И., Трубников Г.А., Воронина Л.П., Яценко М.К., Уклистая Т.А., Бредихин М.В. Лазерная доплеровская флоуметрия в оценке кожной микроциркуляции // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004. № 2. С. 23-26.

12. Садретдинов Р.А., Галимзянов Х.М. Изменения микрососудистого русла при инфекционных лихорадках // Астраханский медицинский журнал. 2012. Т. 7. № 2. С. 93-95.

13. Чазов Е.И., Голицын С.П. Руководство по нарушениям ритма сердца. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 414 с.

14. Шальнова С.А., Деев А.Д., Капустина А.В., Харлап М.С., Баланова Ю.А., Константинов В.В., Бойцов С.А. Ассоциации между фибрилляцией предсердий и смертностью от различных причин у российского населения // Кардиология. 2015. Т. 55. № 12. С. 70-76.

15. Якушева Э.В., Уклистая Т.А., Воронина Л.П., Полунина О.С., Севостьянова И.В. Состояние микрокровотока у больных хронической обструктивной болезнью легких по результатам расчетных индексов // Астраханский медицинский журнал. 2011. Т. 6. № 2. С. 118-120.

16. Яценко М.К., Воронина Л.П., Трубников Г.А., Рассказов Н.И., Полунина О.С. Кожная микроциркуляция у больных с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких // Успехи современного естествознания. 2005. № 12. С. 101.

17. Яценко М.К., Прокофьева Т.В., Воронина Л.П., Полунина О.С. Коррекция микроциркуляторных нарушений у больных с ишемической болезнью сердца // Астраханский медицинский журнал. 2009. Т. 4. № 3. С. 92-98.

АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Хрипунова А.А.

доцент кафедры общественного здоровья, организации здравоохранения и медицинской информатики,
Ставропольский государственный медицинский университет,
Россия, г. Ставрополь

Халецкая А.А.

студентка 5 курса педиатрического факультета, Ставропольский государственный медицинский университет, Россия, г. Ставрополь

Качан Т.В.

студентка 4 курса лечебного факультета, Ставропольский государственный медицинский университет, Россия, г. Ставрополь

В статье рассматриваются основные показатели обеспеченности стационарной помощью населения Ставропольского края. Обеспеченность койками в крае ниже, чем по Российской Федерации, но выше, чем в СКФО. Из числа круглосуточных коек в наибольшая доля приходится на терапевтические. Летальность в целом по краю за последний год ниже среднего по Российской Федерации. Развиваются стационарозамещающие формы медицинской помощи.

Ключевые слова: стационарная помощь, уровень госпитализации, обеспеченность койками.

Стационарная (больничная, госпитальная) медицинская помощь в настоящее время представляет собой наиболее ресурсоемкий сектор здравоохранения [1. с. 68]. В стационарных учреждениях сосредоточены основные материальные ресурсы отрасли (дорогостоящие здания, сооружения, оборудование, транспорт и т.д.), на содержание учреждений этого типа тратится в среднем 60-70% всех ассигнований, выделяемых на здравоохранение [2. с. 94].

В стационарах Ставропольского края на конец 2015 г. развернуто 20657 коек (20382 – подчинение) в круглосуточных стационарах, 5287 мест в дневных стационарах, в санаториях 501 койка и 154 койки в домах ребенка. Обеспеченность населения края круглосуточными койками в 2015 году – 73,8 на 10 тыс. населения (в 2014 году – 73,5).

Обеспеченность койками в крае ниже, чем по Российской Федерации (77,8), но выше, чем в СКФО (69,6). Из числа круглосуточных коек в 2015 году наибольшая доля приходится на терапевтические – 13,0%, психиатрические – 9,1%, неврологические – 8,2%, инфекционные – 7,3%, хирургические – 6,9%.

За последний год значительно снизилась длительность пребывания больных на койках аллергологического, геронтологического, дерматологического, психиатрического, реабилитационного, ортопедического, кардиохирургического, торакальной хирургии, беременных и рожениц, гастроэнтерологического профилей и увеличилась длительность лечения на койках патологии беременности, венерологических, пульмонологических койках. В

среднем по краю длительность лечения больного в 2015 году не изменилась по сравнению с 2014 годом и составила 10,9 дней.

Летальность в целом по краю за последний год составляет 1,2%, что выше предыдущего года на 0,1%. Но показатель ниже среднего по Российской Федерации (1,6%). Наиболее высокий показатель летальности на туберкулезных (3,77%), сестринского ухода (2,7%), неврологических (2,4%), кардиологических (1,7%) койках. Значительно ниже, чем в среднем по краю и РФ летальность на гинекологических (0,01%), ревматологических (0,02%), проктологических (0,08%), ортопедических (0,05%), онкологических (0,07%), гематологических (0,1%), педиатрических (0,1%), урологических (0,14%) койках.

В структуре госпитализированных взрослых наибольшая доля больных с болезнями системы кровообращения 23,3 %, беременностью, родами и послеродовым периодом – 15,2 %, болезнями органов пищеварения – 9,5 % и мочеполовой системы – 9,5 %.

Основные причины госпитализации детей в 2015 году: болезни органов дыхания – 35,8 %, инфекционные и паразитарные болезни – 11,4 % и отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 10,2 %.

В структуре госпитализированных взрослых больных наибольшие сроки лечения с туберкулезом органов дыхания – 111,3 дней, психическими расстройствами – 37,2, инфекционными и паразитарными заболеваниями – 31,5, переломами – 13,2, острым инфарктом миокарда – 12,8. Наибольшие сроки лечения детей больных туберкулезом органов дыхания – 208,2, психическими расстройствами – 18,0, хронические ревматические болезни сердца – 17,1 дней.

Показатель больничной летальности остался на прежнем уровне – 1,41%, наибольшая летальность от острого инфаркта миокарда – 15,76%, болезней печени – 9,53%.

Из общего числа мест в дневных стационарах 5287 развернуто при больницах 1869 (35,3%), при поликлиниках 3418 мест (64,7%). Обеспеченность местами на 10 тыс. населения – 18,9 (в 2014 году – 18,4).

В дневных стационарах (при поликлинике и стационаре) пролечено 154606 пациентов, что на 4917 (на 3,3%) больше, чем в 2014 году – 149689, со средними сроками лечения 11,4 дней (11 в 2014 г.).

В составе выписанных из дневных стационаров взрослых преобладают пациенты с болезнями системы кровообращения – 59477 чел. (39,8%), болезнями костно-мышечной системы – 16759 чел. (11,2%), нервной системы – 15242 чел. (10,2%); из числа пролеченных детей доминируют болезни нервной системы – 3978 чел. (42,7%), органов дыхания – 2048 чел. (22%) и органов пищеварения – 1646 чел. (17,7%).

Средняя занятость мест в дневных стационарах в течение 2015 года по краю в больничных учреждениях 326,4, а при поликлинике 332,2, что соответствует уровню данных по Российской Федерации.

Список литературы

1. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 608 с.
2. Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 256 с.

АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Хрипунова А.А.

доцент кафедры общественного здоровья, организации здравоохранения и медицинской информатики,
Ставропольский государственный медицинский университет,
Россия, г. Ставрополь

Сневак Р.С.

ассистент кафедры общественного здоровья, организации здравоохранения и медицинской информатики,
Ставропольский государственный медицинский университет,
Россия, г. Ставрополь

Гейко О.А., Караханова М.П.

студентки 5 курса лечебного факультета,
Ставропольский государственный медицинский университет,
Россия, г. Ставрополь

В статье рассматриваются основные показатели профилактической работы амбулаторно-поликлинической службы Ставропольского края. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления. Также важное значение в работе первичного звена здравоохранения медицинские осмотры, направленные на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Ключевые слова: профилактика, диспансеризация, медицинские осмотры.

На современном этапе развития общества проблемы охраны и укрепления здоровья населения приобретают первостепенное значение, определяющее национальную безопасность государства. В принятых в последние годы важных государственных документах «Концепция развития здравоохранения до 2020 года» и программе «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» профилактика провозглашена в качестве стратегического направления, дающего возможность предотвратить заболевания, сократить преждевременную смертность и инвалидность.

Профилактические мероприятия – важная составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни [1. с. 54].

Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что диспан-

серизация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации. Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации [2. с. 156].

Для реализации данного Закона издан Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». При диспансеризации проводится осмотр специалистами, УЗ-исследования, исследуются гормональный фон, содержание сахара в крови, мышечная масса. Разработаны скрининги проведения диспансеризации наиболее часто встречающихся заболеваний: скрининг на выявление дислипидемий, колоректальный рак, маммографический скрининг и другие.

В 2015 году число охваченных диспансеризацией больных в Ставропольском крае уменьшилось с 710,0 тыс. (2014 г.) до 707,1 тыс. (на 0,4%). На диспансеризации состоит в 2015 г. 601,4 тыс. взрослых, 27,6 тыс. подростков и 78 тыс. детей.

В структуре диспансерных больных у взрослых на первом месте болезни системы кровообращения – 24,3%, эндокринологической системы – 18,6%, психические расстройства – 9,3%, новообразования – 9,8%, болезни органов пищеварения – 7,5%. У подростков: болезни органов пищеварения – 14,4%, болезни органов дыхания – 11,5%, болезни глаза – 14,2%, болезни костно-мышечной системы – 12,4%, болезни нервной системы – 11,7%. У детей: болезни органов дыхания – 17,6%, болезни органов пищеварения – 12,8%, болезни нервной системы – 13,4%, болезни костно-мышечной системы и мочеполовой системы – 5,3%, болезни глаза – 14,0%.

Не утратили своего значения в работе первичного звена здравоохранения медицинские осмотры. Охват взрослого населения края медицинскими осмотрами к числу подлежащих составил 89,0% (в 2014 г. – 97,2%). Охват детей-школьников (0-14 лет) медицинскими осмотрами в 2015 году составил 89,9 %, что несколько ниже, чем в 2014 г. (97,9 %). Целевые осмотры на выявление больных туберкулезом ежегодно достигают высокого уровня, как среди детского, так и среди взрослого населения. Охват населения края осмотрами с целью выявления больных туберкулезом в 2015 незначительно изменился по сравнению с 2014 годом и составил 807 на 1000 населения (в 2014 году – 806), т.е. охвачено осмотрами 80,7% населения края.

Таким образом, стратегия усиления индивидуальной профилактики заболеваний является важным практическим шагом в модернизации профилактической помощи населению в первичном звене здравоохранения.

Список литературы

1. Амлаев К.Р., Муравьева В.Н. Общие и частные вопросы медицинской профилактики. Москва: Илекса, 2016. 576 с.
2. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 608 с.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ, ВЫЗВАННОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Чаплыгин Р.А.

студент, Ставропольский государственный медицинский университет,
Россия, г. Ставрополь

В статье рассматриваются патоморфологические изменения в системе мать-плацента-плод при развитии тяжелой преэклампсии, причиной которой явились заболевания почек матери различного происхождения.

Ключевые слова: тяжелая преэклампсия, система мать-плацента-плод, патология почек, патоморфологическая картина.

Преэклампсия – синдром, обусловленный невозможностью адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода. Являясь одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности, ПЭ чаще всего возникает на фоне экстрагенитальной патологии и влечет за собой сложные патоморфологические изменения в системе мать-плацента-плод. Обострение хронического или возникновения острого заболеваний почек в период беременности резко повышает риск развития ПЭ различной степени тяжести.

Средний возраст обследуемых женщин составил $24,8 \pm 2,3$ года. При детальном исследовании анамнеза установлена высокая частота экстрагенитальной патологии, а именно болезни почек: тяжелое течение диабетической нефропатии в 20% случаев, заболевание почек неуточненного генеза в 20% случаев и тубуло-интерстициальный нефрит, сопровождающийся гломеруло-нефритом смешанной формы в стадии обострения в 60% случаев.

В результате поражения клубочков и последующего вовлечения в патологический процесс интерстиция с тенденцией к прогрессированию и переходом в нефросклероз у исследуемых женщин развилась клиника тяжелой преэклампсии, регистрируемая до 29 недель.

Основные изменения в плаценте, вызванные нарушением маточно-плацентарного кровообращения, целесообразно разделить на две группы. В первую входят изменения, возникшие остро. Их причиной явилась непосредственно тяжелая преэклампсия. К ним относятся: кровоизлияния в базальной пластинке, межворсинчатом пространстве, тромбоз отдельных вен пластинки, участки мелко- и крупноочаговых инфарктов с некротизированными вор-

синами хориона в центре. Во вторую группу относятся хронические изменения, причиной которых являются заболевания почек матери.

Хроническая плацентарная недостаточность была выявлена в 100% случаев: субкомпенсированная плацентарная недостаточность в 80% случаев, декомпенсированная плацентарная недостаточность в 20%. Гипоплазия плаценты наблюдалась в 80%. При исследовании гистологических препаратов плаценты были выявлены дистрофические изменения в виде гиалиноза цитоплазмы синцития, наблюдались участки пролиферации с образованием синцитиальных почеч при наличии участков с неразвитыми терминальными ворсинами. В строме ворсин определялись неравномерное полнокровие и отек, скопление фибробластов, макрофагов, наличие псевдоинфарктов [2].

Частичная непрогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты наблюдалась в 20% случаев. Признаки инфицирования плаценты были выявлены в 40% случаев.

Нарушения в системе плодово-плацентарного кровообращения привели к развитию острых и хронических нарушений, компенсаторные механизмы к которым были развиты в недостаточной степени или отсутствовали вовсе [3].

При изучении пуповины было выявлено, что ее сосуды были ишемичными с наличием стаза, сладж феномена. Гипоплазия одной из артерий пуповины (40%), тромбоз (20%). Наблюдалось нарушение строения эндотелиально-мускулярной системы, малое количество вартонова студня.

Острые и хронические патологические процессы в плаценте привели к нарушениям основных органов и систем плода. Синдром задержки внутриутробного развития плода наблюдался в 40% случаев. Гистологическая незрелость легочной паренхимы в 40%, отечно-геморрагический синдром в 100%.

Венозное полнокровие и межутробный отек миокарда в 100%. Фиксировались дистрофические изменения кардиомиоцитов, фиброз и отек эндокарда, отечный перикард. Внутрижелудочковые кровоизлияния наблюдались в 80% [1].

По жизненным показаниям как со стороны матери (в 100% случаев), так и со стороны плода (в 60% случаев) было произведено родоразрешение путем операции КС (в 60%) и плодоразрушающие операции (в 40%).

Масса новорожденных колебалась от 400 гр. до 1600 гр. Рожденные дети были недоношенными и при выживаемости имели такие серьезные осложнения неонатального периода, как респираторный дистресс-синдром (РДС), дыхательная недостаточность, ателектазы легких новорожденного, что потребовало реанимационных мероприятий с использованием ИВЛ.

Аntenатальная гибель плода наблюдалась в 40% случаев, неонатальная смертность наблюдалась в 60% случаев.

Причины смерти в антенатальном периоде: антенатальная асфиксия в 20%, множественные врожденные пороки развития в 20%. В неонатальном периоде: ранний неонатальный сепсис 20%, множественные врожденные пороки развития в 20 %, ВЖК в 20%.

Список литературы

1. Ивановской Т.Е., Гусман Б.С. М.: Патологическая анатомия болезней плода и ребёнка – Руководство. Т. 1 – Медицина, 1981. С. 363-373.
2. Ляличкина Н.А. Морфологические изменения в плаценте у беременных с маточно-плацентарной недостаточностью / Г.В. Фомина, Н.А. Ляличкина, Е.П. Тюрина, О.М. Казакова // Естественно-технические исследования: теория, методы, практика. Межвуз. сборник научных трудов, - Вып. XI. Саранск, Ковылк. тип. 2009. – С.86-87.
3. Милованов А.П. Патология системы мать – плацента – плод: Руководство для врачей. – Медицина, 1999. – 448 с: ил.

«МЕДИЦИНСКАЯ ЛАТЫНЬ» И МЕЖПРЕДМЕТНАЯ КОММУНИКАЦИЯ: НЕ ТОЛЬКО ТЕРМИНОЛОГИЯ

Шиловский Д.П.

старший преподаватель кафедры латинского языка и основ терминологии,
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Россия, г. Москва

В статье предлагается способ усваивания и систематизации медицинских терминов путем погружения их в т. н. «пространство парадокса». Гуманитарная контекстная составляющая и междисциплинарная коммуникация, имманентные предмету «Латинский язык и основы медицинской терминологии», предоставляют не только очевидные мнемонические преимущества, но становятся также важными составляющими актуальных проектов регуляции медицины и медицинского образования.

Ключевые слова: латинский язык, гуманитарный контекст, междисциплинарная коммуникация, регуляция медицины.

Считается общеизвестным фактом, что студенты I курса медицинских ВУЗов, на котором преподается предмет «Латинский язык и основы терминологии», в значительной своей части имеют достаточно ограниченные навыки изучения иностранных языков, тем более древних. Используемые традиционные методы запоминания медицинских терминов, впрочем, не всегда позволяют справиться с громадными объемами необходимой к заучиванию лексики, и не только по указанному предмету, но и, например, в изучаемом одновременно курсе анатомии. Изучение же грамматики даже в традиционном объеме курса «медицинской латыни» предполагает владение некоторыми навыками систематических построений, что, учитывая интересные особенности сегодняшнего обучения учащихся выпускных классов, представляет для многих новоиспеченных студентов настоящую проблему [1, с. 6].

Кроме того, в силу некоторых своих специфических особенностей, дисциплина «Латинский язык и основы медицинской терминологии» считается предметом с неявно выраженным эмоциональным фоном и, как «мертвый язык», не всегда понятной первокурснику мотивацией к изучению, что создает для последнего серьезные дополнительные трудности.

Традиционные способы запоминания латинских и греческих терминов предполагают, среди прочего, использование уже известных студенту дериватов из по возможности более-менее *смежных* с медициной дисциплин: так, греческая приставка endo- запоминается с помощью «эндотермической реакции» и «эндоскопа».

Нами предлагается использование так называемых «апробированных мнемонических цепочек», составленных из элементов, принадлежащих к весьма взаимоудаленным областям человеческого знания и деятельности, что позволяет создать «культурный шок», столь необходимый в том числе и для запоминания терминов из самых разных областей медицинского, и не только медицинского дискурса.

Такая «мнемоническая цепочка» вводится в виде вопроса, составленного по типу «что общего между...», после чего следует последовательность предположительно хорошо знакомых студенту, но этимологически не осознаваемых им лексем, по возможности входящих в его повседневную речь и относящихся к никак, на его взгляд, не пересекающимся областям человеческой деятельности.

Эти «цепочки» могут насчитывать от двух до четырех элементов, которые должны «активировать» наибольшее количество включающих их терминов во всех традиционных разделах курса.

Пример: *«Что общего между яичником, светофором, фосфором и Люцифером?»* Эта «цепочка» дает возможность твердо запомнить название органа по-гречески, запомнить соответствующий терминологический элемент и, соответственно, включающие его термины, понять мотивировку номинации химического элемента, а одно из общеизвестных имен врага рода человеческого надежно свяжет и закрепит в памяти греческий и латинский глаголы *phero / fero* со всеми их многочисленными производными в самых различных областях медицинской терминологии, вплоть до названия препарата «эффералган».

Таким образом, знаменитый «неявно выраженный эмоциональный фон» преподавания древних языков, о котором достаточно написано со времен А. П. Чехова, изменяется разительным образом: из пассивного реципиента скучной греко-латинской премудрости студент превращается вдруг в коллегу, в активного самостоятельного субъекта разыскания этой самой премудрости, которая, оказывается, живет на каждом шагу в языке, а, следовательно, и в мире. Такие неожиданные кросс-культурные и междисциплинарные «сближения» становятся в том числе своеобразным *remedium corrigens*, яркой и ароматной упаковкой, столь необходимой для «приема внутрь» твердых и шершавых гранитных булыжников науки.

Сказанное ни в коем случае не предполагает усиление ненавистного инфантильно-развлекательного компонента в ущерб академической стороне дела, и менее всего хотелось бы приветствовать превращение трудного учебного процесса в безусловно увлекательные для первокурсников облегченные разговоры по различным занимательным поводам. Тем не менее, дисциплина, которая называется «Латинский язык», в силу своей собственной приро-

ды, по определению предполагает привлечение необходимой междисциплинарной, и в первую очередь гуманитарной контекстной информации в силу ее профессиональной необходимости не только образованному специалисту-медику, но и просто образованному человеку [2, с. 3]. Необходимость эта не состоит только в общекультурно-гуманитарном облагораживании будущего стоматолога или проктолога, и даже не только в поправлении нынешней ситуации с элементарной орфографической и пунктуационной грамотностью в том числе и русского письменного языка. Межпредметная коммуникация неизбежно связана с формированием навыков самостоятельного наблюдения, фиксации, анализа *неочевидных интертекстуальных пересечений*, что имеет прямое отношение к выработке как мнемонических навыков, так и самостоятельного системного мышления (crystal intellect), значительно усиливая при этом компонент эвристический (liquid intellect), когда, в том числе в предлагаемом «пространстве парадокса», едва ли не взаимоисключающие высказывания, предметы, явления вдруг окажутся неотъемлемыми частями прихотливой, но последовательно организованной структуры (в приведенном примере – общим семантическим компонентом «нести», выраженным греческим pher-/phor- и латинским fero).

Кроме того, например, нельзя исключить, что иные пытливые студенты обязательно зададут вопрос об удивительном совпадении грамматически идентичных глагольных форм двух разных языков – древнегреческого и латинского, отчего переход к информации об индоевропейском языковом родстве, серьезно раздвигающей горизонты исторической памяти человека, делается органичным и естественным. Об этом же сообщат, например, одинаковые флексии *nom.*, *acc. pl. neutr.* древнегреческого, русского и латинского языков.

Таким образом, проблема привлечения гуманитарной контекстной информации выходит за рамки собственно оптимизации запоминания специальной лексики, становится необходимой составляющей решения актуальной проблемы гуманизации, а, точнее, регуманизации медицины.

Латинский язык, таким образом, *mutatis mutandis*, может частично вернуть себе функцию, носителем которой он всегда был – функцию агрегатора и самоподразумеваемого проводника гуманитарной и, в силу этого, неизбежно гуманистической составляющей медицинского, и не только медицинского образования.

Список литературы

1. Тритенко Т. В. Медицинская терминология и древнегреческий язык: Учебное пособие. М.: Лабиринт, 2009. 106 с.
2. Чернявский М. Н. Латинский язык и основы медицинской терминологии. М.: Медицина, 1997. 336 с.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДИКТОРОВ НА КЛИНИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДАННОЙ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Шульпина Н.Ю.

аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины),
ФГБОУ ВО «СГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Россия, г. Саратов

Абызова Н.В.

старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины),
ФГБОУ ВО «СГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Россия, г. Саратов

Бочкарева Г.Н.

старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины),
ФГБОУ ВО «СГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Россия, г. Саратов

Долгова Е.М.

доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), к.м.н.,
ФГБОУ ВО «СГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Россия, г. Саратов

В статье приводятся доказательства прогрессивного снижения суммарный показателя качества жизни и показателя общей оценки восприятия жизни, а также показателей качества жизни респондентов в большинстве сфер по мере прогрессирования артериальной гипертензии и присоединения сердечно-сосудистых осложнений. Превенция прогрессирования артериальной гипертензии, развития сердечно-сосудистых осложнений, снижения качества жизни больных артериальной гипертензией определяется доступностью лекарственной медицинской помощи в амбулаторных условиях, минимизирующей влияние социальных предикторов на клинический и социальный прогноз и качество жизни данной категории больных.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые осложнения, качество жизни, доступность медицинской помощи.

На протяжении нескольких десятилетий в медицинской практике используют качество жизни (КЖ) как один из критериев эффективности лечения хронического заболевания и качества оказания медицинской помощи. Современные социально-экономические условия, модернизация здравоохранения и развитие медицинской науки обуславливают необходимость совер-

шенствовать медицинскую помощь и оценку ее результатов, используя исследования показателей КЖ.

В последние десятилетия в России отмечается увеличение числа больных, страдающих различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, которые нуждаются в оказании паллиативной помощи. Цель институционализации паллиативной помощи заключается в достижении максимально возможного уровня здоровья, качества жизни и ресоциализации лиц, находящихся в ситуации болезни [1].

Исследование КЖ пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, с принципиально новых позиций раскрывает многоплановую картину болезни, дает представление об основных сферах жизнедеятельности пациента: физической, психологической, духовной, социальной, финансовой. КЖ, связанное со здоровьем, включает компоненты, позволяющие провести дифференцированный анализ влияния болезни и лечения на состояние больного.

Медицинская помощь является облигатным модифицируемым предиктор КЖ больных [2]. Исследования Всероссийского центра уровня жизни показывают, что между уровнем и КЖ людей, а также состоянием их здоровья существует четкая взаимосвязь и взаимозависимость. Низкое качество и уровень жизни приводят к невозможности в должной мере заботиться о здоровье, а ограничения здоровья не позволяют нормально зарабатывать и обеспечивать достойную жизнь. Таким образом, бедность, низкое КЖ и плохое здоровье сопровождают друг друга [3].

В 2010-2015 гг. в амбулаторно-поликлинических учреждениях города Саратова проводилось исследование КЖ пациентов трудоспособного возраста, страдающих АГ. В исследование были включены 409 респондентов с неосложненной АГ и 238 респондентов, страдающих АГ и ИБС, из них 54,1% (350 респондентов) были респонденты женского пола и 45,9 % (297 респондентов) – респонденты мужского пола. Диагноз АГ респондентам был установлен в соответствии Рекомендациями Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов [4]. Контрольная группа была включает 384 клинически здоровых респондента трудоспособного возраста, из которых 53,3% женщин и 47,7% мужчин. Оценка качества жизни респондентов, страдающих АГ в ситуациях болезни, проводилось с использованием опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100).

В исследовании установлено снижение суммарного показателя качества жизни и показателя общей оценки восприятия жизни в группе пациентов с артериальной гипертензией по сравнению с клинически здоровыми респондентами

Статистически значимое снижение показателя качества жизни в группе респондентов с артериальной гипертензией по сравнению с клинически здоровыми респондентами установлено в Физической сфере и сфере «Уровень независимости».

При анализе показателей качества жизни респондентов двух групп (пациентов с артериальной гипертензией и респондентов контрольной группы) установлено статистически значимое снижение показателей качества жизни во всех субсферах Физической сферы («Физическая боль и дискомфорт», «Жизненная активность, энергия и усталость», «Сон и отдых»), субсфере «Самооценка» Психологической сферы, субсферах «Зависимость от лекарств и лечения» и «Способность к работе» сферы «Уровень независимости», субсфере «Практическая социальная поддержка» сферы «Социальные взаимоотношения», субсфере «Транспорт» сферы «Окружающая среда».

По мере прогрессирования артериальной гипертензии и присоединения сердечно-сосудистых осложнений прогрессивно снижаются суммарный показатель качества жизни и показатель общей оценки восприятия жизни, а также показатели качества жизни респондентов в большинстве сфер (кроме сферы «Окружающая среда» и «Духовная» сфера).

Таким образом, при прогрессировании артериальной гипертензии и присоединении сердечно-сосудистых осложнений снижение качества жизни клинически и социально детерминировано. Превенция прогрессирования артериальной гипертензии, развития сердечно-сосудистых осложнений, снижения качества жизни больных артериальной гипертензией определяется доступностью лекарственной медицинской помощи в амбулаторных условиях, минимизирующей влияние социальных предикторов на клинический и социальный прогноз и качество жизни данной категории больных.

Список литературы

1. Кром И.Л., Еругина М.В., Новичкова И.Ю. Современные тенденции паллиативной помощи в ракурсе первичной медико-санитарной практики // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4. № 10. С. 1085-1086.
2. Кром И.Л., Еругина М.В., Сазанова Г.Ю. Векторы оптимизации качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Саратовский научно-медицинский журнал. 2015. Т. 11. № 1. С. 062-065.
3. Бобков В.Н. Преодоление бедности, повышение уровня и качества жизни населения – первоочередная задача и главное условие успешного развития России // Уровень жизни населения регионов России. 2005. № 10. С. 16-19.
4. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. Системные гипертензии. 2010. № 3. С. 5-26.

СЕКЦИЯ «ФИЛОСОФСКИЕ НАУКИ»

СПОСОБЫ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕНТАЛЬНОСТИ В ХУДОЖЕСТВЕННОМ ТЕКСТЕ

Гаджиева А.А.

доцент кафедры русской литературы, доцент,
Дагестанский государственный университет, Россия, г. Махачкала

Дадаева С.Р.

студентка 4 курса психологического факультета,
Дагестанский государственный университет, Россия, г. Махачкала

В статье рассматривается влияние ментальности автора на произведение: выбор темы, системы образов, характер и поступки героев. Акцентируется внимание на знании системы этнических координат при анализе для верного понимания, трактовки текста.

Ключевые слова: ментальность, этнос, характер персонажа, анализ произведения.

О силе воздействия менталитета на людей достаточно убедительно высказался М.А. Розов (в данном исследовании термин «менталитет» используется как понятие, производное от термина «ментальность»): «Менталитет – это то, что полностью не высказано, не осознано, не сформулировано, но существует и определяет отношение человека к миру. Оно существует на уровне образцов поведения, образцов выбора, на уровне отдельных оценок и предпочтений, которые, не оставаясь гласом вопиющего в пустыне, подхватываются другими людьми и формируют незаметно их сознание. Это некоторая традиция, которая подобно мощному потоку увлекает людей и незаметно заставляет их делать и говорить то, что делают и говорят другие, создавая при этом иллюзию естественности и безусловности собственного поведения» [1, с. 52].

Итак, ментальность – это система этнических констант, которая является той призмой, сквозь которую человек смотрит на мир. При такой постановке вопроса возникает проблема взаимодействия носителей культуры – представителей разных типов ментальностей и подходы к возможности унифицирования типов восприятия, переработки информации и взаимодействия их на сходных уровнях. Если ментальность как коллективно-личностное образование представляет собой устойчивые духовные ценности, то именно они являются не только основой поведения, но в целом специфической матрицей восприятия мира. В целостном виде они проявляются как в идеалах, языке, образе жизни, так и в вариантах осознанного восприятия тех или иных явлений действительности. Принадлежность к разным типам культуры демонстрируют неизбежные расхождения, вытекающие из самого факта существования, функционирования и самосознания культур.

Знание этнической ментальности позволяет понять поступки этносов, верно трактовать их мотивацию, на политическом уровне предвидеть ситуа-

ции и избежать недопонимания. Эти же знания необходимы при изучении культуры для верно восприятия искусства, музыки, литературы и т.д.

Как влияет знание ментальности определенного этноса на восприятие и верную трактовку в области литературы, можно рассмотреть на примере яркого памятника дагестанской словесности героической песни «Хочбар». Сюжет нам известен еще со школьной скамьи. Песня, дошедшая до нас, повествует о трагическом финале – гибели героя. Именно на этом последнем этапе жизни и сосредоточенно содержание песни. Но что хочет донести неизвестный сказитель, в чем заключается символическое содержание песни?

Хочбар – герой, который сражался с деспотией ханов. Хунзахский хан приглашает в гости героя-гидатлинца к себе в гости. Хочбар понимает, что его может ждать там гибель, но решает идти, чтобы отказ его не сочли за трусость. Опасения героя оправдались: хан, заманив его в гости, связал и решил сжечь на костре, чтобы все видели, как он расправляется со своими врагами. Перед казнью нуцал просит Хочбара спеть, тот соглашается. Как впоследствии оказалось, он согласился петь, только для того, чтобы ему развязали руки. Во время песни Хочбар подходит к детям хана, хватает их и вместе с ними прыгает в огонь.

С точки зрения современности человек, совершивший такой поступок, достоин осуждения, нежели признания его героем. С этим можно согласиться, если не знать особенностей горской ментальности: традиции – незыблемая основа морали горца. Наш герой чтит законы гор: если тебя пригласили в гости, ты должен пойти, чтобы не обидеть и не оскорбить отказом хозяина, даже если тебя пригласил враг. Он идет, у него нет выбора, иначе все вокруг сочтут его трусом, а это для горца позорно. «Герой умирает однажды, а трус тысячи раз», – гласит горская пословица. Хочбар не просто идет в гости, опять-таки, он соблюдает традиции, несет подарки: коня для нуцала, перстеня для ханши, кисею для дочери, хунзахцам – быка.

Один из важных, старых обычаев – обычай гостеприимства – нарушает хан, связывает гостя, чтобы расправиться с ним. Хочбар, понимая, что его обманули и хотят убить, прыгает в огонь вместе с детьми хана. Нуцал просит милости, обещает не приносить больше бед его народу, но Хочбар уже ему не верит. Нуцала и его детей Хочбар рассматривает в единстве. Дети – это будущие нуцалы, такие же угнетатели народа, и, сгорая на костере вместе с ними, он освобождает от них свой народ.

С точки зрения горцев того времени, эта позиция оправдывает действия героя. Хочбар чтит законы. Он воплощение традиций. Да, он угоняет стада богатых хунзахцев, убивает их, но общество одобряло его, так как он руководствовался понятиями горской чести. Нуцал же нарушает адаты, переступает обычаи и несет наказание.

Таким образом, вопрос признания Хочбара героем, это вопрос признания горских понятий, горской ментальности. При анализе произведения другого этноса (и не только произведения) необходимо учитывать, что «логика национальной ментальности обычно не объяснима с точки зрения здравого

смысла. Она узуальна, т.е. рассыпается, если отделена, изъята из контекста традиционного сознания и культуры» [1, с. 57].

Современный горец этого бы делать не стал, потому что ментальность, ментальные установки, медленно, но меняются в сторону европеизации. Тому, что ментальность меняется, свидетельствует много фактов, вот один из них. В мусульманском мире невозможно было развитие банковского дела, потому что ростовщичество осуждалось исламом, не было исламских банков. Но уже в XX веке, под давлением обстоятельств, была придумана такая формула, которая позволила внедрить банковскую систему в исламские государства. И это, может быть, веление времени такое, что никуда не денешься, и надо с этим считаться.

Национальное своеобразие, национальные особенности восприятия мира находят яркое отражение в культуре этносов. Стиль культуры определяет совокупность ценностей установок, стереотипов, особенностей мышления, что представляет собой широкое понятие ментальности.

Список литературы

1. Розов М.А. Проблема понимания и объяснения в гуманитарных науках // Философия. Общество. Культура. Изд. «Самарский университет». Самара. 2007. 124 с.

ДВИЖЕНИЕ КАК ОНТОЛОГИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ В РАННЕЙ ГРЕЧЕСКОЙ ФИЛОСОФИИ: ГЕРАКЛИТ, ПАРМЕНИД, ДЕМОКРИТ

Плотников В.В.

Кубанский государственный аграрный университет,
Россия, г. Краснодар

Античная философская традиция берет начало с постановки сущностных, то есть изначально онтологических вопросов, а первой предметностью философии становится Космос, бытие, движение. В этот период вырабатываются теоретические способы онтологического познания, которые надолго определяют развитие философии и науки. Некоторые из них обретают новую актуальность в связи с трансформацией исследовательских подходов в современном естествознании.

Ключевые слова: философия, естествознание, движение, бытие, время, изменение, развитие, материя.

Проблема онтологического обоснования движения в философии одна из древнейших и связана с фундаментальным вопросом, каким образом и в качестве чего существует движение, что составляет его сущность, начало. Для античной философской традиции истина – это в первую очередь онтологическая категория, которая выражает характеристику самой реальности, а уже потом нашего познавательного отношения к ней [3]. Истинными и не истинными становятся сами формы реальности, при этом одним из определяющих принципов становится самотождественность, то есть адекватность са-

мому себе, что фиксируется в понятии сущность, как неизменная основа явлений, которая и составляет предмет знания.

В ранней греческой философии оформляется три подхода, а вместе с тем и три способа соотнесения категории бытия и движения. У Гераклита принцип движения является всеобщим. Движение представляет собой становление, в котором можно усмотреть соприкосновение (совпадение) бытия и небытия [2, 6]. Диалектические воззрения Гераклита дают право на существование как минимум двух противоположных интерпретаций его идеи. С одной стороны, движение, становление вторично по отношению к бытию и небытию, и выступает как результат их столкновения, таким образом можно прийти к трехуровневой модели мироустройства: бытие-становление-небытие. С другой стороны, можно предположить и то, что бытие и небытие вторичны по отношению к становлению. Они выступают скорее абстракциями по отношению к чистой изменчивости, которая не нуждается в какой-либо опоре. Подобная идея получает продолжение и развитие в философских и естественнонаучных воззрениях А. Бергсона [1].

Парменид, отрицая небытие, приходит к выводу о не существовании движения и единстве бытия [6]. Знаменитые апории Зенона элейского показывают, что если движение представить континуальным, мы просто не сможем найти то, из чего состоит, а вместе с тем слагается движение. Если движение состоит из движений, то тогда движению ничто не предшествует, как его основа, следовательно, движение существует все сразу. Геометрический смысл апорий в том, что прямая линия не состоит из точек, путь может состоять только из отрезков, отрезки в свою очередь из более маленьких отрезков, и так далее до бесконечности. Ничего более фундаментального в отрезке мы не найдем. При этом сколь угодно маленький отрезок – это тоже путь, который не преодолевается сразу, но постепенно. Невозможность движения вытекает из невозможности объединения пространства, как сущего сразу и пространства, которое образуется постепенно: путь существует изначально весь сразу, и он складывается из того, что существует сразу, а пройденный путь образуется постепенно. Зенон Элейский, по большому счету доказывает, что движение оказывается немыслимым, если механистический образ движения как перемещения в однородном пространстве и времени перенести на микромир. Немыслимо не только то, из чего «состоит» движение, но и то, каким образом оно способно начаться, или завершиться. Подобные воззрения были преодолены только с возникновением механико-математического естествознания и дифференциально-интегрального исчисления, однако для квантовой механики «ложность» апорий Зенона уже не столь очевидна и однозначна.

Демокрит решает проблему движения, представив его как перемещение в себе неподвижных и неделимых частиц в пустоте. Атомизм Демокрита далек до механицизма, который возникает в Новое время и связан с идеей однородности пространства и времени, которая противоречила идеи, согласно которой земля и небо подчиняются разным законам. Принцип атомизма рас-

пространяется не только на материальные частицы, но и на движения, а также время [5].

Парадоксальная параллель между античной онтологией и квантовой механикой: в философии Зенона элейского, и не только у него одного (Горгий) формируется вполне определенный набор мыслительных операций, приемов, с помощью которых оказывается возможным легко ориентироваться в теоретических вопросах устройства сущего [4, 5]. Нечто может или существовать или не существовать, третьего не дано; если сущее делимо до бесконечности, то мы никогда не дойдем до того, из чего все складывается и из чего все состоит, то есть не дойдем до существующего самого по себе; делимое до бесконечности не из чего не состоит.

Список литературы

1. Бергсон, А. Творческая эволюция. Материя и память. – Минск: Харвест, 1999. – 1408 с.
2. Васильева А.С. Фиксация онтологической иерархии в древнегреческом эпосе. Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. 2015. № 109. С. 913-924.
3. Кессиди Ф. Х. От мифа к логосу: Становление греческой философии. СПб., 2003.
4. Плотников В.В. Свобода как «подлинный способ» человеческого существования // Власть. 2007. № 12. С. 58-59.
5. Плотников В.В., Плотников Н.В. Специфика и роль научного познания в процессах трансформации социальной структуры. // Теория и практика общественного развития 2014. № 18. С. 156-158.
6. Фрагменты ранних греческих философов. Часть 1. От эпических теокосмогий до возникновения атомистики. М.: Наука, 1989.

ИДЕАЦИЯ КАК СПОСОБ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПАРАДОКСА СООТНОШЕНИЯ ЧАСТИ И ЦЕЛОГО В СИСТЕМЕ ЧЕЛОВЕК-ОБЩЕСТВО

Плотников В.В.

Кубанский государственный аграрный университет,
Россия, г. Краснодар

Гришай Е.В.

Краснодарский университет МВД РФ, Россия, г. Краснодар

В статье рассматривается онтологическая и формально-логическая неоднозначность в определении соотношения человека и общества: с одной стороны это соотношение части и целого, а с другой – полная противопоставленность. Это приводит к неоднозначности в определении меры свободы личности и степени ответственности человека в социальной системе. «Идеации» рассматривается, как способ преодоления исходного противоречия, формулируются выводы для общества.

Ключевые слова: человек, общество, идеация, логика, феноменология материя, социальная материя, бытие, сознание, мораль.

Проблематичность в фиксации однозначной формы соотношения человека и общества имеет свои основания в самой двойственности человека, в котором проявляется как материальная, природная составляющая, так и духовная, личностная [1].

Материальный (предметный) уровень реальности предполагает систему соотношения части и целого в качестве базовой. Это выводится из априорных и инвариантных оснований понимания материи: материя мыслится, в первую очередь, как такое субстанциальное начало, которое *составляет* сущее в различных формах его проявления. Главным определением материи является способность составлять целое и подразделяться на части. Это относится и к «социальной материи» [14]. Но сознание, духовное начало, в отличие от материи, не может быть редуцировано к некоторой целостности большего масштаба, сознание, в его существовании не может быть определено как часть, оно фиксирует собственное бытие непосредственно, как самоочевидное.

Соотношение человека и общества проявляет две несводимые друг к другу подсистемы. С одной стороны, это отношение части и целого: человек составляет часть общества и общество состоит из людей, человек, при таком подходе – это часть «социальной материи». При такой связи, всякое противопоставление человека и общества чревато логическими противоречиями: часть не может быть противопоставлена целостности, частью которой она приходится, в противном случае эта часть удваивается в своем существовании. С другой стороны, на уровне сознания, человек изначально противопоставлен обществу. Человек, для самого себя – это, прежде всего сознание, личность, которая определяется через категорию свободы и ответственности, личность, которая обнаруживается как субъект автономной воли и морали [1].

Включенность человека в социум, в качестве части целого определяет зависимость общего благополучия социума от каждой его части [5, 6], но принцип ответственности формируется уже на другой подсистеме соотношения человека и общества – на уровне противопоставленности человека обществу в качестве индивидуального сознания. Сосуществование и согласованность этих подсистем оказывает определяющее влияние, как на сферу морали, так и на функциональные параметры правовой сферы общества.

Устранение одной из подсистем приводит к дисбалансу в обществе, в диапазоне от крайнего радикализма и экстремизма до полного отрицания свободы личности и личной ответственности [2, 3]. Так, всякое редуцирование человека к обществу приводит ко вполне однозначному выводу о социально-культурной детерминированности человеческого поведения в качестве основного фактора [1, 4]. Это, в свою очередь влечет за собой нивелирование социальной ответственности со стороны граждан, что чревато общим социальным инфантилизмом и формированием почвы для деструктивных социальных процессов [6, 7]. Однако, устранение подсистемы часть-целое, в сознании отношения человека к обществу, устраняет фиксацию социального детерминизма в направлении от деятельности отдельных граждан к функционированию общей социальной системы, что также влечет за собой негатив-

ные последствия. При этом эклектичное совмещение крайнего индивидуализма и социального инфантилизма в рамках одной социальной группы является серьезным фактором актуализации деструктивного потенциала фундаментального противоречия в системе общество-человек и способно послужить предпосылкой экстремистских тенденций в обществе [9, 12].

Решение социального аспекта указанной проблемы определяется возможностью снятия фундаментального противоречия часть-целое в системе человек и общество на мировоззренческом уровне (что составляет предметность философского познания), а также общим уровнем развития культуры и образования. В качестве онтологического способа снятия указанного противоречия можно принять принцип «идеации» [8, 13]. Содержанием принципа идеации является формирование дополнительного, теоретического уровня реальности, благодаря чему осуществляется «выход сознания на уровень смыслов». В результате идеации формируется теоретическая надстройка, позволяющая выходить на уровень сознания «общества в принципе» и «человека в принципе». При таком подходе конечное деяние конечного человека происходит в качестве действительного события в онтологическом смысле этого слова, то есть действительность этого события определяется той идеей, которая в нем разворачивается, будучи частью общесоциального процесса. Противопоставленность человека и общества осуществляется на духовном уровне, как дополнительном измерении, в котором снимается абстрактность данного соотношения и формируется подсистема этического отношения в социальной системе. Можно сказать, что идеация как общий принцип уже присутствует в основных формах морали и является характеристикой общего уровня развития духовной основы личности [11, 13]. В традиционном обществе данная функция получала свою реализацию через, искусство, религию, философию, а для современного общества, ориентированного на научные ценности, особую роль играет уровень гуманитарного образования.

Список литературы

1. Данилова М.И. Индивидуализм (история и современность). Диссертация на соискание ученой степени доктора философских наук. Ростов-на-Дону, 2001.
2. Плотников В.В. Противоречие локальных элементов глобальной системы и феномен социальной гиперфункции. // Теория и практика общественного развития. 2015. № 12. С. 35-37.
3. Плотников В.В. Трансформация социальных институтов как генетический фактор феномена экстремизма. // Монография. Краснодар: Краснодарский университет МВД России, 2016.
4. Плотников В.В., Кубякин Е.О. Противодействие социальной деструктивности в условиях глобальной трансформации общества: управленческий аспект. // Человек. Общество. Инклюзия. 2016. № 2-часть 1 (26). С. 35-40.
5. Плотников В.В. Деструкция и дисфункция социальных институтов: анализ жизнеспособности государственной системы. // Теория и практика общественного развития № 21. 2014. С. 44-46.
6. Плотников В.В. Дисфункциональный кризис социальных институтов и локальная угроза национальной безопасности. // Теория и практика общественного развития № 20. 2014. С. 22-24.

7. Плотников В.В., Плотников Н.В. Естественное социокультурное равновесие как фактор, определяющий общественное развитие // Теория и практика общественного развития № 16. 2014. С. 226-229.
8. Плотников В.В., Кубякин Е.О. Феномен социального сознания как интенциональный ориентир исследования проблемы экстремизма. // Общество и право. 2015. № 4 (54). С. 289-293.
9. Плотников В.В. Институциональные последствия социальной трансформации глобального уровня. // ПОИСК: Политика. Обществоведение. Искусство. Социология. Культура. 2015. № 3 (50). С. 56-64.
10. Плотников В.В. Свобода как «подлинный способ» человеческого существования. // Власть. 2007. № 12. С. 58-59.
11. Плотников В.В., Плотников Н.В. Специфика и роль научного познания в процессах трансформации социальной структуры. // Теория и практика общественного развития. 2014. № 18. С. 156-158.
12. Кубякин Е.О., Плотников В.В. Феномен дестабилизации локальной социальной системы (Государства) // Научный вестник Омской академии МВД России. 2015. № 4 (59). С. 69-72.
13. Самойлов С.Ф. Плотников В.В., Концептуализация понятий социального и политического радикализма и экстремизма. // Вестник Краснодарского университета МВД России. 2015. № 4 (30). С. 258-260.
14. Тужба Э.Н. Глобализация культуры: основные измерения и последствия. // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2011. Т. 15. № 1. С. 118-123.

ОНТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ДВИЖЕНИЯ КАК ПРЕДМЕТ ФИЛОСОФИИ И ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ

Плотников В.В.

Кубанский государственный аграрный университет,
Россия, г. Краснодар

В статье говорится о том, что категория движения имеет фундаментальное значение, как для философского, так и для научного познания. Формирование неклассического и пост-неклассического естествознания вынуждает науку отказаться от ранее очерченной линии демаркации между научным и ненаучным знанием, и обратиться к философской методологии, успехи естествознания в области исследования движения бросают новый вызов философскому познанию.

Ключевые слова: философия, естествознание, движение, бытие, время, изменение, развитие, материя.

В истории философии существуют такие проблемы, которые по определенным причинам являются чрезвычайно актуальными для своей эпохи, но после они отходят на второй план и утрачивают свою актуальность. К числу таких «философских проблем из прошлого», несомненно, можно отнести проблему движения, которая занимала умы античных мыслителей в лице Гераклита Эфесского, Парменида, Зенона, Демокрита, Эмпедокла, Аристотеля и многих других [2, 3]. Теперь же, в учебной литературе по философии можно встретить утверждения о том, что античная проблема движения послужила предпосылкой

для дифференциально-интегрального исчисления, благодаря которому окончательно преодолеваются апории великого Зенона Элейского. Однако если перед образованным человеком современной эпохи поставить вопрос, как соотносятся между собой понятия «движение», «развитие», «возникновение-исчезновение», «изменение», «существование», «бытие», то окажется что эта задача не является тривиальной, она обнаруживает онтологическую неопределенность в отношении этих базовых понятий. Да и простая ссылка на дифференциально-интегральное исчисление со стороны тех, кто не является математиком, не является убедительным аргументом, и заставляет вспомнить, насколько был прав Френсис Бекон в своей оценке неуничтожимости идолов познания, в данном случае мы имеем дело с «идолом театра».

Определенную новизну «философия движения» обретает благодаря волюнтаризму в философии жизни, а также благодаря трансформации физикалистской концепции движения сразу в двух разделах физики двадцатого века: в квантовой механике и в теории относительности [1].

В отношении физики, философия сталкивается с основательным затруднением. С одной стороны в русле серьезного и современного теоретического и вместе с тем сущностного рассмотрения проблемы движения невозможно обойти стороной результаты научных исследований. С другой стороны, для того чтобы эти результаты осмыслить, профессиональный философ должен быть еще и физиком, поскольку он не имеет права ссылаться на науку как на авторитетное учение, не погружаясь в ее содержание. Таким образом, проблема движения переходит из компетенции философии в компетенцию естествознания, намекая тем самым на бесперспективность современного исключительно философского дискурса в этом направлении [1, 5]. Но означает ли это, что физика берет на себя эстафету онтологического рассмотрения проблемы движения? В определенном смысле да. Если на этапе разработки механико-математической модели естествознания физика легко обходилась без погружения в философские вопросы, то уже в неклассическом и пост-неклассическом естествознании дает о себе знать проблема осмысления мира вне масштабов применимости классической геометрии [1]. Роль наблюдателя в физическом эксперименте, невозможность адекватно представить движение на квантовом уровне, парадоксы теории относительности – все это формирует особую область теоретического осмысления мира, которая по принципу является философской, но находится в компетенции физики.

Так все-таки, является ли проблема движения научной, или философской? Несомненно, что в сфере научного познания находят отражение различные теоретические аспекты «феномена движения», порождая тем самым поле научной предметности, при этом в научном познании выглядит наивной постановка вопроса «движения как такового». Такая постановка проблемы может говорить или о недостаточном овладении методологией научного познания, что проявляется в отсутствии ясного и отчетливого разграничения предмета и объекта научного познания, или может говорить о преднамеренном переносе проблемы из сферы теоретической предметности в онтологическую сферу.

Изначально философский вопрос, «что такое движение?» обладает фундаментальной актуальностью, однако вместе с тем это один из самых «наукоемких» теоретических вопросов [1]. Философия должна учитывать результаты научного познания, что продиктовано сближением методологии и предметной области. И если в каком-либо разделе научного познания на него уже получен окончательный ответ, то это означает, что с этим ответом необходимо познакомиться, если же такого ответа еще нет, необходимо снова и снова возрождать вопрос, с такой же настойчивостью как Кант и Гуссерль возрождали проблему познания, а Хайдеггер возрождал проблему бытия. Такова логика философского познания, поскольку такое познание сохраняет право на автономию от религии, науки и массового сознания культуры, выразителем которой она является [4].

Список литературы

1. Бергсон, А. Творческая эволюция. Материя и память. – Минск.: Харвест, 1999. – 1408 с.
2. Васильева А.С. Фиксация онтологической иерархии в древнегреческом эпосе. Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. 2015. № 109. С. 913-924.
3. Кессиди Ф. Х. От мифа к логосу: Становление греческой философии. СПб., 2003.
4. Плотников В.В. Свобода как «подлинный способ» человеческого существования. // Власть. 2007. № 12. С. 58-59.
5. Плотников В.В., Плотников Н.В. Специфика и роль научного познания в процессах трансформации социальной структуры. // Теория и практика общественного развития. 2014. № 18. С. 156-158.
6. Фрагменты ранних греческих философов. Часть 1. От эпических теокосмогоний до возникновения атомистики. М.: Наука, 1989.

СПЕЦИФИКА ЭМПИРИОКРИТИЧЕСКОЙ МЫСЛИ В РАМКАХ ФИЛОСОФИИ ОБЩЕГО ПОЗИТИВИЗМА

Полуян Н.Н.

доцент кафедры филоофии, кандидат философских наук,
Вятский государственный университет, Россия, г. Киров

Кушова И.А.

доцент кафедры социологии и социальной психологии, канд. филос. наук,
Вятский государственный университет, Россия, г. Киров

Москвин А.С.

доцент кафедры культурологии, кандидат культурологии,
Вятский государственный университет, Россия, г. Киров

В статье рассматриваются основные моменты оригинального подхода представителей эмпириокритицизма (Мах Э., Авенариус Р.) к основным онтологическим и гносеологическим проблемам философии позитивизма в контексте общего развития научной мысли в начале XX века.

Ключевые слова: эмпириокритицизм, наука, мировоззрение, теория познания, позитивизм, субъект, объект, элементы мира.

Очевидно, что человек воспринимает окружающий мир, исходя, во-первых, из собственной телесности, физических качеств, а во-вторых, из своего социального статуса, определенной роли в обществе. Но сам собой напрашивается закономерный вопрос, каков же мир на самом деле, в независимости от человека, его индивидуальных качеств и свойств. Другими словами, что же собой представляет тот мир, который будет совершенно одинаков и для русского и для китайца?

Именно этот вопрос составляет главный предмет науки. А если учесть то, что еще Аристотель говорил о том, что площадь фигуры можно вычислить, разделив ее на треугольники как на самые простые геометрические фигуры, и, суммируя известные площади треугольников, получить искомую величину площади сложной фигуры, то можно сделать вывод: научный подход заключается в выходе на элементы, которые существуют объективно, независимо от человека. Именно о таких элементах говорил еще Демокрит. По этому поводу М.К. Мамардашвили пишет: «В теории элементов, а потом и в теории атомов, у греков появляется умозрение, с помощью которого они стремятся снять с мира налагаемую на него человеческую размерность, в том числе культурно-знаковую, и выявить природу, в том числе и природу человека, на месте того, что мы – люди – думаем и говорим о природе» [1, с. 139]. И в этом отношении и в таком смысле следует рассматривать попытки эмпириокритицизма выдвинуть в качестве таких элементов – ощущения. Главными фигурами эмпириокритицизма были Эрнст Мах и Рихард Авенариус. Последним и был впервые введен термин «эмпириокритицизм» (от греч. – опыт и искусство разбирать, судить) (так называемая философия «критического опыта») в сочинении с говорящим названием «Критика чистого опыта» (1888-1890).

Эмпириокритицизм, в сущности, является вторым этапом в развитии «позитивной философии» или философии позитивизма, который за свою историю переживает три этапа. Если мы будем говорить о некоей программе позитивизма или основных его программных установках, то с учетом его эволюционных изменений, они могут быть изложены в следующих пунктах:

1. Познание должно быть освобождено от всякой философской (ценностной имеется в виду) интерпретации;

2. Вся «традиционная», то есть прежняя философия как «метафизическая» должна быть заменена либо непосредственно специальными науками (наука – сама по себе философия), либо обобщенным обзором системы знаний, либо учением о соотношениях между науками, об их языке и т.д.;

3. В философии не может быть деления на материализм и идеализм, поскольку различие между сознанием и материей достаточно условно.

Данная программа была в общих чертах намечена в первом позитивизме и затем с некоторыми модификациями выдвигалась на всех его последующих этапах.

Следует сказать, что данная проблематика сохраняется и на этапе второго позитивизма, однако, вместе с тем, на первый план выходят уже иные проблемы, и, прежде всего, по словам В.С. Степина, вопрос об «онтологическом статусе фундаментальных принципов науки» и «проблема их отождествления с самой исследуемой реальностью» [3, с. 25].

Далее, говоря о программных установках эмпириокритицизма, необходимо указать на теорию «нейтральных» элементов («элементов мира»). В соответствии с данной концепцией элементы опыта (под которыми Мах понимает ощущения) и их функциональные отношения представляют собой единственную реальность, которую можно допустить, если последовательно проводить принцип устранения «метафизики». рассмотрим ниже при помощи первоисточника. Здесь же укажем только самое главное. Мах подчеркивает: «Для нас материя не есть первое данное. Такими первичными данными являются, скорее, элементы (которые в известном определенном смысле являются ощущениями)» [2, с. 97].

Научные же законы Мах интерпретировал как «экономный способ описания ощущений», представляющих данные наблюдения. В научном исследовании эти данные, по мнению Маха, и есть элементы чистого опыта, не загруженного «метафизикой». Целью же научного познания в целом является, во-первых, накопление опытных данных, а, во-вторых, отыскание таких понятий и законов, которые давали бы наиболее экономные описания «элементов опыта». Теоретические законы и понятия Мах рассматривал как «сжатую сводку опытных данных» или, говоря по-другому, как способ их упорядочивания. В своей работе проф. В.М. Шемякинский пишет об этом так: «...основная гносеологическая установка Маха сводится к утверждению, что все физические законы должны прямо связывать экспериментальные данные, а физическая теория ограничивается описанием взаимоотношений между явлениями и поэтому не должна содержать элементов, которые не определяются целиком этими взаимоотношениями» [4, с. 110].

У Авенариуса данный принцип, включенный в концепцию жизни, становится уже «принципом наименьшей траты сил», который выступает в качестве критерия жизнеспособности организма.

В качестве еще одной важной установки эмпириокритицизма можно выделить критику «механицизма», который рассматривался Махом как разновидность «метафизики». Например, В.С. Степин указывает, что Мах оценивал «механицизм» как «искусственную гипотезу», которая обрела «метафизический» статус и превратилась в своеобразную «мифологию», основанную на «фантастических преувеличениях». А сама критика Маха была направлена, прежде всего, против ограниченности «механицизма» и невозможности свести к механическим движениям все изучаемые наукой процессы. Известно, что направленные критические высказывания Маха о механике Ньютона и, в частности, о его теории абсолютного пространства и времени, предвосхищали последующие идеи общей теории относительности А.Эйнштейна. Об этом подробно написано в работе В.М. Шемякинського. Сюда же мы можем добавить и критику Махом механических представлений об атоме.

Такова самая краткая характеристика истоков и основных моментов научно-философской программы эмпириокритицизма.

Список литературы

1. Мамардашвили М.К. Лекции по античной философии. М., 1999.
2. Мах Э. Анализ ощущений. М., 1910.
3. Степин В.С. Философия науки. Общие проблемы. М., 2006.
4. Шемякин В.М. Философия и наука. Пермь, 2006.

ПОКОРЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СТИХИИ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССА

Попкова Н.В.

профессор кафедры «Философия, социология и история», д-р филос. наук,
доцент, Брянский государственный технический университет,
Россия, г. Брянск

В статье рассматривается одна из мировоззренческих предпосылок начавшегося в Новое время ускорения технического прогресса, получившего название промышленной революции. Показано, что, помимо технологических и социально-экономических причин, значение имело распространившееся в средневековой Европе на основе христианской антропологии представление о человеке как активном строителе своего внутреннего мира. Позднее эта направленность к активности переключилась на преобразование внешнего мира.

Ключевые слова: технический прогресс, средние века, христианство, аскетика, человек, природа.

Бурное развитие науки и техники, названное техническим прогрессом, началось в Европе, в которой много веков господствовало христианство [1, 8]. Эта связь кажется парадоксальной: ведь главная цель христианской жизни, покаяние и спасение души, исключает систематические усилия по украшению и облегчению телесной жизни (бедность считается христианским мировоззрением верным путем к Богу) [7, с. 66-81]. Поэтому мирская деятельность (в том числе хозяйственная) христианством скорее допускалась, нежели одобрялась [2, с. 106-109]. И все же именно в рамках христианского мирозерцания техника, преобразующая природу, становится законной. Поскольку природа впервые ставится онтологически ниже, чем человек, он получает право пользоваться природой и изменять ее. Но призывы к изменению внешнего мира в христианской мысли еще не прозвучали: разрабатывалась аскетика – подробные методики трансформации сознания человека, направленные на сохранение индивидуальной идентичности человека при преодолении стихийности в его душе.

Именно это преодоление внутренней, природной стихийности человека позднее сделало возможным установку на покорение внешней природы и на технический прогресс [6, с. 31-42]. Покажем, какие положения привели к постановке цели – изменить естественные душевные процессы и подчинить их

высшей идее. В отличие от античных и восточных доктрин, для которых личностное самосознание считается эгоизмом и должно быть преодолено на пути просветления, христианство провозглашает его высшей ценностью, общей у человека и Бога. Если античность назвала человека «малым миром», микрокосмом, теперь достоинство людей увидели не в том, что уподобляет их миру, а в том, что отличает их от космоса, уподобляя Творцу. Человек впервые рассматривается христианством как личность, деятельность которой основана на свободе воли. Человек – «образ и подобие Бога»: образ Бога был ему дан (в виде таких качеств, как бессмертная душа, разум и т.п.), а подобием Бога человек становится добровольно. Человек призван достигнуть единения с Богом: чтобы дать место его свободе, он был сотворен способным принять божественную жизнь, а не получил ее с самого начала без своего согласия. Он или будет обожен, или погибнет навечно. Желаемое состояние человека – это не спокойствие мудреца, а борьба со злом в себе и в мире. Только тогда «перестали радоваться вечному круговращению вещества в природе и стали страдать о всеобщем космическом грехопадении» [5, с. 479]. Человек имеет жизненную задачу – рост, развитие, приближение к Богу, он может или принять это назначение и выполнить его, или отвергнуть. Принятие этого назначения приведет человека к его трансформации – обожествлению. Читая жизнеописания христианских святых, можно увидеть культ мученичества: подвижники, если их не убивали язычники за верность Христу, сами накладывали на себя тягчайшие физические и моральные испытания. На взгляд современного человека эти самоистязания лишены смысла, но для христиан они являются методами совершенствования души.

Создавались практические рекомендации по «духовному деланию». Христианские подвижники создавали духовные практики, направленные на борьбу со страстями (смертными грехами – чревоугодием, блудом, сребролюбием, печалью, гневом, унынием, гордостью). Согласно Антонию Великому, одному из основателей христианского монашества, «целая жизнь человеческая весьма коротка в сравнении с будущими веками, и все наше – ничто перед жизнью вечной, так что, когда как в мире всякая вещь продается по стоимости, и всякий выменивает равное на равное, – обетование жизни вечной покупается за малость некую». Даже если «сто лет пребудем мы в подвиге, то не равное ста годам время будем царствовать, но... во веки веков». Поэтому «будем каждый день с терпением пребывать в подвиге, зная, что если один день проведем в нерадении, Господь не простит нам того». Если мы «станем жить, как умирающие каждый день, то не согрешим», поскольку «сильный страх и опасение мук уничтожает приятность удовольствия» [4, т.1, с. 17-18]. Не спасется тот, «кто от всего сердца не возымеет ненависти к тому, что свойственно вещественной и земной плоти, и ко всем ее движениям и действиям», потому что «пока мы соуслаждаемся вещественной плоти своей, дотоле врагами бываем Богу» [4, т.1, с. 30]. На этом пути подвижника ждут многие страдания: «Золото многократно очищается огнем, чтобы через сильнейшее очищение оно стало лучше. равным образом Господь наш, по благодати Своей, очищает человека многими искушениями, испытывает

его и делает его опытным в ведении браней сердечных». Поэтому страдающих Антоний Великий увещевает: «Не бойтесь, не унывайте, но благодарение посылайте Господу за все это, потому что без него ничего подобного не случается, а Им попускается по той причине, что испытывать брани необходимо для рабов Божьих: ибо кто не будет испытан от благодати Божьей искушениями, трудами, скорбями и бедствиями... тот не получит от Него чести». За эти скорби следует даже воздавать благодарение [4, т.1, с. 52-53]. Таким образом, христиан призвали к «духовному художеству», которое «научает нас право править движениями души и твердо хранить чувства» [4, т.2, с. 57].

Следует не «увеселяться цветами жизни», а искать спасения: «Дни наши бегут, и конец приближается. Восплачем пред Господом Богом нашим, пока не заключены во тьму кромешную. Тогда и многими слезами не можно будет возратить нам дни сии, если проведем их в нерадении и не воспользуемся ими для спасения своего» [4, т.2, с. 328]. На этом пути «не только за ничто станем мы почитать свои добрые дела, но и вменять их в мерзость, думая, что мы ежедневно прилагаем ко бремену грехов своих» [4, т.2, с. 547]. Считалось, что душа человеческая постоянно «зарастает злым зелием страстей», поэтому для того, кто решит очистить ее, «неизбежен труд болезненный: ибо нам надлежит не только отстать от страстных дел, но искоренить самые навыки страстные». Человек, повинный только в одном из грехов, уже погиб: «Орел, если весь будет вне сети, но запутается в ней одним когтем, то... ловец может захватить его, как только захочет. Так и душа, если одну только страсть обратит себе в навык, то враг, когда ни вздумает, низлагает ее» [4, т.2, с. 628-630]. Как видим, человеку предписывалось постоянно отслеживать и совершенствовать душу, освобождая ее от стихийных движений в пользу правильного ее устройства.

Таким образом, христианство, противопоставив максимально возможное положение человека (обоожествление) с его нынешним, греховным состоянием, впервые поставило людей в условия духовной динамики. Призывая их к максимально высокой цели, ради которой нужно коренным образом изменить себя, оно объявило внутреннюю жизнь человека главным из его дел. Более древние способы миропонимания либо считали космическую жизнь идеалом, в который должна вписываться человеческая жизнь, либо, признавая недолжное состояние космоса, приписывали его самой материальной природе реальности и видели единственным выходом из мировых страданий не преобразование мира, а бегство человеческой души из него – в нирвану или умопостигаемый мир [3, с. 66-105]. Но христианская мысль дала новый ответ: мир находится в состоянии падшем, недолжном, поэтому человеку нужно отказаться от «естественных» процессов и устремиться к самоизменению. Конечно, изменить космос в целом – не дело человека: требовалось произвести трансформации в своей душе.

Подготовка мировоззренческих оснований для роста человеческой активности еще не означала осознание необходимости переделывать внешний мир: воспитание собственной души занимало все время средневекового христианина. Как материальное благополучие, так и заботы о его преумножении

были помехами для внутренней работы: изучения своих грехов и раскаяния в них. Лишь позже, начиная с эпохи Возрождения, когда вера в Бога стала угасать, а вера в несовершенное состояние природы и в преобразовательный потенциал людей осталась, призыв к совершенствованию стал воплощаться за пределами внутреннего мира – при изменении мира внешнего с помощью техники. Различие между последовательными этапами развития европейской мысли, согласно А.Ф.Лосеву, таково: «В эпоху средневековья вся действительность мыслилась в состоянии грехопадения, и этот первородный грех действительно требовал своего окончательного переделывания и преодоления. В Новое время перестали верить в первородный грех, но зато начинали верить в абсолютизированный человеческий субъект. И нужно опять существенно переделывать жизнь, чтобы открыть просторы для свободного развития человека» [5, с. 442-443]. Таким образом, новая цель человечества – покорение природы – была поставлена в значительной степени вопреки христианству; но, как ни парадоксально, только благодаря ему в мировоззрение вошла идея о праве человека изменять мир.

Список литературы

1. Горохов В.Г. Историческая эпистемология науки и техники // Вопросы философии. 2014. №11. С.63-68.
2. Демиденко Э.С., Попкова Н.В., Шустов А.Ф. Техногенное развитие общества и жизни на Земле: В 2 кн. Кн.1. Восхождение глобального техногенного общества. Брянск: Изд-во БГТУ, 2007. 244 с.
3. Демиденко Э.С., Попкова Н.В., Шустов А.Ф. Техногенное развитие общества и жизни на Земле: В 2 кн. Кн.2. Основные тенденции техногенного развития жизни. Брянск: Изд-во БГТУ, 2007. 268 с.
4. Добротолюбие: В 5 т. М.: Свято-Троицкая Сергиева лавра, 1993.
5. Лосев А.Ф. История античной эстетики. Итоги тысячелетнего развития: В 2 кн. Кн.1. М.: Изд-во АСТ, 2000. 832 с.
6. Попкова Н.В. Антропология техники: Становление. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2014. 376 с.
7. Попкова Н.В. Введение в философскую антропологию: Учебное пособие. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2016. 376 с.
8. Розин В.М. Эволюция инженерной и проектной деятельности и мысли. М.: ЛЕНАНД, 2014. 200 с.

А. СМИТ. СТРУКТУРА ОБЩЕСТВЕННОГО ПОРЯДКА

Ханзина Е.Г.

специалист по учебно-методической работе кафедры философии и права, соискатель ученой степени канд. филос. наук, Мурманский государственный технический университет, Россия, г. Мурманск

В статье анализируются воззрения шотландского экономиста и философа А. Смита на общественный порядок, связанные с его исследованием природы нравственных чувств, как основы развития общества. Взгляды А. Смита на общественный порядок реконструированы в виде структурной взаимосвязи ключевых элементов общества, которая раскрывается вследствие установления межэлементных философских отношений.

Ключевые слова: иерархия, нравственные чувства, общественный, порядок, реконструкция, структура, экономический.

Изучению проблемы общественного порядка в истории философии свойственна совокупность исследований, скреплённых идейным содержанием. Однако это направление на уровне персоналий не содержит достаточной полноты разработки. Разработкой концепций общественного порядка наряду с А. Смитом занимались: философы Г.В.Ф. Гегель [1], К.Г. Маркс [2].

Анализируя философские воззрения на проблему, состоящие из многообразных принципов подхода к общественному порядку, А. Смит соотносит нравственные чувства природы человека со структурой общественного порядка.

Нравственные чувства, свойственные природе человека являются основой развития общества.

По убеждению А. Смита, устойчивое влияние на стабильное развитие общества оказывает этическое поведение человека, и такие сущностные элементы нравственных чувств, как поступки, нравы, обычаи, также участвуют в формировании общественного порядка наряду с такими элементами окружающей человека действительности как торговля, промышленность, капитал и т.п.

Все элементы общества структурированы определённым образом, и форма этой структуры представляет собой иерархию, которая включает в себя взаимоотношения, существующие между сущностными элементами порядка и нравственными чувствами. О наличии данной формы структуры общественного порядка мы можем говорить на основании наличия структурообразующих факторов.

Нравственным чувствам как элементам, составляющим общественный порядок, присуща определённая структура, представляющая собой иерархию. Иерархообразующим фактором нравственных чувств, является сам человек как основа отношений зависимости, подчинения и влияния.

Иерархия нравственных чувств. Высшая ступень – человеческие чувства, которые представлены большим многообразием и имеют определённые основания. Например, жалость и человеческое сострадание – основа симпатии. Низшая ступень – человеческие поступки, приличие является их свойством. Приличие – основа чувств. Итак, человеческие поступки находятся в зависимой связи от человеческих чувств.

Определим сущностные элементы общественного порядка и их отношение с нравственными чувствами.

Богатство. Стремление к накоплению богатства связано отношением зависимости с чувствами людей. Фактором, образующим данный тип связи является сочувствие в большей мере к тем людям, которые испытывают чувство радости от наличия средств к существованию. Это стимулирует людей к накоплению богатства, и страх перед бедностью, рождающий осознание сохранения в душе тягостных чувств своего не богатого положения является основой накопления богатства и впоследствии разделение людей на сосло-

вия. В основе деления на сословия лежат: количество накопленного богатства и наличие добродетелей – следствие структуры нравственных чувств. Зависть – критерий, который объединяет все сословия. Тщеславие – основа зависти. Однако, с точки зрения А. Смита зависть – это иллюзия, созданная воображением человека о счастье. Таким образом, сочувствие знатным людям, это предмет желаний человека, что создаёт в общественном порядке основу создания зависимости между сословиями и также создаёт благоприятные условия для формирования иерархической структуры. По мнению А. Смита, люди должны обладать благоразумием – основой нравственности и довольствоваться достижением успеха среди равных. Это есть не что иное, как оправдание причин существования сословий и стремление облачить нравственные чувства человека, такие как: симпатия, благоразумие, себялюбие, честолюбие, поклонение и т.п. в ранг факторов, от которых зависит стабильное существование общественного порядка. К числу основополагающих добродетелей А. Смит относит справедливость. От соблюдения законов справедливости зависит существование общественных отношений. Таким образом, возможность существования общественного порядка и законов справедливости связаны отношением причинности. Фактором соблюдения законов является страх разрушения общественных отношений. Итак, человеку присуща склонность к общественному состоянию и ощущение порядка и благосостояния является здесь фактором стабильности общественного устройства. Важным фактором стабильности общественного порядка является так же наличие добродетелей политических деятелей, так как от этого зависит развитие государства. А такие нравственные чувства как самонадеянность, себялюбие, невежество могут нанести вред обществу [4, с. 230].

Итак, нравственные чувства способны влиять на общественный порядок. Это происходит вследствие зависимой связи между устойчивостью общественного порядка и иерархией нравственных чувств, т.е. нравственные чувства человека влияют на устойчивое состояние общественного порядка.

Труд человека. Между иерархией нравственных чувств человека и таким сущностным элементом порядка как труд есть определённая связь. Например: конечная продукция, произведённая человеком, находится в зависимом отношении от навыков, которыми он владеет, нрава и желания участвовать в деле производства продукта. Нрав при этом – фактор, благодаря которому увеличивается производительность труда [3, с. 291]. Благодаря труду общество может достичь богатства и сделать это можно разными путями и при этом форма общественного порядка будет разной. Первая форма общественного порядка присуща городу, в котором труд реализуется в городской промышленности, вторая форма присуща сельской местности, в которой труд реализуется в земледелии. Разделение труда – фактор, благодаря которому общественный порядок, в основе которого земледелие преобразуется в порядок, основанный на промышленных отношениях. Между обогащением нации и нравом человека существует отношение зависимости. Например: расточительный нрав государственной власти может привести к гибели общественного порядка [3, с. 296].

На устойчивое развитие общественного порядка могут оказывать влияние такие его элементы, как: монополия колониальной торговли и власть. Например, между отраслями промышленности может быть нарушено равновесие вследствие направления действия монополии колониальной торговли в сторону одного рынка [3, с. 329-430]. Для снижения внутриуровневой зависимости от влияния монополии, по мнению А. Смита, в обществе необходимо наличие справедливости, равенства и свободы, как категорий присущих торговле и отраслям промышленности. Другим примером влияния на общественный порядок является наличие с одной стороны деятельности крупных фермеров и феодалов, с другой – развитие городов, между которыми власть должна балансировать [3, с. 288-292]. Такое разностороннее влияние внутри общественного порядка ослабляет центральную (королевскую) власть и структура общественного порядка при этом приобретает форму нежёсткой вертикальной иерархии, в которой влияние распределяется и исходит от различных групп. Это в свою очередь меняет экономическую составляющую общественного порядка, усиливая её, что в свою очередь приводит к изменению формы правления в государстве и общественного порядка в целом.

Итак, взгляды А. Смита об общественном порядке реконструированы в виде взаимосвязи таких ключевых элементов общества как: власть, богатство, труд, экономика с нравственными чувствами человека, которые являются основой развития общества. Структура общественного порядка имеет форму иерархии, элементы которой связаны философскими отношениями причинности и зависимости с иерархией нравственных чувств. О форме структуры общественного порядка как иерархии можно говорить исходя из совокупности философских отношений зависимости и причинности. Нравственные чувства являются фактором, формирующим иерархическую структуру общественного порядка.

Метод реконструкции, синтетический и аналитический, привели к возможности раскрытия отношений между элементами общественного порядка.

Список литературы

1. Гегель, Г. В. Ф. Философия права : [пер. с нем.] / Г. В. Ф. Гегель ; [авт. вступ. ст. и примеч. В. С. Нерсисянц] ; АН СССР, Ин-т философии. – М.: Мысль, 1990. – 524, [2] с. – (Филос. наследие).
2. Маркс, К. Экономическо-философские рукописи 1844 года = *Ökonomisch-philosophische Manuskripte aus dem Jahre 1844* / К. Маркс ; [сост. и вступ. ст. И. А. Гобозова]. – М. : Академический Проект, 2010. – 775 с.
3. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов: [пер. с англ.] / А. Смит. – М. : Директмедиа Паблишинг, 2008. – 677, [1] с. : ил.
4. Смит А. Теория нравственных чувств / А. Смит ; вступ. ст. Б. В. Мееровского ; подгот. текста, коммент. А. Ф. Грязнова. – М. : Республика, 1997. – 350, [1] с. – (Библиотека этической мысли).

СЕКЦИЯ «ИСКУССТВОВЕДЕНИЕ И КУЛЬТУРОЛОГИЯ»

СПЕЦИФИКА ТРАДИЦИОННОГО РЕМЕСЛА – ПЛЕТЕНИЕ ЦИНОВКИ ВОСТОЧНЫХ ХАНТЫ

Карчина В.В.

начальник, Сургутский филиал «Обско-угорский институт прикладных исследований и разработок», Россия, г. Лянтор

В статье рассматривается преемственность традиционной хантыйской циновки в современном декоративно-прикладном искусстве.

Здесь используются полевые материалы, собранные в экспедициях на р. Юган, Пим, Тром-Аган и по их притокам.

Охарактеризована технология изготовления и декорирования. Определены природные материалы и способы их заготовки и хранения. Новизна и актуальность исследования определяются в анализе тенденций, направлений, проявляющихся в настоящее время в обработке природных материалов.

Ключевые слова: народные ремесла, технологии изготовления, традиционная циновка, способы плетения циновки.

Плетение из природных материалов – это один из наиболее распространенных видов ремесел у многих народов России.

В условиях нынешнего времени ручной труд постепенно вытесняется из жизни человека техническим прогрессом и современными технологиями обработки природных материалов, тем самым разрушая традиционные основы ремесла. Поэтому возникает необходимость в анализе тенденций, направлений и особенностей, проявляющихся в обработке природных материалов.

Основная цель данного исследования состоит в выявлении семантики и техники изготовления традиционной хантыйской циновки. В исследовании использовался сравнительно-исторический метод анализа.

Восточные ханты – уникальная этническая группа, которая проживает в Среднем Приобье и по притокам рек Салым, Пим, Тромъеган, Аган, Вах, Юган, Васюган.

Они во многом отличаются от ханты других регионов. Во многом это связано с географическими условиями проживания. Преобладают болотистые места, в связи с этим растительный и животный мир тут не так богаты. Большое значение имеет и экология края.

Вся жизнь местных жителей связана с природой. Традиционно ханты изготавливают всю домашнюю утварь из природных материалов дерева, бересты, корня кедра, травы, прутьев. Посуду, орудия труда и предметы обихода из дерева изготавливает мужчина. А изделия из бересты, корня кедра и травы делает женщина.

Из травы издавна ханты плетут циновки – это предмет домашнего обихода, по-хантыйски «Ййакан». Это плотная плетеная подстилка из болотных трав, таких, как: камыш, рогоз, пырей, вейник, ситник.

Доступность материала и легкость работы с ним объясняют широкое распространение циновок в быту народа ханты еще в недавнем прошлом. В основном циновки использовали для обустройства спальных мест. Их стелили на нары. Днем на циновках сидели. Ночью их закрывали шкурами оленя. Кроме того, шкуры не скользят по циновкам. Циновки выполняли и декоративную роль: когда шкуры сворачивались, нары были красиво укрыты, как ковром. Во время переездов в чумах, во временных постройках использовали циновки из травы, связанной пучками. Такие циновки были необходимы оленеводам и охотникам, ведущим кочевой образ жизни, рыбакам, выезжающим в летний период на Обь.

Раньше в традиционном жилище нары были земляными, поверх земли укладывалась трава. Циновки укладывали для того, чтобы земля с травой не растаскивалась по дому, а главное – для тепла [3, с.23].

В настоящее время циновки можно увидеть на стойбище очень редко. Чаще их заменяют покупными коврами. Молодежь практически не занимается плетением циновок. Знатоков такого ремесла почти не осталось, только старые циновки – свидетельство таланта былых мастериц.

Поэтому в наши дни необходимо возрождать такие старинные традиционные ремесла как плетение циновок. Чрезвычайно важно не потерять нить, сохраняющую цепь преемственности поколений. Отсюда – необходимость исследования и популяризации традиционных народных технологий.

Способов плетения циновок много. Исследователи Сирелиус Т.Д., Лукина Н.В. выделяют три типа циновок у обских угров:

- 1 – циновка пучковая из травы – вейник, ситник и др.;
- 2 – циновка сшивная из сплетенных полосок травы камыш, ситник сученный, рогоз и др.;
- 3 – циновка, изготовленная на станке, как правило, из камыша.

Мастера окружного центра народных художественных промыслов и ремесел г. Ханты-Мансийска выявили и ввели в научный оборот 6 видов забытых технологий плетения циновок [2, с. 13].

У каждой локальной группы ханты способы плетения отличаются. По-видимому, это связано с природными условиями, а точнее с разнообразием трав, произрастающих на той или иной территории. Так, например, коренные жители Агана чаще использовали в быту коврики из пырея и тростника. Пырей резали все лето по мере необходимости, так как ковры эти недолговечны, их часто меняли. Осенью заготавливали на всю зиму, для ковриков, для стелек в обувь.

В приполярной зоне тонкие пучки вейника, а иногда и прутья связывали веревками из ивового лыка и получали циновки. Иногда сплетали полосы из травы ситника как тесьму или сухожильные нити и вплетали для узора ивовое лыко, вымоченное дочерна в болотной воде. Полосы сшивали в плотнище и по краям обшивали кожей налива [1, с.77].

Восточные ханты использовали три способа плетения циновок.

Основной способ изготовления циновок – плетение – это способ ручного соединения стеблей в определенном порядке, причем берется только не-

четное количество стеблей, чем больше, тем шире плетеная полоса. Затем эти полосы сшивали между собой капроновыми нитями, а раньше – сухожильными. По краю их обшивали полосками ткани.

Самый уникальный и самый древний способ плетения – это когда плетение начинается с «головы», т.е. получается широкая окантовка вокруг всего полотнища. Такие циновки сохранились только у ханты, проживающих на территории рек Большой и Малый Юган.

Третий способ – это плетение на станке. Для изготовления такого станка необходим ствол дерева диаметром около 8 – 10 см. с надрезами в интервале 5 – 6 см. Коврик, сплетенный на таком станке, смотрится аккуратнее и лучше, полосы не оттопыриваются, ложатся ровнее. Длина ствола выбирается в зависимости от желаемой ширины циновки – от полутора до двух метров. Для намотки скрепляющего материала – шпагата и его затягивания используются небольшие березовые чурбачки. Ствол устанавливается на рогатки, которые вбиваются в землю. Плетение на станке может быть разным: либо только косички, либо перекрученные стебли, либо ровные. Также они могут чередоваться. Края циновки обшиваются полосками ткани, чтобы пучки не расползались.

Орнаментированные экземпляры циновок в настоящее время представляют исключительную редкость. Узор получают путем вплетения окрашенных стеблей травы, и он представляет собой сетку из простых геометрических фигур: квадраты, ромбы. Со слов Сопочиной А. С., раньше траву окрашивали багульником или корой тальника. В Лянторском хантыйском этнографическом музее сохранилась циновка с вплетенными полосками черной пленки, а не травы.

Траву для плетения ханты называют «Ййакан пём». Заготавливается примерно в середине июля. Причем выбирают траву самую длинную полтора-два метра высотой. Ее обязательно кипятят для эластичности и для долгого хранения. Со слов Колывановой О. И., кипятят примерно час. Затем сушат, разложив равномерно на открытом воздухе, периодически переворачивая траву. Затем их связывают в пучки или в косички. Очень важно хорошо просушить траву, иначе со временем она потеряет свой белый цвет. Ханты считают, что светлая основа ковра это красиво, он смотрится лучше. Хранят траву в прохладном сухом темном месте. Перед началом работы траву замачивают в емкости с водой примерно на 30-40 минут, пока трава не станет мягкой и эластичной. Во время плетения она должна быть влажной, чтобы стебли не ломались, когда их загибают.

Итак, в настоящее время восточные ханты чаще плетут циновки на станке, чем вручную, т. к. этот способ намного легче. Зачастую используют оба способа: плетут полосы вручную, а соединяют их на станке. При плетении чаще используют камыш и рогоз. Орнаментируют циновки очень редко, вплетая не только окрашенную траву, но и черную пленку.

Возрождение таких старинных традиционных ремесел как плетение циновок просто необходимо в наши дни. Ведь такие коврики мягкие, легкие

и прочные. Даже в наших городских квартирах такие коврики будут выглядеть очень красиво, уютно и оригинально.

В результате исследования можно сделать вывод, что национальные традиции древнего ремесла продолжают жить и в XXI веке. Изготовленные из экологически чистого природного материала, они привлекают внимание своей непосредственностью и простотой, вызывая благоговейный трепет перед энергетикой ручного труда. Разнообразное текстурное сочетание гладких, матовых листьев рогоза, природный запах травы вызывает ощущение определенной магической силы, миропонимания, дошедшего до нас от далеких предков.

Информанты: Колыванова Ольга Ивановна, Сопочина Аграфена Семеновна, Бондаренко Фёкла Семеновна.

Список литературы

1. Кулемзин В. М., Лукина Н. В. Знакомьтесь: ханты. ВО «Наука», Новосибирск, 1992.
2. Матюков А. К., Лозямова З. Н. Ремесла обских угров // по материалам семинаров этнографического музея «Торум Маа» 1999-2003. Ханты-Мансийск, 2004.
3. Тахтуева А. М. Материальная культура юганских ханты. Сургут: Акционерный информационно-издательский концерн «Северный дом», 1993.

ВНЕДРЕНИЕ ФЛЕШМОБОВ В ПРАКТИКУ УЧРЕЖДЕНИЙ КУЛЬТУРЫ КЛУБНОГО ТИПА

Луценко Н.И.

аспирант 2 года обучения,

Санкт-Петербургский государственный институт культуры,
преподаватель кафедры социокультурных коммуникаций,

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
Приднестровье, г. Тирасполь

В статье рассматриваются пути совершенствования деятельности учреждений культуры клубного типа в современных условиях. Автором предлагается внедрение такой формы как флешмоб. Обозначаются правила и виды флешмоба, рассматриваются варианты внедрения нескольких видов флешмоба в практику учреждений культуры.

Ключевые слова: учреждения культуры клубного типа, досуг, флешмоб, социо-моб, рекламный флешмоб, арт-моб.

Учреждения культуры клубного типа с одной стороны, остаются достаточно популярными среди населения, так как способны создать условия для развития и отдыха человека, а с другой, сталкиваются с большим количеством проблем. Самая основная – недостаток финансирования, вследствие чего, устаревает материально-техническая база, становится невозможно внедрение ряда современных форм культурно-досуговых программ, а также мультимедийных технологий, требующих больших вложений. В то же время

наблюдается тенденция увеличения культурных запросов современного человека. По мнению Л.С. Жарковой использование досуга человеком зависит в основном от трех факторов: от объективных возможностей учреждений культуры в создании условий для выбора формы деятельности, от богатства духовного мира личности, состояния культурной микросреды, в которой проживает человек [1, с. 12]. Это приводит к тому, что клубные учреждения культуры не способны в полной мере отвечать растущим потребностям досуга населения.

Залогом успешной деятельности учреждения культуры, в связи с нехваткой финансирования, является проявление творческого подхода к методике культурно-досуговой деятельности, и поиск новых форм и методов, и их совершенствование [1, с. 20].

В связи с этим возможно предложить внедрение в практику клубных учреждений культуры такую востребованную современной аудиторией форму как флешмоб. Для этого рассмотрим определение, правила и основные виды флешмоба.

Флешмоб (англ. *flashmob*, сокр. от *flashing mob* – внезапная толпа) – это акции, в которых большая группа людей, внезапно появляется в общественном месте, в течение нескольких минут выполняет заранее оговоренные действия, и затем быстро расходятся [2].

У флешмоб-акций существуют типовые правила. Самым главным из них, является кажущаяся спонтанность действия, т.е. запрет собираться или привлекать внимание на месте до акции. Кроме этого, необходимо одновременное начало и окончание акции ее участниками, четкое следование «сценарию» акции. Также не менее важным правилом, предъявляемым к участнику, является то, что они не должны раскрывать себя как участника флешмоба – пугаясь внимания окружающих [2].

На сегодняшний день существует большое количество разнообразных видов флешмобов: классический флешмоб, социо-моб, неспектакльный моб, рекламный флешмоб, арт-моб, экстрим-моб, L-моб, фан-моб, Date-моб, моб-Хаус, танцевальный флешмоб и др. [4]

Остановимся подробнее на тех видах, которые будут актуальны для клубных учреждений.

Социо-моб. Это акции с социальным оттенком. Они являются способом выражения общественного мнения или привлечения внимания к тем или иным проблемам общества [4].

Примером может послужить флешмоб организованный ради привлечения внимания властей Новой Зеландии к проблеме нехватки доступного жилья для пенсионеров. В нем приняло участие 80 бабушек и дедушек в возрасте от 65 до 96 лет. Действо началось с того, что одна дама почтенного возраста внезапно затанцевала под музыку, затем к ней присоединились остальные [6].

Еще одним примером социо-моба может послужить флешмоб проведенный канадскими учеными, в котором девушка выбросила в мусор бу-

тылку, лежащую по полу торгового центра, и в этот миг все сидевшие вокруг люди одели красные кепки и начали ей аплодировать [5].

Клубные учреждения в течение всего года проводят мероприятия, поднимающие различные социальные темы: здоровый образ жизни, постановки для социально-незащищенных категорий граждан и др. Проведение социомобов на данные темы, позволит вынести мероприятия на улицу и акцентирует на социальных проблемах большее количество людей. Подобные флешмобы будут интересны и привлекут к участию в них людей среднего и пожилого возраста.

Рекламный флешмоб. Проводится с целью привлечения внимания к тем или иным учреждениям, товарам, услугам. Главная цель – рост информированности потребителей, привлечение внимания, повышение имиджа [4]. Данные флешмобы проводятся перед премьерой фильмов, например «Люди в черном», «300 спартанцев» и др.

Проведение различных видов флешмобов перед мероприятием, станет своеобразной PR акцией и позволит привлечь дополнительных зрителей на программу, а также поможет актерам вжиться в роль.

Внедрение данного вида флешмоба в практику учреждений культуры привлечет внимание, а, следовательно, и зрительскую аудиторию, на предстоящие мероприятия, а также позволит пополнить численность творческих коллективов новыми участниками, что окажет положительное влияние на имидж и востребованность самого учреждения.

Арт-моб. К ним относятся акции, имеющие художественную ценность и, как следствие, сложность реализации, которая иногда требует отступления от некоторых правил флешмоба. Такой моб предполагает репетиции, у него есть команда, состоящая из режиссёров, сценаристов, людей, помогающих с организацией. Но, он не перестает быть мобом, потому как все основные правила во время акции имеют силу [4].

Примеров таких мобов большое количество: особенно у школы танцев «Диваданс», флешмоб в поддержку старта космического корабля [3], флешмоб Венской народной оперы на железнодорожном вокзале, пение в Московском метро, танцевальный флешмоб на День Москвы и многие другие.

Организация арт-мобов связана с основной деятельностью клубных учреждений культуры. Подобные акции должны войти в постоянную практику, так как позволяют совершенствовать мастерство участников клубных формирований, поддерживают их интерес к творчеству. Благодаря тому, что в флешмобе будут задействованы участники клубных формирований, имеющие творческие навыки, то есть надежда, что проведение акций будет на более высоком художественном уровне. Кроме того, флешмоб во время мероприятия может стать кульминацией программы, сюрпризным моментом, а также может быть применен как способ активизации зрительской аудитории.

Положительным моментом является тот факт, что специалистам клубных учреждений не нужно специально собирать участников, можно проводить флешмобы с самими участниками творческих коллективов. Для этого не

нужно искать место для репетиций, специально учить движения, можно использовать уже разученные. Кроме того, такая форма как флешмоб привлекает не только молодежную и детскую аудиторию, а также людей среднего и пожилого возраста, что делает ее универсальной.

Но учреждениям культуры клубного типа не следует пренебрегать правилами флешмоба, повторять один и тот же флешмоб. Тема и сценарий должны быть актуальны и интересны, иначе это приведет к потере интереса случайных зрителей и самих участников.

Исходя из изученного материала, можно отметить, что благодаря таким характеристикам как: самореализация, возможность удивить случайных зрителей, проявить свои творческие и организаторские способности, а главное не быть похожим на других, флешмоб-акции продолжают набирать обороты и привлекать большое количество разновозрастной аудитории.

В связи с этим клубным учреждениям для совершенствования своей деятельности весьма актуально внедрение в практическую деятельность различных видов флешмобов.

Список литературы

1. Жаркова Л.С. Деятельность учреждений культуры. Учебное пособие – 3-изд. испр. и доп. – М.: МГУКИ, 2003. С. – 12, 20.
2. Солнцев Д. Что такое флешмоб?// Познавательный журнал школа жизни URL: <http://shkolazhizni.ru/culture/articles/1194/>
3. Стеценко Е. Флешмоб – как провести, какие флешмобы бывают, как организовать флешмоб. URL: http://www.divadance.ru/reports/flashmob_tantsevalnyy_flesh_mob_v_sanktpeterburge.htm
4. Свободная энциклопедия Википедия URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%BB%D0%B5%D1%88%D0%BC%D0%BE%D0%B1>
5. Флешмоб «Бутылка» URL: <http://www.kulturologia.ru/blogs/050914/21336/>
6. Флешмоб в Новой Зеландии с участием пожилых людей URL: <http://www.kulturologia.ru/blogs/151015/26719/>

СЕКЦИЯ «ЖУРНАЛИСТИКА И СМИ»

СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ПОПУЛЯРИЗАЦИИ В НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫХ ИЗДАНИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ЖУРНАЛА «ВОКРУГ СВЕТА»)

Родионова Ю.Д.

студентка магистратуры кафедры журналистики,
Российский государственный социальный университет, Россия, г. Москва

В статье анализируются принципы научно-популярных текстов: научная глубина, доступность и занимательность изложения. Автор исследует проблему коммерциализации современных СМИ и ее влияние на соотношение научного и популярного в журнале «Вокруг Света».

Ключевые слова: популяризация науки, проблемы научно-популярной журналистики, принципы создания научно-популярного текста.

Современные научные журналисты – либо сами ученые, обладающие литературными способностями, либо посредники между учеными и широкой аудиторией, которая в последнее время все больше и больше интересуется научными разработками и современными технологиями. Те, кто сегодня занимаются научной журналистикой в России, профессией овладевали на практике. Среди наших коллег немало ученых, освоивших писательское мастерство или открывших в себе талант телеведущего, немало и тех, кто пришел в профессию из журналистики, почувствовав интерес к научной тематике. И на тех и на других лежит большой груз ответственности, имя которой – популяризация.

Не секрет, что распространение знаний среди широкой аудитории предполагает их предварительную обработку. В задачу посредников между наукой и массовой аудиторией входит создание текстов, обладающих «научной глубиной, доступностью и занимательностью» [6, С.31-32]. Однако в попытке увлечь читателя, авторы все меньше внимания уделяют научной точности публикуемых материалов. На информационном рынке стали повальяться издания, которые позиционируют себя, как научно-популярные, хотя, на самом деле, таковыми не являются.

Одной из главных причин сложившейся ситуации исследователи называют коммерциализацию СМИ, из-за которой научно-популярным изданиям с каждым годом становится труднее конкурировать с развлекательными журналами и телепередачами [4, С.11-14].

Проблемам научно-популярных СМИ посвящено немало исследований: «Актуальные проблемы современной науки и журналистика» Р.П. Баканова, «Научно-популярное телевидение: специфика функционирования и перспективы развития» Е.Г.Константиновой, «Кому и зачем нужна популяризация науки» Е.П. Левитана, «Быть ли научно-популярной журналистике»

и «Методы популяризации научного знания в современных СМИ» А.А.Тертычного, «Рынок научно-популярных журналов» И.А. Яковенко и др.

Цель нашей работы – проверить соблюдение принципов глубины, доступности и занимательности в журнале «Вокруг Света» и определить его место по шкале «научность-популярность». Актуальность темы связана с необходимостью поддержания оптимального баланса научного и популярного в современных СМИ этого типа.

Объектом для изучения выступили материалы журнала «Вокруг Света», а также биографии его авторов. Предметом – тематические, языковые особенности журнала и профессиональная специализация авторов.

Теоретическая значимость нашей работы состоит в систематизации знаний об особенностях журнала «Вокруг Света» и определения его места по шкале «научность-популярность». Практическая значимость заключается в том, что результаты исследования могут быть использованы студентами и преподавателями факультета журналистики, а также журналистами, для накопления знаний о научно-популярном типе издания, что позволит им расширить свой профессиональный кругозор.

Научная новизна работы состоит в создании доказательной базы для определения места журнала «Вокруг Света» по шкале: «научность-популярность».

Эмпирическими источниками стали материалы тринадцати номеров журнала «Вокруг света»: №2 февраль 2010, №6 июнь 2011, №11 ноябрь 2011, №12 декабрь 2013 г., №1 январь 2014 г., №3 март 2014г., №4 апрель 2014г., №8 август 2015г., №10 октябрь 2015г., №11 ноябрь 2015г., №10 октябрь 2016г.

Методы и приемы исследования:

1. Сбор материала.
2. Анализ и сопоставление материала из теоретических источников.
3. Контент-анализ выбранного издания.
4. Лингвистический и синтаксический анализ собранного материала.

Чтобы определить роль научно-популярных изданий в системе российских СМИ, дадим определение научно-популярного подстиля:

«Научно-популярный подстиль является одним из стилистико-речевых видов научно-функционального стиля, который выделяется реализацией «дополнительных» коммуникационных задач – необходимостью «перевести» специальную научную информацию на язык, доступный читателю, то есть популяризация научных знаний для широкой аудитории» [8].

Журнал «Вокруг света» – один из самых успешных представителей сектора научно-популярной журнальной периодики современной России. Для определения места журнала по шкале «научность – популярность» мы будем опираться на три критерия:

1. Тематические особенности журнала.
 2. Язык и стиль изложения.
 3. Профессиональная специализация авторов журнала.
1. Тематические особенности журнала.

В тематической структуре «Вокруг света» воссоздается научная картина мира. Корреспонденты журнала апеллируют к различным сторонам реальности – неживой и живой природе, а также к социальному аспекту существования человека. Таким образом, предметом «Вокруг Света» являются наука и общество. Систематически освещаются такие темы, как история, география, путешествия, военное дело, биология, медицина, физика, астрономия, интернет. «Вокруг света» публикует новые взгляды на известные исторические события, рассказы о знаменитых людях и их судьбах, информацию о научных и географических открытиях и технических достижениях.

Журнал насчитывает более 30 постоянных рубрик, каждая из которых относится к одному из четырех отделов:

- естественные науки;
- информация;
- история;
- путешествия.

В рамках изучения предметно-тематической составляющей журнала мы выяснили, что в течение последних десяти лет из чисто научно-популярного он постепенно трансформируется в научно-популярное издание с элементами общественно-политической тематики. Однако в среднем около половины материалов издания посвящены науке, а значит принципы научной глубины и занимательности в тематической структуре журнала соблюдены.

2. Язык и стиль изложения.

Рассмотрев языковые особенности научно-популярного журнала «Вокруг света», можно сделать вывод о том, что исследуемое издание использует самые разнообразные лексические и синтаксические средства с целью поддерживать читательский интерес.

Изучение лексических особенностей журнала показало, что на его страницах довольно широко представлены средства, помогающие передать субъективное отношение автора. Среди самых популярных можно выделить следующие: прецедентные тексты, фразеологизмы, тропы, смешение разговорной и просторечной лексики, модальные и иноязычные слова, терминология, а также достоверный фактический материал (цифры, таблицы, инфографика).

Синтаксические особенности в научно-популярном журнале "Вокруг Света" содержат черты публицистического и художественного стилей речи, которые заметно преобладают над признаками научного.

Изучение языковых особенностей журнала показало, что лексика и синтаксис «Вокруг Света» включают элементы научного стиля, но их объем незначителен. Это говорит о том, что авторы журнала уделяют большое внимание занимательности и доступности изложения научного материала.

3. Профессиональная специализация авторов журнала.

Степень научности журнала, а также глубина его материалов, во многом определяются «присутствием ученых и известных популяризаторов науки среди авторов и членов редколлегии» [11].

На основе биографических данных 300 авторов, указанных на официальном сайте издания, мы сделали вывод, что по профессиональному признаку авторский штат журнала можно разделить на 4 группы:

- ученые популяризаторы;
- журналисты популяризаторы;
- эксперты.



Рис. Профессиональная специализация авторов издательства «Вокруг Света»

Данные, отраженные на рисунке, доказывают, что чаще всего в исследуемом журнале публикуются ученые. Второе место занимают журналисты, однако, значительная часть работ принадлежит авторам, не получившим журналистского образования или опыта работы в качестве журналиста, а также не имеющим ученой степени или учёного звания.

Таким образом мы пришли к выводу, что большую часть авторского коллектива журнала составляют ученые-популяризаторы, а это положительно сказывается на научной глубине материалов.

Для определения места научно-популярного издания «Вокруг Света» по шкале: «научность – популярность» мы поверили его по трем критериям и пришли к следующим выводам:

1. Тематическая составляющая журнала довольно разнообразна, но около 50% материалов в журнале написаны в рамках научной тематики.

2. Язык и стиль журнала «Вокруг Света» далек от научного стиля, но допустим для научно-популярного подстиля.

3. Большую часть авторского коллектива журнала составляют ученые-популяризаторы.

Также наше исследование показало, что в журнале «Вокруг Света» соблюдены принципы «научной глубины, доступности и занимательности изложения» [6, с. 31-32].

Отсюда можно сделать вывод, что он занимает среднее место по шкале «научность – популярность», а значит он является полноценным представителем типа научно-популярных изданий.

Список литературы

1. Авторы издательства «Вокруг Света» // Официальный сайт. URL: <http://www.vokrugsveta.ru/authors/> (дата обращения: 30.10.2016).
2. Баканов, Р.П. Актуальные проблемы современной науки и журналистика: программа дисциплины, методические указания и материалы к лекциям и практическим занятиям. Казань: Казанск. гос. ун-т, 2010. 152 с.
3. Журнал «Вокруг Света» // Официальный сайт. URL: <http://www.vokrugsveta.ru/vs/> (дата обращения: 30.10.2016).
4. Константинова, Е.Г. Научно-популярное телевидение: специфика функционирования и перспективы развития: дис... канд. фил. наук. М.: Изд-во Моск. гос. ун-та, 2010. 29 с.
5. Константинова, Е.Г. Популяризация науки на современном этапе: кризис направления и пути преодоления. Автореф. дис... канд. фил. наук. М.: Изд-во Моск. гос. ун-та, 2010. С. 11.
6. Лазаревич, Э.А. Искусство популяризации // Телевидение. Радиовещание. М.: Наука, 1978. С.31-32.
7. Левитан, Е.П. Кому и зачем нужна популяризация науки // Клуб научных журналистов. 2007. URL: <http://nauchnik.ru/09/10/komu-i-zachem-nuzhna-populyarizatsiya-nauki> (дата обращения: 30.10.2016).
8. Стилистический энциклопедический словарь русского языка // Академик. URL: <http://stylistics.academic.ru/> (дата обращения: 30.10.2016).
9. Тертычный, А.А. Быть ли научно-популярной журналистике? Воронеж: Вестн. Воронежского гос. ун-та., 2013. № 2. С. 212-217.
10. Тертычный, А.А. Методы популяризации научного знания в современных СМИ. Казань: Институт массовых коммуникаций и социальных наук КФУ, 2014. С.330-336.
11. Яковенко И.А. Рынок научно-популярных журналов. Аналитический обзор // Национальная Тиражная Служба. 2012. URL: <http://pressaudit.ru/rynok-nauchno-populyarnyx-zhurnalov-analiticheskij-obzor/> (дата обращения: 30.10.2016).

ГРАЖДАНСКАЯ ЖУРНАЛИСТИКА В РОССИИ: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Рылеева М.А.

магистрант, ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет»,
Россия, г. Барнаул

Статья посвящена анализу исторического развития гражданской журналистики в России. В статье уделяется внимание периодизации гражданской журналистики и характерным чертам каждого периода. Рассматриваются основные интернет-площадки для становления гражданской журналистики в России.

Ключевые слова: гражданская журналистика, медиа-активизм, новые медиа, блоггинг, Рунет, социальная сеть.

Сегодня, активное развитие интернет-технологий приводит к изменениям в различных сферах жизни: политической, духовной, социальной, экономической, и породило новые, специфичные для глобальной сети явления –

блогинг, налоговую отчетность через Интернет, дистанционное образование, электронную валюту, общение в социальных сетях, свободный доступ к мировым информационным ресурсам и т.д. Интернет стал основной движущей силой в информационном обществе.

Теперь каждый, обладающий смартфоном из любой точки мира может вести прямые трансляции, писать заметки, выкладывать фото и видео в Интернет. Благодаря этому, ежедневно создаются тысячи блогов и аккаунтов на различных социальных платформах, формируется такое явление как «гражданская журналистика» [1, с. 94].

Рассмотрение российской гражданской журналистики в историческом аспекте позволило нам проследить этапы и тенденции ее развития.

Зарождение гражданского медиа-активизма в России относится к концу 1990-х годов, когда первый русско-язычный пользователь зарегистрировался на сайте «Живой журнал». Первая запись на русском языке появилась здесь 30 ноября 1999 года и принадлежала программисту Алексею Толкачеву, известному под пользовательским именем «at». Позднее такие онлайн-дневники появились у многих известных в России людей, а также у партий, общественных движений и организаций.

Активный всплеск гражданской медиа-активности в России произошел осенью 2002 года, когда террористы захватили театральный центр на Дубровке во время показа мюзикла «Норд-Ост», тысячи пользователей Интернета регулярно отслеживали новости не только в традиционных медиа, но и следили за блогами москвичей.

Стоит отметить, что в это время государственные органы плотно контролировали деятельность традиционных СМИ, которые боясь натиска, сторонились острых социальных, экономических и политических тем. Поэтому людям стало необходимым искать новые площадки для обсуждения важнейших тем в Интернете. Так глобальная сеть стала для человека не только средством поиска информации и общения, но и способом проявления гражданской позиции.

К началу 2010 года особой популярностью стали пользоваться социальные сети. На первоначальном этапе «ВКонтакте» и «Одноклассники» существовали для удовлетворения потребности в бытовом общении. Позднее, в след за «Живым журналом», «Twitter» и «Facebook» здесь сформировались крупные интернет-площадки общественной направленности [3, с. 109].

В этот момент медиа-активисты уже осмысленно участвовали не только в виртуальной, но и в реальной общественной жизни [2].

Таким образом, новые медиа через самовыражение, медиа-активность и гражданское вовлечение привели к формированию гражданской журналистики в России. Сегодня термин «гражданская журналистка» стал привычным не только в интернете, его освоила традиционная профессиональная журналистика [4].

Список литературы

1. Гудошникова, О.Е. Технологии «новых медиа» как платформа гражданской активности / О.Е. Гудошникова // Современные проблемы науки и образования: сб. ст. / ООО ИД «Академия Естествознания» – Пенза, 2015. – С. 91- 98.

2. Лазарев, А.Г. Гражданская журналистика / А.Г.Лазарев // Media maker [Электронный ресурс] – Электрон. дан. – Иркутск, 2016. – Режим доступа: <http://www.anton-lazarev.ru/grazhdanskaya-zhurnalistika>

3. Стинс, О. Новые медиа / О. Стинс // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 8: Литературоведение. Журналистика: сб. ст. / Волгоградский государственный университет – Волгоград, 2008. – С. 103-112.

4. Черных, А.О. Мир современных медиа [Электронный ресурс]. – М.: Территория будущего, 2007. – Режим доступа: <http://www.prognosis.ru/lib/SMI.pdf>

РОЛЬ ИНТЕРНЕТ-КОММУНИКАЦИЙ В БРЕНДИНГЕ ТЕРРИТОРИЙ НА ПРИМЕРЕ РОСТОВА-НА-ДОНУ

Синицкая А.А.

студент 2 курса магистратуры кафедры связей с общественностью,
Донской государственной технической университет,
Россия, г. Ростов-на-Дону

Каирова И.А.

доцент кафедры связей с общественностью, канд. философ. наук,
Донской государственной технической университет,
Россия, г. Ростов-на-Дону

В статье приводятся некоторые теоретические подходы к определению бренда и субъектов брендинга территории, определена роль территориального бренда в цифровых медиа и интернет-пространстве, а также рассмотрены коммуникативные проекты субъектов брендинга территории на примере Ростовской области.

Ключевые слова: бренд территории, имидж территории, брендинг территорий, имидж региона, интернет-технологии.

Роль брендинга территорий в современных условиях глобализации и пролонгированного экономического кризиса сложно переоценить. Конкурентоспособность территориальных образований напрямую зависит от способности территории находить локальную идентичность, шагая в ногу с глобализацией и отвечая требованиям времени. Важнейшим условием успешности территории, ее инвестиционной и туристической привлекательности, является грамотный подход к коммуникативной политике. Более того, современный подход требует использовать новейшие цифровые каналы с широким спектром возможностей для продвижения территории, а именно весь потенциал интернет-технологий.

Территория, как пишет Кирюнин в книге «Имидж региона как интериоризация культуры», является наиболее сложным социально-ориентированным объектом, поэтому брендинг территориального образования представляет собой длительный и сложный процесс [4, с. 26].

Прежде, чем формировать образ привлекательной с туристической точки зрения территории, необходимо определить, кто может выступать субъектами брендинга.

Согласно Ф.Котлеру все субъекты территории подразделяются на четыре уровня. Первый – местный уровень: государственный сектор (глава администрации, департамент городского планирования, управление по туризму, управление общественной информацией) и частный сектор (жители, предприятия, финансовые организации, СМИ). Второй уровень – региональный: местные и государственные органы власти, региональные советы по туризму. Третий уровень – национальный, включающий: политических глав, агентства по привлечению инвестиций. Четвертый уровень – международный: посольства и консульства, международные компании [6, с. 59].

В.Г. Воронин в книге «Маркетинг территории: теоретические подходы» определяет основных субъектов маркетинга территории среди государственных и частных структур, главной задачей которых является стремление к повышению привлекательности своей территории [2, с. 237].

Панкрухин к основным субъектам относит «производителей того или иного продукта (товаров, услуг и др.), его потребителей (покупатели, пользователи) и посредников. Соучаствовать в маркетинговых отношениях и действиях могут органы управления, целые сферы экономики (например, торговля), средства массовой информации, учебные и научные учреждения, организации и их системы» [7, с. 24].

Визгалов в книге «Брединг территорий», называя субъекты организаторами брендинга территории, относит к этой группе органы власти и самоуправления и так называемый городской актив: «это люди, во-первых, принимающие решения, во-вторых, хорошо знающие город и, в-третьих, пользующиеся авторитетом среди горожан: депутаты представительных органов (города и региона), руководители городских предприятий и бизнесмены, культурная элита города, специалисты местных вузов, журналисты, лидеры НКО и общественных движений, духовенство, почетные граждане и т.д.» [1, с. 19].

Обобщая изученное, и, учитывая контекст исследования, к субъектам брендинга территории относятся: органы власти и местного самоуправления, Интернет-СМИ, пользователи социальных сетей, блоггеры, бизнес, туристы и жители данной территории, образовательные учреждения, советы по туризму и туристические компании, лидеры общественных движений, городские форумы. При формировании бренда территории стоит учитывать интересы всех субъектов данной территории.

Наличие большого числа заинтересованных в брендинге территории субъектов, при отсутствии программы полисубъектного взаимодействия, приводит к формированию мозаичного образа территории, как у резидентов, так и у внешней аудитории.

Рассмотрим проектную деятельность субъектов брендинга территорий на примере г. Ростова-на-Дону и Ростовской области. Органами власти реализован проект «Туризм России. Донской туризм», в рамках которого создан туристический портал города, где представлены традиции донской земли, местная кухня, туриндустрия и различные мероприятия Ростовской области. Также представлен интерактивный путеводитель по городам и районам Ро-

стовской области и соседних регионов, присутствует счетчик расчета расстояний для путешествий. Сайт ориентирован не только на жителей России, но и на зарубежных гостей из Франции, Германии, Англии и др. [10]. Свои проекты по продвижению бренда города так же создают СМИ и информационные порталы. Например, сайт г. Ростова-на-Дону «1Rnd.ru», где представлены два проекта: спецпроект «Южное гостеприимство» и городской проект «Хочу в Ростов». Отдельного внимания заслуживает проект «Хочу в Ростов», где гости города и известные жители рассказывают о своих впечатлениях и делятся историями о Ростове-на-Дону, составляют маршруты прогулок [8]. Большого внимания заслуживают городские блогеры, являющиеся лидерами мнения для многих групп ростовчан. Например, открытая группа в социальных сетях Вконтакте и Facebook «Вместе строим бренд Ростова», которую организовали Алексей Матвеев (руководитель городских гастрономических проектов, главный редактор журнала «Собака.Ru») и Елена Ищенко (федеральный эксперт в сфере маркетинга). Целью проекта является формирование ассоциативного ядра бренда города [9].

В результате реализации перечисленных проектов формируется положительный образ Ростова-на-Дону, формируется уважительное отношение резидентов к городу. Но этого мало для увеличения потока туристов. Для достижения успеха в этом направлении необходимо вовлекать в процесс брендинга всех стейкхолдеров [3, с. 34].

Сложность брендинга территории состоит в том, что мы не имеем права на ошибки. В случае неудачи с брендингом компании, можно провести ребрендинг и исправить ситуацию, заплатив, правда, высокую цену за просчет. С регионом это невозможно – нельзя бесконечно менять названия, слоганы, гимны, логотипы городов, ведь они закрепляются в сознании жителей и туристов данной территории, формируя устойчивый образ территории для миллионов людей.

Список литературы

1. Визгалов Д.В. Брендинг города. М.: Фонд «Институт экономики города», 2011. 156 с.
2. Воронин В.Г., Целых Т.Н. Маркетинг территории: теоретические подходы // Проблемы маркетинга. Логистика. 2014. №4. С. 236-238. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/marketing-territorii-teoreticheskie-podhody> (дата обращения: 26.10.2016).
3. Динни К. Брендинг территорий. Лучшие мировые практики. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 336 с.
4. Кирюнин А. Е. Имидж региона как интериоризация культуры. – Университет, 2000. 143 с.
5. Кожушко О.А., Чуркин И., Агеев А. Интернет-маркетинг и digital-стратегии. // Принципы эффективного использования: учеб. пособие. Компания «Интелсиб». Новосибирск: РИЦ НГУ, 2015. URL: https://vk.com/doc40601869_437856837?hash=c0eb6483d4f3d71d06&dl=0ed7dbebc5f5e9c9f4 (дата обращения: 26.10.2016).
6. Котлер Ф., Асплунд К., Рейн И., Хайдер Д. Маркетинг мест. Привлечение инвестиций, предприятий, жителей и туристов в города, коммуны, регионы и страны Европы. СПб: Стокгольмская школа экономики, 2005. 375 с.

7. Панкрухин А.П. Маркетинг территорий. 2-е изд. СПб.: Питер, 2006. 416 с.
8. Сайт г. Ростова-на-Дону. URL: <http://www.1rnd.ru/> (дата обращения: 27.10.2016).
9. Вместе строим бренд Ростова. URL: <https://vk.com/club126328944> (дата обращения: 27.10.2016).
10. Туризм России. Сайт туризма Ростовской области. URL: <http://dontourism.ru/> (дата обращения: 27.10.2016).
11. Digital маркетинг – что это такое, и с чем его едят? URL: <http://ikraine.net/digital-marketing-cto-eto-takoe-i-s-chem-ego-edyat/#.WBNLNNKLTIV> (дата обращения: 26.10.2016).

Подписано в печать 10.11.2016. Гарнитура Times New Roman.
Формат 60×84/16. Усл. п. л. 8,83. Тираж 100 экз. Заказ № 270.

ООО «ЭПИЦЕНТР»

308010, г. Белгород, ул. Б.Хмельницкого, 135, офис 1
ИП Ткачева Е.П., 308000, г. Белгород, Народный бульвар, 70а