

АГЕНТСТВО ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
(АПНИ)

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ

Сборник научных трудов
по материалам
IX Международной научно-практической конференции

г. Белгород, 31 марта 2015 г.

В шести частях
Часть III



Белгород
2015

УДК 001
ББК 72
Т 33

Теоретические и прикладные аспекты современной науки :
Т 33 сборник научных трудов по материалам IX Международной научно-практической конференции 31 марта 2015 г.: в 6 ч. / Под общ. ред. М.Г. Петровой. – Белгород : ИП Петрова М.Г., 2015. – Часть III. – 176 с.

ISBN 978-5-9906520-7-1

ISBN 978-5-9906665-0-4 (Часть III)

В сборнике рассматриваются актуальные научные проблемы по материалам IX Международной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные аспекты современной науки» (г. Белгород, 31 марта 2015 г.).

Представлены научные достижения ведущих ученых, специалистов-практиков, аспирантов, соискателей, магистрантов и студентов по медицинским, юридическим и политическим наукам.

Информация об опубликованных статьях предоставляется в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) по договору № 690-11/2014 от 05.11.2014 г.

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

УДК 001
ББК 72

ISBN 978-5-9906520-7-1
ISBN 978-5-9906665-0-4 (Часть III)

© Коллектив авторов, 2015
© ИП Петрова М.Г. (АПНИ), 2015

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»	6
<i>Блащенко Е.Ю., Болотских В.И., Зуйкова А.А., Ханина Е.А.</i> ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИАРИТМИКОВ 3 КЛАССА	6
<i>Болотникова Н.И., Болотников И.Ю.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	9
<i>Боронина Л.Г., Чернышова О.С.</i> ПРОБЛЕМЫ КОНТАМИНАЦИИ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ЛИСТЕРИЯМИ – ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ.....	12
<i>Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., Харченко С.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СТРУКТУРНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ.....	17
<i>Захохов Р.М., Каранашева В.А., Тлакадугова М.Х.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ШКОЛЬНИКОВ Г. НАЛЬЧИКА	19
<i>Иванова В.С., Глебова Т.М., Шелудько А.Н., Арсенкина Е.А.</i> МОНИТОРИНГ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	22
<i>Иванова В.С., Чугай В.Н., Родичева А.И., Кондрахина О.В.</i> О НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	24
<i>Исмаилова Г.О., Эшкулов Д.И.</i> БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРИРОДНЫХ 3-ФЕНОКСИКУМАРИНОВ	27
<i>Кецко Ю.Л., Труханова И.Г., Лунина А.В., Шакуров А.И.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМПЕДАНСНОЙ КАРДИОГРАФИИ В КОРРЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	29
<i>Киришина О.В., Мельникова О.А.</i> ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К РАСЧЁТУ ПОТРЕБНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	33
<i>Киселева О.А.</i> ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАРАЗИТИЧЕСКИХ РАСТЕНИЙ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.....	36
<i>Космылин П.П.</i> ПЕРВИЧНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРА	39
<i>Курашвили Л.В., Лавров А.Н., Кирякина Е.А., Фролкина О.Ф.</i> МОЧЕВАЯ КИСЛОТА КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	41
<i>Лесина О.Н., Баранова И.П., Коннова О.А., Сосновский А.Е.</i> ПРЕМОРБИДНЫЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ	44
<i>Мельников В.Л., Митрофанова Н.Н., Мельников Л.В., Тимербулатов А.И.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГИТОВ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	48

Мельникова О.А., Брантнэр И.В. ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ АССОРТИМЕНТА НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	52
Митрофанова Н.Н., Мельников В.Л., Мельников Л.В. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА Г. ПЕНЗЫ	54
Оксенюк О.С., Куцев С.И., Шатохин Ю.В., Смирнова О.Б. ВЛИЯНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ИМАТИНИБА В ПЛАЗМЕ КРОВИ НА ПОЯВЛЕНИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА	59
Панюшкина Л.И., Геращенко С.И., Герасимов А.В. Сергацкий К.И. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЖОУЛЬМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ ЛИТОГЕННОСТИ ЖЕЛЧИ	64
Прудников А.В., Шахбанов Р.М. ВЛИЯНИЕ ТРАВМ И ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ КОКСАРТРОЗА	66
Разумов В.В., Бондарев О.И., Задорожная М.П. ПРОЛИФЕРАЦИЯ КАРДИОМИОЦИТОВ КАК НЕДООЦЕНЕННОЕ ЗВЕНО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ).....	68
Родин А.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ С АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТЬЮ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	76
Сушкова Н.В., Субботина В.Г., Блинова В.В., Бурлака А.П. ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	78
Халилов А.Р. О ПОГРЕШНОСТЯХ, ВНОСИМЫХ САМОПИШУЩИМИ УСТРОЙСТВАМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕФЛЕКСОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ	81
Ханина Е.А., Пашков А.Н., Зуйкова А.А., Блащенко Е.Ю. ХРОНОТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	83
Шахбанов Р.М., Прудников А.В. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ	87
Шорманова Н.С., Шорманов С.В. ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МОЗГ ЧЕЛОВЕКА	89
СЕКЦИЯ «ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ»	92
Афанасьева Е.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ТРУДОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В РОССИИ И КИТАЙСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	92
Бутырина В.М. ОГРАНИЧЕНИЕ ДЕЕСПОСОБНОСТИ: ИЗМЕНЕНИЯ В ГК РФ	95
Воробьева Е.И. ФОРУМ КАК ФОРМА ПРОЯВЛЕНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ АКТИВНОСТИ	98
Гилева Н.В. ПРАВО НА ЗАЩИТУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РАБОТНИКА ПРИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ С РАБОТОДАТЕЛЕМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	100
Дегтярева О.Л. РОЛЬ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИНСПЕКЦИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	106

<i>Идрисов К.А.</i> ПРОФИЛАКТИКА ПРАВОНАРУШЕНИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ.....	113
<i>Карагод А.Н.</i> СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛНОМОЧИЙ РЕГИОНАЛЬНОГО ПАРЛАМЕНТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНОВ	117
<i>Копылова Ю.В.</i> ВЕЩНЫЕ ПРАВА НА ЗЕМЕЛЬНЫЕ УЧАСТКИ В СВЕТЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ ГРАЖДАНСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	123
<i>Максимова О.Д.</i> ОБСУЖДЕНИЕ И ПРИНЯТИЕ ДЕКРЕТА О СУДЕ № 1 В СОВЕТЕ НАРОДНЫХ КОМИССАРОВ СОВЕТСКОЙ РОССИИ.....	127
<i>Морозова Е.С., Таракин А.В.</i> БАНКРОТСТВО ФИРМЫ: ВИДЫ И ПРОЦЕДУРЫ БАНКРОТСТВА, ИХ ОСОБЕННОСТИ	133
<i>Никишаева А.О.</i> ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ: БРЕМЯ ИЛИ ПАНАЦЕЯ ДЛЯ РАБОТНИКОВ ОБРАЗОВАНИЯ?	135
<i>Пронина М.П.</i> ТЕХНИКО-ЮРИДИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ УГОЛОВНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ЭПОХУ ЭКОНОМИЧЕСКИХ И ПОЛИТИЧЕСКИХ ПЕРЕМЕН В РОССИИ	138
<i>Синюков В.Н., Синюкова Т.В.</i> РОЛЬ ЮРИДИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ В ПОДГОТОВКЕ ЮРИСТА.....	142
<i>Тульжанов Р.С.</i> КОНСТИТУЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕГЛАМЕНТАЦИИ ЭКСТРЕМИЗМА В РОССИИ	145
<i>Угренинова А.М.</i> К ВОПРОСУ О РОЛИ СУДА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ	149
<i>Фролова Д.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО СТАТУСА ОСУЖДЁННОГО В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	152
<i>Хасаева Е.Я., Мороз Е.С.</i> ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ПАРЛАМЕНТАРИЗМА В РОССИИ.....	155
<i>Шикла И.Р.</i> УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ БЕСПОМОЩНОГО СОСТОЯНИЯ ПОТЕРПЕВШЕГО	158
<i>Язов А.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В ТЕОРИИ Б.Н. ЧИЧЕРИНА.....	161
СЕКЦИЯ «ПОЛИТОЛОГИЯ»	164
<i>Алигаджиева М.А.</i> ТРАДИЦИОННАЯ СРЕДА СЕВЕРНОГО КАВКАЗА КАК ФАКТОР ГЕНДЕРНОГО СТЕРЕОТИПА	164
<i>Гаврилова К.С., Петренко Д.А., Саламандык А.В.</i> ВОСТОЧНОАЗИАТСКИЕ МОДЕЛИ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ	166
<i>Овчинников Е.А.</i> БРИКС И НОВАЯ РОЛЬ РОССИИ НА МЕЖДУНАРОДНОЙ АРЕНЕ ..	170
<i>Shitova A.V.</i> THE FRAMEWORK OF THE POLITICAL CYCLE IN MIGRATION POLICY: MAIN ACTORS IN MOSCOW	172

СЕКЦИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИАРИТМИКОВ 3 КЛАССА

Блащенко Е.Ю.

ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики
ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская
академия им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения РФ,
кандидат медицинских наук,
Россия, г. Воронеж

Болотских В.И.

заведующий кафедрой патологической физиологии ГБОУ ВПО Воронежская
государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Министерства
здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор,
Россия, г. Воронеж

Зуйкова А.А.

заведующая кафедрой поликлинической терапии и общей врачебной
практики ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская
академия им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения РФ,
доктор медицинских наук, профессор,
Россия, г. Воронеж

Ханина Е.А.

ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики
ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская
академия им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения РФ,
кандидат медицинских наук,
Россия, г. Воронеж

Препараты 3 класса являются одними из наиболее эффективных антиаритмических препаратов для профилактики приступов фибрилляции предсердий. Не смотря на, высокую эффективность, их применение не редко ограничено развитием побочных реакций. В большинстве случаев побочные эффекты незначительны.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, антиаритмические препараты, побочные эффекты.

Кордарон был введен в клиническую практику в начале 70-х годов. В последнее десятилетие препарат стал наиболее часто применяемым антиаритмиком с широким кругом показаний, включающим восстановление и поддержание синусового ритма, вторичную профилактику аритмий после инфаркта миокарда. Являясь жирорастворимым соединением, кордарон в достаточных количествах накапливается во многих органах и тканях:

в печени, в жировых депо, в легких, в щитовидной железе, в миокарде, в скелетной мускулатуре.

Соталол является одновременно неселективным бета-адреноблокатором и антиаритмиком 3 класса. Побочные эффекты при применении соталола возникают редко и в основном обусловлены его бета-блокирующими свойствами. Наиболее часто описываются следующие побочные эффекты: симптомы расстройства центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы.

В исследование было включено 80 человек с персистирующей формой фибрилляции предсердий на фоне ишемической болезни сердца (54 мужчины и 16 женщин) в возрасте от 50 до 70 лет. Длительность аритмического анамнеза колебалась от 1 года до 7 лет. Частота пароксизмов составила в среднем 2,4-3,2 приступов в месяц. Наблюдение проводилось 1 год [2].

Программа обследования пациентов включала: общеклиническое исследование, проведение эхокардиографии, суточного мониторирования ЭКГ, ультразвукового исследования щитовидной железы, определение уровня тиреоидных гормонов в крови, обзорную рентгенографию легких, консультацию офтальмолога.

В процессе исследования больных разделили на две группы:

1 группа состояла из 40 человек, принимавших соталол в дозе 80 мг 2 раза в сутки; 2 группа – 40 человек, принимавших кордарон в дозе 200 мг 3 раза в сутки в течение одной недели, затем 200 мг 2 раза в сутки в течение одной недели, далее в дозе 200 мг в сутки с пятиразовым приемом в неделю.

Обсуждение результатов.

Побочные эффекты при терапии соталолом в виде головной боли, головокружения отмечено у 3 человек (7,5%); у 2 пациентов (5%) применение соталола привело к развитию брадикардии. Таким образом, побочные эффекты отмечены у 12,5% больных, однако отмена препарата потребовалась только в 1 случае (2,5%).

Побочные эффекты при применении кордарона носят кумулятивный характер, т.е. вероятность их возникновения тесно связана с величиной суточной дозы и продолжительностью лечения. Среди больных второй группы у 3 человек (7,5%) отмечены отложения липофусцина в роговице.

Частота нарушений функции щитовидной железы составила 22,5%. У большинства пациентов, принимавших кордарон сохранился эутиреоз, тем не менее, у некоторых больных отмечено развитие гипотиреоза или тиреотоксикоза. Через 6 месяцев лечения кордароном в суточной дозе 200 мг во время ультразвукового исследования щитовидной железы выявлены структурные изменения различной экзогенности (в 10%): гипοэхогенность – 1 чел (2,5%), гиперэхогенность – 1 чел (2,5%), неоднородность – 2 чел (5%); у одной женщины структурные изменения сочетались с увеличением объема с 16,2 мл до 19,4 мл (норма 18).

Однако несмотря на объемные и структурные изменения щитовидной железы у больных уровень тиреотропного гормона сохранялся в пределах

нормы. На фоне уменьшения дозы кордарона до 100 мг в сутки через 6 месяцев достигнута нормализация ультразвуковых показателей щитовидной железы.

У 9 пациентов (22,5%) лечение кордароном привело не только к увеличению объема и структурным изменениям щитовидной железы, но и к функциональным нарушениям – субклинической или клинической дисфункции. У 5 больных (12,5%) с субклиническим тиреотоксикозом уровень тиреотропного гормона составил от 0,12 до 0,19 мМЕ/л; уровень Т4 от 74 до 105 нМ/л, а Т3 от 1,5 до 1,8 нг/л. У одного больного (2,5%) отмечены клинические проявления тиреотоксикоза. У 3 человек (7,5%) с субклиническим гипотиреозом уровень тиреотропного гормона составил от 5 до 10 мМЕ/л; уровень Т4 53,4-72 нМ/л и Т3 0,86-1,4 нг/л.

Таким образом, увеличение объема щитовидной железы связано с дозозависимым влиянием кордарона на функционирование гипофиз-щитовидной системы, секрецию тиреотропного гормона, синтез и всасываемость тиреоидных гормонов, чувствительность периферических рецепторов к гормонам щитовидной железы. Патологический процесс на первом этапе имеет субклиническое течение, то есть исключительно изменение уровня тиреотропного гормона на фоне нормальных значений тиреоидных гормонов и отсутствия клинических проявлений. Конечным этапом морфогенеза является формирование манифестной дисфункции щитовидной железы.

Среди пациентов, включенных в исследование, патологических изменений со стороны легких выявлено не было.

Выводы.

1. Низкий процент осложнений, которые могут развиваться на фоне приема соталола, а также простота его применения в силу отсутствия необходимости длительного создания насыщающей дозы, делают данный препарат широко применяемым для постоянной противорецидивной терапии фибрилляции предсердий.

2. Побочные эффекты при применении кордарона носят кумулятивный характер. При длительном лечении кордароном необходимо наблюдение офтальмолога, регулярный контроль функции щитовидной железы, рентгенологический контроль легких.

3. Определение объема щитовидной железы и уровня тиреоидных гормонов при длительной терапии кордароном, позволяет прогнозировать влияние лечения на структурно-функциональное состояние щитовидной железы.

Список литературы

1. Подлесов А.М., Бойцов С.А., Егоров Д.А. Мерцательная аритмия. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2001.-335 с.

2. Блащенко Е.Ю., Зуйкова А.А. Анализ побочных эффектов противорецидивной терапии персистирующей формы фибрилляции предсердий при использовании антиаритмических препаратов 3 класса // Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом: сборник статей Международной научно- практической конференции. – Уфа: Аэтерна, 2014. – С. 5-7

3. Aboaf A. Wolf P. Paroxysmal atrial fibrillation. – Arch.Intern.Med – 1996 – Vol. 156. – P.33-40.
4. Capucci A. Aschieri D. Clinical pharmacology of antiarrhythmic drugs – Drugs Aging – 1998.-Vol. 13.-N. 1 – P. 51-70
5. Hart R.G. Atrial fibrillation and thromboembolism – Ann. Intern. Med 1999. – Vol.131.-N.9. – P.688-695

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Болотникова Н.И.

ассистент кафедры общественного здоровья и управления здравоохранением
Астраханского государственного медицинского университета,
канд. мед. наук,
Россия, г. Астрахань

Болотников И.Ю.

директор Территориального центра медицины катастроф Астраханской области,
доктор мед. наук,
Россия, г. Астрахань

Деятельность Центра медицины катастроф (ТЦМК АО) постоянно совершенствуется, что, несомненно, способствует дальнейшему повышению уровня эффективности работы этого медицинского образования: отмечены устойчивые тенденции снижения времени прибытия и времени ожидания пострадавшими и выездных бригад ТЦМК АО.

Ключевые слова: специализированные выездные бригады Центра медицины катастроф, повышение эффективности работы, догоспитальная медицинская помощь.

Астраханская область расположена в южной части России, в нижнем течении реки Волги. Область входит в южный экономический район, характеризуется некоторой растяженностью территории, численность населения на 01.01.15 год 1 млн. 7 тыс. чел. (преобладает городское население 66,5%). Административным центром области является г. Астрахань, где проживает 670 тыс. чел. Во многих областях РФ в настоящее время работают – Центры медицины катастроф [1-4]. Осознание того, что без создания единой службы, организующей комплексное использование и взаимодействие сил и средств различных министерств и ведомств, нельзя добиться заметного снижения потерь и сокращения сроков оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС, привело к принятию Советом Министров РСФСР Постановления от 14.06.90 № 192 «О создании службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях». Постановлениям предусматривалось создание в Российской Федерации центров экстренной медицинской помощи, в том числе в Астраханской области. Целью данной работы явился анализ деятельности Территориального центра медицины катастроф Астраханской области. Материал и методы. Информация получена из годовых отчетов

ТЦМК АО и карт специализированных бригад, заполненных врачами, при каждом выезде 2012-2013 годов.

В ТЦМК АО большое внимание уделяется подбору кадров и их профессиональной подготовке.

В штатном расписании ТЦМК АО – 205 должностей, в том числе врачей – 30 должностей, в том числе 15- врачей высшей квалификации; 30 человек – среднего медицинского персонала. В центре работают 3 Заслуженных врача Российской Федерации, 3 Отличника здравоохранения, доктора и кандидаты медицинских наук.

В работе ТЦМК участвуют ведущие областные специалисты различного профиля: нейрохирурги, травматологи- ортопеды, кардиологи, урологи, неврологи, педиатры, инфекционисты и др. Основная врачебная специализация анестезиология – реаниматология.

За 10 лет существования Центра специалисты оказали высокоспециализированную медицинскую помощь более 40 тысячам больных, выполнили более 2 тысяч хирургических вмешательств.

В течение прошедшего периода специалисты ТЦМК приняли непосредственное участие в ликвидации медико-санитарных последствий 208 чрезвычайных ситуаций, в том числе 125 ДТП, 65 пожарах, обрушении зданий – 3, 15- биолого-социальных ЧС.

Так, скорая специализированная, в том числе санитарно-авиационная медицинская помощь оказывается бригадами территориального центра медицины катастроф. Причем, в этом центре обновлен парк автомобилей, которые оснащены навигационным оборудованием, закупается самое современное медицинское оборудование новейшие лекарственные средства. В последние годы в территориальном центре медицины катастроф развернут спутниковый мониторинг ГЛОНАС, который позволяет отслеживать перемещение санитарного транспорта в on-line режиме.

Территориальный центр медицины катастроф Астраханской области является аттестованным внештатным аварийно-спасательным формированием и имеет право проводить работы по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС; число аттестованных спасателей в составе центра – 97 (75% от штатной численности). Центр функционирует в трех режимах: повседневной деятельности – при отсутствии угрозы возникновения чрезвычайных ситуаций; повышенной готовности – при угрозе возникновения чрезвычайных ситуаций и непосредственном в режиме ЧС – при возникновении и ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Важнейшим направлением работы ТЦМК по-прежнему остается оказание медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на федеральных автомобильных дорогах.

Оперативность реагирования и сокращение сроков прибытия выездных бригад к месту ДТП позволили быстро доставлять крайне тяжелых пациентов в медицинские учреждения, снизить смертность ФАД в результате ДТП.

Одним из целевых направлений деятельности ТЦМК в области спасения жизни и сохранения здоровья является совершенствование консульта-

тивной медицинской помощи и медицинской эвакуации. Так в июне 2014 года отряд ТЦМК АО был направлен в Крым для оказания непосредственной высокоспециализированной медицинской – врачебной помощи жителям Крыма. В марте 2015 года – на устранение ЧС на танкере в Каспийском море.

Центр активно взаимодействует с медицинскими организациями Министерства здравоохранения и ведомственными учреждениями, ГУ МЧС катастроф АО, на основе дальнейшего развития материальной базы симуляционного центра в ТЦМК, диспетчеризации и создания единого пространства, объединяющего все медицинские организации области.

В течении многих лет в составе ГБУЗ «ТЦМК АО» функционирует учебный центр «Школа медицины катастроф». Образовательная деятельность по обучению различных категорий населения приемам оказания первой медицинской помощи осуществлялась с момента создания России по Астраханской области, Морским спасательно-координационным центром, ГИБДД и дежурными службами. Выездные бригады центра и штаб службы медицины катастроф ежегодно принимают участие в учениях и тренировках, в том числе с развертыванием на местности пневмокаркасного модуля ПМК – 72, осуществляя медико-санитарное обеспечение и медицинское сопровождение массовых мероприятий. Особое место занимает взаимодействие со службой скорой медицинской помощи. В настоящее время происходит реорганизация станции скорой медицинской помощи путем присоединения к ней Территориального центра медицины ТЦМК. Так в рамках выполнения Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006 - 2012 годах» во всех ТЦМК созданы учебные центры по обучению приемам оказания первой помощи для сотрудников ГИБДД, водителей.

Сотрудники ТЦМК АО издают информационные материалы, такие как «Действие медицинский работников служб экстренной медицинской помощи Астраханской области в чрезвычайных ситуациях, связанных с выявлением больных (умерших) подозрительных на инфекционные болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной территории» (учебно- методическое пособие. Астрахань, 2010, 47с.); «Анализ и особенности оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при дорожно-транспортных происшествиях в Астраханской области в 2005-2007 годах» (учебно- методическое пособие. Астрахань, 2010. 125с.), «Медицинская помощь на месте дорожно – транспортного происшествия: тактика и алгоритм выездной бригады, скорой специализированной медицинской помощи ГБУЗ «ТЦМК АО» (методические рекомендации. Астрахань, 2014), «Основные принципы оказания лечебно-эвакуационного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях в догоспитальном периоде» (учебное пособие. Астрахань. 2014. 41с.).

Таким образом, деятельность Центра медицины катастроф постоянно совершенствуется, что, несомненно, способствует дальнейшему повышению уровня эффективности работы этого медицинского образования: отмечены устойчивые тенденции снижения времени прибытия и времени ожидания пострадавшими и выездных бригад ТЦМК АО.

Список литературы

1. Авдеева В.Г., Бахатотцев А.П., Федоткин О.В. Перспективные направления деятельности службы медицины катастроф Астраханского края// Медицины катастроф. 2006 №1-2 (53-54) с. 8-11.
2. Белоусов А.И., Базанов С.В., Потапенко Л.В. Опыт работы территориального центра медицины катастроф Ивановской области// Медицина катастроф. 2006 №1-2 (53-54) с. 12-14.
3. Костомарова Л.Г. , Федотов С.А., Крутых Е.А., Бук Т.Н., Мешков Ю.С., Потапов В.И. Медико-санитарное обеспечение массовых мероприятий городского уровня в Москве //Медицина катастроф. 2013. №1(81) с. 52-54.
4. Поротиков В.Т., Кропов А.П. Дальневосточному Центру медицины катастроф – 15 лет//Медицина катастроф. 2006 № 1-2 (53-54)с.16-18.

ПРОБЛЕМЫ КОНТАМИНАЦИИ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ЛИСТЕРИЯМИ – ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ

Боронина Л.Г.

профессор кафедры клинической лабораторной диагностики и бактериологии Уральского государственного медицинского университета,
д-р мед. наук, профессор,
Россия, г. Екатеринбург

Чернышова О.С.

врач-бактериолог лаборатории контроля биологических факторов
Центра гигиены и эпидемиологии в Свердловской области,
Россия, г. Екатеринбург

Проведено исследование продуктов питания на соответствие гигиеническим требованиям безопасности и выявление *L. monocytogenes* согласно существующим нормативным документам. В продуктах питания, исследуемых на территории Свердловской области в 2009-2013гг. выделено 89 культур *L. monocytogenes*. Достоверно реже листерии выделялись из сырой рыбы, чем из сырой курицы, куриных полуфабрикатов и мясных продуктов ($p \leq 0,5$) и не были обнаружены в молочных продуктах. Таким образом, обнаружение листерий в разных продуктах питания, свидетельствует о возможности заражения лиц различного возраста, в том числе и беременных женщин, что требует дополнительных санитарно-противоэпидемических мер.

Ключевые слова: *Listeria monocytogenes*, продукты питания, инфекция.

Несмотря на то, что листериоз по частоте встречаемости инфекций, связанных с продуктами питания, значительно уступает таким инфекциям, как сальмонеллез, но превосходит их по тяжести клинического течения и по частоте летальных исходов. Из всех известных листерий вид *Listeria monocytogenes* патогенен для человека и животных, но выявление этиологии инфекций часто затруднено из-за сложности диагностики, связанной с различными клиническими формами листериоза у человека и сложностями микробиологического выявления листерий в материале от больных [6, с. 21]. Не-

смотря на то, что в России заболеваемость листериозом официально регистрируется с 1992г., но, как правило, только инвазивные (генерализованные) формы инфекций, такие как менингит, попадают в статистические отчёты.

Листерии – возбудители сапрозоонозной инфекции, возбудитель *L. monocitogenes* выделен более чем от 90 видов диких и домашних животных, птиц, рыб, моллюсков [5, с. 197]. Инфицирование человека возможно от сельскохозяйственных животных и грызунов; здоровые животные могут быть носителями, выделяя возбудитель с пометом, заражая окружающую среду, и представляют потенциальную опасность для человека и животных. Листерии широко распространены во внешней среде: почве, воде, растениях. Способность активно размножаться при низких 4-10°C температурах (по другим источникам от 0-25°C) ведет к увеличению концентрации листерий в почве зимой и осенью. Листерии инактивируются под воздействием солнечных лучей, летом концентрации их в почве значительно снижаются.

Наибольшую опасность данная инфекция представляет для беременных женщин и новорожденных. Развитие листериозной инфекции у матери и плода может привести к выкидышу, мертворождению, порокам развития плода, а также вызвать менингиты, сепсис и пневмонию у новорожденных и матери [6, с. 22]. Для листериоза характерен широкий спектр клинических проявлений и листерии рассматриваются как возбудители оппортунистических инфекций, эти заболевания развиваются у лиц пожилого возраста на фоне сопутствующих заболеваний.

Исходя из литературных данных большинство крупных эпидемических вспышек листериоза с высоким процентом летальных исходов обусловлено потреблением пищевых продуктов, прежде всего, сыра, других молочных продуктов, салатов, в меньшей степени – мясных, куриных и рыбных изделий. По данным Центра по контролю и профилактике заболеваний США 11% всех продуктов, хранящихся в домашних холодильниках, контаминированы листериями [6, с. 22]. У 64% больных листериозом в холодильнике был найден, по меньшей мере, один продукт контаминированный листериями. Часто *L. monocytogenes* называют «микробом холодильника». Замораживание, поверхностная дегидратация продукта, вакуумная упаковка практически не влияют на выживаемость листерий. Среди полуфабрикатов, с которыми часто связывают случаи листериоза, можно отметить индюшачьи сосиски, вареную ветчину, сосиски типа «хотдог», ветчину под вакуумом, гамбургеры, сэндвичи с сосисками, куриным филе, яйцом и салатом. Листерии могут выживать и размножаться в яйцах, как сырых, так и вареных, при хранении в холодильнике. Из овощей чаще всего листерии контаминировывают картофель и редис, листья салата. Также листерии выделяют из широкого спектра морепродуктов: замороженных креветок, лобстеров, консервированного и свежего крабового мяса, копченой, слабосоленой, маринованной рыбы, пресервов [4, с. 2]. Эпидемиологическое значение *L. monocytogenes* изменилось с начала 80-х годов, когда были зарегистрированы эпидемические вспышки и спорадиче-

ские случаи листериоза в высокоразвитых странах мира (США, Великобритания, Швейцария, Канада, Франция). Заболеваемость была связана с употреблением готовых продуктов, а именно сыров, особенно мягких, мясных полуфабрикатов, салатов, различных морепродуктов. С этого момента данное заболевание стали рассматривать как одну из важнейших пищевых инфекций [6, с. 22]. Официально в Свердловской области в 2013г. не было зарегистрировано ни одного случая заболевания листериозом, в 2014г. – один случай. Но в течение 2008-2014гг. (время наблюдения) в перинатальном центре выявлено 5 случаев выделения *L.monocytogenes* у родильниц и новорожденных, два из которых закончились гибелью плода или новорожденного.

В настоящее время существуют регламентирующие нормативные документы для проведения исследований продуктов питания на соответствие гигиеническим требованиям, в том числе для выявления листерий.

Целью явилось исследование продуктов питания на соответствие гигиеническим требованиям безопасности и выявление *L. monocytogenes*.

Материалы и методы. Исследовались продукты питания на соответствие гигиеническим требованиям безопасности: 622001 – в 2011г., в 628137 в 2012г., 599933-в 2013г., из них листерии определялись в 18380 пробах – в 2011г., 19145 – в 2012г., 14312 – в 2013г. Исследования проводились в лабораториях Центров гигиены и эпидемиологии в Свердловской области в соответствии с ГОСТ Р 51921 – 2002 «Продукты пищевые. Методы выявления и определения бактерий *Listeria monocytogenes*» и МУК 4.2.1122 – 02 «Организация контроля и методы выявления бактерий *L. monocytogenes* в пищевых продуктах» [3, с. 5; 2, с. 7]. Норматив содержания *L. monocytogenes* в пищевых продуктах впервые был предусмотрен при введении СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов» [1, с. 253]. До выхода этих нормативных документов исследования для выявления *L. monocytogenes* практически не проводились. Метод выявления *L. monocytogenes* основан на применении специальных селективных и дифференциально-диагностических сред. Использовали классический метод исследований с применением набора сред для селективного обогащения и агаризованных селективно-диагностических сред, как отечественного производства (ПБЛ, ПАЛ), так и других производителей (бульон Фрайзера, PALKAMagar, Oxfordagar, agar Ottaviani Agosti), и метод энзим-связанного иммуноферментного анализа (ELFA) на автоматическом иммуноферментном анализаторе miniVidas. Для идентификации выделенных культур применялись наборы API Listeria. Для сравнения достоверности различий использовали статистические критерии, в том числе критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В продуктах питания, исследуемых на территории Свердловской области в 2009-2013гг., выделено 89 культур *L. monocytogenes*, впервые культуры были выделены в 2009г., до этого выделялись культуры *Listeria innocua*, *Listeria gray*. Культуры *L. monocytogenes* выделялись лабораториями Центрального Екатеринбургского филиала, Ор-

джоникидзевским, Кировским, Чкаловским филиалами г. Екатеринбурга, Н-Тагильским, К-Уральским филиалами.

Культуры листерий выделялись из сырых мясных и куриных полуфабрикатов, из рыбных продуктов чаще всего из малосоленой рыбы, пресервов, охлажденной рыбы. Также были выделены культуры из таких продуктов как сосиски «Молочные» в вакуумной упаковке, филе индейки, бекон. Одна культура выделена из очищенного картофеля. Среди патогенных культур, выделенных из объектов окружающей среды в 2011-2013гг., удельный вес культур *L.monocytogenes* составляет от 0,7 до 1,2%.

Достоверно реже листерии выделялись из сырой рыбы, чем из сырой курицы, куриных полуфабрикатов и мясных продуктов ($p \leq 0,5$). Различий в частоте выделения листерий из сырых мясных продуктов, куры и полуфабрикатов не выявлено ($p \geq 0,5$).

L. monocytogenes относится к группе потенциально патогенных микроорганизмов и нормирование осуществляется по альтернативному принципу: нормируется масса продукта, в которой не допускается присутствие микроорганизма. Таким образом, отсутствие *L. monocitogenes* в соответствии с требованиями СанПиН 2.3.2.1078-01 нормируется в следующих продуктах: мясо и мясопродукты, в том числе птица и продукты ее переработки, субпродукты, колбасные изделия, рыба, морепродукты, молоко и молочные продукты (пастеризованное молоко и сливки, сыры, закаленное мороженое, сливочное масло), овощи (свежие и замороженные), картофель, салаты из овощей, свежееотжатые фруктовые и овощные соки, а также продукты детского, лечебного и специализированного питания [1, с. 255]. В продуктах детского питания *L. monocytogenes* не допускается в 50-100 г, в остальных продуктах в 25 г.

Таблица

Выделение культур *L. monocytogenes* из различных пищевых продуктов в Свердловской области в 2009-2013 гг.

Год	Выделено культур, всего (n)	Мясные продукты	Кура и куриные полуфабрикаты	Рыбные продукты	Прочие
2009г.	9	-	3	6	-
2010г	43	25	17	-	1
2011г.	9	3	4	6	-
2012г	16	5	5	2	-
2013г.	12	4	5	2	1
всего	89 (100%)	37 (41,6%)	34 (38,2%)	16 (17,97%)	2 (2,2%)

В таких продуктах, как молоко и молочные продукты (пастеризованное молоко и сливки, сыры, закаленное мороженое, сливочное масло), овощи свежие, свежееотжатые фруктовые и овощные соки, а также продукты детско-

го, лечебного и специализированного питания за исследуемый период находок листерий не отмечалось.

В сырах и других молочных продуктах в нашем исследовании листерии выявлены не были, несмотря на то, что по данным зарубежных источников данный микроорганизм часто выделяли из определенных видов мягких и рассольных сыров, сливочном масле, сливках, мороженом [6, с. 22]. Отсутствие листерий в молочных продуктах и сырах может быть объяснено применением в нашей стране только пастеризованного молока для приготовления сыров. Обнаружение листерий в мясных и куриных полуфабрикатах, по результатам наших исследований, полностью соответствует литературным данным [6, с. 22].

Официально в Свердловской области в 2013г. не было зарегистрировано ни одного случая заболевания листериозом, в 2014г. – один случай. Но в течение 2008-2014гг. (время наблюдения) в перинатальном центре выявлено 5 случаев выделения *L. monocytogenes* у родильниц и новорожденных, два из которых закончились гибелью плода или новорожденного.

Выводы. Таким образом, обнаружение листерий в продуктах питания, свидетельствует о возможности заражения лиц различного возраста, в том числе и беременных женщин, относящихся к группе иммунокомпроментированных. Контаминация продуктов питания листериями связана, несомненно, с присутствием этих микроорганизмов в продуктах переработки, а не соблюдение гигиенических требований при подготовке и нарушение условий реализации может привести к опасным последствиям. В то же время, показано несоответствие требованиям безопасности преимущественно сырых пищевых продуктов, что требует контроля за соблюдением санитарно-противоэпидемических мер при реализации продуктов и дополнительных мер по санитарно-просветительной работе среди населения.

Список литературы

1. Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов [Текст] : СанПиН 2.3.2.1078-01. – М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2001. – 362 с.
2. Организация контроля и методы выявления бактерий *L. monocytogenes* в пищевых продуктах [Текст] : методические указания 4.2.1122 – 02. – М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2002. – 31 с.
3. Продукты пищевые. Методы выявления и определения бактерий *Listeria monocytogenes* [Текст] : ГОСТ Р 51921 – 2002. – М.: Стандартинформ, 2002. – 22 с.
4. Профилактика листериоза у людей [Текст] : СП 3.1.7.2817-10. – М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2010. – 12 с.
5. Руководство по медицинской микробиологии. Частная медицинская микробиология и этиологическая диагностика инфекций. Книга II [Текст] /под ред. А.С. Лабинской, Н.Н. Костюковой, С.М. Ивановой. – М.: БИНОМ, 2010. – 1152 с.
6. Тартаковский, И.С. Листерии: роль в инфекционной патологии человека и лабораторная диагностика [Текст] / И.С. Тартаковский // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 20-30.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СТРУКТУРНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Грехов Р.А.

заведующий лабораторией клинической психологией
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и
экспериментальной ревматологии», докт. мед. наук,
Россия, г. Волгоград

Сулейманова Г.П.

ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и
экспериментальной ревматологии», канд. мед. наук,
Россия, г. Волгоград

Харченко С.А.

ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и
экспериментальной ревматологии», канд. мед. наук,
Россия, г. Волгоград

В статье проводятся данные о результатах лечебного воздействия метода структурно-резонансной терапии (СРТ) на клиническое состояние больных анкилозирующим спондилитом, включая болевой и суставной синдромы. Показана целесообразность использования метода СРТ в комплексном лечении больных анкилозирующим спондилитом.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, структурно-резонансная терапия, ревматология.

Лечение анкилозирующего спондилита (АС) остается актуальной проблемой в силу его социальной значимости, сохраняется проблема ранней диагностики, недостаточно высокой эффективности фармакотерапии, и необходимости разработки новых лечебных мероприятий, которые, обладая достаточной эффективностью, имели бы хорошую переносимость и отсутствие побочных действий [3,4,5]. Перспективным в этом плане у больных АС представляется использование структурно-резонансной терапии (СРТ) [1,2].

Цель: изучение сравнительной эффективности структурно-резонансной терапии и общепринятых методов лечения больных АС.

Материалы и методы: В условиях ревматологического отделения обследовано больных с верифицированным диагнозом АС. Отбор пациентов для исследования проводился в соответствии с рекомендациями Рабочей группы по изучению АС (ASAS, 2003г.). Средний возраст больных составил $36,10 \pm 1,02$ ($SD=9,52$), а средняя продолжительность заболевания – $8,54 \pm 0,65$ ($SD=6,14$) лет. Больные были разделены на три группы (основная, контроль-

ная и группа, получающая плацебо), сопоставимые по демографическим параметрам и клиническим характеристикам заболевания. 20 пациентов основной группы на фоне фармакотерапии получали ежедневные сеансы СРТ продолжительностью 43 мин. на аппарате «РЕМАТЕРП» (курс – 10 сеансов). Контрольная группа (22 пациента) получала аналогичное медикаментозное лечение. Плацебо группа (20 пациентов) – медикаментозную терапию и имитацию сеансов СРТ. Суммарная оценка эффективности терапии у больных АС оценивалась с помощью комбинированного индекса BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) и критерия ASAS (Ankylosing Spondylitis Assessment Study).

Результаты лечения по совокупности оцениваемых параметров были достоверно лучше в основной группе больных ($\chi^2 = 7,57$; $p < 0,01$), где наблюдалась статистически достоверная положительная динамика. У пациентов всех групп достоверно изменялся BASDAI 20 (при $p < 0,001$, $p < 0,01$), но в основной группе эти изменения соответствовали 19,7 баллам, а в контрольной – 9,5 и плацебо группе – 9,1, что соответствует умеренному эффекту от проводимой противоревматической терапии. В во всех группах отмечалась статистически значимая динамика индекса BASFI, но в основной группе эти изменения были достоверно выше ($p < 0,01$), чем в контрольной и плацебо группах ($p < 0,05$). Оценка эффективности терапии по критериям ASAS 20 в основной группе была достоверно выше, чем в контрольной группе ($\chi^2 = 4,47$; $p = 0,034$) и группе, получавшей плацебо-процедуры СРТ ($\chi^2 = 4,617$; $p = 0,032$).

Выводы. Таким образом, дополнительное применение СРТ в комплексном лечении больных АС способствует повышению эффективности проводимой терапии, в частности уменьшению выраженности болевого и суставного синдромов.

Список литературы

1. Блинков, И.Л. Новая перспективная методика – структурно-резонансная электромагнитная терапия / И.Ш. Блинков, О.П. Кузовлев, Л.В. Хазина // Журн. Перспективы традиционной медицины. – 2003. – №2. – С. 4450.
2. Блинков, И.Л. Структурно-резонансная электромагнитная терапия – комплексный подход к лечению и реабилитации пациентов / И.Л. Блинков, О.П. Кузовлев, Л.В. Хазина // Журн. Актуальные вопросы восстановительной медицины. – 2003. – №1. – С. 16-19.
3. Насонов, Е.Л. Ревматология. Национальное руководство/Е.Л. Насонов// ГЭОТАР-Медиа: 2008. – 737 с.
4. Ревматология: Клинические рекомендации / Под ред. акад. РАМН Е.Л. Насонова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
5. Фолomeева, О.М. Распространенность и социальная значимость ревматических заболеваний в Российской Федерации/ О.М. Фолomeева, Ш.Ф. Эрдес // Доктор (ревматология). – 2007. – №10. – С.3–12.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ШКОЛЬНИКОВ Г. НАЛЬЧИКА

Захохов Р.М.

декан медицинского факультета Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х.М. Бербекова, канд. мед. наук, доцент,
Россия, г. Нальчик

Каранашева В.А.

зав. кафедрой нормальной и патологической анатомии человека Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х.М. Бербекова,
канд. мед. наук, доцент,
Россия, г. Нальчик

Тлакадугова М.Х.

ассистент кафедры нормальной и патологической анатомии человека Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х.М. Бербекова,
канд. мед. наук,
Россия, г. Нальчик

Проведено исследование некоторых антропометрических показателей по унифицированной методике В.В. Бунака 2428 детей г. Нальчика в возрасте от 7 до 18 лет. Полученные морфометрические данные исследованы с помощью парного корреляционного анализа. Выявлена степень корреляции между антропометрическими параметрами шеи и массой тела, длиной тела, окружностью талии и окружностью бедра. Проведенные исследования показали, что необходимо учитывать антропометрические показатели шеи, степень их корреляции в хирургической практике, так как типовые особенности различных областей тела имеют определенную степень корреляции с вариантной анатомией внутренних органов в пределах этих областей.

Ключевые слова: антропометрические показатели, высота шеи, окружность шеи, корреляционный анализ.

Учение об индивидуальной анатомической изменчивости человека возникло как ответ на запросы клинической практики, прежде всего – хирургии [7, с. 1193]. Вариабельность отдельных органов и систем сказывается на изменчивости всего организма, в том числе и на его антропометрических показателях, то есть типовые особенности различных областей тела имеют определенную степень корреляции с вариантной анатомией внутренних органов в пределах этих областей [2, с. 14-15]. Анализируются заболевания в зависимости от уровня жизни и их связь с антропометрическими показателями [2, с. 14; 4, с. 24; 5, с. 360; 6, с. 445]. Не выработаны ни отечественные, ни международные стандарты для оценки длины и ширины шеи [3, с. 1; 4, с. 4; 7, с. 1193].

Целью настоящей работы явилась исследование некоторых антропометрических параметров шеи и выявление степени их корреляции с массой тела, длиной тела, окружностью талии и окружностью бедра.

Для достижения поставленной цели были выдвинуты следующие задачи:

1. Исследование некоторых антропометрических параметров детей с 7-18 лет в зависимости от пола и возраста.

2. Исследование связей между абсолютными значениями антропометрическими показателей: длиннотными и дуговыми размерами шеи с длиной и массой тела, с окружностью талии и окружностью бедра, с использованием многомерного статистического анализа.

Материалом исследования были 2428 практически здоровых школьников г. Нальчика, среди которых было 1206 (49,7%) мальчиков и 1222 (50,3%) девочек в возрасте от 7 до 18-ти лет. У обследованных детей были изучены антропометрические показатели по унифицированной методике В.В. Бунака (1941). Измерялись следующие показатели: длина тела, масса тела, высота шеи, окружность шеи, окружность талии и окружность бедра.

Все расчеты производились с использованием универсального пакета статистических программ "Statistica 6.0". Оценка степени связи между морфометрическими параметрами проведена внутри исследуемой группы по величине коэффициента корреляции г. Для установления связи исследуемых размеров применены парные коэффициенты корреляции, характеризующие связь 2 размеров (признаков).

У детей школьного возраста г. Нальчика (от 7 до 18 лет) исследуемые антропометрические показатели увеличиваются: масса тела – на 43,3 кг (175,3%), то есть в 2,8 раза у мальчиков и на 31,9 кг (132,9%), в 2,3 раза – у девочек; длина тела – на 54,7 см (44,0%), то есть в 1,4 раза у мальчиков и на 41,6 см (33,7%), в 1,3 раза у девочек; высота шеи – на 2,7 см (87,1%), в 1,9 раза у мальчиков и на 1,8 см (62,1%), в 1,6 раз – у девочек; окружность шеи – на 9,4 см (34,6%), в 1,3 раза у мальчиков и на 6,4 см (24,2%), в 1,2 раза – у девочек; окружность талии – на 19,9 см (35,6%), в 1,4 раза и на 11,1 см (20,3%), в 1,2 раза – у девочек; окружность бедра – на 17,6 см (48,9%), в 1,5 раза у мальчиков и на 16,4 см (44,4%), в 1,4 раза – у девочек.

В течение всего исследуемого возрастного периода девочки превышают мальчиков того же возраста по относительной величине всех антропометрических показателей в процентах величины размера в 18 лет. Девочки опережают мальчиков в развитии в среднем на 2-3 года, то есть во всех возрастах оказываются морфологически более зрелыми по сравнению с мальчиками (на 1-2 года опережают по массе тела, окружности бедра; на 2-3 года – по длине тела, высоте шеи; на 3-4 года – по окружности шеи, талии).

При корреляционном анализе выявлено, что высота шеи имеет слабую корреляционную связь с массой тела, длиной тела, окружностью шеи, окружностью талии, окружностью бедра, как у мальчиков, так и у девочек практически во всех возрастных периодах. Причем, по направленности корреляционная связь и прямая, и обратная, в зависимости от возраста (от $r=-0,24$ до $r=0,29$).

Умеренная степень прямой коррелятивной связи определена между окружностью шеи и массой тела, окружностью талии, окружностью бедра у

детей обоего пола с 7 до 18 лет, но есть исключения у девочек в некоторые возрастные периоды: в 14 лет слабая прямая корреляционная связь между окружностью шеи и массой тела, окружностью бедра ($r=0,10$ и $r=0,15$, соответственно); между окружностью шеи и окружностью талии корреляционная связь практически отсутствует в 14 лет ($r=-0,03$) и слабая прямая связь в 16 лет ($r=0,24$).

Корреляционная связь между окружностью шеи и длиной тела неоднозначна в зависимости от возраста, как у мальчиков, так и у девочек. У мальчиков до 16 лет выявлена умеренная степень прямой коррелятивной связи (от $r=0,34$ до $r=0,54$). Слабая степень корреляционной связи между окружностью шеи и длиной тела обнаружена у мальчиков 10 лет ($r=0,26$), 17 лет ($r=0,21$) и 18 лет ($r=0,07$). У девочек умеренная степень прямой коррелятивной связи (от $r=0,34$ до $r=0,45$) отмечается в 7, 8, 10, 12, 13 лет; слабая обратная коррелятивная связь в 14 лет ($r=-0,10$); слабая прямая коррелятивная связь – в 9, 11, 15-18 лет (от $r=0,24$ до $r=0,17$). Таким образом, у мальчиков после 16 лет, а у девочек после 14 лет между окружностью шеи и длиной тела определяется слабая прямая коррелятивная связь.

Проведенные исследования показывают четкую зависимость окружности шеи от массы тела, окружности талии, окружности бедра.

Установлено, что высота шеи слабо коррелирует, как прямой, так и обратной направленности, с массой тела, длиной тела, окружностью шеи, окружностью талии, окружностью бедра.

Корреляционный анализ показал, что в обеих половых группах практически во всех возрастных периодах выборке между окружностью шеи и массой тела, окружностью талии, окружностью бедра существует корреляция средней силы.

Проведенные исследования показали, что необходимо учитывать антропометрические показатели шеи, степень их корреляции в хирургической практике, так как типовые особенности различных областей тела имеют определенную степень корреляции с вариантной анатомией внутренних органов в пределах этих областей.

Список литературы

1. Бунак, В.В. Антропометрия [Текст] / В.В. Бунак. – М.: Госуд. учеб.-пед. изд-во НАРКОМПРОСА РСФСР, 1941. – 368 с.
2. Корнетов, Н.А. Концепция клинической антропологии в медицине [Текст] / Н.А. Корнетов // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – Т.7, №1. – С. 7-31.
3. Новые подходы к исследованию антропометрических признаков шеи / А.В. Черных, Ю.В. Малеев, Е.В. Левтеев, И.В. Аристов, В.А. Котюх [Электронный ресурс] // Сайт: Энциклопедия знаний Pandia. – Режим доступа: <http://pandia.org/text/77/455/2001.php>
4. Тлакадугова, М.Х. Морфометрическая характеристика школьников г. Нальчика [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / М.Х. Тлакадугова. – Волгоград, 2010. – 173 с.
5. Bjerregaard, P. Childhood conditions and education as determinants of adult height and obesity among Greenland Inuit [Текст] / P. Bjerregaard // Amer. J. of Human Biology. – 2010. – Vol.22, №3. – P. 360-366.

6. Growth and chronic disease: findings in the Helsinki Birth Cohort [Текст] / David J.P. Barker, Clive Osmond, Eero Kajantie, Johan G. Eriksson // Annals of Human Biol. – 2009. – Vol.36, №5. – P. 445-458.

7. Mahajan, P.V., Bharucha, B.A. Evaluation of short neck: new neck length percentiles and linear correlations with height and sitting height [Текст] / P.V. Mahajan, B.A. Bharucha // Indian Pediatr. – 1994. – Vol. 31, №10. – P. 1193-1203.

МОНИТОРИНГ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Иванова В.С.

доцент кафедры КЛД ГБОУ ПДО ПИУВ Минздрава России, канд. мед. наук,
Россия, г. Пенза

Глебова Т.М.

врач-лаборант КЛД высшей категории ГБУЗ «Пензенская областная детская
клиническая больница им. Н.Ф. Филатова»,
Россия, г. Пенза

Шелудько А.Н.

врач-лаборант КЛД высшей категории ГБУЗ «Пензенская областная
детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова»,
Россия, г. Пенза

Арсенкина Е.А.

врач КЛД первой категории ГБУЗ «Пензенская областная детская
клиническая больница им. Н.Ф. Филатова»,
Россия, г. Пенза

В работе обсуждаются вопросы результатов цитологического скрининга у женщин с подозрением на заболевания ряда локализаций женской половой сферы и сопоставление показателей с ранее изучаемыми в клинико-диагностической лаборатории Областной детской больницы. Проводимый цитологический скрининг состояний вагины женщины позволяет анализировать, вовремя выявлять и предотвращать заболевания, сохраняя здоровье пациенток.

Ключевые слова: цитологический скрининг, кольпоцитограмма, дисбактериозы вагины, диспластические процессы.

В клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница» им. Н.Ф.Филатова цитологическому обследованию подвергаются женщины не зависимо от возраста на основании приказа МЗ и социального развития РФ № 808н от 02.10.2009г «Об утверждении оказания акушерско-гинекологической помощи».

Целью исследования было в 2014 году по сравнению с 2010 годом проанализировать 4428 гинекологических мазков [1]. В том числе, был проведен анализ 36 кольпоцитогамм, отражающих гормональное состояние эпителия у беременных. Необходимо отметить, что только адекватный полученный и окрашенный биологический материал подвергался анализу. Заключение отражало описание фона мазка, его флоры, индексов созревания и кариопикнотического индекса. Изучение клеточного состава кольпоцитогамм позволяет акушер-гинекологам косвенно судить о наличии или отсутствии овуляции, о соответствии цитологической картины возрасту женщины и о фазе менструального цикла, а также влиянии гормональных препаратов.

Цитологическими исследованиями определены состояния дисбактериоза вагины (бактериальный вагиноз, дрожжевой кольпит, неспецифические процессы урогенитального тракта). Нужно отметить, что по сравнению с 2010 годом динамика определения данных состояний варьировала. Если в 2010 году бактериальный вагиноз диагностировался в 9,6% случаев, то в 2014 году эти находки составили 1,4% (84 женщины). Дрожжевой кольпит, в большинстве случаев вызываемый *Candida albicans*, в 2010 году составлял 3,57%, тогда как в 2014 году отмечалось увеличение этого показателя до 4,33% (192 женщины). Неспецифические вагиниты в 2010 году составляли 10,7%, то в 2014 их показатель увеличился до 19,1% (676 женщин).

Выявляемость специфических воспалительных процессов вагины женщин в 2010 и 2014 годах распределилась следующим образом: хламидиоз – 0,14% соответственно 0,10%, трихомонадный кольпит 0,28% – 2,98%, папилломовирусная инфекция 0,07% – 0,05%. Увеличение трихомонадной инфекции явилось объективным фактом. Диагностика же хламидиоза сегодня не может быть не подтвержденной серологически и поэтому является более достоверной. Папилломовирусная инфекция выявлялась нахождением в мазках специфичных клеток койлоцитов. Эти находки были редкими (2 женщины).

Патологические изменения клеток эпителия обнаруживались в мазках, в которых встречались клетки с дискариозом, укрупненными гиперхромными ядрами, иногда клетки воспалительной атипии. Подобные находки редки у женщин репродуктивного возраста и чаще встречаются у женщин в менопаузе. В этот период слизистая вагины истончена и представлена парабазальным слоем клеток плоского эпителия. Выявляемость этих процессов в 2010 году составляла 18,1%, а в 2014 году – 16,4%, что можно расценить как положительный результат отношения женщин к собственному здоровью.

Умеренные и выраженные диспластические процессы обнаружены у женщин в 2014 году в 1,17% случаев (в 2010 – 0,85%).

Диагностированы два случая клеточной атипии, свидетельствующих об онкологических процессах. В первом случае – картина мазка соответствовала картине плоскоклеточного неороговевающего рака. В препарате обнаруживались крупные клетки, лежащие в синтицеоподобных скоплениях со всеми признаками злокачественности. Во втором, картина мазка соответствовала картине при внутриэпителиальном раке (Cr. in situ). Отмечалось отсутствие

признаков дифференцировки эпителиального слоя, клеточный и ядерный полиморфизм, достаточно выраженные изменения в увеличенных ядрах.

Указанный контингент женщин направлен на цитологический и гистологический контроль в специализированное учреждение, лицензированное по соответствующему профилю. Проводимый мониторинг цитологического скрининга состояний вагины женщины позволяет анализировать, вовремя выявлять и предотвращать патологические процессы, сохраняя здоровье пациенток.

Список литературы

1. Филиппова О.В., Глебова Т.М., Смольянинова Г.А., Шелудько А.Н., Арсенкина Е.А., Иванова В.С. О цитологическом скрининге состояний женской половой сферы в работе клинико-диагностической лаборатории Областной детской больницы //Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных: Материалы XV межрегиональной научно-практической конференции ГОУ ДПО ПИУВ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – Пенза, 2011. – С. 257-259.

О НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Иванова В.С.

доцент кафедры КЛД ГБОУ ПДО ПИУВ Минздрава России, канд. мед. наук,
Россия, г. Пенза

Чугай В.Н.

врач-лаборант первой категории КЛД ГБУЗ «Пензенская областная детская
клиническая больница им. Н.Ф. Филатова»,
Россия, г. Пенза

Родичева А.И.

врач КЛД первой категории ГБУЗ «Пензенская областная детская
клиническая больница им. Н.Ф. Филатова»,
Россия, г. Пенза

Кондрахина О.В.

врач-лаборант первой категории КЛД ГБУЗ «Пензенская областная детская
клиническая больница им. Н.Ф. Филатова»,
Россия, г. Пенза

В статье обсуждается вопрос о состоянии показателей гемостаза при различных патологических процессах в почках, подтверждается длительная сохраняемая функция почек у детей с различной почечной патологией, а также нарушение этого состояния в результате срыва адаптации при воспалительном обострении и при ХПН.

Ключевые слова: почечная патология, гломерулонефриты, пиелонефриты, ХПН, гемостаз, скрининговые показатели коагулограммы.

Гломерулонефриты являются одной из самых распространенных приобретенных патологий почек у детей, занимая второе место после инфекций мочевыводящих путей (пиелонефриты). Известно, что большинство случаев гломерулонефритов регистрируется у детей дошкольного и младшего школьного (3-9 лет) и старшего школьного возраста (до 17 лет) возраста, редкие эпизоды (менее 5%) – у детей первых 2-х лет жизни.

Из литературы следует, что нарушения показателей гемостаза у детей с указанной почечной патологией проявлялись активацией коагулоционного звена гемостаза на фоне гломеруло- и пиелонефрита при сохранной функции почек (снижение числа тромбоцитов, уменьшение АЧТВ), а у 52% детей увеличивался показатель РФМК[1]. Имеются данные, что у больных с хроническим гломерулонефритом с сохранной функцией почек увеличено АЧТВ, а другие показатели гемостаза не меняются. При усугублении ХГН (I-III ХПН) в крови больных возрастает уровень фибриногена при снижении фибринолитической активности сосудистой стенки и в то же время удлинение показателя АЧТВ обнаруживалось у больного со II стадией ХПН [2].

Цель исследования: определение состояния показателей гемостаза у детей с почечной патологией, которые получали стационарное лечение в ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова» за период 2014 года.

Сформирована группа в количестве 15 детей возраста от 3 до 17 лет с диагнозами: пиелонефрит, острый и хронический гломерулонефрит, тубуло-интерстициальный нефрит и ХПН. Степень тяжести детей с гломерулонефритами и пиелонефритами была разной, от латентно протекающих форм до тяжелой ХПН, возникшей у больного ребенка с прогрессивно протекающим хроническим гломерулонефритом.

Исследования включали большой объем лабораторных показателей, однако обсуждению подвергнуты общий анализ крови, скрининговые показатели коагулограммы (протромбиновое время, АЧТВ, фибриноген), показатели состояния сосудистого звена гемостаза (время свертываемости крови по Бюркеру и длительность кровотечения по Дюке), биохимические показатели (общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, триглицериды, холестерин, АСЛ-О, компоненты комплемента С3 и С4). Исследования проведены с использованием анализаторов: Sysmex KX-21N, AVTION MAXTM AX-4030 (sysmex), Coasys Plus C Roche, OLIMPUS-400.

Общее количество тромбоцитов у больных детей не изменялось, а оставалось в пределах физиологических величин. Показатели времени свертываемости венозной крови по Бюркеру варьировали от 3 до 4 мин (норма 2-5 мин). Время длительности кровотечения по Дюке (норма 2-4 мин) не превышало физиологических величин, что свидетельствовало об отсутствии нарушений в тромбоцитарно-сосудистом звене гемостаза.

Скрининговые тесты состояния коагулограммы больных детей свидетельствовали, что протромбиновое время по Квику, характеризующее работу

факторов протромбинового комплекса (II, V, VII и X), составило $92,34 \pm 25,2\%$ (норма 70-130%).

Проанализированы результаты исследования активированного парциального (частичного) тромбопластинового времени (АЧТВ), одного из скрининговых тестов, используемых для оценки внутреннего звена свертывания крови, чувствительного к дефициту всех факторов свертывания (кроме фактора VII). Показатель АЧТВ у 11 больных детей был $33,6 \pm 4,6$ с (норма 27-39 с).

Важным тестом исследования гемостаза является количественное определение фибриногена по методу Клауса. Из 15 больных почечной патологией детей у 12 (80%) показатель концентрации фибриногена был $2,5 \pm 0,5$ г/л (при норме 2-4 г/л). У двоих детей (с хроническим гломерулонефритом) фибриноген составлял 5,1-5,3 г/л соответственно, у больного ребенка с диагнозом ХПН фибриноген – 7,7 г/л. Повышение уровня фибриногена свидетельствовало о прогрессировании воспалительных процессов и подтверждалось повышением показателя антистрептолизина-0 (АСЛ-0) до $285,2 \pm 71,8$. В общем анализе крови у этих детей высокое СОЭ до 46-50 мм/час, небольшой лейкоцитоз до $14,8 \times 10^9$ /л. У ребенка с ХПН в биохимических исследованиях показатель мочевины составил 23,0 ммоль/л, а креатинина 713,0 мкмоль/л и увеличение компонентов комплемента С3 – до 31,28 г/л, С4 – до 0,49 г/л.

Проведенное исследование скрининговых показателей гемостаза и других лабораторных показателей обмена веществ у этой группы больных детей позволяют нам предполагать длительный период сохранной стадии заболевания почек, при которых не изменяются показатели протромбинового времени, АЧТВ и фибриногена. Отмечается корреляция показателей АЧТВ и протромбинового времени ($r = -0,79$). В период прогрессирования воспалительного процесса в почках показатели коагулограммы реагируют повышением концентрации фибриногена в плазме крови и множественными нарушениями обмена веществ организма.

Применение лабораторных скрининговых тестов гемостаза и других лабораторных показателей обмена веществ в клинике дает информацию врачу педиатру для правильной коррекции состояния больных детей при быстро прогрессирующих заболеваниях почек.

Список литературы

1. Сократов Н.В. Патогенетические механизмы изменений системы гемостаза при заболеваниях почек (обзор литературы) // Вестник ОГУ. – №4. – 2005. С.97-103.
2. Ребров А.П., Зелепукина Н.Ю. Дисфункция эндотелия у больных хроническим гломерулонефритом в различных стадиях почечной недостаточности // Нефрология и диализ. «Оригинальные статьи». – 2001. – Т.3, №4. – С.427.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРИРОДНЫХ 3-ФЕНОКСИКУМАРИНОВ

Исмаилова Г. О.

доцент кафедры биологической химии Ташкентского педиатрического
медицинского института, канд. хим. наук, доцент,
Узбекистан, г. Ташкент

Эшкулов Д. И.

студент I-педиатрического факультета
Ташкентского педиатрического медицинского института,
Узбекистан, г. Ташкент

На антимикобактериальную активность против *M. Tuberculosis* штаммов H₃₇Rv были исследованы синтезированные новые производные феноксикумарины. Исследования показали, что незамещенный феноксикумарин способствует развитию антимикобактериальной активности. Замещенные феноксикумарины не приводят к повышению их антимикобактериальной активности.

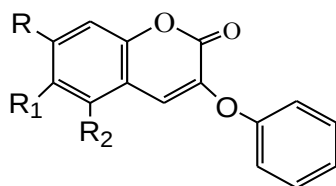
Ключевые слова: феноксикумарины, антимикобактериальная активность.

Учитывая исследования биологической активности ряда синтезированных производных 3-гетероарил-4Н-кумаринов [2, с. 326], мы продолжили исследование синтезированных образцов **1-4** феноксикумаринов, содержащих О-арильные заместители в положении 3 [3, с. 496] на антимикобактериальную активность, которая проводилось совместно с Southern Research Institute, Birmingham в рамках Антитуберкулезной программы «Tuberculosis Antimicrobial Acquisition & Coordinating Facility», USA в сравнении с изониазидом как стандартом (эффективная доза 6,25 мкг/мл) [4, р. 2809; 7, р. 2557].

Образцы **1-4**, синтезированные нами ранее модифицированными методами в условиях реакции Эдгеворина [3, с. 496; 1, р. 759], были протестированы на антимикобактериальную активность. Первичный скрининг антимикобактериальной активности проводился *in vitro*. Для анализа минимальной ингибирующей концентрации использовали образцы **1-4** в концентрации 6,25 мкг/мл против *Micobacterium tuberculosis* H₃₇Rv (ATCC 27294) и *Micobacterium tuberculosis* Erdman (TMCC 107) на среде ВАСТЕС 12В, используя микропластины Alamar Blue Assay (МABA). Флуоресценцию составов определяли на радиометрической системе ВАСТЕС 460 [6, р. 1004], эффективность ингибирования выражали в %. Активными антимикобактериальными соединениями считали образцы **1-4**, проявляющие активность сопоставимую с изониазидом (при концентрации 6,25 мкг/мл активность изониазида 90%) [5, р. 294].

Результаты исследований представлены в таблице.

**Противотуберкулезная активность феноксикумаринов
против *M. Tuberculosis* H₃₇Rv и *M. Tuberculosis* Erdman в BACTEC 12B (in vitro)**



Соединение	Наименование	R	R ₁	R ₂	Минимальная ингибирующая концентрация, мкг/мл	Ингибирование, %
1	3-Фенокси-2 <i>H</i> -хромен-2-он	H	H	H	>6,25	79
2	3-Фенокси-2 <i>H</i> -бензо[<i>f</i>]хромен-2-он	H	-CH=CH- CH=CH-		>6,25	20
3	6-Бром-3-фенокси-2 <i>H</i> -хромен-2-он	H	Br	H	>6,25	19
4	7-Ацетокси-3-фенокси-2 <i>H</i> -хромен-2-он	OAc	H	H	>6,25	0
контроль Изониазид					>6,25	90

Следует отметить, что если незамещенный образец **1** был более активен (79%), то введение в различных положениях кольца А различных заместителей (-Br, -OAc, -CH=CH-CH=CH-) **2-4** приводит к понижению вышеуказанной активности (0-20%). При этом наибольшую активность среди замещенных этого ряда соединений проявляет нафто- соединение **2** (20%).

Изменение природы заместителей не приводит к повышению значения противотуберкулезной активности, в частности ацетоксизамещенное соединение **4** не проявляет этой активности при концентрации 6,25 мкг/мл.

Таким образом, в данной группе веществ, наибольшую активность проявил незамещенный 3-феноксикумарин **1**, но менее активен в изученной дозе, чем контроль – изониазид. Изучение противотуберкулезной активности 3-фен-оксикумаринов, полученных на основе ряда ароматических альдегидов, указывает на определенную перспективность поиска в этом направлений.

Список литературы

1. Deshpande, A.R., Thombre, H.M., Natu, A.D., and Paradkar, M.V. // *Indian J.Chem. B.* – 1992. – v. 31. – P. 759–761.
2. Исмаилова, Г.О. Синтез аналогов природных кумаринов и кумарино-лигнанов // *Биоорганическая химия.* – 2005. – т.31, №3. – С. 326-330.
3. Исмаилова, Г.О., Мавлянов, С.М., Камаев, Ф.Г. Синтез структурных фрагментов природных 3-феноксикумаринов // *Биоорганическая химия.* – 2012. – т.38, №4. – С. 496-498.

4. Kelly, B.P., Furney, S.K., Jessen, M.T., Orme, I.M. Low-dose aerosol infection model for testing drugs for efficacy against *Mycobacterium tuberculosis* // *Antimicrob. Agents Chemother.* – 1996. – v. 40. – P. 2809-2812.

5. Maccari, R., Ottana, R., Monforte, F., Vigorita, M.G. In Vitro Antimycobacterial Activities of 2'-Monosubstituted Isonicotinohydrazides and Their Cyano-borane Adducts // *Antimicrob. Agents Chemother.* – 2002. – v. 46, № 2. – P. 294-299.

6. Collins, L., Franzblau, S.G. Microplate alamar blue assay versus BACTEC 460 system for high throughput screening of compounds against *Mycobacterium tuberculosis* and *Mycobacterium avium* // *Antimicrob. Agents Chemother.* – 1997. – v. 41. – P. 1004-1009.

7. Skinner, P.S., Furney, S.K., Jacobs, M.R., Klopman, G., Ellner, J.J., Orme, I.M. A bone marrow-derived murine macrophage model for evaluating efficacy of antimycobacterial drugs under relevant physiological conditions // *Antimicrob. Agents Chemother.* – 1994. – v. 38. – P. 2557-2563.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМПЕДАНСНОЙ КАРДИОГРАФИИ В КОРРЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Кецко Ю.Л.

доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России,
канд. мед. наук, доцент,
Россия, г. Самара

Труханова И.Г.

заведующая кафедрой анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России,
докт. мед. наук, профессор
Россия, г. Самара

Лунина А.В.

ассистент кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России,
Россия, г. Самара

Шакуров А.И.

студент 6 курса лечебного факультета
ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России,
Россия, г. Самара

В данной статье рассматриваются вопросы оптимизации гемодинамических параметров у больных с вирусно-бактериальной пневмонией и как следствие предупреждение риска развития и прогрессирования ОРДС. В настоящий момент в условиях циркуляции высокопатогенных вирусов, вирусно-бактериальных пневмоний осложненных развитием ОРДС, с высоким уровнем летальности проблема мониторинга и оптимизации лечения данной категории больных является актуальной.

Ключевые слова: импедансная кардиография, центральная гемодинамика, вирусно-бактериальная пневмония, интенсивная терапия.

Введение

Современный мониторинг имеет большие возможности в оценке гемодинамического статуса пациента. Использование только показателей прикроватного неинвазивного мониторинга (ЭКГ, АД_{ни}, ЧДД, ЧСС, SpO₂, T°C, pCO₂) явно недостаточно для оценки гемодинамических расстройств и их влияния на показатели оксигенации.

Инвазивный метод мониторинга применим в виде динамического контроля ЦВД, АД_{ин} недостаточно информативен. Определение ДЗЛА имеет высокую информативность, но и строгую специфику использования.

Современная тенденция определяет ограничение использования данного метода даже в кардиохирургии, что связано с отсутствием позитивного влияния на результаты лечения, наличием осложнений, большими финансовыми затратами, [7, 8, 10]. Данные условно-инвазивного и неинвазивного мониторинга (НИМ): чрезпищеводной (торакальной) ЭХОКГ, технологий PiCCO, Vigileo и NICO имеют доказанную корреляционную взаимосвязь с результатами инвазивного мониторинга [1, 4, 13, 14]. Значимые ошибки в оценке гемодинамики с помощью НИМ возникают при выраженной гемодинамической нестабильности или ошибок при выполнении измерений [2, 3, 5, 12].

Обеспечение пациентов с тяжелыми вирусно-бактериальными пневмониями гемодинамическим мониторингом связано с желанием оптимизировать гемодинамику пациента для получения лучших показателей оксигенации. Ситуация приобретала особую остроту, в связи с наличием в когорте исследуемых пациентов, серопозитивных по вирусу А (H1N1) 2009 г.

Цель исследования: изучить особенности центральной гемодинамики методом импедансной кардиографии (ИКГ) у пациентов с тяжелыми формами гриппа и определить оптимальные направления их коррекции.

Задачи:

1. Изучить и дать характеристику исходным гемодинамическим показателям.
2. Определить характер взаимосвязи показателей гемодинамики с индексом оксигенации (ИО) и степенью тяжести пациентов (SAPS II).
3. Рекомендовать направления гемодинамической поддержки.

Материалы и методы

Произведено ретроспективное исследование карт наблюдений 28 пациентов, поступивших в период эпидемии гриппа и постпандемический период (октябрь 2009 года – март 2010 года) в отделение реанимации и интенсивной терапии с клинической картиной дыхательной недостаточности. Средний возраст составил $38,5 \pm 2,4$ года, 82% из них женщины. Средний paO_2/FiO_2 (ИО) по группе составил $273,815 \pm 160,3$, среднее значение тяжести пациентов по SAPS II составило $32,15 \pm 17,35$ балла.

Исследуемые данные: среднее неинвазивное АД (АД_с, мм.рт.ст.), число

сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин), ударный индекс (УИ, мл/м²), индекс системного сосудистого сопротивления (ИССС, дин^хсек^хсм⁻⁵хм²), индекс доставки кислорода (D0₂, мл/мин/м²), индекс свободной внутриторакальной жидкости (ИСВЖ, л/кОм)

Показатели гемодинамики были исследованы методом импедансной кардиографии (ИКГ, Niccomo, Medis), с выполнением всех рекомендаций: введение роста-весовых данных пациента, уровня гемоглобина, уровня инвазивного ЦВД (мм.рт.ст, Philips M40). Расположение импедансометрических электродов в области сонных артерий и средней подмышечной линии на уровне мечевидного отростка. Одновременный ЭКГ -контроль, пульсоксиметрия и неинвазивное определение АД.

Показанием к коррекции гемодинамики была гипотензия (фенилэфрин 0,84 ±0,125 мкг/кг/мин) и умеренная гипертензия (изосорбида динитрат 0,0714± 0,014 мкг/кг/мин).

Рандомизация осуществлялась при поступлении пациента по его соответствию критериям дыхательной недостаточности (ЧДД >28 или <10 в минуту; SpO₂<95%, pO_{2a}≤80 мм.рт.ст при FiO₂=0,21). Из группы исследования исключены пациенты с наличием в анамнезе инфарктов миокарда и ХОБЛ, переведенные на ИВЛ.

Статистическая обработка производилась с помощью Statistica 6,5 (Statsoft) в следующей последовательности: получение данных описательной статистики, определение нормальности распределения исследуемых признаков, определение различий средних величин. Расчёт различий средних величин производили в случае выхода измеряемого признака за границы референсных значений. Выбор метода расчёта корреляции исходил из нормальности выборок.

Результаты исследования

Исходные показатели гемодинамики были следующие: АДс – 82,49±18,51 мм.рт.ст, p<0,045*; ЧСС – 99,52±24,1 мин⁻¹, p<0,001*; УИ - 37,64±11,4 мл/м², p>0,15; ИССС -1870,33± 635,35 дин^хсек^хсм⁻⁵хм², p>0,25, D0₂ – 462,16±166,03 мл\мин\м², p<0,01*; ИСВЖ – 21,03±4,59, Ом⁻¹ p<0,0006* (*-Т-критерий для зависимых выборок). Наибольшие колебания имели показатели ИСВЖ и ЧСС, имея неправильное распределение (Lillieforsa соответственно: p>0,2, p>0,2), в связи с чем, корреляционный анализ производился (Таблица №1) непараметрическим методом (ранговая корреляция по Спирмену). Статистические расчёты выявили достоверную отрицательную взаимосвязь между ИО и АДс и слабую прямую взаимосвязь между ИО и ИСВЖ. Несмотря на многофакторность оценочной шкалы SAPS II, для пациентов данной нозологии она применима в связи с тесной корреляцией с ИО.

При проведении нелинейного регрессионного анализа между зависимой ИО и наиболее связанными гемодинамическими показателями получены результаты (табл. 2).

Таблица 1

Ранговые корреляции Спирмена между гемодинамическими показателями & ИО, SAPS II в доверительном интервале $p < 0,05$

Показатель	ИО	SAPS II
АД с	-0,615*	0,125
МССС	-0,365	0,026
УИ	0,282	-0,178
DO ₂	0,353	-0,233
ИСВЖ	0,366*	0,139
ЧСС	-0,319	0,314
SAPS II	-0,596*	1,000
ИО		-0,596147*

Таблица 2

Итог регрессии для заменимой переменной ИО & независимыми АДс, ИСВЖ

Показатели ИКГ	В*	t(29)	p-уровень
АД с	-0,472	-2,492	0,0186
ИСВЖ	0,214	1,241	0,224

*В-стандартизованный коэффициент регрессии

Таким образом, достоверно количественно связанным негативным предиктором с величиной ИО является АДс. Важным моментом является именно отрицательная взаимосвязь исследуемых признаков.

Обсуждение

Исходный гемодинамический статус исследуемой группы пациентов характеризовался компенсаторной реакцией организма на гипоксию: увеличение сердечного выброса (рост ЧСС), АДс на фоне сниженного DO₂ и высокого ИСВЖ.

Выявленная тесная отрицательная взаимосвязь АДс с ИО, по-видимому, связана с увеличением интерстициальной трансудации, в связи с ростом системного, а, значит, и легочного капиллярного давления. Что согласуется с рядом исследований [6, 9, 11].

Выводы:

1. Пациенты с вирусной (вирусно-бактериальной) пневмонией имеют высокий риск развития первичного ОРДС.
2. Использование гемодинамического мониторинга позволяет скорректировать тактику ведения пациентов.
3. Целенаправленная оптимизация гемодинамики в виде поддержания минимального и достаточного перфузионного АДс (не менее 70 мм.рт.ст.) позволит на фоне комплексной патогенетической терапии предупредить риск прогрессирования ОРДС.

Список литературы

1. Киров М.Ю., Кузьков В.В. Оптимизация гемодинамики в периоперационном периоде // Вестник анестезиологии и реаниматологии, 2012; С.63
2. Barin E, Haryadi D, Schookin S, Westenskow D, Zubenko Y, Beliaev K, Morozov A

(2000) Evaluation of a thoracic bioimpedance cardiac output monitor during cardiac catheterization. Crit Care Med 28: 702

3. Bernstein D.P. (1986) Continuous noninvasive real-time monitoring of stroke volume and cardiac output by thoracic electrical bioimpedance. Crit Care Med 14:900

4. Boldt J, Menges T, Wollbrück M, Hammermann H, Hempelmann G (1994) Is continuous cardiac output measurement using thermodilution reliable in the critically ill patient? Crit. Care Med. 22: 1916

5. Dark P.M., Singer M. (2004) The validity of trans-esophageal Doppler ultrasonography as a measure of cardiac output in critically ill adults. Intensive Care Med. 30:2065

6. Ferguson N.D. et al. High values of the pulmonary arterial wedge pressure in patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome/ Intensive Care; 2002; 28:1073

7. Fleisher L.A., Beckman J.A., Brown K.A., Calkins H., Chaikof E., Fleischmann K.E., et al. ACC/ AHA; 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery. Circulation; 2007; 116: 458.

8. Harvey S., Young D., Brampton W, Cooper A.B., Doig G., Sibbald W., et al. Pulmonary artery catheters for adult patients in intensive care. Cochrane Database Syst Rev; 2006; 3: CD003408:6.

9. Humphrey H. et al. Improved survival in ARDS patients associated with a reduction in pulmonary capillary wedge pressure. Chest.1990;97: 1176-80

10. Kastrup M., Markewitz A., Spies C., Carl M., Erb J., Grosse J., et al. Current practice of hemodynamic monitoring and vasopressor and inotropic therapy in post-operative cardiac surgery patients in Germany: results from a postal survey. Acta Anaesthesiol Scand. 2007; 51: 347-58.

11. Neff et al Am J.Respir/Crit.Care Med. 1999; 159 (3):A716

12. Nirav Y. Raval, M.D., Multicenter evaluation of noninvasive cardiac output measurement by bioimpedance technique Journal of Clinical Monitoring and Computing DOI: 10.1007/s10877-008-9112-5

13. P. Squara, D. Denjean et al. Noninvasive cardiac output monitoring (NICOM): a clinical validation Intensive Care Med DOI 10.1007 /s00134- 007-0640-0

14. Tsai N.Y., Huang C.J., Tsai P, Hsu Y.W., Hung Y.C., Cheng CR (2002) Cardiac output measurement during cardiac surgery: esophageal Doppler versus pulmonary artery catheter. Acta Anaesthesiol Sin 40:132

ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К РАСЧЁТУ ПОТРЕБНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Киришина О.В.

аспирант кафедры управления и экономики фармации
Уральского государственного медицинского университета,
Россия, г. Екатеринбург

Мельникова О.А.

доцент кафедры управления и экономики фармации Уральского государственного медицинского университета, доктор фармацевтических наук,
Россия, г. Екатеринбург

В статье приведена методика, которая может использоваться для расчёта потребности, а также стоимости лекарственных препаратов для скорой помощи.

Ключевые слова: лекарственные препараты, скорая помощь.

В Свердловской области осуществлён уникальный проект по медико-спасательному прикрытию на федеральных автомагистралях. Специально для этого создана система из 12 трассовых пунктов Службы медицины катастроф для оказания экстренной помощи пострадавшим в ДТП. Бригады фельдшеров трассовых пунктов (ТП) оказывают экстренную помощь пострадавшим в ДТП, а также помощь при самообращении гражданам, проживающим на прилегающих к трассовым пунктам территориях, в том числе в выездном варианте. Оказание медицинской помощи невозможно без лекарственных препаратов (ЛП).

Важным аспектом любых процессов лекарственного обеспечения является соответствие потребности необходимых лекарственных препаратов для своевременного планирования закупа. Для планирования необходимо точно знать информацию о структуре медицинской помощи, о лекарственных препаратах, применяемых при её оказании и о ценовом диапазоне данных ЛП.

Целью данного исследования была разработка подходов к планированию потребности в лекарственных препаратах для скорой медицинской помощи. Для этого нами была проанализирована структура медицинской помощи, оказываемой специалистами Трассовой службы медицины катастроф.

Изучение нозологического состава оказываемой скорой медицинской помощи представлено на рисунке. Видно, что наибольшую долю в составе всей оказываемой помощи занимают травматические повреждения, что хорошо согласуется с большим количеством дорожно-транспортных происшествий, и большую долю составляют болезни системы кровообращения (17%), что характерно для скорой медицинской помощи. Наименьшую долю составляют аллергические реакции.

Детальный анализ оказания медицинской помощи показал, что в общем случае количество и структура оказываемой медицинской помощи расположились следующим образом.

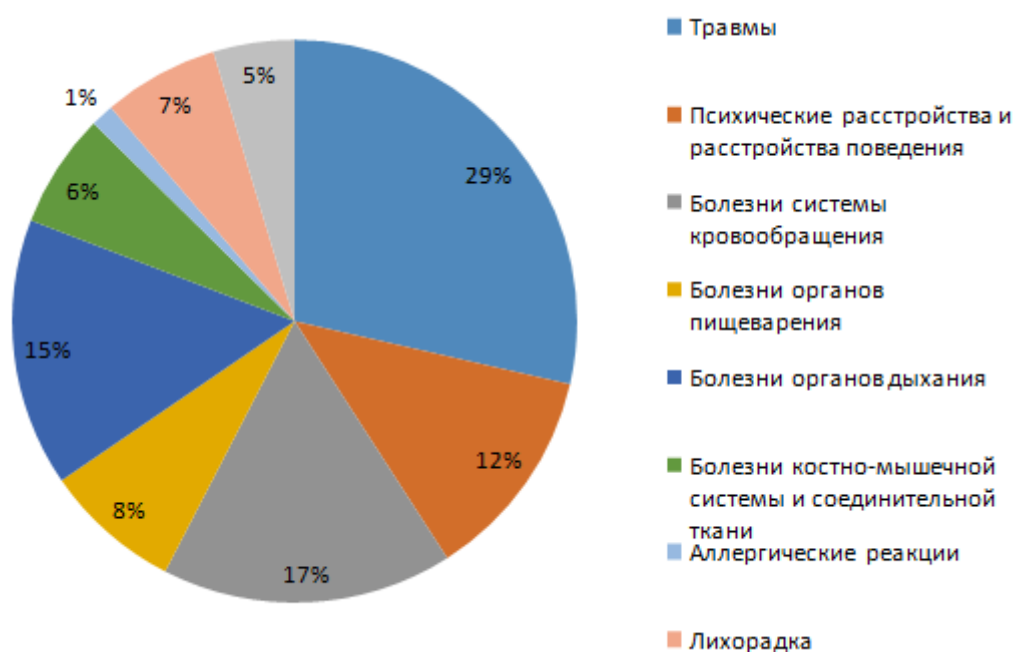


Рис. Структура медицинской помощи

Для планирования потребности в лекарственных препаратах для каждой технологии были рассмотрены стандарты оказания медицинской помощи, которые включали анатомо-терапевтическую группу, МНН и ТН применяемых препаратов, их форму выпуска, усреднённый показатель частоты предоставления, единицы измерения, среднесуточную дозу, расчёт стоимости по формулам (1) и (2):

$$КП = Ч * \nu_1 * ССД \quad (1)$$

Где КП – количество препарата, ед.

Ч – число случаев оказываемой медицинской помощи

ν_1 – усреднённый показатель частоты предоставления

ССД – средняя суточная доза, на одного больного.

$$СП = Ц * КП \quad (2)$$

Где СП – стоимость лекарственного препарата (среднесуточной дозы)

КП – количество препарата, ед.

Пример расчёта стоимости лекарственного препарата приведён в таблице на примере препарата кеторолак, входящего в Стандарт скорой медицинской помощи при травмах головы (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. N 1390н).

Таблица

Пример расчёта стоимости лекарственных препаратов

Код	АТХ	МНН	ТН	Форма выпуска	Усреднённый показатель частоты предоставления	Ед. измерения	ССД	ССД, амп	Сумма за 1 уп., руб	Сумма за 1 ССД, руб	Число случаев за 1 год	Кол-во препарата, амп	Стоимость
M01AB	Производные уксусной кислоты и родственные соединения	Кеторолак	Кеторолак, ОАО Мосхим-фармпрепараты им.Н.А.Семашко – Россия	р-р в/м 30мг/мл 1 мл амп. N10	0,5	мг	30	1	80	8	502	251	60240

Количество препарата кеторолак, раствор для в/м 30мг/мл 1 мл амп. N10, необходимое для оказания скорой медицинской помощи при данном заболевании на год, рассчитанное по данным формулам составит: $502 * 0,5 * 1 = 251$ амп., стоимость оказываемой помощи составит $251 * 8 = 2008$ руб.

Данная схема расчёта может использоваться расчёта потребности, а также стоимости лекарственных препаратов для скорой помощи.

Разработанная методика расчёта потребности препаратов позволяет совершить планирование лекарственного обеспечения пострадавших в ДТП, определить количество необходимых ЛП для закупа, провести оценку затрат.

ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАРАЗИТИЧЕСКИХ РАСТЕНИЙ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Киселева О.А.

ассистент кафедры ботаники и фармакогнозии Уральского
государственного медицинского университета, канд. биол. наук,
Россия, г. Екатеринбург

Проведен анализ ретроспектив и перспектив использования сырья паразитических растений в современной медицине. Обозначен круг введенных в официальную медицину видов, списки препаратов на их основе, а также круг растений, активно используемых народной медициной, представляющих первостепенный интерес. Обсуждаются достижения российских и зарубежных специалистов в отношении изучения лекарственных растений-паразитов, основные сложности фармакологического изучения и переработки сырья отдельных видов в связи с их необычным образом жизни.

Ключевые слова: лекарственные растения-паразиты, фармакологическое изучение.

Вопреки давно устоявшейся концепции вредоносности паразитических растений, постепенно складывается новый, более современный взгляд на природу и значение этих растений, в том числе для человека [20]. Поиск перспективных лекарственных растений среди растений-паразитов, изучение их состава и свойств перспективно, поскольку в сравнении с автотрофными растениями они обладают набором физиологических особенностей в силу природы своего необычного питания. На уровне организации биохимических связей и путей трансформации метаболитов группа паразитических растений имеет качественные отличия от автотрофных растений, о чем свидетельствуют многочисленные работы, выполненные силами зарубежных физиологов растений [21].

С точки зрения фармацевтической науки огромный интерес представляет опыт использования конкретных видов растений-паразитов в народной медицине, инвентаризация их химического состава, испытание лекарственных свойств, проводится активная работа по выявлению наиболее перспективных видов группы и введение их в научную медицину [1, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15].

На российском рынке лекарственных средств и БАДов препараты на основе сырья паразитических растений стали появляться все чаще. В качестве примера можно привести следующие препараты: Уральская очанка (капли и таблетки), Звездная очанка (капсулы, чай), Направит Витамины для глаз, Флавигран-очанка (БАД), Nutrilite Память плюс (БАД), Травы Кавказа – сборы № 59, 69, экстракт *Melampyrum roseum*. Компоненты названных препаратов нередко продаются в качестве самостоятельных лекарственных средств: трава очанки (*Herba Euphrasiae*), трава марьянника лугового (*Herba Melampyri pratensis*), трава марьянника дубравного (*Herba Melampyri nemorosi*), трава зубчатки (*Herba Odontitis*), трава цистанхе (*Herba Cistanche*), трава омелы (*Herba Visci*).

В русской народной медицине используются также паразитические растения, не получившие статус официальных видов, например, различные виды погремков (*Rhinanthus serotinus* (Schonh.) Oborny, *R. aestivalis* (N.W. Zinger) Schischk. & Serg.) [10], запазих (*Orobanchе ramosa* L., *Orobanchе alba* Steph., *Orobanchе aegyptiaca* Pers., *Orobanchе minor* Smith., *Orobanchе coerulescens* Steph., *Orobanchе alsatica* Kirschl.) [3], повилика (*Cuscuta europaea* L.) [16], ремнецветники (*Loranthus europaeus* L., *Loranthus parasiticus* Druce) [16], марьянник полевой и гребенчатый (*Melampyrum arvense* L., *M. cristatum* L.) [5, 10], петров крест чешуйчатый (*Lathraea squamaria* L.) [16].

Фармакологическое изучение паразитических растений встречает ряд трудностей, связанных со спецификой этой группы. Во-первых, сама по себе группа чрезвычайно неоднородна. Всего цветковые паразитические растения насчитывают более 3 тысяч видов (около 270 родов, из 18 семейств), часть из них являются облигатными гетеротрофами, остальные в той или иной мере совмещают автотрофное и гетеротрофное питание [2, 19, 20]. Существует огромное множество способов проявления паразитизма покрытосеменных, что обуславливает разнообразие их химического состава. Именно поэтому проблема инвентаризации лекарственных растений-паразитов требует частных методологических разработок и решений для каждой конкретной группы при поиске перспективных видов сырья и выявлении его химического состава.

Нельзя забывать, что многие облигатные паразитические растения являются злостными, не редко карантинными, сорняками [2, 19], что подразумевает с одной стороны сложности в транспортировке их сырья (это касается заразих, погремка, омелы, ремнецветников), с другой – необходимость рациональной переработки этих растений, массово произрастающих с культурными видами и вызывающих эпифитотии.

Еще одна сложность фармакологического изучения паразитических растений – способность немалого числа видов к полифагии, т. е. к питанию одновременно на нескольких растениях. Биохимия взаимоотношений растений-паразитов с хозяевами обуславливает особенности их химического состава [17, 18, 19]. Концентрация биологически активных соединений может зависеть от состава вторичных метаболитов непосредственных хозяев. Так было показано, что *Castilleja indivisa* Engelm. способна вмешиваться в процессы накопления вторичных метаболитов *Lupinus albus* L., в частности накапливать алкалоиды хозяина [17]. Предположительно состав сырья может изменяться от степени гетеротрофности видов и отдельных особей на разных этапах развития в случае полупаразитических растений [9].

В России обоснованный фармакологический интерес к группе паразитических растений существует довольно давно. Изучение полупаразитических растений из семейства норичниковые (Scrophulariaceae Juss.) поставлено на научную основу, найдены растения с высокой фармакологической активностью [1, 4, 6, 10, 11, 12, 15]. Доказано, что лекарственные свойства полупаразитических растений, принадлежащих семейству норичниковые находятся в зависимости от особенностей их образа жизни [12]. Для решения задач фармакогнозии и фитотерапии отечественными учеными проведено изучение

диагностических признаков и свойств, у части видов гемипаразитических норичниковых описаны константные структурные признаки вегетативных органов, независимые от физиологического статуса растений и условий паразитирования, которые могут быть использованы для диагностики паразитических норичниковых и их сырья [8, 9, 12].

Основная часть работ по изучению химического состава и лекарственных свойств паразитических растений флоры России отечественными учеными проводится в отношении представителей семейства норичниковые, малая часть в отношении семейства ремнецветниковые (*Viscaceae* L.). Однако на территории России встречается 22 рода и около 230 видов из 6 семейств паразитических растений. Многие виды до сих пор совершенно не получали оценку с точки зрения фармацевтической перспективы. О фармакологической ценности других в основном удастся узнать из работ зарубежных авторов [14]. Мнение автора статьи таково, что не следует искусственно сужать поле поисковых работ лишь до представителей одного-двух семейств, напротив разнообразие видов паразитических растений во флоре нашей страны и сопредельных территорий, обилие отдельных представителей должно подталкивать к реализации путей эффективного использования ценного сырья множества видов растений-паразитов.

Список литературы

1. Антимикробная активность извлечений из трех видов *Euphrasia* L. / В.М. Петриченко [и др.] // Растит. ресурсы. 2002. Т. 38, вып. 3. С. 82 – 86.
2. Бейлин, И.Г. Паразитизм и эпифитотииология: на примере паразитов из высших растений / И.Г. Бейлин. М.: Наука, 1986. 352 с.
3. Виды заразики и их использование в народной медицине: сайт / Фитопедия. Лекарственные растения: энциклопедия и лечение растениями: портал. URL: <http://fitopedia.com.ua/rastenia-zaraziha-vidi.html>
4. Гипотензивная активность извлечений из некоторых видов сем. *Scrophulariaceae*, произрастающих в Пермском крае / В.М. Петриченко [и др.] // Растительные ресурсы. – 2009. – Вып. 1. – С. 140– 147
5. Дикорастущие лекарственные растения Башкирии / Е.В. Кучеров [и др.]. Уфа: Башкирское книжное издательство, 1973. 307 с.
6. Изучение влияния на артериальное давление препаратов марьянника лугового / О.В. Трошкова [и др.] // Актуальные проблемы фармацевтической науки и образования: итоги и перспективы: Материалы межвуз. науч.– практ. конф. проф.– препод. состава, посвящ. 85– летию высшего образования на Урале. Пермь, 2001. С. 122.
7. Исследование по разработке лекарственных форм очанки / Л.К. Бабиян [и др.] // Актуальные проблемы фармацевтической науки и образования: итоги и перспективы: Материалы юбил. межвуз. науч.- практ. конф. Пермь, 2000. С.95.
8. Киселева О.А. Гемипаразитические растения семейства *Scrophulariaceae* Juss.: специализация вегетативных органов в связи с паразитизмом: автореф. дис. ... канд. биол. наук. Пермь, 2013. 20 с.
9. Киселева О.А. К диагностике сырья паразитических норичниковых // Медицинский альманах. 2014. Вып. 1 (31). С. 105-107.
10. Насыров Х.М. Фармакологические свойства некоторых растений семейства норичниковых, произрастающих в Башкирии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа, 1970. 22 с.
11. О нейрорепитическом действии марьянника / Д.Н. Лазарева [и др.] // Вопросы рационального использования растительных ресурсов Южного Урала. Уфа, 1963. С.29– 31.
12. Петриченко В.М. Фармакогностические исследования и биологическая активность растений семейства норичниковые: дис. ... докт. фармац. наук. – Пермь, 2005. – 327 с.

13. Разработка и исследование лекарственных форм травы очанки / Н.И Шрамм [и др.] // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: Сборник науч. тр. Пятигорской гос. фармац. акад. Пятигорск, 2004. С. 140.
14. Растительные ресурсы России: Дикорастущие цветковые растения, ... Т. 4. Семейства *Caprifoliaceae* – *Lobeliaceae*. СПб.; М., 2011. 630 с.
15. Фармакологическая активность препаратов марьянника лугового / Е.Е. Галишевская [и др.] // Здравоохранение Башкортостана: Специальный выпуск, посвященный 20-летию фармацевтического факультета БГМУ. Уфа, 2002. №2. С. 142–144.
16. Энциклопедия лекарственных растений: портал. URL: <http://www.belena.biz/index.htm>
17. Adler, L.S. 2000 Alkaloid uptake increases fitness in a hemiparasitic plant via reduced herbivory and increased pollination / L.S. Adler // *American Naturalist*. – 2000. – Vol.156, №1. – P. 92– 99
18. Jiang, F. Interactions between *Rhinanthus minor* and its hosts: A review of water, mineral nutrient and hormone flows and exchanges in the hemiparasitic association / F. Jiang, W.D. Jeschke, W. Hartung, D.D. Cameron // *Folia Geobotanica*. – 2010. – Vol.45. – P. 369– 385.
19. Parker, C. Parasitic Weeds of the World: biology and control / C. Parker, C.R. Riches. – Wallingford, UK: CABI, 1993. – 332 p.
20. Press, M.C. Parasitic plants / M.C. Press, J.D. Graves. – London: Chapman and Hall, 1995. – 292 p.
21. Stewart, G.R. The physiology and biochemistry of parasitic angiosperms / G. R. Stewart, M. C. Press // *Annual Review of Plant Physiology and Plant Molecular Biology*. – 1990. – Vol.41. – P. 127– 151.

ПЕРВИЧНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРА

Космылин П.П.

интерн кафедры травматологии, ортопедии и медицины катастроф
ФГБОУ ВПО "ТГУ имени Г.Р. Державина", медицинский институт,
Россия, г. Тамбов

Проведена оценка первичного эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов с переломом проксимального отдела бедренной кости. Результаты лечения оценены как хорошие, осложнения в послеоперационном периоде наблюдались в 6.6% случаев в виде вывиха головки эндопротеза. Таким образом, применение первичного эндопротезирования при переломах проксимального отдела бедренных костей позволило добиться хороших результатов лечения.

Ключевые слова: бедренная кость, перелом, эндопротезирование.

Переломы бедренной кости, в т.ч. проксимального отдела являются одними из самых распространенных. Переломы данной локализации могут составлять до 24% всех переломов костей [5, 6, 7]. При остеосинтезе переломов шейки и головки бедренной кости консолидация наступает не всегда [3]. В связи с этим, при переломах головки и медиальных переломах шейки бедренной кости возможно проведение как остеосинтеза так и первичного эндопротезирования [6].

Рост числа эндопротезирований тазобедренного сустава прогрессивно растет в последние годы. Так, по данным разных авторов с 1990 г. в СССР

выполнено порядка 1000 замен суставов, а в других странах мира порядка 100.000, то в последние годы в России ежегодно выполняется более 50.000 операций эндопротезирования, а всего в мире более 500.000, т.е. за последние 15 – 17 лет количество больных, которым выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава, увеличилось в десятки раз. Это связано в первую очередь с улучшением качества самих имплантов, совершенствованием хирургических технологий, накоплением опыта выполнения таких операций хирургами [1, 2, 3, 4]. Увеличивается как число операций эндопротезирования, так и количество учреждений здравоохранения, где они выполняются.

Цель исследования: оценка первичного эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов с переломом проксимального отдела бедра.

Материалы и методы. Проведен анализ осложнений после операции эндопротезирования тазобедренного сустава у 15 пациентов, находящихся на в травматолого-ортопедическом отделении. Пациенты имели переломы бедренных костей следующих локализаций:

- переломы шейки бедренной кости – 9 пациентов;
- переломы головки бедренной кости – 6 пациентов;

Возраст пациентов составлял в среднем – 72 года. Мужчины – 5, женщины – 10.

Применяемые эндопротезы: Zimmer-11, Thompson-4.

Тотальное эндопротезирование проведено в 11 случаях, однополюсное в 4. Цементное протезирование проведено в 13 случаях, безцементное в 2 случаях. Обследование и лечение проводилось согласно существующим стандартам по данной нозологии.

Результаты. Результаты лечения оценены как хорошие, осложнения в послеоперационном периоде наблюдались в 6.6% случаев.

Послеоперационные осложнения: гнойно-воспалительные – 0 (0%); вывихи головки эндопротеза – 1 (6,6%); перипротезные переломы – 0 (0%); невротии – 0 (0%); ТЭЛА – 0 (0%).

Выводы. Таким образом, применение первичного эндопротезирования при переломах проксимального отдела бедренных костей позволило добиться хороших результатов лечения. Метод имеет явные преимущества перед другими видами оперативного лечения данных переломов, особенно в старшей возрастной группе.

Список литературы

1. Летов А.С., Барабаш Ю.А., Марков Д.А., Ненашев А.А., Ямщиков О.Н., Емкужев О.Л. Биомеханическая и нейрофизиологическая оценка эффективности методики тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2012. – Т.17. № 5. – С. 1433-1440.
2. Летов А.С., Бахтеева Н.Х., Воскресенский О.Ю., Марков Д.А., Ямщиков О.Н., Юсупов К.С., Абдулнасыров Р.К. Хирургическое лечение пациентов с анкилозами тазобедренного сустава. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2010. – Т.15. № 5. – С. 1511-1514.
3. Летов А.С., Бахтеева Н.Х., Марков Д.А., Ненашев А.А., Ямщиков О.Н. Хирургическая реабилитация больных с анкилозами тазобедренных суставов. // Вестник

Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2011. – Т.16. № 5. – С. 1366-1370.

4. Юсупов К.С., Анисимова Е.А., Воскресенский О.Ю., Павленко Н.Н., Марков Д.А., Абдулнасыров Р.К. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава в сочетании с двойной V-образной укорачивающей подвертельной остеотомией бедра у пациентов с диспластическим коксартрозом типа stowe IV. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2014. – Т.19. № 3. – С. 970-976.

5. Ямщиков О.Н. Малоинвазивный метод оперативного лечения переломов шейки бедра. диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГОУВПО "Саратовский государственный медицинский университет". Саратов, 2004.

6. Ямщиков О.Н., Норкин И.А., Марков Д.А., Емельянов С.А. Использование автоматизированного выбора металлоконструкции для остеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости на основе компьютерного моделирования. // Врач-аспирант. – 2014. – Т.65. № 4. – С. 26-30.

7. Ямщиков О.Н., Марков Д.А., Емельянов С.А. Предоперационное планирование с применением компьютерного моделирования в лечении переломов дистального отдела бедренной кости. // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. – Т.15. №3 (79). – С. 81-84.

МОЧЕВАЯ КИСЛОТА КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Курашвили Л.В.

профессор кафедры клинической лабораторной диагностики Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д-р мед. наук, профессор,
Россия, г. Пенза

Лавров А.Н.

главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская районная больница»,
Россия, г. Пенза

Кирякина Е.А.

заведующая клинико-диагностической лабораторией Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская районная больница»,
Россия, г. Пенза

Фролкина О.Ф.

педиатр Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская районная больница»,
Россия, г. Пенза

Во время профилактических осмотров обследованы 169 детей обоего пола школьного возраста в трех населенных пунктах рядом с промышленным комплексом. У всех детей определяли уровень мочевой кислоты в сыворотке крови. Выявили зависимость уровня мочевой кислоты в сыворотке крови от близости проживания детей к промышленному комплексу.

Ключевые слова: мочевая кислота, активные формы кислорода, гиперурикемия, ураты, эндоэкология.

Функция мочевой кислоты связана с адаптационно-компенсаторными механизмами, так как анионы мочевой кислоты обладают способностью захватывать активные формы кислорода при недостаточном поступлении с пищей аскорбиновой кислоты [1]. Мочевая кислота может инактивировать гидроксил-радикалы, пероксинитрил радикал (ONOC0), защищая от инактивации столь биологически важный, филогенетически древний гуморальный медиатор – NO [2]. Ионы уратов химически инактивируют АФК и превращаются в аллантаин, который фильтруется в клубочках и выводится с мочой. Содержание в моче аллантаина является достоверным тестом степени наработки нейтрофилами активных форм кислорода и активности биологической реакции воспаления [3].

Увеличение содержания мочевой кислоты в крови способно повышать устойчивость организма к инфекциям и препятствовать развитию опухолей [4], а также положительно влиять на биологическую реакцию врожденного иммунитета.

Цель исследования: провести сравнительную оценку уровня мочевой кислоты в сыворотке крови здоровых детей в зависимости от места их проживания.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование здоровых детей (169 девочек и мальчиков) в возрасте 8-16 лет при профилактических осмотрах. Дети 1 и 2 групп (Центральный район) вошли в основную группу, так как проживали далеко от промышленного комплекса. Дети 3 и 4 групп (Южный район) и дети 5 и 6 групп (Северный район) составили группу сравнения, так как проживали рядом с промышленным комплексом. В 1,2,3 группы вошли девочки, 2,4,6 группу вошли мальчики.

Результаты исследования отображены в таблице и на рисунке.

Как видно из таблицы и рисунка, у здоровых детей выявлена повышенная содержание мочевой кислоты относительно основной группы: медиана мочевой кислоты у девочек Северного района превышала на 14,5% ($p_{1-3}=0,00000$), у девочек Южного района на 22% ($p_{1-5}=0,00073$). Изменения между группами сравнения у девочек были недостоверными ($P_{3-5} 0,875090$). У мальчиков количество мочевой кислоты в Южном районе превышало на 26% ($P_{2-4}=0,0015$) величину мочевой кислоты у мальчиков основной группы, в Северном районе на 29,6% ($P_{2-6}=0,0019$).

Изменения внутри групп сравнения у мальчиков были недостоверными ($P_{3-5} 0,9445$). Скорее всего, это повышение является компенсаторной противовоспалительной реакцией в ответ на изменение экологии.

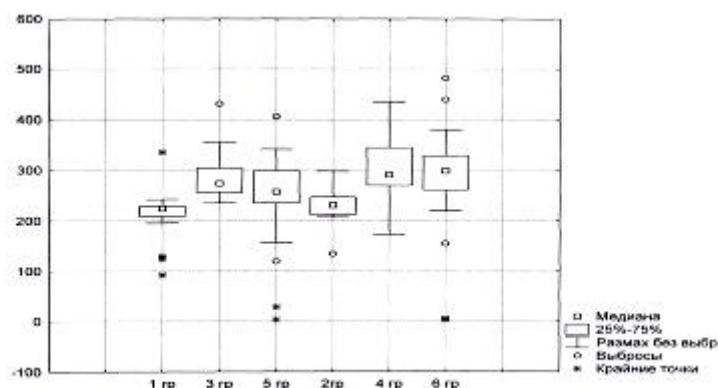


Рис. Сравнительная оценка изменения содержания мочевой кислоты (ммоль/л) у здоровых детей Пензенского района

Однако, возможно развитие и продуктивной гиперурикемии, которая может быть как экзогенной и зависеть от характера пищи, так и эндогенной при усилении гибели клеток *in vivo*, в частности при синдроме цитолиза неоплазированных клеток в условиях химио – и радиотерапии [5].

Таблица

Содержание мочевой кислоты в сыворотке крови у здоровых детей

Средняя концентрация $M \pm m$ Моль/л	Основная группа		Группа сравнения			
			Северная часть		Южная часть	
	Девочки 1 группа	Мальчики 2 группа	Девочки 3 группа	Мальчики 4 группа	Девочки 5 группа	Мальчики 6 группа
Средняя концентрация мочевой кислоты $M \pm m$ Моль/л	168,2 $\pm$ 21,8	226,53 $\pm$ 16,51	250,9 $\pm$ 22,4	289,93 $\pm$ 21,7	285,6 $\pm$ 19,8	302,6 $\pm$ 24,2
Min-Max, моль/л	195 – 245	245 – 360	150 – 350	215 – 360	175 – 440	225 – 375
Me (25-й и 75-й Процентиль) ммоль/л	224,25 209,0 – 228,8	230,6 212,5 – 247,0	273,5 256 – 304	291 270 – 345	257 235 – 299,4	299 260,85 – 328,8
P достоверность различия между группами			P ₁₋₃ 0,0000	P ₂₋₄ 0,001534	P ₁₋₅ 0,00073 P ₃₋₅ 0,875090	P ₂₋₆ 0,001967 P ₄₋₆ 0,944512
ПРИМЕЧАНИЕ: P ₁₋₃ – различия между количеством мочевой кислоты в сыворотке крови девочек 1 и 3 группы; P ₁₋₅ – у девочек; P ₂₋₄ и P ₂₋₆ – различия у мальчиков; P ₃₋₅ и P ₄₋₆ – различия между группами сравнения.						

Таким образом, учитывая величину разброса показателя у детей Пензенского района Пензенской области проживающих вблизи от промышленного комплекса установлена бессимптомная гиперурикемия превышающая средние значения мочевой кислоты на 30-80% (см. табл., рис.).

Увеличение концентрации мочевой кислоты в крови может быть компенсаторным и патологическим. В ответ на увеличение первичных и вторичных форм активных форм кислорода (супероксидного кислорода, перекиси водорода и гидроксильных радикалов) повышается концентрации мочевой кислоты. Если она повышается в пределах 40%, то это считается компенсаторной реакцией [1]. Мочевая кислота активирует биологическую реакцию экскреции и устраняет нарушение биологической функции эндэкологии в сыворотке крови у детей и выступает в роли антиоксиданта.

Тысячи органических и неорганических веществ, токсичных для организма, найдены в питьевой воде по всему миру. При профилактических осмотрах из-за экологической и социально-экономической ситуации в стране ухудшается здоровье детей [6].

Бессимптомная гиперурикемия у детей является ретенционной, компенсаторной противовоспалительной реакцией в результате снижения активности врожденного иммунитета в ответ на действие факторов внешней среды.

Список литературы

1. В. Н. Титов, Е. В. Ощепкова, В. А. Дмитриев, О. В. Гущина, Ю. К. Ширяева, А. Я. Яшин. Гиперурикемия – показатель нарушения биологических функций эндэкологии и адаптации, биологических реакций экскреции, воспаления и артериального давления // 2012. – КДЛ, № 4. – С. 3-14.
2. Сепиашвили Р. И., Бережная Н. М. II Аллергология и иммунология. -2005. – Т. 6, № 4. – С. 445-455.
3. Kand'ar R., Zakova P. II Clin. Chem. Lab. Med. – 2008.-Vol.46, № 9.P.1270-1274
4. Ни D. Е., Moore A. M. Thomsen L. L., Brindle K. M. II Cancer Res.-2004. – Vol. 64. – P. 5059-5062.39
5. Hagino T. II Gan To Kagaku Ryoho. – 2010. – Vol. 37, № 6. – P. 984-988.
6. Экологическая педиатрия / под ред Царегородцева А.Д., Викторова А.А., Османова И.М. М.: Триада – X, 2011. 328с.

ПРЕМОРБИДНЫЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Лесина О.Н.

доцент кафедры инфекционных болезней Пензенского института
усовершенствования врачей, канд. мед. наук, доцент,
Россия, г. Пенза

Баранова И.П.

зав. кафедрой инфекционных болезней Пензенского института
усовершенствования врачей, д-р. мед. наук, профессор,
Россия, г. Пенза

Коннова О.А.

доцент кафедры инфекционных болезней Пензенского института
усовершенствования врачей, канд. мед. наук, доцент,
Россия, г. Пенза

Сосновский А.Е.

зав. отделением лучевой диагностики
Пензенской областной детской клинической больницы им. Н.Ф. Филатова,
Россия, г. Пенза

Актуальность проблемы обусловлена тем, что болезни органов дыхания занимают одно из первых мест в структуре детской заболеваемости. При прогнозировании течения и исходов пневмонии важна своевременная диагностика «критического» развития бактериального воспалительного процесса. Проанализированы преморбидные факторы и особенности клинического течения внебольничной пневмонии у 56 пациентов, 30 из которых

поступили в стационар в тяжелом состоянии и нуждались в лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Одним из предикторов бактериальной инфекции является уровень прокальцитонина (ПКТ) в плазме. Концентрацию ПКТ плазмы (с пределом обнаружения 0,5 нг/мл) определяли полуколичественным иммунохроматографическим методом у 26 госпитализированных детей с внебольничной пневмонией. Выявлена зависимость уровня ПКТ от тяжести воспалительного процесса в легких.

Ключевые слова: дети, пневмония, прокальцитонин.

Острые респираторные инфекции представляют приоритетную социально-экономическую проблему, поскольку занимают лидирующее положение, составляя до 90% всей регистрируемой инфекционной патологии у детей [4; 5]. Частота заболеваний пневмонией по данным литературы составляет 2 случая на 100 заболевших острой респираторной инфекцией [9]. Внебольничные пневмонии (ВП) остаются одной из основных причин заболеваемости, госпитализации и смертности как в развивающихся, так и индустриально развитых странах [2; 4; 8]. При прогнозировании течения и исходов пневмонии важна своевременная диагностика «критического» развития бактериального воспалительного процесса, что определяется не только клинико-рентгенологической характеристикой, но и лабораторными показателями (количество лейкоцитов, палочкоядерный сдвиг, определение С-реактивного белка, серомукоида в крови и др.) [6; 7; 8]. Одним из современных методов, вошедших в стандарты оказания медицинской помощи больным с пневмонией, является определение прокальцитонина – предиктора бактериальной инфекции при показателе $\geq 0,5$ нг/мл [1; 3; 10].

Цель исследования: определить преморбидные, клинические факторы риска и лабораторные предикторы развития тяжелых пневмоний у детей.

Материал и методы: под наблюдением находилось 56 пациентов в возрасте 1 месяца до 5 лет (36 мальчиков, 20 девочек), поступивших на стационарное лечение в областную детскую клиническую больницу. Больные распределены в 2 группы: 1-я группа – 30 детей, поступившие в стационар в тяжелом состоянии и нуждавшиеся в лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ); 2-я группа 26 пациентов различной степени тяжести, которым проводилось определение концентрации прокальцитонина (ПКТ) плазмы иммунохроматографическим методом (диагностический набор "Прокальцитонин-экспресс-тест" производства компании В.Р.А.Н.М.С., Германия) для полуколичественного определения ПКТ, предел обнаружения составляет 0,5 нг/мл. Всем больным проводили стандартные клинико-лабораторные и инструментальные (в т.ч. рентгенологические) исследования.

Пациенты 1 группы распределены в 2 подгруппы. 1А подгруппа – 6 человек с тяжелыми врожденными и генетическими заболеваниями (врожденный порок сердца, болезнь Дауна, дегенеративное заболевание нервной системы, врожденные пороки развития, детский церебральный паралич), средний возраст $16,6 \pm 9,3$ месяца; 1Б подгруппа – 24 ребенка с тяжелым течением пневмонии на фоне обструкции дыхательных путей за счет стенозирующего

ларинготрахеита или бронхообструктивного синдрома, средний возраст $10,1 \pm 7,8$ месяцев. В 1А подгруппе только 16,7% детей заболевали остро с признаков вирусной инфекции, а во 1Б подгруппе – у 62,5% пациентов заболевание сопровождалось симптомами вирусной инфекции с присоединением обструкции дыхательных путей и бактериального поражения легких ($p < 0,05$). Продолжительность догоспитального этапа лечения в 1А подгруппе – $2,3 \pm 0,9$ дней, в 1Б – $2,4 \pm 1,3$ дня ($p > 0,05$), госпитального этапа – $34,0 \pm 10,6$ дня и $18,3 \pm 5,7$ дней ($p < 0,05$), длительность интенсивной терапии в ОРИТ – $19,0 \pm 8,0$ дней и $6,0 \pm 3,8$ дней ($p < 0,05$) в 1А и 1Б подгруппе соответственно. Тяжесть состояния была обусловлена синдромом дыхательной недостаточности, который преобладал в 1Б подгруппе (1Б подгруппе – ДН III выявлена у 37,5%, в 1А подгруппе – у 16,7%, ДН II – у 58,3% и 83,3% соответственно, $p < 0,05$). А также нарушением кровообращения, которое преобладало в 1А подгруппе (НК II в 1А подгруппе – у 83,3%, во 1Б подгруппе – у 37,5%, $p < 0,05$). Острое токсико-гипоксическое поражение ЦНС отмечено в 1А подгруппе – у 33,3%, а в 1Б подгруппе – у 8,3% ($p < 0,05$). Очагово-сливной характер поражения легочной ткани в 1А подгруппе отмечался у 66,7%, а в 1Б – у 20,8% больных. При изучении факторов риска тяжелого течения пневмонии в 1Б подгруппе выявлены сочетания нескольких факторов риска у 75% детей, при этом тимомегалия отмечалась у 37,5%, анемия – у 45,8%, церебральная ишемия – у 29,2%, паратрофия – у 25%, недоношенность – у 29,2%, ателектатическая пневмония недоношенных – у 16,7%, отягощенный акушерский анамнез матерей (гестоз, угроза прерывания беременности, кесарево сечение, анемия) – у 45,8%, аллергическая аномалия конституции – у 29,2%, 25% детей отнесены к группе часто болеющих.

При анализе клинических особенностей пневмоний у пациентов 2 группы выявлено, что у 18 (69,2%) детей заболевание начиналось с признаков вирусной инфекции и выраженным катаральным синдромом, у 8 (30,8%) детей – с малопродуктивного кашля; повышение температуры отмечалось у 24 (92,3%) больных. Состояние 16 (61,5%) пациентов при поступлении расценено как тяжелое за счет симптомов интоксикации и признаков дыхательной недостаточности, развившейся на фоне бронхообструктивного синдрома у 9 больных (34,6%), у 3 (11,5%) детей – вследствие распространенного воспалительного процесса в легких, осложненного экссудативным плевритом и/или деструкцией легочной ткани. В то же время, воспалительные изменения в клиническом анализе крови (лейкоцитоз более $10,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ более 12 мм/ч) выявлены лишь у 15 пациентов (57,7%). Всем больным проведен тест с определением прокальцитонина в сыворотке крови. Положительные результаты теста отмечены у 10 (38,5%) больных: у 6 (23,1%) детей $\geq 0,5$ нг/мл, но < 2 нг/мл; у двух (7,7%) – ≥ 2 нг/мл, но < 10 нг/мл и у 2 (7,7%) пациентов с деструктивными процессами – ≥ 10 нг/мл. В группе пациентов с повышенным уровнем прокальцитонина крови отмечена высокая СОЭ у 7 детей, лейкоцитоз – у 7, лейкопения (при значительно высокой СОЭ) – у 1 ребенка, повышение СРБ более 15 мг/л – у 5 больных, показатели серомукоида не превышали 0,6 ед.опт.плотности (за исключением одного случая с де-

структивной пневмонией – 1,1 ед. опт.плотности). Среди 10 пациентов с повышенным уровнем прокальцитонина ($\geq 0,5$ нг/мл) только у 5 при поступлении состояние расценено как тяжелое. У 5 детей с низкими показателями прокальцитонина ($\geq 0,5$ нг/мл, но < 2 нг/мл) отмечен короткий период амбулаторного лечения (1-2 дня), раннее начало адекватной антимикробной терапии, а воспалительный процесс в легких носил очаговый характер. У одного пациента, поступившего на 5-е сутки от начала заболевания, выявлена левосторонняя нижнедолевая очаговая пневмония с поражением нескольких сегментов, отсутствие лейкоцитоза, но положительные показатели прокальцитонина – $\geq 0,5$ нг/мл, но < 2 нг/мл (тест проведен на 5-е сутки от начала антибактериальной терапии). У пациентов с показателями прокальцитонина более 2 нг/мл, но < 10 нг/мл в одном случае отмечен распространенный очагово-сливной процесс в верхней и средней доле правого легкого, средняя степень тяжести заболевания, лейкоцитоз $16,0 \times 10^9/\text{л}$, а во втором случае – диагностирована очаговая пневмония, осложненная левосторонним средним отитом. Показатели прокальцитонина более 10 нг/мл обнаружены у двух больных с деструктивным процессом в легких, развитием синдрома системной воспалительной реакции, признаками генерализации процесса. Все пациенты выписаны из стационара с выздоровлением.

Выводы:

1. Группа пациентов с пневмониями, нуждающихся в интенсивной терапии в ОРИТ, неоднородна (по характеру сочетанной патологии, факторам риска, степени выраженности синдромов ДН, НК, токсико-гипоксического поражения ЦНС), что влияет на прогноз течения заболевания, характер терапии и сроки пребывания в ОРИТ.
2. Прогностически наиболее неблагоприятным при тяжелой пневмонии является наличие врожденных и генетических заболеваний с быстрым развитием у таких пациентов очагово-сливного процесса, синдрома дыхательной недостаточности и токсико-гипоксического поражения ЦНС.
3. При вирусно-бактериальных процессах отягощает течение пневмоний развитие бронхообструктивного синдрома у детей с сочетанием нескольких неблагоприятных факторов пре- и постнатального развития
4. Тест с прокальцитонином является важным предиктором тяжелого течения пневмонии и развития осложнений; наиболее информативен при легочной деструкции или формировании септического процесса
5. Тест с прокальцитонином целесообразно использовать в первые дни госпитализации пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией, особенно при позднем поступлении в стационар, в отделении интенсивной терапии, а также при отсутствии эффективности антибактериальной терапии.

Список литературы

1. Баранов А.А. Лихорадочные синдромы у детей: Клинические рекомендации для педиатров / Под общ. редакцией А.А. Баранова, В.К. Таточенко, М.Д.Бакрадзе. – М.: Союз педиатров России, 2011. – 209 с.
2. Инфекции дыхательных путей. Эпидемиологический надзор за внебольничными пневмониями / Методические указания от 10.01.2013 г. МУ 3.1.2.3047-13. – М., 2013. – 42 с.

3. Определение прокальцитонина и тактика антибактериальной терапии при пневмонии у детей / Esposito S., Tagliabue C., Picciolli I. Et al. // Respiratori Medicine. – 2011. – 105 (2). – С. 1939-1945
4. Пневмония: информационный бюллетень № 331//WHO Media centre. – 2012 [Электронный ресурс].- Режим доступа: mediainquiries@who.int
5. Проблема гриппа сегодня и завтра / О.В. Кладова, Т.Ф. Погодина, Е.В. Замахина, В.Ф. Учайкин // Детские инфекции. – 2007. – №3. – С.54-60.
6. Протоколы лечения внебольничной пневмонии у детей // Официальный сайт Минздрава России. – 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rosminzdrav.ru, 2012-12-28
7. Практический опыт лабораторной диагностики внебольничных пневмоний / Савинова Т.Л., Бейкин Я.Б., Шилова В.П. и др. // Клин, микробиол. антимикроб, химиотер. – 2009. – № 11 (1). – С. 79 – 85.
8. Тяжелые внебольничные пневмонии у детей / Г.А. Самсыгина, Т.А. Дудина, А.Г. Талалаев, М.А. Корнюшин // Педиатрия. – 2005. – №4. – С.87-94.
9. Таточенко В.К.Педиатру на каждый день: Справочник по диагностике и лечению / В.К.Таточенко. – М., 2007. – 272 с.
10. Zanoec R. Early changes of neutrophil and lymphocyte counts and serum procalcitonin following surgery, SIRS and sepsis / R. Zanoec, J. Misianik, D. Setvak // Intensive Care Med. – 2000. – 26 (suppl 3). – P. 227.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГИТОВ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мельников В.Л.

зав. кафедрой микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней
Пензенского государственного университета, доктор медицинских наук,
Россия, г. Пенза

Митрофанова Н.Н.

ст. преподаватель кафедры микробиологии, эпидемиологии и инфекционных
болезней Пензенского государственного университета,
Россия, г. Пенза

Мельников Л.В.

асс. кафедры микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней
Пензенского государственного университета,
Россия, г. Пенза

Тимербулатов А.И.

студент медицинского института Пензенского государственного университета,
Россия, г. Пенза

В статье рассматриваются особенности этиологической структуры, эпидемиологические и клинико-лабораторные характеристики течения менингитов различного генеза на территории Пензенской области.

Ключевые слова: серозный менингит, гнойный менингит, заболеваемость, клинико-эпидемиологические особенности.

Актуальность. Во всем мире, несмотря на развитие практической медицины, менингиты продолжают оставаться одной из актуальных проблем современной медицины. Менингиты являются одним из распространенных инфекционных заболеваний.

В структуре общей патологии нервной системы удельный вес инфекций составляет около 40%. При этом менингиты и менингоэнцефалиты являются наиболее частыми клиническими формами нейроинфекционных заболеваний. Помимо этого актуальность проблемы определяется: частым тяжелым и осложненным течением заболеваний, высокими показателями летальности при некоторых нозологических формах, расширением спектра этиопатогенов, вызывающих менингиты и энцефалиты и ростом резистентности основных возбудителей бактериальных менингитов к наиболее распространенным антибиотикам [3, с.9].

В Пензенской области за последние годы показатель заболеваемости составляет 2,6 на 100тыс., среди детей до 14 лет – 16,2 на 100тыс., среди детей до года – 73,8 на 100тыс. В возрастной структуре заболевших 77,8% составляют дети до 14 лет [1, с.147]. Чаще болеют дети раннего возраста и мужчины. Летальность выше среди детей. Показатель летальности составил 16,7 %, в т.ч. у детей до 1 года жизни летальность – 33,3 % [2, с.780].

Целью нашего исследования стало изучение клиническо-эпидемиологических особенностей течения менингитов в Пензенской области.

Материалы и методы. Для анализа клинико-эпидемиологических особенностей менингитов детально проанализированы 64 архивных истории болезни пациентов отделений специализированной инфекционной клиники г. Пенза за 2012 год в возрасте от 3-х месяцев до 71 года, из которых 42 мужского пола и 22 женского пола; взрослых 10 человек, детей 54 человека. Возбудитель выявлялся методом ПЦР, бактериологическим и серологическим методами. Материалом для исследования служили ликвор, кровь и носоглоточные смывы.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования установлено, что в этиологической структуре менингитов у пациентов инфекционного отделения преобладают вирусные менингиты – 32 (50%), бактериальные менингиты составили 16 (25%), микст-инфекции – 9 (14%) и менингиты неустановленной этиологии – 7 (11%).

Среди менингитов установленной этиологии присутствовали в основном моноинфекции – 94%, вызванные *N. meningitidis*, *H. influenza*, *S. pneumoniae* и энтеровирусами. Микст-инфекции встречались реже – в 6% случаев, они представлены сочетанием *N. meningitidis* со всем спектром этиологических агентов заболевания (рис.1).

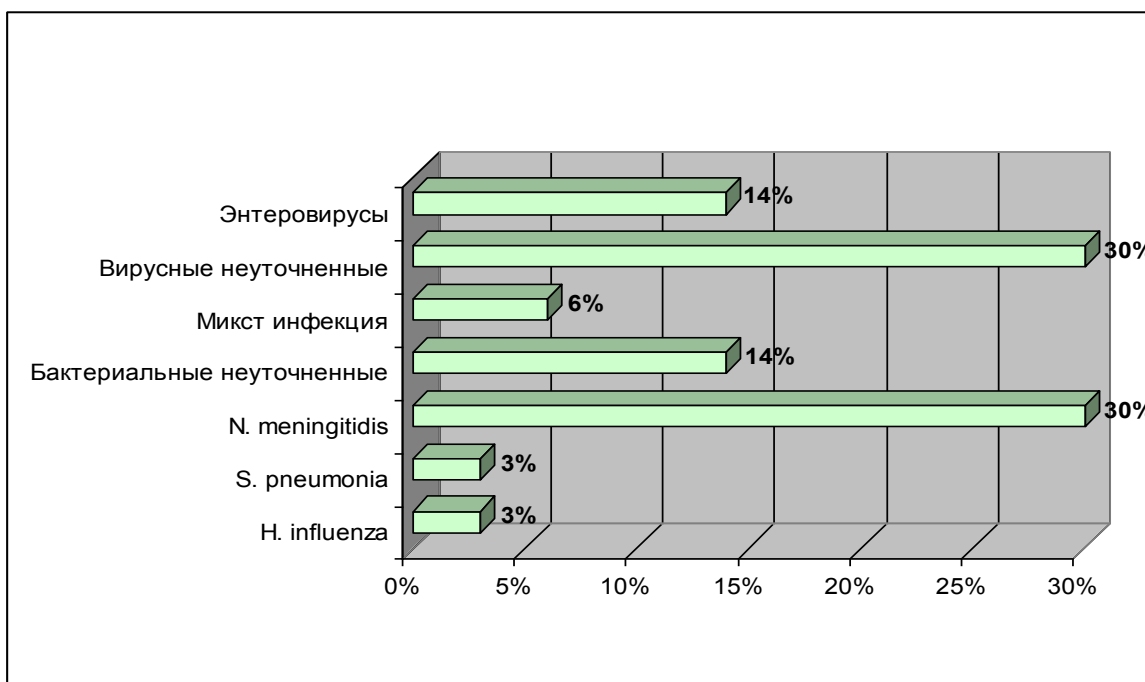


Рис. 1. Этиологическая структура менингитов

Пациенты были разделены на пять возрастных групп: дети в возрасте от 3 месяцев до 5 лет, 29 больных – 45,3% (13 девочек и 16 мальчиков); дети в возрасте от 6 лет до 10 лет, 7 больных – 10,9% (1 девочка и 6 мальчиков); подростки в возрасте от 11 лет до 15 лет, 10 больных – 15,6% (2 девочки и 8 мальчиков); юноши и девушки от 16 лет до 18 лет, 8 больных – 12,5% (5 девушек и 3 юноши); взрослые – от 18 – 10 больных – 15,6% (9 мужчин и 1 женщина). В возрастной структуре заболевших 84,3% составляют дети.

Большинство пациентов, перенесших гнойный (бактериальный) менингит находятся в возрастной категории до 5 лет – 67%, среди них 57% девочек и 43% мальчиков.

Серозным (вирусным) менингитам чаще подвержены подростки – 26%, а также дети до 5 лет и дети в возрасте от 6 до 10 лет по 23% соответственно с преобладанием заболеваемости у мальчиков – 68%.

Во всех случаях инфицирования отмечается воздушно-капельный путь заражения, источником инфекции являются больные и носители.

Продолжительность госпитализации составила от 6 до 41 дня в среднем 16,5 койко-дней. Продолжительность госпитализации у детей до 14 лет от 7 до 29 дней. У взрослых количество койко-дней составило от 6 до 41 дня. При серозных менингитах продолжительность госпитализации от 8 до 41 дня (в среднем 21,5 дней), при гнойных менингитах количество койко-дней составило от 6 до 29 дней (в среднем 14,5 дней).

Следует отметить, что случаи заболевания серозными и гнойными менингитами наблюдаются в течение всего года, но всплески заболеваемости отмечаются в весенний период – в мае и летне-осенний период – с июля по октябрь (рис. 2).

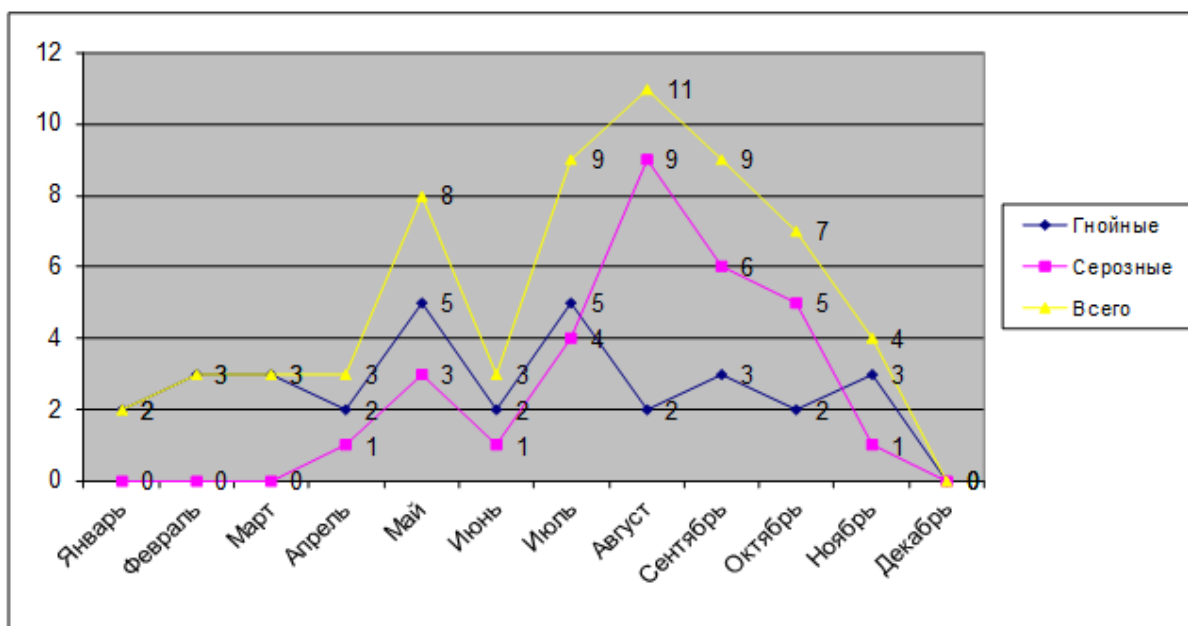


Рис. 2. Сезонность заболеваемости менингитом

В клинической картине менингитов отмечается головная боль (95%), головокружение (66%), сомноленция (100%), симптомы интоксикации (100%) и повышение температуры тела в среднем до 38,5°C (87%) первые 4-5 суток; у тяжело больных лихорадка продолжается до 10 суток (8%).

Следует отметить, что менингиты протекали в среднетяжелой форме. В основном тяжелое течение заболевания чаще отмечалось при гнойных менингитах, для которых характерны более стремительное начало заболевания, выраженная интоксикация и высокая лихорадка.

Для картины крови характерен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (100%), увеличение СОЭ (100%), понижение гематокрита (100%).

При серозных менингитах в цереброспинальной жидкости выявляются лимфоциты и моноциты в большом количестве от 60% и более от числа всех форменных элементов ликвора (44%), при гнойных менингитах выявляется нейтрофильный плеоцитоз 60% и более (50%). При выявлении относительно одинакового количества лимфоцитов и нейтрофилов в ликворе диагностируют смешанный менингит (6%). В общем анализе мочи выявляется протеинурия, лейкоцитурия.

Выводы. Таким образом, в структуре менингитов преобладали моноинфекции, вызванные *N. meningitidis*, *H. influenza*, *S. pneumonia* и энтеровирусами, с преобладанием *N. meningitidis*. В половой структуре заболевших преобладают лица мужского пола. Большинство пациентов, перенесших бактериальный менингит, находятся в возрастной категории до 5 лет. Серозным менингитам чаще подвержены дети школьного возраста и подростки. Для менингитов характерно наличие сезонности с всплесками заболеваемости в весенний и летне-осенний периоды. Менингиты протекают в среднетяжелой форме. Тяжелое течение заболевания характерно для гнойных менингитов.

Список литературы

1. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Пензенской области в 2011 году» – Пенза, 2012 – 341 с.
2. Джафарова К.А. Этиологическая структура гнойных менингитов у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 4. С. 780-782.
3. Лобзин Ю.В., Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н. Менингиты и энцефалиты. СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003 – 128 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ АССОРТИМЕНТА НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Мельникова О.А.

доцент кафедры «Управления и экономики фармации» Уральского государственного медицинского университета, доктор фармацевтических наук,
Россия, г. Екатеринбург

Брантнэр И.В.

подполковник полиции, старший оперуполномоченный по особо важным делам за легальным оборотом наркотиков
Управления ФСКН России по Свердловской области,
Россия, г. Екатеринбург

В статье изложены данные о структуре фармацевтического рынка наркотических средств и психотропных веществ. На основе анализа данных государственного реестра лекарственных средств проведён анализ ассортимента наркотических средств и психотропных веществ на территории Российской Федерации. Получены данные о фирмах производителях НС и ПВ, странах производителях, структуре НС и ПВ.

Ключевые слова: наркотические средства и психотропные вещества, ассортимент, фармацевтический рынок.

Особую актуальность в последнее время приобретают вопросы, связанные с оборотом наркотических средств (НС) и психотропных веществ (ПВ). Данная проблема обусловлена тем, что эта группа лекарственных средств помимо своих положительных анальгезирующих свойств обладает эффектом привыкания и приводит к наркомании. В связи с этим очень важно уметь ориентироваться во всём многообразии лекарственных средств на их основе, анализировать, полученную информацию о конкретных наименованиях НС и ПВ, применяемых в медицинских целях.

Целью настоящего исследования было проведение контент-анализа фармацевтического рынка, обобщение и систематизация информации о НС и ПВ.

При проведении анализа источниками информационной базы о НС и ПВ были данные Государственного реестра лекарственных средств за 2014 г.[1] и перечня, утверждённого Постановлением Правительства РФ от 30.06.

1998 № 681 [2], определяющего весь спектр существующей номенклатуры этой группы веществ.

В настоящее время на территории Российской Федерации в Список НС и ПВ, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством РФ и международными договорами (Список II) внесено 35 наименований НС и 8 наименований ПВ. В Список III внесено 74 наименования ПВ. Также к группе наркотических средств и психотропных веществ относятся изомеры, стереоизомеры, соли веществ, входящих в данный список веществ. Количество наименований ПВ Списка III (63,2%) превышает количество наименований Списка II (36,7%). Ассортиментный анализ данных государственного реестра лекарственных средств представлен в табл. 1.

Таблица 1

Ассортиментный анализ международных непатентованных наименований и торговых наименований НС и ПВ (Список II и Список III) по данным [1]

Список	Число МНН		Число ТН	
	Абс.	%	Абс.	%
Список II	8	29,6	43	39,8
Из них НС	7	25,9	42	38,8
Из них ПВ	1	3,7	1	1
Список III (ПВ)	19	70,4	65	60,1
Всего:	27	100%	108	100%

Из данных таблицы видно, что в качестве лекарственных препаратов по данным государственного реестра лекарственных средств на 1 января 2015 года зарегистрировано 27 международных непатентованных наименований (МНН) НС и ПВ. 8 (29,6%) из них (Список II) и 19 (70,4%) наименований (Список III). Число торговых наименований НС и ПВ составило 108, из них Списка II (43, 39,8%) и Списка III (65, 60,1%).

Необходимо отметить, что данные государственного реестра лекарственных средств являются изменяемыми как по международным непатентованным наименованиям, так и по торговым наименованиям.

По формам выпуска на рынке наркотических средств лидируют таблетированные формы, они составляют 57,70%, растворы для инъекций – 19,23%, трансдермальные терапевтические системы – 13,47%, капсульные формы, эликсиры, шприцы-тюбики занимают незначительную долю на рынке, соответственно (1,93%, 1,93%, 5,77%) (табл. 2) представляет данную ситуацию.

Таблица 2

Формы выпуска лекарственных препаратов наркотических средств, представленных на рынке РФ

Таблетки		Растворы для инъекций		Трансдермальные формы		Капсулы		Эликсиры		Шприц-тюбик	
Абс. ед.	%	Абс. ед.	%	Абс. ед.	%	Абс. ед.	%	Абс. ед.	%	Абс. ед.	%
30	57,70	10	19,23	7	13,47	1	1,93	1	1,93	3	5,77

Преобладание таблетированных форм связано с большим количеством лекарственных препаратов на основе кодеина. Выпускают таблетки пролонгированного действия, таблетки для рассасывания.

Таким образом, проведённые исследования показали, что наибольшее количество как МНН, так и ТН содержится в группе ПВ Списка III. Основным сегментом на фармацевтическом рынке РФ НС и ПВ представлен таблетированными лекарственными формами. Установлено, что на фармацевтическом рынке России лидерами по производству НС и ПВ являются отечественные производители.

Список литературы

1. Электронный ресурс: Государственный реестр лекарственных средств <http://grls.rosminzdrav.ru/>.
2. Постановление Правительства РФ от 30 июня 1998 г. N 681 "Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями).

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА Г. ПЕНЗЫ

Митрофанова Н.Н.

ст. преподаватель кафедры микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней Пензенского государственного университета,
Россия, г. Пенза

Мельников В.Л.

зав. кафедрой микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней Пензенского государственного университета, доктор медицинских наук,
Россия, г. Пенза

Мельников Л.В.

асс. кафедры микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней Пензенского государственного университета,
Россия, г. Пенза

В статье рассматривается актуальная проблема антибиотикорезистентности ведущих возбудителей гнойно-септических инфекций в оториноларингологическом отделении многопрофильного стационара. Для проведения адекватной эмпирической антибактериальной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов необходимо учитывать показатели антибиотикорезистентности ведущих этиологических агентов ГСИ.

Ключевые слова: гнойно-септические инфекции, антибиотикорезистентность, грамположительные микроорганизмы.

Введение. Нерациональное применение антибактериальных средств является одной из главных причин снижения эффективности антибиотикотерапии. Например, необоснованное широкое использование ко-тримоксазола для лечения острого среднего отита рассматривают в качестве основной причины эпидемии пневмококковой резистентности [1, с.6, 2, с.31].

Активная ограничительная политика на уровне государства по использованию системных антибиотиков способствует уменьшению распространенности резистентных штаммов. Ряд неправительственных организаций, включая ВОЗ, сформулировали стратегию ограничения применения в амбулаторной практике антибактериальных препаратов при наличии респираторной инфекции у пациентов [3, с. 8].

Цель работы: изучение спектра антибиотикорезистентности грамположительных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов.

Материалы и методы: В результате ретроспективного активного метода за период с сентября 2012 по сентябрь 2013 проведено изучение историй болезни 198 пациентов оториноларингологического отделения многопрофильного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) в возрасте от 17 до 82 лет (94 мужчины и 104 женщины) с различными формами очаговых гнойно-воспалительных инфекций. Материалом исследования являлись мазки из гортани, носа, ушей и миндалин. Выделение, идентификацию, определение уровня антибиотикорезистентности микробных культур проводилось по общепринятым методикам в соответствии с официально утверждёнными методическими указаниями.

Результаты и обсуждение: В результате бактериологических исследований патологического материала из очагов инфекции установлено, что этиологическая структура гнойно-септических инфекций у пациентов отделения оториноларингологии представлена широким спектром микроорганизмов и включает более 10 видов, в основном условно-патогенных. Среди выявленных возбудителей острых и хронических форм инфекций ЛОР-органов бактериальной природы преобладают грамположительные микроорганизмы, их доля составила 82,32%, грамотрицательные – 15,66%, грибы – 2,02%. Ведущими этиологическими агентами среди грамположительных бактерий являлись: *S. epidermidis* (51,52%), бактерии рода *Enterococcus* (13,14%), *S. aureus* (8,1%) (рис. 1).

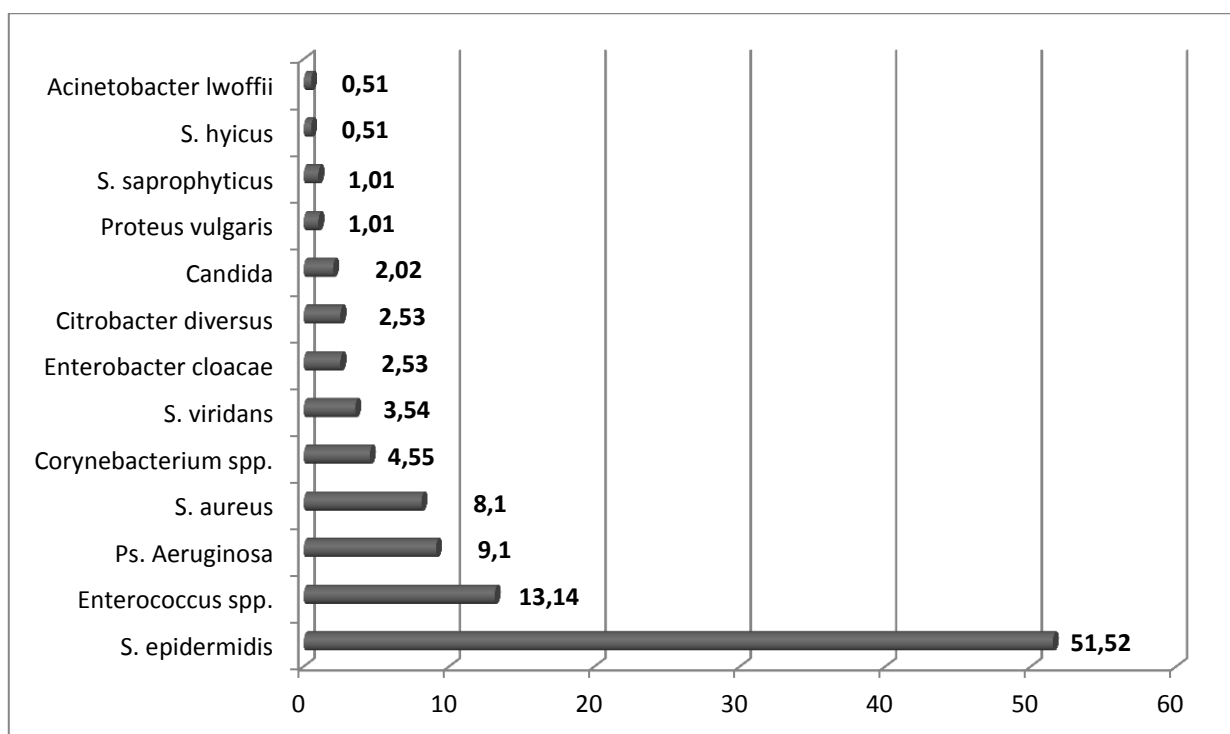


Рис. 1 Этиологическая структура возбудителей гнойно-септических инфекций ЛОР – органов (в %)

При изучении антибиотикорезистентности выделенных микроорганизмов, было установлено, что среди *S.epidermidis* максимальный процент устойчивости отмечался к бензилпенициллину (50%), рокситромицину (20,59%), азитромицину (14,71%) (рис. 2).

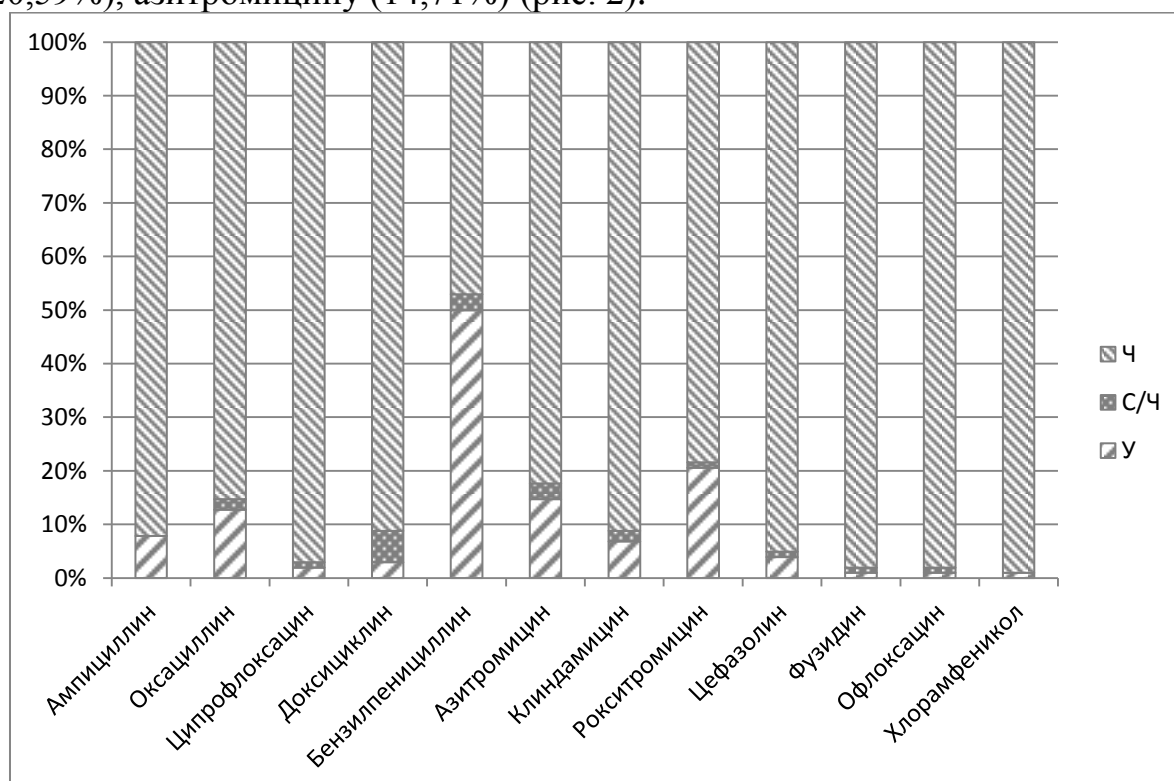


Рис. 2. Антибиотикорезистентность *S. epidermidis*

S. aureus характеризовался устойчивостью к бензилпенициллину (62,5%), ампициллину (6,25%) и 12,5% штаммов слабо чувствительны к фузидину (рис. 3).

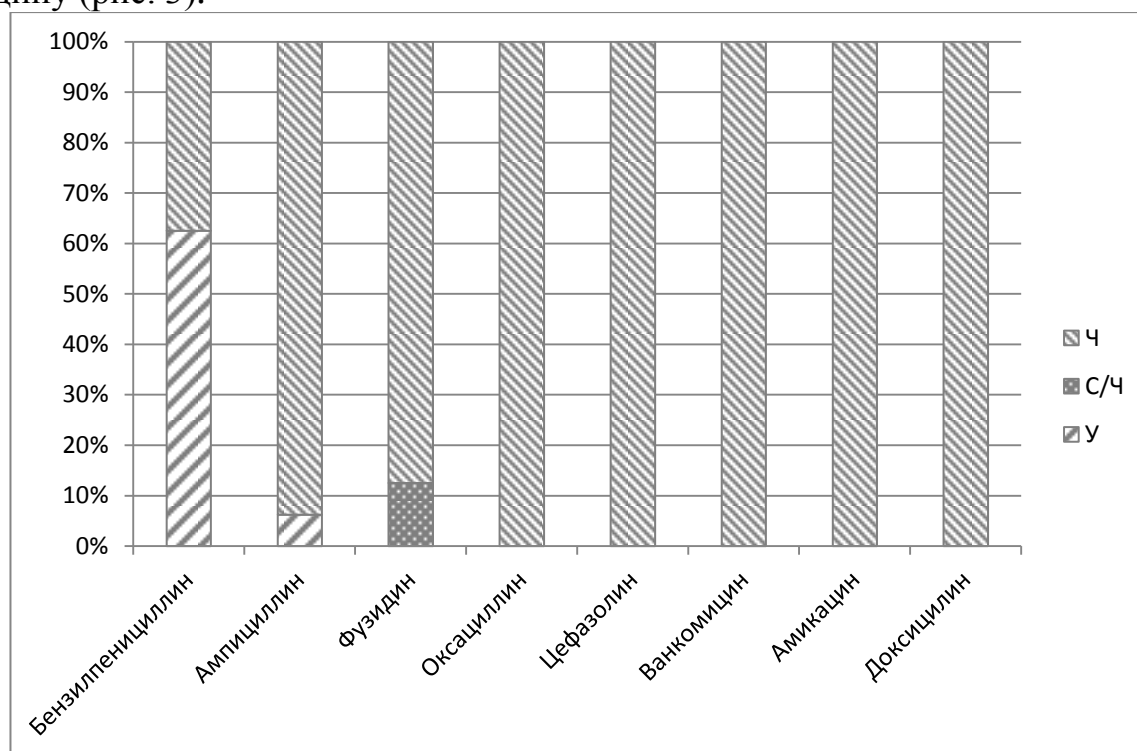


Рис. 3. Антибиотикорезистентность *S. aureus*

Среди бактерий рода *Enterococcus* наибольший процент резистентности отмечался к оксациллину (50%), амикацину (19,23%), бензилпенициллину (15,39%), тетрациклину (29,4%), эритромицину (24,2%), линкомицину (22,6%) на фоне высокой чувствительности к ванкомицину (96,15%), хлорамфениколу (96,15%), а также к линезолиду (100%) (рис. 4).

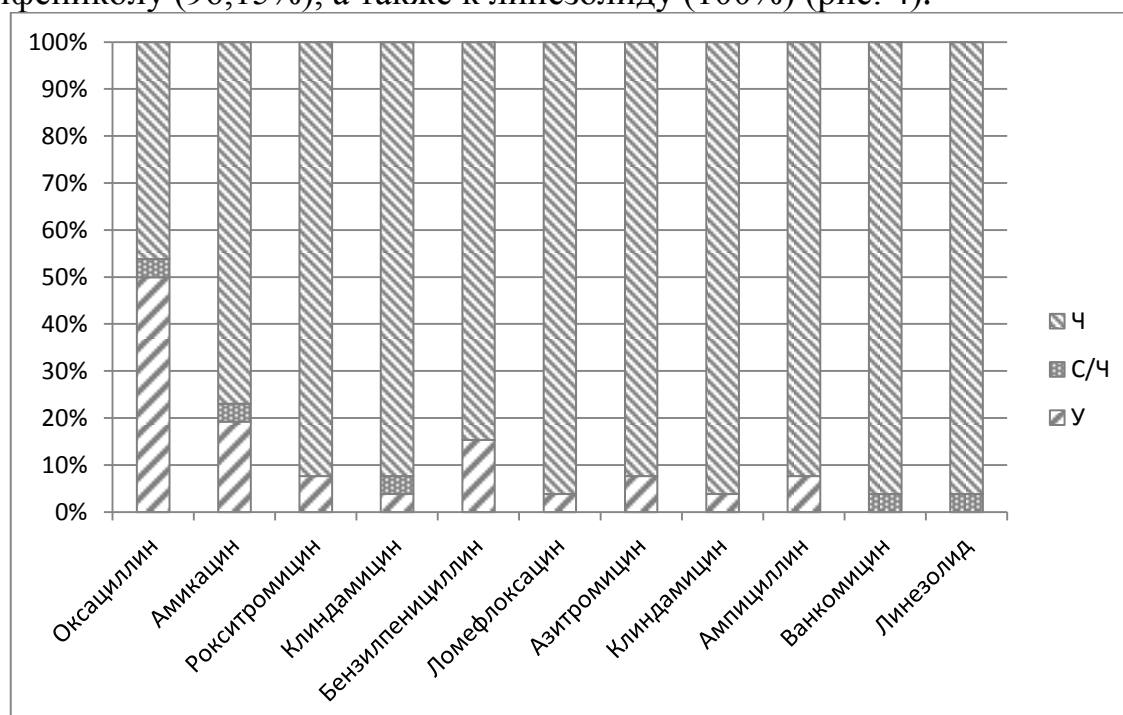


Рис. 4. Антибиотикорезистентность *Enterococcus* spp.

Показатели резистентности выделенных штаммов были значительно выше у пациентов, страдавших хроническими формами ГСИ ЛОР-органов, что, безусловно, указывает на их большую эпидемиологическую значимость в развитии патологических воспалительных процессов.

Выводы: В этиологической структуре острых и хронических инфекций ЛОР-органов преобладают грамположительные микроорганизмы: *S.epidermidis* (51, 52%), *Enterococcus* spp. (13,14%) и *S. aureus* (8,1%), выделенные преимущественно в виде монокультур.

Для проведения адекватной эмпирической антибактериальной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов необходимо учитывать показатели антибиотикорезистентности ведущих этиологических агентов ГСИ, а именно устойчивость *S.epidermidis* к бензилпенициллину (50%), рокситромицину (20,59%), азитромицину (14,71%); устойчивость *S. aureus* к бензилпенициллину (62,5%), ампициллину (6,25%), резистентность бактерий рода *Enterococcus* к оксациллину (50%), амикацину (19,23%), бензилпенициллину (15,39%), тетрациклину (29,4%), эритромицину (24,2%), линкомицину (22,6%).

Список литературы

1. Бабаев С.Ю., Журавлев Р.В., Митрофанова Н.Н., Мельников В.Л. Сравнительная характеристика эколого-эпидемиологических особенностей нозокомиальных инфекций в хирургическом и отоларингологическом отделении ЛПУ // Сборник материалов II Республиканской научно-практической молодежной конференции «Декабрьские чтения. Инфекции в медицине -2012» (5-7 декабря 2012 года, Гомель) / Минск, «Беларусская наука», 2012 С. 6-11.
2. Визель А.А. Рациональная антибактериальная терапия инфекций верхних дыхательных путей: место местных антибиотиков // Пульмонология. Прил. к журн. Consilium medicum. – 2008. С. 31-34.
3. Ушкалова Е. А. Проблемы рациональной антибиотикотерапии инфекций дыхательных путей и ЛОР-органов у амбулаторных больных // Фарматека. – 2005. – №. 19. – С. 8-22.

ВЛИЯНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ИМАТИНИБА В ПЛАЗМЕ КРОВИ НА ПОЯВЛЕНИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА

Оксенюк О.С.

начальник отдела биохимических, физико-химических и микробиологических исследований ЦНИЛ ГБОУ УВПО Ростовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, канд. мед. наук,
Россия, г. Ростов-на-Дону

Куцев С.И.

заведующий кафедрой молекулярной и клеточной генетики
МБФ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
заместитель директора по научной работе ФГБУ «Медико-генетический
научный центр» РАМН, ФГБУ МГНЦ РАМН, д-р мед. наук,
Россия, г. Москва

Шатохин Ю.В.

заведующий кафедрой гематологии и трансфузиологии с курсом клинической лабораторной диагностики, генетики и лабораторной генетики
ГБОУ УВПО Ростовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, д-р мед. наук,
Россия, г. Ростов-на-Дону

Смирнова О.Б.

научный сотрудник отдела биохимических, физико-химических и микробиологических исследований ЦНИЛ ГБОУ УВПО Ростовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ,
доцент кафедры методики преподавания биологии, химии, естествознания
Южного федерального университета, канд. биол. наук,
Россия, г. Ростов-на-Дону

В статье дается описание влияния остаточной концентрации препарата в плазме крови (C_{trough}) на появление нежелательных явлений у пациентов с хроническим миелоидным лейкозом находящихся на терапии иматинибом с дозой 400, 600 и 800 мг/сут. Проведенное сравнение группы пациентов, имеющих нежелательные явления, и контрольной группы пациентов не выявило статистически значимых различий значений C_{trough} в плазме крови данных группах больных.

Ключевые слова: хронический миелоидный лейкоз, нежелательных явлений при терапии, иматиниб, концентрация иматиниба в плазме крови, высокоэффективная жидкостная хроматография tandemная масс-спектрометрия.

При назначении любого лекарственного препарата перед клиницистом стоит задача достижения высокого терапевтического эффекта при низкой вероятности возникновения нежелательных явлений. Но даже при приеме оди-

наковых доз препарата возможны значительные различия в терапевтическом эффекте [Куцев С.И., 2010]. Такие различия обусловлены индивидуальной вариабельностью в абсорбции, распределении, метаболизме и экскреции лекарственного препарата, а также генетическим полиморфизмом ферментов, участвующих в метаболизме лекарственных препаратов, в данном случае ферментной системы цитохрома P450, а именно – изоферментов CYP3A4 и CYP3A [Куцев С.И., 2009].

ХМЛ является заболеванием, требующим длительной и постоянной лекарственной терапии. Постоянный режим приема, вероятность назначения высоких доз препарата, а также вероятность лечения имеющихся хронических заболеваний у пациента – все эти факторы делают необходимым знание концентрации препарата в плазме крови, для определения зависимости между дозой иматиниба, терапевтическим эффектом и его токсическими свойствами.

По данным различных авторов концентрация иматиниба в плазме крови является достаточно вариабельным показателем [Larson R.A., Druker B.J., Guilhot F. et al., 2008; Kutsev S., 2010; Kutsev S., 2011], имеющим мультифакториальную основу. Впервые на этот факт указали в своей работе В. Peng с соавт. [Peng B., Hayes M., Resta D. et al., 2004].

Данные о роли высоких концентраций иматиниба в плазме в развитии побочных эффектов единичны и противоречивы. С целью, изучения влияния остаточной концентрации препарата в плазме крови (C_{trough}) (концентрация иматиниба в плазме крови через 24 ± 3 ч. после последнего приема препарата) на появление нежелательных явлений, нами было проведено сравнение значений C_{trough} группы пациентов, имеющих нежелательные явления, и контрольной группе пациентов (не имеющих побочных эффектов при терапии иматинибом).

Остаточная концентрация иматиниба в плазме крови (C_{trough}) определялась методом ВЭЖХ в сочетании с тандемной масс-спектрометрией. После депротеинизации образцы плазмы подвергались высокоэффективной жидкостной хроматографии с помощью хроматографа Agilent 1200 (Agilent Technologies, США) с колонкой XTerra RP18 100x2.1 мм (Waters, Великобритания). Масс-спектрометрия осуществлялась с помощью детектора Agilent 6140 Triple Quad LC/MS (Agilent Technologies, США) в режиме MRM $494,2 \rightarrow 394,2$ для иматиниба и $502,5 \rightarrow 394,1$.

Группа больных ХМЛ с клиническими проявлениями нежелательных явлений, на терапию иматинибом, составила 70 пациентов, из них: 50 больных получавших дозу 400 мг/сут., 17 дозу 600 мг/сут. и 3 пациента дозу 800 мг/сут. Контрольную группу пациентов (n=168), составили больные ХМЛ направленные на определение концентрации препарата по причине несвязанной с наличием побочных эффектов. Анализируемые группы пациентов сопоставимы по полу, возрасту и длительности терапии иматинибом. Общая характеристика данных групп представлена в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика пациентов с нежелательными явлениями и пациентов контрольной группы

Доза иматиниба	Группы пациентов	Количество пациентов	Соотношение м/ж	Возраст (г.)			Длительность терапии (мес.)		
				медиана	минимальное значение	максимальное значение	медиана	минимальное значение	максимальное значение
400 мг/сут.	С нежелательными явлениями	50	25/25	56,1	23,1	82,5	24,9	3,1	76,1
	Контрольная группа	112	50/62	57,7	23,3	82,1	17,3	3,5	83,2
600 мг/сут.	С нежелательными явлениями	17	3/14	49,1	31,2	78,2	37,6	4,1	65,9
	Контрольная группа	41	22/19	50,4	19,2	76,3	32,4	3,0	84,2
800 мг/сут.	С нежелательными явлениями	3	2/1	46,7	36,9	54,4	44,6	37,5	47,7
	Контрольная группа	15	7/8	45,7	44,5	66,4	36,5	11,1	47,6

Нежелательные явления, связанные с приемом препарата составили: гематологическая токсичность (37,2%), периферические отеки (31,5%), дерматологические реакции в виде зуда, эритемы и сыпи (14,3%), изменения со стороны ЖКТ (12,8%), а также единичные случаи артралгии (1,4%), гепатита и лихорадки (1,4%). Характеристика нежелательных явлений и их частота представлена на рисунке.



Рис. 1. Характеристика нежелательных явлений

Среднее C_{trough} в группе больных ХМЛ с нежелательными явлениями, получавших терапию иматинибом в дозе 400 мг/сут., составила 1023 ± 96 нг/мл, в контрольной группе пациентов 1225 ± 74 нг/мл. Проведенный статистический анализ показал, что выявленные незначительные различия между средними значениями C_{trough} в данных группах пациентов статистически не достоверны ($p=0,353$). Не существенные различия средних значений C_{trough} в плазме крови были выявлены также в группах больных, полу-

чавших терапию иматинибом в дозе 600 и 800 мг/сут ($p=0,191$ и $p=0,294$ соответственно).

В группе больных ХМЛ, принимавших иматиниб в дозе 800 мг/сут., показатели средних значений C_{trough} иматиниба в контрольной группе были несколько ниже по сравнению с группой пациентов, имеющих побочные явления. Однако, выявленные различия средних значений C_{trough} иматиниба являются статистически недостоверны для всех исследованных групп.

Данные статистических показателей остаточной концентрации иматиниба в плазме крови больных ХМЛ, имеющих нежелательные явления, и контрольной группы пациентов на терапии с дозой 400, 600 и 800 мг/сут. приведены в табл. 2.

Таблица 2

Остаточная концентрация иматиниба в плазме крови больных ХМЛ, имеющих нежелательные явления, и контрольной группы пациентов на терапии в дозе 400, 600 и 800 мг/сут.

Доза	Группы пациентов	Остаточная концентрация иматиниба в плазме крови (нг/мл)					p
		Среднее ($M \pm m$)	Медиана	Min	Max	SD	
400 мг/сут.	с нежелательными явлениями	1023±96	880	186	2714	544	0,353
	контрольная группа	1225±74	1145	292	3394	632	
600 мг/сут.	с нежелательными явлениями	1568±147	1374	1056	2470	440	0,191
	контрольная группа	1774±137	1872	257	2928	686	
800 мг/сут.	с нежелательными явлениями	1456±470	1232	643	2719	941	0,294
	контрольная группа	1302±222	1276	931	2701	386	

Интересным представляется и тот факт, что показатели максимальных значений C_{trough} выше в контрольных группах пациентов (т.е. не имеющих побочных эффектов) при всех дозах кроме дозы 800мг/сут. Так максимальное значение C_{trough} при дозе 400мг/сут в контрольной группе составило 3394 нг/мл, тогда как в группе пациентов с побочными явлениями 2714 нг/мл, а при дозе 600 мг/сут 2928 нг/мл и 2470 нг/мл соответственно.

Полученные нами данные не противоречат ни одной из зарубежных публикаций имеющих на данную тему. Так в работе R.A. Larson с соавт. [Larson R.A., Druker B.J., Guilhot F. et al., 2008], в рамках клинического исследования IRIS, определявших концентрацию иматиниба в плазме, проанализирована ее связь с частотой побочных эффектов III и IV степени в течение первых 3 месяцев терапии и за весь 5-летний период наблюдения у 351 пациента. В первые 3 месяца терапии и в течение пятилетнего периода наблюдения структура и степень выраженности побочных эффектов были практически одинаковыми во всех трех фармакокинетических группах (Q1, Q2-Q3, Q4). Однако в группе пациентов с наибольшей концентрацией иматиниба в плаз-

ме (Q4) задержка жидкости, тошнота, мышечные боли, сыпь и анемия наблюдались более часто по сравнению с группой пациентов с наименьшей концентрацией (Q1). В группе же пациентов, составляющих первый квартиль (Q1) встречались чаще такие побочные эффекты, как мышечные судороги, боли в животе, головная боль и кровотечения. Это наблюдение подтверждает, что некоторые побочные эффекты могут быть проявлением основного заболевания, а не результатом приема иматиниба.

В тоже время F.X. Mahon с соавт. (Mahon F.X., Picard S., Marit G., Robinson P., 2007) описал случай 56-летней пациентки с диагнозом ХМЛ, получавшей терапию альфа-интерфероном и гидроксимочевинной в течение 10 лет и переведенную на лечение иматинибом в дозе 400 мг/сут., вследствие отсутствия цитогенетического ответа. Через год доза иматиниба была повышена до 600 мг/сут. в связи с отсутствием цитогенетического ответа. Еще через год у пациентки развилась криптогенная пневмония, расцененная как необычный опасный побочный эффект терапии иматинибом, поскольку в плазме крови у этой больной была обнаружена высокая остаточная концентрация иматиниба – 3819 нг/мл.

По мнению многих авторов, невозможно определить одинаковый для всех пациентов так называемый "терапевтический коридор" лекарственного препарата (т.е. средний диапазон концентрации, при котором существует высокая вероятность достижения положительного эффекта и низкая вероятность появления побочных явлений). В литературе данными авторами описаны в качестве примера случаи, когда положительный терапевтический эффект достигался при концентрации препарата в крови, ниже терапевтически эффективных, либо примеры отсутствия токсических явлений при концентрациях препарата выше верхней границы терапевтической зоны [Соколов А.В. 2002]. Однако следует отметить, что такие случаи встречаются довольно редко, но и не учитывать подобные ситуации, особенно при лечении заболеваний связанных с постоянным приемом препарата, нельзя.

Список литературы

1. Куцев, С.И. Лекарственный мониторинг терапии хронического миелолейкоза иматинибом [Текст]/ С.И. Куцев, О.С. Оксенюк, Е.Г. Кравченко и др. // Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. – 2010.- Т. 3. – № 1.- С. 1-9.
2. Куцев С.И. Мониторинг в терапии хронического миелолейкоза иматинибом [Текст]/ С.И. Куцев, О.С. Оксенюк // Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. – 2009. -Т. 2.- № 3. – С. 225-231.
3. Соколов А.В. Терапевтический лекарственный мониторинг [Текст] /А.В. Соколов // Качественная клиническая практика – 2002. – №6. – С.78– 88.
4. Kutsev, S. The role of imatinib plasma level in the achievement of complete cytogenetic response (CCYR) in chronic myeloid leukemia (CML) therapy [Text]/ S. Kutsev, O. Oxenjuk, S. Mordanov et al. // Blood. 2011. Т. 118. № 21. С. 1619
5. Kutsev, S. The role of imatinib plasma level test in evaluation of the nonadherence to therapy in chronic myelogenous [Text] / S. Kutsev, O. Oxenjuk, E. Kravchenko et al. // Haematologica. – 2010. – Т. 95. – № S2. – С. 342.

6. Larson R.A. Imatinib pharmacokinetics and its correlation with response and safety in chronic-phase chronic myeloid leukemia: a subanalysis of the IRIS study [Text] / R.A. Larson, B.J. Druker, F. Guilhot et al. // Blood. – 2008. – V.111, №8. – P. 4022-4028.

7. Mahon F.X. Use of therapeutic drug monitoring in CML patients on imatinib [Text] / F.X. Mahon, S. Picard, G. Marit et al. // Blood. – 2007. – V.110, № 5. – P. 1701.

8. Peng B. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of imatinib in a phase I trial with chronic myeloid leukemia patients [Text] / B. Peng, M. Hayes, D. Resta et al. // J. Clin. Oncol. – 2004. – V. 22, № 5. – P. 935-942.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЖОУЛЬМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ ЛИТОГЕННОСТИ ЖЕЛЧИ

Панюшкина Л.И.

студентка 4 курса специальности
«Медицинская кибернетика и информатика» МИ ПГУ,
Россия, г. Пенза

Геращенко С.И.

зав. каф. «Медицинская кибернетика и информатика» МИ ПГУ,
д-р тех.наук, профессор,
Россия, г. Пенза

Герасимов А.В.

ассистент кафедры «Хирургия» ПГУ, канд. мед. наук,
Россия, г. Пенза

Сергацкий К.И.

ст. препод. кафедры «Хирургия» ПГУ, канд. мед. наук,
Россия, г. Пенза

В статье производится статистическая оценка экспериментальных данных, полученных при оценке литогенности желчи. Оценка литогенности желчи является важным диагностическим признаком для принятия решения относительно желчнокаменной болезни у больных с механической желтухой. Отсутствие методов раннего и высокоточного контроля изменения свойств желчи ведут к увеличению количества больных с желчнокаменной патологией. Для решения данной проблемы был применен джоульметрический метод оценки литогенности желчи.

Ключевые слова: диагностика, желчнокаменная болезнь, джоульметрический метод.

На базе областной клинической больницы им. Бурденко было обследовано 17 больных с механической желтухой, поступивших в отделение хирургии. Забор желчи производился в первый день поступления больного после установки чрескожного дренажа для облегчения оттока содержимого желчного пузыря с целью снятия токсического синдрома у пациента. После проведения эксперимента данные рассматривались на предмет соответствия для установления коэффициента корреляции, что позволило предположить о некоторой связи степени литогенности желчи с показателями работы тока желчи.

Применяем теорию малых выборок для оценки 13 человек с высокой литогенностью желчи, диагнозом желчнокаменная болезнь [1].

График нормальной функции распределения для значений работы тока больных с желчнокаменной болезнью представлен на рисунке.

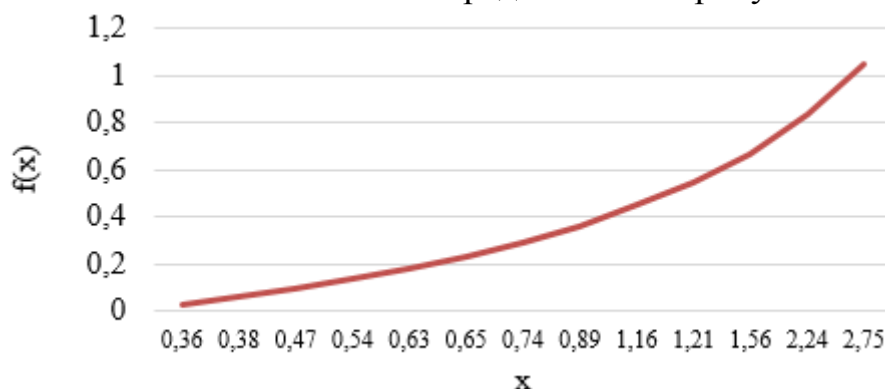


Рис. График нормальной функции распределения для значений работы тока больных с желчнокаменной болезнью

Полученные результаты свидетельствуют о том, что границы функции распределения для высокой степени литогенности желчи лежат в диапазоне от 1,21 до 2,75 мкДж. Таким образом, при дальнейшей реализации эксперимента и увеличении выборки необходимо найти доверительный интервал для низколитогенной желчи, что позволит дифференцировать причины механической желтухи: желчнокаменная болезнь и опухолевый процесс.

В качестве подтверждения практической применимости метода было проведено дополнительное исследование процесса отложения желчных солей в билиарных дренажах, поскольку этот процесс напрямую связан с изменением литогенности желчи. Для изучения процесса был введен термин «индекс инкрустации дренажа» (ИИД) с формулой расчета 1.

$$\text{ИИД} = \frac{P_2 - P_1}{V \cdot t} \quad (1)$$

где P_1 – вес дренажа в начальный момент времени (мг); P_2 – вес удаленного дренажа (мг); t – промежуток времени после установления дренажа в желчевыводящую систему печени (дни); V – объем дренажа (мм³).

Для оценки необходимости введения данного термина, а так же для сравнительного анализа полученных результатов были сформированы 2 группы: основная (без оценки ИИД) и группа сравнения (с оценкой ИИД).

При использовании двухэтапной тактики хирургического лечения больных основной группы были выявлены осложнения, представленные в таблице 2.

В основной группе послеоперационных осложнений было достоверно меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Стоит отметить, что большинство (91,3 %) осложнений у больных основной группы не носили жизнеугрожающего характера (миграция дренажа, закупорка дренажа) и были достаточно быстро купированы с помощью консервативных манипуляций и малоинвазивных процедур. В то время как у пациентов группы сравнения 47,5 % осложнений (подпеченочные абсцессы, желчеистечение в брюшную полость

с развитием перитонита) купирование производилось применением дополнительных хирургических вмешательств [2].

Список литературы

1. Костин В.Н., Тишина Н.А. Статистические методы и модели: Учебное пособие [Текст] – Оренбург: ГОУ ОГУ, 2004. – 138 с.;
2. Герасимов А.В. Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма у больных с механической желтухой: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук [Текст], Саранск, 2014. – 162 с.

ВЛИЯНИЕ ТРАВМ И ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ КОКСАРТРОЗА

Прудников А.В., Шахбанов Р.М.

интерны кафедры травматологии, ортопедии и медицины катастроф
ФГБОУ ВПО "ТГУ имени Г.Р. Державина", медицинский институт,
Россия, г. Тамбов

Деформирующий артроз тазобедренного сустава встречается во всех возрастных группах. Однако, больше всего страдают этой патологией люди старше 40 лет. Для коксартроза характерно прогрессирующее течение с нарушением статодинамической функции опорно-двигательного аппарата и дальнейшим вовлечением в патологический процесс выше и ниже лежащих суставов. Проведена оценка прогрессирования артроза тазобедренного сустава у пациентов после перелома шейки бедренной кости с последующим остеосинтезом. Выявлено, что после травмы и проведения остеосинтеза более чем в 60% случаев прогрессировал артроз тазобедренного сустава.

Ключевые слова: бедренная кость, остеосинтез, артроз.

Деформирующий артроз тазобедренного сустава занимает одно из первых мест среди дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата. Пусковым механизмом в развитии коксартроза является нарушение кровообращения в суставе за счет нарушения венозного оттока и артериального притока. Усугубляет процесс механический фактор, вызывающий перегрузку сустава с последующим перераспределением нагрузки на единицу площади суставной поверхности хряща, а так же с биохимическими изменениями в суставном хряще. При травмах происходит омертвление определенного участка хряща, возникает зона молекулярного сотрясения и вторичного некроза. Таким образом, любая травма тазобедренного сустава будет способствовать прогрессированию артроза [3]. Оперативное вмешательство на тазобедренном суставе при переломах шейки бедренной кости способствует ранней активизации пациента, но при этом усугубляется течение артроза. Это происходит за счет дополнительной травматизации тазобедренного сустава и как следствие нарушение кровотока в нем [1, 2, 3, 4]. С этой целью предпринимается немало попыток сделать остеосинтез переломов проксимального отдела бедренной кости менее травматичным и, вместе

с тем, более стабильным. Немалое внимание уделяется также методикам предоперационного планирования и оперативного лечения [5, 6, 7].

Цель исследования: оценка динамики прогрессирования артроза тазобедренных суставов у пациентов, перенесших операцию на проксимальном отделе бедра.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации 40 пациентов, находящихся на лечении в травматологическом стационаре. Использовались данные историй болезни, амбулаторных карт, базы данных рентгеновских изображений.

Все пациенты были поделены на 2 группы. В первую группу вошли 20 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет, находящихся на амбулаторном лечении у травматолога по поводу коксартроза 2 стадии. Во вторую группу вошли 20 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет, находящихся на амбулаторном лечении у травматолога по поводу коксартроза 2 стадии, которые в течение 2 месяцев получили перелом шейки бедренной кости. Всем пациентам 2 группы проведено оперативное лечение – металлоостеосинтез по общепринятым методикам. Обследование и лечение проводилось согласно существующим стандартам по данной нозологии. Оценивали динамику прогрессирования артроза тазобедренных суставов спустя 2 года на фоне проведенного лечения. Оценка проводилась по данным медицинской документации, контрольных рентгенограмм и осмотра травматолога.

Результаты. Спустя 2 года после проведенного лечения в первой группе у 6 пациентов (30%) выявлено прогрессирование коксартроза с переходом 2 стадии в 3 стадию. Во второй группе у 13 пациентов (65%) выявлено прогрессирование коксартроза с переходом 2 степени в 3 степень деформирующего артроза тазобедренного сустава. Таким образом, по результатам проведенного наблюдения, выявлено, что после травмы и проведения остеосинтеза в 65% случаев диагностировано прогрессирование стадии артроза тазобедренного сустава. Во многом это может быть связано с возрастом пациентов с данным видом травмы и также связанная с ней гиподинамия, отрицательно сказывающаяся на функции сустава и состоянии хряща.

Выводы. Таким образом, оперативное лечение переломов проксимального отдела бедренных костей на фоне уже существующего коксартроза 2 степени способствует прогрессированию дегенеративных изменений в тазобедренном суставе и переходом коксартроза в 3 степень. Поэтому необходимо уделять максимальное внимание не только процессу консолидации перелома после остеосинтеза, но и активно заниматься ранней активизацией пациентов в послеоперационном периоде и профилактикой прогрессирования артроза после операции и хондропротективной поддержке вовлеченных суставов.

Список литературы

1. Летов А.С., Бахтеева Н.Х., Воскресенский О.Ю., Марков Д.А., Ямщиков О.Н., Юсупов К.С., Абдулнасыров Р.К. Хирургическое лечение пациентов с анкилозами тазобедренного сустава. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2010. – Т.15. № 5. – С. 1511-1514.

2. Летов А.С., Бахтеева Н.Х., Марков Д.А., Ненашев А.А., Ямщиков О.Н. Хирургическая реабилитация больных с анкилозами тазобедренных суставов. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2011. – Т.16. № 5. – С. 1366-1370.

3. Самодай В.Г., Губанов А.В. Профилактика тяжелого посттравматического деформирующего остеоартроза в амбулаторных условиях. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т.V. № 2. – С. 486-491.

4. Юсупов К.С., Анисимова Е.А., Воскресенский О.Ю., Павленко Н.Н., Марков Д.А., Абдулнасыров Р.К. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава в сочетании с двойной V-образной укорачивающей подвертельной остеотомией бедра у пациентов с диспластическим коксартрозом типа crowe IV. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2014. – Т.19. № 3. – С. 970-976.

5. Ямщиков О.Н., Марков Д.А., Абдулнасыров Р.К. и др. Компьютерное моделирование в предоперационном планировании при лечении переломов бедренной кости. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2010. – Т.15. № 5. – С. 1508-1510.

6. Ямщиков О.Н., Норкин И.А., Марков Д.А., Емельянов С.А. Использование автоматизированного выбора металлоконструкции для остеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости на основе компьютерного моделирования. // Врач-аспирант. – 2014. – Т.65. № 4. – С. 26-30.

7. Ямщиков, О.Н., Марков Д.А., Емельянов С.А. Предоперационное планирование с применением компьютерного моделирования в лечении переломов дистального отдела бедренной кости. // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. – Т.15. №3 (79). – С. 81-84.

ПРОЛИФЕРАЦИЯ КАРДИОМИОЦИТОВ КАК НЕДООЦЕНЕННОЕ ЗВЕНО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Разумов В.В.

профессор, заведующий кафедрой профпатологии
ГБОУ ДПО "Новокузнецкого государственного института
усовершенствования врачей" МЗ России, доктор мед. наук,
Россия, г. Новокузнецк

Бондарев О.И.

ассистент кафедры патологической анатомии и судебной медицины
ГБОУ ДПО "Новокузнецкого государственного института
усовершенствования врачей" МЗ России, канд. мед. наук,
Россия, г. Новокузнецк

Задорожная М.П.

ассистент кафедры функциональной диагностики ГБОУ ДПО "Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей" МЗ России,
канд. мед. наук,
Россия, г. Новокузнецк

В статье обсуждается методологическая проблема неполноты представлений по патоморфологическим механизмам феномена ремоделирования сердца, из которых исклю-

чена пролиферация кардиомиоцитов, и приводятся данные литературы о пролиферативном потенциале кардиомиоцитов у человека. Трудность изучения процесса пролиферации кардиомиоцитов в клинических условиях в сочетании с методической доступностью изучения обмена внеклеточного матрикса в сердце приводят к гипертрофированным представлениям о решающей роли структурных изменений внеклеточного матрикса в развитии ремоделирования сердца, побуждающих к всестороннему изучению кардиогенеза в условиях патологии.

Ключевые слова: ремоделирование сердца, пролиферация кардиомиоцитов.

Феномен ремоделирования сердца привлекает к себе внимание и в практическом, и в научном отношении как независимый фактор риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни (ГБ), гипертрофической кардиомиопатии и других первичных заболеваниях сердца.

Современный подход к изучению процесса ремоделирования сердца зиждется на считающихся незыблемыми положениях о сущности этого феномена со времени появления этого понятия, проявления которого оказываются в сфере изучения фундаментальных наук и результаты которого с большим опозданием проникают в медицину.

Последовательность событий кардиоваскулярного морфогенеза в последние годы увязывается с фундаментальными исследованиями феноменов самовосстановления сердца [1, 16, 17, 20, 26, 39] и эпителиально-мезенхимальной трансформации (ЭМТ) [4, 27, 37, 42], с далеко неоднозначным отношением к этим феноменам: от оптимистического – "На пути к пониманию многого... и достижению ещё большего" [14], до сдержанного – "Эпителиально-мезенхимальная трансформация как биомаркер почечного фиброза: готовы ли мы применить теоретические знания на практике?" [5].

Несмотря на уже необозримое количество публикаций по ремоделированию сердца и появлению даже концепций по закономерностям его развития [19], оно продолжает быть предмет исследований из-за незавершенности представлений по многим своим аспектам. В нижеследующем сообщении речь пойдет о самообновлении сердца при его ремоделировании.

Перед обсуждением некоторых из аспектов ремоделирования сердца предварительно надо обратить внимание на неточность выражений "ремоделирование миокарда <левого желудочка>" или "ремоделирование внеклеточного матрикса", если не повально, то очень широко распространенных в отечественной и зарубежной литературе, в противоположность значительно реже употребляемых понятий "ремоделирование сердца" или "ремоделирование левого желудочка". Изменения структур клеточного или тканевого уровня организации в литературе по морфогенезу не называются ремоделированием, например, в биологии развития (эмбриологии), хотя в ряде биологических публикациях это понятие всё же употребляется применительно к изменениям тканей [1, 43].

Понятия "ремоделирование сердца" предполагает органнй уровень описываемого феномена, то есть сердце, поскольку при нём происходят из-

менения не только в структурах, но и форме, объёме и геометрии. И хотя понятия "ремоделирование миокарда" используется в медицинской литературе как синоним "ремоделирование левого желудочка" по причине, скорее всего, небрежного отношения к терминологии, тем не менее оно может давать основания к предположениям о недопонимании предмета обсуждения.

Определение ремоделирования сердца по соглашению на международном форуме по ремоделированию сердца от 2000 года [32], включающее кардиосклероз, гипертрофию миокарда левого желудочка, гибель части кардиомиоцитов и изменения геометрии полостей сердца, с самого начала нельзя было признать всеобъемлющим из-за игнорирования процесса пролиферации в миокарде, предполагающейся только в форме гипертрофии его внутриклеточных структур. Эта осторожность диктовалась, скорее всего, точкой зрения на кардиомиоциты (КМЦ) взрослого человека как на терминально дифференцированные клетки с крайне низкой способностью к митотическому делению и способных лишь к увеличению размеров и количества внутриклеточных структур (внутриклеточная гипертрофия и регенерация), сопровождающихся увеличением поперечных, но не продольных, размеров КМЦ.

В медицинском сознании эта точка зрения господствует до сих пор, и среди звеньев механизма ремоделирования пролиферация КМЦ не значится ни в одной клинической публикации по ремоделированию сердца. Нечесова Т.А. и соавт., к примеру, полагают [18], что КМЦ, остановившиеся в G0-фазе клеточного цикла, способны ответить только гипертрофией миокарда, а при экспериментальных попытках провести их через митотический цикл, они останавливаются в фазе G2/M, за которым следует их апоптоз.

Теперь же всё больше склоняются к точке зрения, что миокарду присущ пролиферативный потенциал [1, 16, 17, 20, 26, 39]. Во-первых, Kajstura J. и соавт. в экспериментальных исследованиях методом конфокальной микроскопии обнаружили до $81,2 \times 10^3$ КМЦ с митозами в здоровом миокарде левого желудочка (ЛЖ) человека и $760-883 \times 10^3$ КМЦ с митозами при ишемической или идиопатической дилатационной кардиомиопатии [39].

Во-вторых, при патологии миокарда происходит повышение полиплоидии КМЦ, считающейся разновидностью пролиферации, при которой митотический цикл осуществляется не до конца. В онтогенезе у человека препятствием для завершения митозов в КМЦ являются продольно и плотно расположенные миофибриллы, мешающие реорганизации цитоскелета. У человека в 7-14-летнем возрасте пролиферативный рост миокарда заменяется гипертрофическим, что приводит к свойственной КМЦ физиологической полиплоидии, и этот возраст считается критическим периодом в развития сердца в постнатальном онтогенезе. "Имеются данные об участии полиплоидизации в регуляции основных жизненных процессов клетки, включая энергетический обмен, дифференцировку, репарацию, транскрипцию, поддержание цитоскелета и даже внеклеточного матрикса" [1].

Избыточная полиплоидизация КМЦ как разновидность пролиферации является одним из хорошо установленных маркером их ответа на стресс, что известно с последней четверти минувшего века вначале в биологии [3, 20], а

в последующем – и в клинических условиях: при ГБ, ИБС и первичных заболеваниях сердца [6, 8, 9, 13, 26, 30]. Однако полиплоидизация отражается на состоянии цитоплазмы, приводя к сужению и удлинению клетки.

В конце минувших 80-ых годов было установлено, что недоношенные, перенесенные детьми в возрасте, критическом для формирования физиологической полиплоидии КМЦ, способствуют развитию у них в зрелом возрасте ИБС, ЭГ, инфаркта миокарда. Эта взаимосвязь, названная Д. Беркером и соавт. "онтогенетическим программированием" [28], привлекает к себе сейчас большое внимание. Экспериментальными исследованиями с соблюдением эквивалентности возрастных периодов крысы и человека была показана избыточная полиплоидия КМЦ, их сужение и удлинение в случаях стрессового воздействия на крыс именно в критический период развития у них сердца в постнатальном онтогенезе [1].

Исследования пролиферативной активности миокарда, стимулированные в последние десятилетия развитием клеточных технологий по заместительной терапии утраченных клеток перенхиматозных органов, в том числе и сердца, привели к выявлению в нём существования одноядерных "малых" КМЦ как основной популяции, образующих в миокарде предсуществующий репликативный пул незрелых, то есть нетерминально дифференцированных клеточных форм, деление которых в экстремальных условиях способствует восстановлению общей численности КМЦ в сердца [12, 15]. Авторы на основании своих данных и результатов других исследователей [29, 31] приходят к выводу, что одноядерные КМЦ сохраняют способность вступать в клеточный цикл, с завершёнными кардио- и цитогенезом как способом поддержания (репликации) пула одноядерных КМЦ. Образующиеся же в результате завершённого кардиокенеза без полноценного цитокенеза двуядерные КМЦ являются не только значимыми структурно-функциональными элементами миокарда, но и главным компенсаторно-приспособительным резервом миокарда.

По данным этих работ другими признаками повышения пролиферативного потенциала КМЦ являются увеличение манифестации ядерных маркеров пролиферации (Ki-67, PCNA – ядерного антигена пролиферирующей клетки), а также незавершённых митозов КМЦ или появление многоядерных КМЦ при завершённом кардиокенезе с незавершённым цитокенезом.

Наконец, в проблеме пролиферации КМЦ неотвергнутой остаётся возможность регенерации миокарда из резидентных стволовых клеток или из циркулирующих стволовых и прогенеторных клеток, привлекаемых в него активированными в зоне поражения миокарда клетками воспаления или другими пульсарами [41]. Несмотря на сдержанное или даже негативное отношение к возможности заместительного кардиомиогенеза путем дифференцировки мезенхимальных стволовых клеток в КМЦ [23, 25, 38, 44] следует учитывать непродолжительность изучения проблемы клеточной кардиомиопластики, начавшегося после экспериментальных работ S. Makino (1999 г.) [40] о превращении мезенхимальных стволовых клеток в кардиомиоциты.

Пролиферация КМЦ, известная уже давно, не была включена в перечень морфологических изменений при remodelировании сердца потому, ве-

роятно, что определение степени полиплоидии КМЦ, доли резидентных интракардиальных прогениторных СК в миокарде или терминально недифференцированных КМЦ недоступно практической медицине. А клинические практические рекомендации (Clinical practice guidelines; CPGs), как отечественные, так и зарубежные, в том числе и по ремоделированию сердца, опираются на доказанные факты как руководства к действию именно для практической медицины. Мы не нашли ни одной клинической публикации по ремоделированию сердца, уклонившейся в его трактовке от общепринятой согласно практическим рекомендациям по ремоделированию сердца [32] и включавшей бы в определение ремоделирования сердца пролиферацию КМЦ, хотя пролиферация фибробластов упоминается довольно часто. В выводах этих публикаций нет даже упоминаний о возможности пролиферации КМЦ. Это указывает на ориентацию научных исследований по ремоделированию сердца установками Клинических Практических Рекомендаций, хотя и являющихся производными доказательной медицины, но, тем не менее, к научному анализу и поиску, к проблемам патогенеза не имеющих никакого отношения.

В клинике существующими методами прижизненного изучения морфологического статуса миокарда у пациентов с АГ определить степень полиплоидии КМЦ, кроме биопсии, невозможно, а тем более – долю терминально недифференцированных КМЦ или резидентных стволовых клеток в развитии ГМЛЖ. Однако существование разных типов ремоделирования сердца, относительная разобщенность морфологической его реструктуризации от величин АД при ГБ в известной степени могут быть обусловлены недоступной обнаружению избыточной полиплоидией КМЦ у контингентов как контрольных, так и больных групп. Меняющиеся с годами в сторону уменьшения значений критерии гипертрофии миокарда ЛЖ (ГМЛЖ) при стандартизации их к единице площади тела, уровней патогенных величин АД, а также тенденция к всё большей индивидуализации в определении должной массы миокарда ЛЖ с учетом совокупности биологических признаков (пол, возраст, рост, гемодинамическая нагрузка на миокард) [34-36] также свидетельствуют о ненадёжности официальных критериев нормального состояния морфологических структур миокарда у лиц контрольных групп, а тем более у больных ГБ ещё до начала заболевания.

Недоступность изучения пролиферативного процесса КМЦ объясняет акцент в изучении взаимодействия мышечной и соединительной тканей, являющегося в конечном счёте движущей силой ремоделирования сердца, на последней, да и то фрагментарно – на внеклеточной её структуре, то есть внеклеточном матриксе. В настоящее время локомотивом в развитии ремоделирования миокарда считается кардиосклероз [2, 7, 10, 11, 22, 24, 33]. Причастность фиброза несомненна, конечно, к развитию в миокарде нефизиологического микроокружения для клеток, нарушению процессов сократимости, упругости и расслабления миоцитов, ухудшению растяжимости миокарда с возникновением его диастолической дисфункции, дилатации полостей сердца, нарушению кровообращения в гипертрофированном миокарде как воз-

можной причины гибели КМЦ. Однако какими бы методами не изучались проявления ремоделирования сердца, ни одним из их нельзя исключить участие миокардиальной ткани как такой в этом процессе. Представления о ремоделировании сердца как прерогативе с позволения сказать "ремоделирования матрикса" обусловлены, помимо методической доступности изучения внеклеточного матрикса, игнорирование принадлежности всех структур, участвующих в процессе ремоделирования, к некой функциональной системе, в рамках которой соединительная ткань, сама считающая по В.В. Серову функциональной системой [21], находится на положении подсистемы.

В собственном наблюдении в группах контроля (ГК; n=13) и больных ГБ I, II и III ст. (n=15, 22 и 14 соответственно), не имевших в прошлом и на период обследования инфаркта миокарда, мы оценили по результатам эхокардиографического исследования и уровню регуляторных пептидов (ангиотензин II, эндотелин 1, металлопротеиназа-3, основной фактор роста фибробластов, трансформирующий фактор роста, сосудистый эндотелиальный фактор роста) степень участия последних, а также ГМЛЖ и непропорционально высокой массы миокарда ЛЖ (НВММЛЖ) в развитии интегрального систолического индекса ремоделирования (ИСИР), используя значение этого фактора в <95 у.е. как патологическое, исходя из его значений в ГК.

Различия в значениях регуляторных пептидов между группами ИСИР по критериям $<95/\geq 95$ по тесту Колмогорова-Смирнова были недостоверными. При дискриминантном анализе регуляторные пептиды не обнаружили предсказательности в развитии групп нормального и патологического ИСИР: коэффициент распознавания составил 76,2%, при котором все 15 случаев патологического ИСИР были классифицированы как нормальные. Предиктивность этих же групп ИСИР ИММЛЖz (после z-преобразования для нивелировки гендерных различий в критериях ГМЛЖ) составила 81,2%, при которой было предсказано из 49 случаев нормальных ИСИР -47 (95,9%) и из 15 случаев патологического ИСИР – 5 (33,3%). Аналогичные цифры были получены в оценке предиктивности групп ИСИР по коэффициенту диспропорциональности ММЛЖ, рассчитанной по de Simone [36], а также и при совместной оценке предиктивности обоих характеристик ММЛЖ. Предсказательность развития групп ИСИР по критериям $<95/\geq 95$ при совместном изучении обоих характеристик ММЛЖ и регуляторных пептидов снизилась до 79,4%, что свидетельствует отнюдь не о доминантной роли регуляторных пептидов в процессе ремоделирования.

Данные литературы по пролиферативной способности КМЦ и проведенный анализ показывает, что представления о доминирующей роли в ремоделировании сердца процессов склероза является гипертрофированными, необоснованно отодвигающими на задний план роль самих КМЦ в процессе перестройки сердца, что побуждает к всестороннему изучению кардиогенеза в условиях патологии.

Список литературы

1. Анацкая О.В., Сидоренко Н.В., Матвеев И.В. и др. Ремоделирование кардиомиоцитов крысы после неонатального криптоспориоза. II. Деформация, избыточная полиплоидия и гиперэкспрессия HIF-1 α . Цитология. 2012;54(8):609-620.

2. Белая Н. В. Механизмы ремоделирования миокарда при артериальной гипертензии. *Международный медицинский журнал*. 2006;(2):15-18.
3. Бродский В.Я. Полиплоидия в миокарде компенсаторный резерв миокарда. *Бюлл. эксперим. биол. мед.* 1995;235:454-459.
4. Василенко И.В., Брук Б.Б., Гульков Ю.К. и др. Эпителиально-мезенхимальная и другие трансформации в норме и патологии. *Патологія (Украина)*. 2009;6(2):4-10.
5. Галишон П. Гертиг А. Эпителиально-мезенхимальная трансформация как биомаркер почечного фиброза: готовы ли мы применить теоретические знания на практике? *Нефрология*. 2013;(4):9-16.
6. Гаман Д.В., Кононенко Н.Н., Губина-Вакулик Г.И. и др. Особенности морфологической ультраструктуры миокарда при экспериментальной ишемии миокарда. *Український Біофармацевтичний Журнал*. 2011;16(5):16-20.
7. Гасанов А.Г., Бершова Т.В. Роль изменений внеклеточного матрикса при возникновении сердечно-сосудистых заболеваний. *Биомедицинская биохимия*. 2009; 55(2): 155-168.
8. Ерохина И.Л., Селиванова Г.В., Власова Т.Д. и др. Цитофотометрическое, морфометрическое и электронно-микроскопическое исследование кардиомиоцитов предсердия человека при ишемической болезни сердца. *Цитология*. 1995;37(4):291-297.
9. Ерохина И.Л., Селиванова Г.В., Власова Т.Д., Емельянова О.И. Корреляция между уровнем полиплоидии и гипертрофии и степенью повреждения кардиомиоцитов предсердий человека при некоторых врожденных и приобретенных патология сердца. *Цитология*. 1995;39(10): 889-899.
10. Закирова А.Н., Фаткуллина Е.З., Закирова Н.Э. Роль матриксных металлопротеиназ в развитии гипертрофии левого желудочка у пациенток с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2014;10(1):37-42.
11. Калинин М.Н., Соловьев В.А., Шинкоренко и др. Матриксные металлопротеиназы и их роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. *Биохимия*. 2011;22(11):64-76.
12. Лушникова Е.Л., Непомнящих Л.М., Клиникова М.Г. и др. Пролиферативная активность кардиомиоцитов при хронической холестеринемии. *Клеточные технологии в биологии и медицине*. 2013; (4):232-23.
13. Мартынова М.Г., Антипанова Е.М., Румянцев П.П. Содержание ДНК, телец полового хроматина и ядрышек в ядрах мышечных клеток нормальных и гипертрофированных предсердиях человека. *Цитология*. 1983;25(5):614-619.
14. Надаль-Геранд К. На пути понимания многого ... и достижению ещё большего. *Новая медицина тысячелетия*. 2007;(2/3):10-11.
15. Непомнящих Л.М., Лушникова Е.Л., Клиникова М.Г., Молодых О.П. Влияние препаратов с противоопухолевой активностью – доксорубина и циклофосфана – на структурную реорганизацию миокарда крыс и численность кардиомиоцитов. *Сибирский онкологический журнал*. 2011;(4):30-35.
16. Непомнящих Л.М., Лушникова Е.Л., Ларионов П.М., Шурыгин М.Г. Регенерация миокарда: Пролиферативный потенциал кардиомиоцитов и индукция кардиомиогенеза при альтернативной и пластической недостаточности сердца. *Вестник РАМН*. 2010;(5):3-11.
17. Непомнящих Л.М., Лушникова Е.Л., Семёнов Д.Е. Регенераторно-пластическая недостаточность сердца: Морфологические основы и молекулярные механизмы. М.: Изд-во РАМН, 2003. 255 с.
18. Нечесова Т.А., Коробко И.Ю., Кузнецова Н.И. Ремоделирование левого желудочка: патогенез и методы оценки. *Медицинские новости*. 2008;(11):7-13.
19. Перуцкий Д.Н., Макеева Т.И., Константинов С.Л. Основные концепции постинфарктного ремоделирования миокарда левого желудочка. *Научные ведомости*. 2011;105(10):51-56.

20. Румянцев П.П. Кардиомиоциты в процессах репродукции, дифференцировки и регенерации. Л.: Наука, 1980. 288 с.
21. Серов В.В., Шехтер А.Б. Соединительная ткань (функциональная морфология и общая патология). М.: Медицина, 1981. 312 с.
22. Труфанов К.В., Ракита Д.Р., Вулех В.М. и др. Прогностическое значение матриксной металлопротеиназы-9 для развития ремоделирования левого желудочка в госпитальном периоде острого инфаркта миокарда. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2012;(4):87-91.
23. Фатхудинов Т.Х., Большакова Г.Б., Гольдштейн Д.В., Сухих Г.Т. Механизмы терапевтической активности мультипотентных клеток при заболевании сердца. Клеточные технологии в биологии и медицине. 2013; (4): 183-192.
24. Хежева Ф. М., Мазур Н. А. Сывороточные маркеры фиброза у больных артериальной гипертензией. Кардиология. 2006; 46(3): 64-67.
25. Шахов В.П., Попов С.В. Стволовые клетки и кардиомиогенез в норме и патологии. Томск: STT, 2004. 170 с.
26. Шляхто Е.В., Бокерия Л.А., Рыбаков М.Г. и др. Клеточные аспекты патогенеза гипертрофической кардиомиопатии: роль полиплоидии кардиомиоцитов и активации в миокарде ядерного антигена пролиферирующей клетки. Цитология. 2007;49(10):817-821.
27. Acloque H., Adams M.S., Fishwick K. et al. Epithelial-mesenchymal transitions: the importance of changing cell state in development and disease. J. Clin. Invest. 2009;119: 1438–1449.
28. Barker D.J., Winter P.D., Osmond C. et al. Weight in infancy and death from ischemic heart disease. Lancet. 1989;(9):577-580.
29. Bergmann O., Bhardwaj R.D., Bernard S. et al. Evidence for cardiomyocyte renewal in humans. Science. 2009; 324 (5923):98-102.
30. Brodsky V.Y., Sarkisov D.S., Arefyeva A.M. et al. Polyploidy in cardiac myocytes of normal and hypertrophic human hearts; range of values. Virchows Arch. 1994;424:429-435.
31. Chen X., Wilson R.M., Kubo H. et al. Adolescent feline heart contains a population of small, proliferative ventricular myocytes with immature physiological properties. Circ. Res. 2007;100(4):536-544.
32. Cohn J.N., Ferrari R., Sharpe N. Cardiac remodeling – concepts and clinical implications: a consensus paper from an international forum on cardiac remodeling. J. Am. Coll. Cardiol. 2000;35(3):569-582.
33. Cuspidi C., Ciulla M., Zanchetti A. Hypertensive myocardial fibrosis. Nephrol. Dial. Transplant. 2006;21(1):20-23.
34. de Simone G., Daniels S.R., Devereux R.B. et al. Left ventricular mass and body size in normotensive children and adults: assessment of allometric relations and impact of overweight objectives. J. Am. Coll. Cardiol. 1992;20(5):1251-1260.
35. de Simone G., Devereux R. B., Kimball T.R. et al. Interaction Between Body Size and Cardiac Workload. Influence on Left Ventricular Mass During Body Growth and Adulthood. Hypertension. 1998;31:1077-1082.
36. de Simone G., Verdecchia P., Pede S. et al. Prognosis of inappropriate left ventricular mass in hypertension: the MAVI Study. Hypertension. 2002;40(4):470-476.
37. Guarino M., Tosoni A., Nebuloni M. Direct contribution epithelium to organ fibrosis: epithelial-mesenchymal transition. Hum. Pathol. 2009;40(10):1365-1376.
38. Hattan N., Kawaguchi H., Ando K. et al. Purified cardiomyocytes from bone marrow mesenchymal stem cells produce stable intracardiac grafts in mice. Cardiovasc. Res. 2005;65(2):334-344.
39. Kajstura J., Leri A., Finato N. et al. Myocyte proliferation in end-stage cardiac failure in humans. Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1998;95(15):8801-8805.
40. Makino S., Fukuda K., Mioshi S. et al. Cardiomyocytes can be regeneration from marrow stromal cell in vitro. J. Clin. Invest. 1999; 103:697-705.

41. Malliaras K, Zhang Y, Seinfeld J. et al. Cardiomyocyte proliferation and progenitor cell recruitment underlie therapeutic regeneration after myocardial infarction in the adult mouse heart. *EMBO Mol Med.* 2013;5(2):191-209.

42. Piera-Velazquez S., Li Z., Jimenez S.A. Role of endothelial-mesenchymal transition (EndoMT) in the pathogenesis of fibrotic disorders. *Am. J. Pathol.* 2011;179(3):1074-1080.

43. Swynghedauw B. Molecular mechanisms of myocardial remodeling. *Physiol. Rev.* 1999;79:215-262.

44. Ying Q.L., Nichols J., Evans E.P., Smith A.G. Changing potency by spontaneous fusion. *Nature.* 2002; 416(6880):545-548.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ С АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТЬЮ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Родин А.Н.

доцент кафедры общей хирургии имени проф. Н.И. Атясова Мордовского
государственного университета им. Н.П. Огарёва, канд. мед. наук,
Россия, г. Саранск

На основании анализа показателей свободнорадикального окисления оценивали эффективность антиоксидантной терапии при осложненных формах диабетической ангиопатии нижних конечностей. Оценены результаты лечения больных с синдромом диабетической стопы на фоне базисной терапии и при включении в комплексное лечение антиоксидантных препаратов.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая стопа, антиоксиданты, перекисное окисление липидов.

Синдром диабетической стопы (СДС) в настоящее время рассматривается как наиболее тяжелое из всех поздних осложнений сахарного диабета [1, с. 5].

Гипоксия тканей, наблюдаемая при сахарном диабете, способствует активации процессов перекисного окисления липидов, накоплению эндогенных токсинов, т. е. развитию синдрома эндогенной интоксикации [2, с. 21; 3, с. 190]. В этой связи изучение процессов липопероксидации у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы приобретает особую актуальность.

Цель работы: на основании изучения процессов свободнорадикального окисления обосновать эффективность применения димефосфона, аплегина и мексидола в комплексном лечении осложненных форм диабетической стопы.

Для реализации цели проведен анализ лечения 120 больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета, у которых в комплексе лечебных мероприятий были использованы димефосфон, аплегин или мексидол. В зависимости от применяемого препарата больные были разделены на 4 группы. Больные первой группы получали комплексную стандартную терапию. У больных второй группы к комплексному лечению добавлен димефосфон, который вводили внутривенно капельно в дозе 200 мг/кг на 200 мл

0,9% раствора хлорида натрия. Больные третьей группы получали в комплексном лечении аплегин 100 мг на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия. В четвертой группе к лечению добавляли мексидол из расчета 200 мг внутривенно на физиологическом растворе 200 мл. Антиоксиданты во всех группах вводили 1 раз в день в течение 10 дней.

При поступлении у больных с диабетической ангиопатией нижних конечностей наблюдалась значительная активация процессов липопероксидации на фоне депрессии антиоксидантной системы.

Традиционное лечение способствовало снижению процессов перекисного окисления липидов, однако достоверная разница в изучаемых показателях наблюдалась лишь к 20-22 суткам лечения.

Использование в комплексе лечебных мероприятий димефосфона на 12-14 сутки лечения не оказывало достоверного влияния на процессы свободно-радикального окисления. К 20-22 суткам лечения с применением димефосфона регистрировалось более заметное корригирующее воздействие препарата на процессы липопероксидации и каталазную активность, которое подтверждалось динамикой исследуемых показателей. Уровень МДА и Fe-МДА плазмы снижались на 12% и 8,27% ($P<0,05$), МДА эритроцитов при спонтанном и железоиндуцированном окислении липидов – на 8,55% и 6,19% по отношению к показателям при традиционном лечении. На фоне снижения интенсивности процессов липопероксидации отмечалось увеличение уровня каталазы в плазме на 21,13%, в эритроцитах – на 22,2% ($P<0,05$), по отношению к данным при традиционном лечении.

Внутривенное введение аплегина у больных с осложненными формами диабетической стопы на 12-14 сутки способствовало снижению МДА плазмы на 19,63% ($P<0,01$) и повышению уровня каталазы – на 43,33% ($P<0,01$), по отношению к величинам при традиционном лечении. К 20-22 суткам величина МДА в плазме и эритроцитах уменьшалась на 26,35% и 16,28%, уровень каталазы плазмы и эритроцитов возрастал на 38,88% и 53,52%.

На фоне внутривенного применения мексидола уже к 14 суткам лечения регистрировалось выраженное снижение показателей, характеризующих процессы липопероксидации. Величины МДА плазмы и эритроцитов снижались на 36,23 и 15,67% ($P<0,001$). Показатель каталазной активности плазмы и эритроцитов увеличился на 73,33 и 91,74% ($P<0,001$), по отношению к данным при традиционном лечении.

К 20-22 суткам комплексного лечения с применением мексидола МДА плазмы и эритроцитов снижались на 42,59 и 25%. На фоне снижения интенсивности процессов липопероксидации отмечалось увеличение уровня каталазы в плазме и эритроцитах на 69,44 и 83,8% ($P<0,001$), по отношению к данным при традиционном лечении.

Таким образом, по степени эффективности влияния на ингибирование процессов липопероксидации используемые препараты имели следующее расположение: димефосфон, аплегин, мексидол. Как аплегин, так и мексидол более выраженное действие оказывает на процессы липопероксидации, протекающие в плазме, по сравнению с таковыми в эритроцитах, как при спонтанном, так и при железоиндуцированном окислении.

Список литературы

1. Беляев, А.Н. Диабетическая ангиопатия конечностей: Новые технологии лечения. [Текст] / А.Н. Беляев, Е.А. Рыгин. – Саранск: Издательство Мордовского университета. 2004. – 152 с.
2. Захватов, А.Н. Эффективность регионарного введения мексидола в комплексном лечении осложнённых форм диабетической стопы [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / А.Н. Захватов. – Саранск, 2004. – 119 с.
3. Иванова, И.Л. Применение аплегина и мексидола при комбинированной травме для коррекции нарушений липопероксидации [Текст] / И.Л. Иванова // Актуальные вопросы комбустиологии, реаниматологии и экстремальной медицины: матер. Всеросс. симп. с межд. участ. памяти профессора Н.И. Атясова. Саранск, 2001. – С. 190-191.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сушкова Н.В.

ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Саратовского ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава России, канд. мед. наук,
Россия, г. Саратов

Субботина В.Г.

доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Саратовского ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава России, канд. мед. наук, доцент,
Россия, г. Саратов

Блинова В.В.

ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Саратовского ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава России, канд. мед. наук, ассистент,
Россия, г. Саратов

Бурлака А.П.

ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Саратовского ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава России, канд. мед. наук,
Россия, г. Саратов

В статье рассматривается эффективность применения динамической электро-нейростимуляции (ДЭНС) и магнитно-инфракрасной лазерной терапии (МИЛТ) у больных с ИБС, стенокардией напряжения 2 функционального класса в сравнении со стандартными способами лечения.

Ключевые слова: физиотерапия, динамическая электронейростимуляция, ДЭНС аппараты, МИЛТ.

В настоящее время со стороны клиницистов отмечается высокая приверженность к медикаментозным методам лечения (роль которых несомненна) и некоторая настороженность в отношении физических факторов лечения которая, вероятнее всего, обусловлена недостатком информированности вра-

чей. Это может быть связано с отсутствием рекомендаций по применению физиотерапевтических методов лечения современными аппаратами в существующих стандартах ведения больных и отсутствием рекомендаций для врачей общей практики и участковых терапевтов [2, с. 7 – 8].

ДЭНС – это способ чрескожной электронейростимуляции, заключающийся в воздействии на рефлексогенные зоны и акупунктурные точки импульсами электрического тока, форма которых зависит от значений полного электрического сопротивления (импеданса) поверхности кожи в подэлектронном участке. В основе лечебного действия ДЭНС лежат рефлекторные механизмы, запускающиеся раздражением рецепторов в рефлексогенных зонах и акупунктурных точках. В результате воздействия аппаратами ДЭНС возникает каскад ответных реакций организма [1, с.61].

Уникальные особенности аппаратов ДЭНС позволяют:

- во-первых, увеличить лечебную эффективность рефлексотерапии при многих распространенных заболеваниях и патологических состояниях;
- во-вторых, сократить количество противопоказаний для ДЭНС до минимума;
- в-третьих, широко использовать динамическую электронейростимуляцию в порядке само- и взаимопомощи в быту, в походах и на огороде, в транспорте и любом другом месте.

Использование аппаратов МИЛТ также прочно занимает одну из ведущих позиций в клинической практике, в том числе в кардиологии. Применение МИЛТ для лечения и реабилитации больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы представляется важным, патогенетически обоснованным методом лечения за счет нескольких терапевтических эффектов воздействия (улучшение реологических свойств крови и, как следствие, улучшение коронарного кровотока, повышение проницаемости клеточной мембраны, уровня основного источника клеточной энергии – клеточной АТФ и активности АТФ-азы и др.). Использование МИЛТ имеет ряд преимуществ:

1. Возможность создавать индивидуальные программы для каждого больного;
2. Наименьшая безопасность по сравнению с другими методами физиотерапевтического воздействия;
3. Удлинение (в среднем в 2,5 раза) сроков ремиссии заболевания;
4. Сокращение в несколько раз частоты обострений болезни;
5. Существенное улучшение социального, трудового прогноза и в целом качества жизни больных.

Целью данной работы явилось исследование и сопоставление результатов применения модифицированного лечения способом ДЭНС и курсовой квантовой терапии у больных ИБС, стенокардией напряжения 2 функционального класса в амбулаторных условиях.

Методика лечения. Всего было пролечено 122 пациента в возрасте от 48 до 65 лет, из них 52 женщины и 70 мужчин с ИБС, стенокардией напряжения 2 ФК. 40-ка больным наряду со стандартным лечением (нитраты, бета-блокаторы, антиагреганты) нами применялась следующая методика ДЭНС.

1. Прямая проекция жалобы: зоны боковой и задней прямых проекций сердца. Режим «Терапия» на частоте 77 Гц лабильно-стабильным способом до улучшения самочувствия больного (уменьшение болевого синдрома).

2. Зоны микросоответствия (по Су Джок) на кистях и стопах. Режим «Терапия» на частоте 77 Гц стабильным способом по 3 – 5 минут.

3. Аурикулярные точки: 100 (сердце), 51 (симпатическая нервная система), 39 (грудной отдел позвоночника), 42 (грудь), 82 (диафрагма). Режим «Терапия» на частоте 77 Гц стабильным способом по 2 минуты.

4. Сегментарные зоны частного (для сердца воздействия D4 – D6). Режим «Тест». Выявленные латентные триггерные зоны обрабатывались в режиме «Терапия» на частоте 60 или 77 Гц по 3 – 5 минут на каждую стабильным способом.

Курс лечения состоял из 1 сеанса в сутки в течение 21 дня. Положительный эффект в виде улучшения самочувствия больного, уменьшения частоты и тяжести приступов стенокардии отмечался в 80% случаев. Отрицательного эффекта зафиксировано не было.

К 40-ка больным нами применялась следующая методика: в течение сеанса осуществлялось воздействие терминалом аппарата «РИКТА – 4» на область верхушечного толчка сердца или левого локтевого сгиба в режиме – частота 5 Гц, экспозиция 5 мин., затем 6 полей в межлопаточной области с частотами 50 Гц и 5 Гц и экспозицией по 1 мин. на каждой частоте на поле. Курс терапии состоял из 7 – 10 ежедневных сеансов. При этом положительный эффект, выражающийся в улучшении самочувствия пациентов, стабилизации общего состояния, уменьшении выраженности и урежении приступов стенокардии отмечен в 75% случаев.

У больных контрольной группы – 32 пациента (использовалась стандартная схема лечения без применения ДЭНС и МИЛТ) положительный эффект отмечался у 62,5%, при этом обращало на себя внимание удлинение сроков реабилитации, у меньшего процента больных отмечалось снижение потребности в уменьшении дозы препаратов.

Вывод: Применение ДЭНС терапии и квантовой терапии в комплексном лечении и реабилитации больных кардиологического профиля дает положительный терапевтический эффект: более быстро купируется болевой синдром, уменьшаются сроки лечения, снижается дозировка применяемых препаратов. Грамотное сочетание медикаментозного лечения с физио- и рефлексотерапией может обеспечить повышенный терапевтический эффект, существенно улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Бадтиева В.А. Влияние аппарата ДиаДЭНС-Кардио на динамику артериального давления у больных гипертонической болезнью [Текст] / В.А. Бадтиева, В.К. Нагапетьян, Н.И. Русенко // Материалы международного медицинского симпозиума, посвященного 10-летию корпорации «ДЭНАС МС». – Москва, 10 февраля 2008 г. – 226 с.

2. Топчий Н.В. Применение портативных физиоаппаратов в работе семейного врача [Текст] / Н.В. Топчий, А.В. Иванов // Методическое пособие. – Москва, 2005. – 141 с.

О ПОГРЕШНОСТЯХ, ВНОСИМЫХ САМОПИШУЩИМИ УСТРОЙСТВАМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕФЛЕКСОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ

Халилов А.Р.

студент КБГУ им. Х.М. Бербекова,
Россия, г. Нальчик

В работе проводится анализ источников погрешностей при измерении времени проведения ахиллова рефлекса с применением электрокардиографа в качестве самописца. Делается вывод о том, что самопишущий блок электрокардиографа вносит погрешность во временные параметры, достигающую 5 – 10 %. Предлагается использовать при записи рефлексogram компьютерную регистрацию сигналов в цифровой форме, что поможет снизить относительную погрешность измерений до 2%.

Ключевые слова: рефлексометрия, щитовидная железа, электрокардиограф.

Среди многочисленных устройств для проведения рефлексометрических измерений при патологиях щитовидной железы наибольшее распространение получил рефлексометр на базе датчика-соленоида с ферритовым сердечником. Датчик соединяется с электрокардиографом, одновременно выполняющим функции усилителя и самописца. При движении магнита, укрепленного на пятке испытуемого, в датчике наводится электродвижущая сила, регистрируемая электрокардиографом [1-6].

При измерениях после включения электрокардиографа врач ударяет молоточком по ахиллову сухожилию, что приводит к рефлекторному движению стопы. Закрепленный на пятке магнит приходит в движение, вызывая изменение магнитного потока в пространстве вокруг датчика. Возникающая при этом ЭДС индукции, поступая на электрокардиограф, усиливается и вызывает отклонение пера самописца. Записанный на движущейся ленте сигнал и представляет собой рефлексogramму.

Анализ литературных данных показал, что, несмотря на примерно одинаковые критерии оценок состояния щитовидной железы по времени ахиллова рефлекса, данные, приводимые различными авторами, довольно противоречивы [7-8, 11-14]. В ряде случаев их разброс приводит к «размытию» временных интервалов, соответствующих длительности ахиллова рефлекса в норме и в патологии. Отсутствие четких границ контрольных параметров затрудняет постановку диагноза.

Разброс данных измерений времени проведения ахиллова рефлекса, как отмечается в [9-10], связан с погрешностями, вносимыми самопишущими устройствами, в качестве которых, как правило, применяются электрокардиографы. Согласно проведенным оценкам, для отечественного электрокардиографа ЭК1К относительная погрешность измерений составляет 13%.

Обычные аналоговые электрокардиографы, применяемые для записи рефлексogram, представляют собой электронно-механические системы, в которых электрические сигналы усиливаются электронным усилителем и регистрируются на бумажной ленте при помощи механического самописца. В их

технических паспортах изготовителями указывается погрешность измерений 10-20%.

Электрокардиографы отечественного производства современного поколения являются более точными. Например, у электрокардиографа ЭКЗТ-02 "АКСИОН" относительная погрешность измерений составляет $\pm 7\%$. Пределы допускаемой погрешности измерений одного из наиболее точных электрокардиографов, Kaden ECG-901, при регистрации на термобумаге составляет $\pm 5\%$.

Такие ошибки неизбежны при аналоговой регистрации сигналов, поэтому целесообразно отказаться от механического звена в цепи обработки ЭКГ и записывать биопотенциалы на компьютер. Точность записи и разрешающая способность метода компьютерной ЭКГ позволяют получить большую информацию, и тем самым увеличить достоверность данных.

Нами предлагается использовать методику записи сигналов, предложенную в [15], где аналоговый сигнал подвергается дискретизации при помощи устройства выборки и хранения и оцифровывается аналого-цифровым преобразователем, после чего цифровые отсчёты записываются в память компьютера. При этом относительная погрешность измерений компьютерного электрокардиографа в диапазоне от 0.1 до 0.5 mV не превышает 2 %.

Список литературы

1. Abazova Z.Kh., Baisiev A.Kh.M., Koumykov V.K., Efendieva M.K. Direct Method for Measuring Reflex Time of Knee Jerk in Patients with Thyroid Pathologies // Biomedical Engineering. – 2006. – Т. 40. – № 3. – С. 117.
2. Abazova Z.Kh., Baisiev A.Kh., Komykov V.K., Efendieva M.K. On One Method of Express-Diagnostics of Thyroid Function Abnormality // Медицинская техника. – 2005. – № 3. – С. 8-11.
3. Абазова З.Х. Новый метод регистрации времени проведения ахиллова рефлекса при экспресс-диагностике патологии щитовидной железы / З.Х. Абазова, А.Х. Байсиев, Р.М. Захохов, В.К. Кумыков, М.К. Эфендиева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. – 2006. – № 1. – С. 73-81.
4. Абазова З.Х. Диагностика нарушений функции щитовидной железы с помощью рефлексометра с пьезоэлектрическим датчиком / З.Х. Абазова, А.Х-М. Байсиев, Р.М. Захохов, В.К. Кумыков, Т.Х. Шортанова, М.К. Эфендиева // Вестник новых медицинских технологий. – 2004. – № 3. – С. 97.
5. Захохов Р.М. О методах экспресс-диагностики заболеваний щитовидной железы / Р.М. Захохов, В.К. Кумыков, Д.Р. Захохова, З.Х. Абазова, И.К. Борукаева, Б.Х. Хацуков, М.К. Эфендиева // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10-8. – С. 1622-1625.
6. Абазова З.Х. Прямой метод измерения времени проведения коленного рефлекса при тиреоидных патологиях / З.Х. Абазова, А.Х-М. Байсиев, В.К. Кумыков, М.К. Эфендиева // Медицинская техника. – 2006. – № 3. – С. 10-12.
7. Абазова З.Х. Определение некоторых параметров состояния здоровья студентов в лабораторном практикуме по медицинской физике / З.Х. Абазова, А.Х. Байсиев, Л.К. Буздова, В.К. Кумыков, Р.З. Ошроева, Б.Х. Хацуков, М.К. Эфендиева // Вестник новых медицинских технологий. – 2004. – № 3. – С. 118.
8. Абазова З.Х. Скрининговые обследования с использованием методов экспресс-диагностики нарушений функции щитовидной железы / З.Х. Абазова, М.К. Эфендиева, В.К. Кумыков, А.Х-М. Байсиев // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 12. – С. 8-12.

9. Ошхунов М.М. Об оценке систематических ошибок при проведении рефлексометрических обследований / М.М. Ошхунов, З.Х. Абазова, Б.Х. Хацуков, В.К. Кумыков // Известия Кабардино-Балкарского научного центра РАН. – 2013. – № 1. – С. 197-200.
10. Кумыков В.К. О клиническом опыте мониторинга артериального давления / В.К. Кумыков, Р.М. Захохов, З.Х. Абазова, М.К. Эфендиева, А.Б. Иванов, А.Х.М. Байсиев // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2007. – № 1. – С. 38-42.
11. Абазова З.Х. Об эффективности интервальной гипоксической тренировки в комплексном лечении больных первичным гипотиреозом тяжелой степени / З.Х. Абазова, А.З. Колчинская, В.К. Кумыков, Б.Х. Хацуков // Вестник новых медицинских технологий. – 2000. – № 2. – С. 72.
12. Хацуков Б.Х., Абазова З.Х., Кумыков В.К. Базовый Республиканский детский реабилитационный центр // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 2. – С. 34.
13. Захохов Р.М. Скрининговые обследования студенческой молодежи с использованием методов экспресс-диагностики нарушений функции щитовидной железы / Р.М. Захохов, З.Х. Абазова, В.К. Кумыков, А.Х.М. Байсиев, М.К. Эфендиева // Хирургическая практика. – 2012. – № 1. – С. 15-18.
14. Захохов Р.М., Кумыков В.К. Электрографические исследования функции щитовидной железы // International Journal of Immunorehabilitation. – 1998. – № 8. – С. 150.
15. Контуров С.В., Латфуллин И.А., Тептин Г.М. Сравнительный анализ погрешностей в аналоговой и компьютерной электрокардиографии // Вестник аритмологии. – 1999. – № 13. – С. 54-58.

ХРОНОТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Ханина Е.А.

асс. кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики ГБОУ ВПО
ВГМА им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения РФ, к.м.н.,
Россия, г. Воронеж

Пашков А.Н.

зав кафедрой биологии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Министерства
здравоохранения РФ, д.б.н., профессор,
Россия, г. Воронеж

Зуйкова А.А.

зав. кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики
ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения РФ,
д.м.н., профессор,
Россия, г. Воронеж

Блащенко Е.Ю.

асс. кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики ГБОУ ВПО
ВГМА им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения РФ, к.м.н.,
Россия, г. Воронеж

В статье проводился анализ состояния здоровья и индивидуального хроноритма у пациентов с острым пиелонефритом для хронотерапии в пики повышения психоэмоцио-

нального и физиологического состояния, с целью коррекции адаптационных возможностей организма.

Ключевые слова: адаптация, биоритм, хроноритм, хронотерапия.

В процессе жизни человека постоянно происходит расходование и восполнение адаптационных ресурсов, которые изменяются в течение суток [1]. Хронотерапия – это лечение, направленное на восстановление здоровья организма с учётом особенностей изменения его временной структуры и хронофармакологии лекарств, путём снижения разовых, суточных и курсовых доз фармакологических препаратов, уменьшения выраженности побочных явлений [5].

В развитие острого пиелонефрита важную роль играет общее состояние макроорганизма и снижение его иммунобиологической реактивности. На фоне острого пиелонефрита снижаются адаптационные механизмы и возможно изменяется индивидуальный хроноритм человека [2, 3, 4, 6]. Актуальным представляется назначение на фоне стандартной терапии в качестве одного из дезинтоксикационных средств, такого препарата как Полисорб МП ЗАО «Полисорб». Зная о высокой сорбционной способности препарата и учитывая выраженность интоксикационного синдрома, при остром пиелонефрите, мы можем рассчитывать, что совместно с дезинтоксикационной и антибактериальной терапией быстрее восстановятся процессы адаптации и индивидуальный хроноритм больных.

Цель: повышение адаптационных возможностей у пациентов с острым пиелонефритом на основании особенностей индивидуального хроноритма.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 74 пациента с диагнозом по МКБ-10.N10 «Острый пиелонефрит», поступивших на стационарное лечение в урологическое отделение МБУЗ ГО ГКБ СМП №10 в течение 2009–2011 года.

Среди обследованных было 62 пациента женского пола в возрасте от 16 до 40 лет (средний возраст $25,9 \pm 9,9$) и 12 пациентов мужского пола в возрасте от 17 до 40 лет (средний возраст 28 ± 8). Все обследуемые подписали информированное согласие на проведение диагностических и лечебных манипуляций.

Комплекс обследования больных с острым пиелонефритом включал: стандартные методы исследования, определение функционального состояния организма и суточного хроноритма на основании анализа вариабельности ритма сердца и фрактальной нейродинамики при помощи программно – аппаратного комплекса «Омега-2М», разработанного в Санкт – Петербурге и разрешенного Комитетом по в медицинской технике МЗ РФ к практическому применению в 1999 году.

Анализировались следующие показатели: ИН (индекс напряжения), ВПР (вегетативный показатель ритма), ИВР (индекс вегетативного равновесия), ПАПР (показатель адекватности процессов регуляции). Во время ежедневной регистрации кардиоинтервалограммы определялся и индивидуаль-

ный хроноритм пациентов, с пиками подъёма и спада психоэмоционального и физиологического состояния.

По результатам обследования все больные острым пиелонефритом были поделены на три группы методом случайной выборки:

- группа №1 – включала 25 больных острым пиелонефритом (5 мужчин и 20 женщин), которые получали стандартную медикаментозную терапию;
- группа №2 – состояла из 24 больных острым пиелонефритом (3-х мужчин и 21 женщины), которые получали стандартную медикаментозную терапию и препарат Полисорб МП ЗАО «Полисорб»;
- группа №3 – 25 больных (4 мужчины и 21 женщина), которым на фоне стандартной медикаментозной терапии принимали препарат Полисорб ЗАО «Полисорб» в пики повышения психоэмоционального и физиологического состояния.

Результаты и их обсуждение: во время исследования отметили, что во всех трех группах обследованных отмечается купирование клинической симптоматики. После проведенного анализа лабораторных методов исследования наиболее статистически значимыми и достоверными оказались содержание лейкоцитов в общем анализе крови и мочи. Во всех трех группах пациентов наблюдаются изменения, говорящие об активном процессе восстановления адаптационных возможностей, следовательно, выздоровлении.

Динамика показателей ВРС в группах исследования изменялись на фоне терапии следующим образом. В 1-й группе ИВР, ПАПР, ИН понижают свое значение, ВПР повышается после лечения, что свидетельствует об активизации адаптационных возможностей.

Во 2-й группе: ИВР изменяется с 440,8 до 217,6, ВПР повышается с 0,18 по 0,29, ПАПР понижается с 97,6 до 53,7, ИН понижается с 386,6 по 123,3.

В 3-й группе больных так же происходит динамика показателей: ИВР понижается с 476,8 по 167,7, ВПР повышается с 0,21 по 0,30, ПАПР понижается с 87,6 по 47,7, ИН понижается с 386,6 по 123,3. Можно отметить, что до лечения показатели свидетельствовали о нарушении процессов регуляции и срыве адаптационных механизмов. Во всех трех группах показатель ВПР увеличился, уменьшились ПАПР, ИН, ИВР, что свидетельствует о снижении активности симпатического отдела вегетативной нервной системы и смещении вегетативного баланса в сторону доминирования парасимпатки. Эти данные говорят о синхронизации процессов регуляции и снижении дезадаптации, как проявления болезни. В свою очередь определялся эффект значимости применения хронотерапии по одиннадцати показателям, в среднем, он составляет 19 % (уровень значимости $p < 0,05$).

Изучая суточный прогноз у больных 1-й, 2-й и 3-й группы, было отмечено, что во всех группах изменился сам хроноритм и интегральный показатель здоровья Н(Т). Хронограммы до лечения во всех трёх группах находились на одном уровне, с одинаковым значением интегрального показателя здо-

ровья и пики подъёма и спада психоэмоциональной и физиологической активности совпадали. При этом надо учитывать, что все пациенты находились в разных палатах и поступали на лечение в разное время. Возможно, этот ритм оказался временно навязанным, общим для всех пациентов стационара режимом дня. Но в ходе лечения хроноритм изменялся и перед выпиской из стационара приобретал другой вид. То есть, смещалось время пиков подъёма и спада психоэмоционального состояния, высота и глубина пиков. Следовательно, можно предположить, что на фоне дезадаптации возникает изменение собственного ритма, который в ходе лечения нивелируется, и восстанавливается к исходным своим значениям, что подтверждается хронограммами. У всех тех групп на фоне лечения повышается значение интегрального показателя здоровья H , но самое высокое значение в 3-й группе с применением хронотерапии.

Можно сказать, что при поступлении в стационар на лечение больные находились в десинхронозе и с патологическим ритмом. На фоне режима дня стационара происходило изменение хроноструктуры дня пациентов. По мере выздоровления хроноритм изменялся, возвращался к своему исходному биоритму. То есть, воздействуя на организм в пики активности, мы стимулируем восстановление согласованности ритмических процессов с внешними датчиками, активизацию фаз ритмического процесса.

Вывод: применение препарата Полисорба МП в терапии острого пиелонефрита, на фоне стандартной терапии с учётом индивидуального хроноритма приводит к снижению десинхроноза, активизации процессов адаптации, восстановлению хроноритма дня, о чем свидетельствует купирование клинических проявлений, лабораторные показатели и показатели ВРС.

Список литературы

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. – М.: Медицина, 1997. – 265.
2. Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Хронобиология и хрономедицина. – М.: Триада Х, 2000. – 488.
3. Лопаткина Н.А. Урология: национальное руководство / под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009. – 720 с.
4. Мухина Н.А. Нефрология: национальное руководство/ под ред. Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009. – 720 с.
5. Чибисов С.М. Основные аспекты хронофармакологии и хронотерапии. // Новая аптека – 2001. – №3.- С.42-49.
6. Ханина Е.А. Хронотерапевтическая коррекция сниженных адаптационных возможностей у больных с острым пиелонефритом /Е.А. Ханина, А.А. Зуйкова, Т.Н. Петрова, И.С. Добрынина // Журнал Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Том 13, №2. – С. 419-423.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Шахбанов Р.М., Прудников А.В.

интерны кафедры травматологии, ортопедии и медицины катастроф
ФГБОУ ВПО "ТГУ имени Г.Р. Державина", медицинский институт,
Россия, г. Тамбов

Переломы костей требуют оперативного или консервативного лечения. Однако, наступление консолидации перелома не означает выздоровление пациента. В ряде случаев, даже при наступлении полной консолидации перелома, функция конечности бывает ограничена или отсутствует, несмотря на применение различных методик предоперационного планирования и оперативного лечения. Проведен анализ результатов лечения 28 пациентов с переломами лучевой кости в типичном месте. Выявлено, что у пациенток занимавшихся лечебной физкультурой в условиях специализированного отделения больницы восстановление нормальной амплитуды движений и мышечной силы в лучезапястном суставе наступало в среднем на 16 дней раньше, чем у пациенток второй группы, что доказывает важность проведения занятий лечебной физкультурой у пациентов после травм.

Ключевые слова: лечебная физкультура, травма, восстановительное лечение.

В лечении переломов костей и их последствий в настоящее время достигнуты значительные успехи. Переломы костей требуют оперативного или консервативного лечения. Однако, наступление консолидации перелома не означает выздоровление пациента, так как восстановление только целостности кости не является конечной целью лечения. В ряде случаев, даже при наступлении полной консолидации перелома, функция конечности бывает ограничена или отсутствует, несмотря на применение различных методик предоперационного планирования и оперативного лечения [5, 6]. Особенно это важно при наличии тяжелых травм, таких как переломы бедренных костей. В ряде случаев, после травмы развиваются тяжелые дегенеративно-дистрофические изменения в тазобедренных суставах, артроз, анкилоз. Предложено значительное количество оперативных методик лечения для таких пациентов [1, 2, 3, 4]. Однако, важно проведение восстановительного лечения после травмы и операции. В большинстве случаев пациенты с переломами костей нуждаются в проведении комплексного восстановительного лечения. Обусловлено это тем, что необходимая при переломах иммобилизация и ограничение нагрузок на конечность, а так же сосудистые нарушения могут приводить к атрофии мышц конечности, нарушению подвижности в суставах, трофическим нарушениям. Принцип антропотерапии, т.е. лечения больного человека, является одним из основополагающих в современной клинической медицине. Руководствуясь этим принципом, необходимо лечить не только перелом кости, но и больного с переломом, принимая во внимание многие изменения в организме человека, возникающие в результате нанесенной травмы, а в последствии гиподинамии. В основах развития многих расстройств деятельности организма при гиподинамией лежат снижение интенсивности или изменение кинестезических раздражений. Это может

приводить к нарушению динамического стереотипа физиологических функций, основой которого являются моторно-висцеральные рефлексy. Гиподинамия способствует замедлению процессов организации образовавшейся при переломе гематомы, отрицательно влияет на состоянии мышц и связок, приводит к снижению тонуса и гипотрофии. Выраженность функциональных расстройств зависит от характера, локализации и тяжести перелома, способа и методики остеосинтеза, индивидуальных особенностей человека [5].

Результатом восстановительного лечения является достижение в предполагаемые сроки стойкого восстановления нарушенных функций конечности, а так же восстановление трудоспособности. Общепринятыми методами реабилитации после переломов считаются лечебная физкультура, массаж и физиотерапия, механотерапия. Важную роль в предупреждении развития и ликвидации посттравматических явлений играют физические упражнения, которые специально разработаны, строго дозированы и имеют определенные цели. Они становятся одним из важных факторов поддерживающих нормальную жизнедеятельность и стимулирующих восстановительные и компенсаторные реакции в организме больного человека. При этом через систему центральных регуляций в обеспечение гомеостаза вовлекаются все приспособительные процессы. Регулярное выполнение физических упражнений способствует созданию доминантных очагов возбуждения в коре головного мозга, что по механизму отрицательной индукции приводит к подавлению очагов застойного возбуждения. Дозированное сокращение и расслабление скелетных мышц, напряжение и расслабление связок и сухожилий способствуют улучшению венозного оттока, устранению застоя крови, нормализации микроциркуляции в тканях. Физические упражнения способны предупредить развитие атрофий и дегенеративных изменений в органах и тканях.

Материалы и методы. Мы проанализировали результаты лечения 28 пациентов с переломами лучевой кости в типичном месте. Все пациенты женского пола в возрасте 50-65 лет. Все переломы сопровождались смещением отломков и требовали проведения репозиции. Всем пациентам проведена закрытая ручная репозиция перелома в день получения травмы и гипсовая иммобилизация. По снятии гипсовой иммобилизации назначалась дозированная возрастающая нагрузка и разработка движений в суставе. Пациентки были разделены на 2 группы. В 1й группе, состоящей из 12 пациенток, назначалась лечебная физкультура и разработка движений, которые производились в домашних условиях. Пациентки этой группы в силу географических особенностей проживания не имели возможности посещать больницу для проведения лечебной физкультуры. Во вторую группу вошли 16 пациентов. Пациентки этой группы получали курсы лечебной физкультуры в условиях специализированного отделения больницы.

Результаты. Выявлено, что у пациенток 2й группы, восстановление нормальной амплитуды движений и мышечной силы в лучезапястном суставе наступало в среднем на 16 дней раньше, чем у пациенток второй группы. Проведенный анализ доказывает важность проведения занятий лечебной

физкультурой у пациентов после травм в период восстановительного лечения.

Список литературы

1. Летов А.С., Барабаш Ю.А., Марков Д.А., Ненашев А.А., Ямщиков О.Н., Емжуев О.Л. Биомеханическая и нейрофизиологическая оценка эффективности методики тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2012. – Т.17. № 5. – С. 1433-1440.
2. Летов А.С., Бахтеева Н.Х., Воскресенский О.Ю., Марков Д.А., Ямщиков О.Н., Юсупов К.С., Абдулнасыров Р.К. Хирургическое лечение пациентов с анкилозами тазобедренного сустава. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2010. – Т.15. № 5. – С. 1511-1514.
3. Летов А.С., Бахтеева Н.Х., Марков Д.А., Ненашев А.А., Ямщиков О.Н. Хирургическая реабилитация больных с анкилозами тазобедренных суставов. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2011. – Т.16. № 5. – С. 1366-1370.
4. Юсупов К.С., Анисимова Е.А., Воскресенский О.Ю., Павленко Н.Н., Марков Д.А., Абдулнасыров Р.К. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава в сочетании с двойной V-образной укорачивающей подвертельной остеотомией бедра у пациентов с диспластическим коксартрозом типа stowe IV. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2014. – Т.19. № 3. – С. 970-976.
5. Ямщиков О.Н., Норкин И.А., Марков Д.А., Емельянов С.А. Использование автоматизированного выбора металлоконструкции для остеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости на основе компьютерного моделирования. // Врач-аспирант. – 2014. – Т.65. № 4. – С. 26-30.
6. Ямщиков О.Н., Марков Д.А., Емельянов С.А. Предоперационное планирование с применением компьютерного моделирования в лечении переломов дистального отдела бедренной кости. // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. – Т.15. №3 (79). – С. 81-84.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МОЗГ ЧЕЛОВЕКА

Шорманова Н.С.

ассистент кафедры патологической анатомии
Ярославского государственного медицинского университета, канд. мед. наук,
Россия, г. Ярославль

Шорманов С.В.

профессор кафедры патологической анатомии Ярославского государственного
медицинского университета, д-р. мед. наук, профессор,
Россия, г. Ярославль

В статье представлены результаты изучения головного мозга 30 мужчин с признаками хронической алкогольной интоксикации и 15 контрольных лиц. Использован комплекс гистологических, стереометрических и морфометрических методик. Показано, что в условиях хронической интоксикации этанолом развивается склероз и гиалиноз сосудистых ветвей мозга, а также дистрофические и атрофические изменения его нейронов. В

мозгу появляются известковые отложения, кисты, очаги демиелинизации. Нарушаются количественные взаимоотношения между структурными компонентами этого органа.

Ключевые слова: хроническая интоксикация этанолом, мозг, структурные изменения.

Этанол это один из распространенных экстремальных факторов, влияющих на организм человека [1]. Наиболее уязвимым по отношению к нему, является головной мозг [3,4]. Однако особенности изменений этого органа под влиянием этилового спирта представлены в литературе недостаточно, что и определило направление настоящего исследования.

В работе изучен головной мозг 45 мужчин в возрасте от 21 до 51 года. У 30 из них были признаки хронической интоксикации этиловым спиртом [2]. Контрольная группа включала 15 мужчин. Из различных отделов мозга вырезали кусочки, фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по ван Гизон, Массону и Нисслю. О нейро-стромальных взаимоотношениях судили по отношению между телами нейроцитов, волокнистыми структурами, клетками глии и сосудами микроциркуляторного русла. Кроме того, проводили морфометрию с помощью окуляр-микрометра. Измеряли диаметр клеток различных областей мозга, а также диаметры их ядер и ядрышек. Подсчитывали число клеток Пуркинье на единицу длины коры мозжечка. Наряду с этим измеряли диаметр церебральных капилляров, а также определяли их численность в поле зрения микроскопа. При проведении планиметрии ткани мозга пользовались методом точечного счета. Цифровой материал подвергали статистической обработке.

Исследование показало, что сосуды мозга представлялись полнокровными. В мелких церебральных артериях и капиллярах выявлялись признаки склероза и гиалиноза. По ходу многих из них располагались инфильтраты из моноклеарных клеток. Иногда в ткани мозга обнаруживались мелкие кровоизлияния. Нейроны характеризовались неоднородной структурой. Встречались нервные клетки в состоянии острого набухания и вакуольной дистрофии с распыленными зернами тигроида, а также погибшие нейроны. Нередкой находкой являлись клетки с признаками атрофии. Часто в головном мозгу обнаруживались глиальные узелки. Периодически встречались резко увеличенные в размерах нейроны. Клетки глии часто формировали скопления вокруг артерий разного калибра. У некоторых больных в мозгу обнаруживались известковые петрификаты, мелкие кисты, а иногда и очаги демиелинизации.

Данные планиметрии головного мозга позволили выявить существенное изменение взаимоотношений между его структурами. Так, удельная площадь нейронов коры передней центральной извилины полушарий, медиального ядра зрительного бугра и продолговатого мозга сокращалась в 1,2 ($p<0,05$) раза. Площадь же занимаемая глиоцитами, напротив, возрастала в коре в 1,3 ($p<0,01$), в зрительном бугре в 1,2 ($p<0,05$), а в продолговатом

мозгу в 1,4 ($p<0,01$) раза, что свидетельствует об изменении соотношения между нервными клетками и стромой головного мозга в пользу последней.

В результате морфометрического изучения материала больных хроническим алкоголизмом было установлено, что диаметр капилляров в коре полушарий головного мозга и в зрительном бугре снижается в 1,4 ($p<0,001$) раза, а в продолговатом мозгу в 1,7 ($p<0,001$) раза. Диаметр нейронов коры, их ядер и ядрышек уменьшается соответственно в 1,1, 1,1 и 1,2 ($p<0,02$) раза. Величина клеток Пуркинье мозжечка и их ядрышек падает в 1,1 ($p<0,05$) раза, а число грушевидных нейронов сокращается в 1,4 ($p<0,001$) раза.

Таким образом, в ходе проведенного исследования установлено, что хроническая интоксикация этиловым спиртом приводит к грубым органическим изменениям головного мозга. Это выражается в склерозе и гиалинозе церебральных сосудов. По ходу их, а также в ткани мозга появляются инфильтраты из моноклеарных клеток, что свидетельствует об иммунной агрессии. На это указывает и образование очагов демиелинизации. Нарушение кровоснабжения головного мозга, а также повторные воздействия этанола влекут за собой постепенную гибель нейроцитов с замещением их глиальными элементами. Некоторые нервные клетки подвергаются регенерационной гипертрофии, что является выражением компенсаторной реакции в ответ на прогрессирующую убыль части нейроцитов. Очаговые некрозы ткани мозга, возникающие в периоды обострения болезни, со временем подвергаются петрификации или рассасыванию с образованием микрокист. Все эти морфологические изменения, протекающие на протяжении многих лет, нарушают паренхиматозно-стромальные взаимоотношения в головном мозгу лиц, злоупотребляющих алкоголем. В результате удельная площадь паренхимы во всех изученных отделах этого органа снижается за счет прогрессирующей атрофии нейронов, а показатели, характеризующие развитие стромального компонента растут.

Список литературы

1. Кактурский, Л.В. Клиническая морфология алкогольной кардиомиопатии [Текст] / Л.В.Кактурский // Архив патологии. – 2009. – №5. – С.21-23.
2. Павлов, А.Л. Морфологические изменения органов при различных формах алкогольной болезни [Текст] / А.Л.Павлов, А.З.Павлова, Д.В.Богомолов // Вопросы наркологии. – 2012. – №3. – С.34-40.
3. Пауков, В.С. Патоморфология алкогольного эксцесса при пьянстве и алкоголизме [Текст] / В.С.Пауков, Ю.А.Ерохин, Т.М.Воронина // Наркология. – 2005. – №11. – С. 56-61.
4. Сиволап, Ю.П. Алкогольные поражения нервной системы: систематика, патогенез, подходы к лечению [Текст] / Ю.П.Сиволап, В.А.Савченков, М.П.Янушкевич // Наркология. – 2014. – №2. – С. 52-57.

СЕКЦИЯ «ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ»

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ТРУДОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В РОССИИ И КИТАЙСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Афанасьева Е.В.

ст. преподаватель кафедры гражданского и трудового права Сахалинского государственного университета Института права, экономики и управления, Россия, г. Южно-Сахалинск

В статье проводится сравнительный анализ трудового законодательства Российской Федерации и Китайской Народной Республики по таким вопросам как, форма и порядок заключения трудового договора; правовые последствия неисполнения работодателем и/или работником требований закона о заключении трудового договора в письменной форме и в установленный законом срок.

Ключевые слова: трудовой договор, китайское трудовое законодательство, ответственность работодателя, ответственность работника, фактические трудовые отношения; форма и порядок заключения трудового договора.

Первого января 2008 года в Китае вступил в силу Закон «О трудовом договоре» (далее Закон о трудовом договоре) [1, с. 1-17]. Целью принятия данного закона являлось совершенствование законодательства в сфере регулирования отношений, связанных с заключением, изменением и прекращением трудового договора, защита законных прав и интересов работников, развитие гармоничных и стабильных трудовых отношений. Закон о трудовом договоре был оценен как наиболее важный законодательный акт по вопросам труда в Китае, после вступления в силу Закона КНР о труде 1994 года (далее Закон о труде) [1, с.17-25].

Несмотря на то, что новый Закон о трудовом договоре повторяет некоторые из основных трудовых стандартов, предусмотренных в Законе о труде, в нем впервые включены нормы, направленные на регулирование индивидуального трудового договора.

Так, Закон о труде содержит требование о заключении трудового договора в письменной форме (ст. 19), не устанавливая при этом правил, регулирующих порядок его заключения, в том числе и сроков, в течение которого работодатель обязан заключить трудовой договор с работником. Ответственность работодателя за неисполнение данной обязанности заключается лишь в том, что если работодатель намеренно затягивает заключение трудового договора, он должен возместить работнику причиненный ущерб (ст. 98).

В связи с этим в Китае были распространены фактические трудовые отношения и китайские рабочие, в случае возникновения трудовых споров, зачастую о заработной плате, сталкивались с проблемами признания отношений трудовыми.

Закон о трудовом договоре, закрепляя в статье 10 требование о заключении трудового договора в письменной форме, впервые конкретизирует правила, касающиеся формы и порядка его заключения; устанавливает сроки заключения трудового договора; вводит ответственность работодателя за неисполнение обязанности по заключению трудового договора в надлежащей форме и в установленный законом срок; определяет правовые последствия отказа работника от заключения трудового договора.

Отныне, в соответствии с Законом о трудовом договоре трудовой договор составляется в двух экземплярах, каждый из которых подписывается сторонами (скрепляется печатями). Один экземпляр трудового договора передается работнику, другой хранится у работодателя (ст. 16). В течение одного месяца с того момента как работник фактически приступил к работе с ведома или по поручению работодателя, работодатель обязан заключить с ним трудовой договор (ст.10).

Если трудовой договор в письменной форме и в установленный законом срок не заключен, то действуют следующие правила:

1) трудовые отношения возникнут со дня начала работы работника у работодателя (ст. 7 Закона о трудовом договоре);

2) работодатель, не заключивший трудовой договор в письменной форме с работником по истечении одного месяца и до одного года, с того момента как работник фактически приступил к работе, обязан, за весь отработанный период до фактического заключения договора в письменном виде, выплачивать работнику ежемесячную заработную плату в двойном размере (ст. 82 Закона о трудовом договоре). Однако если в течение одного месяца работник не заключает по письменному требованию работодателя трудовой договор в письменной форме, то работодатель прекращает с ним трудовые отношения. При этом работодатель выплачивает заработную плату только за фактически отработанное время [2, с. 291].

3) если по истечении одного года с даты, когда работник фактически приступил к работе, работодатель не заключил с ним трудовой договор в письменной форме, он обязан заключить с работником трудовой договор на неопределенный срок. В случае если работодатель уклоняется от заключения трудового договора на неопределенный срок, то он обязан выплачивать работнику ежемесячную заработную плату в двойном размере до момента его заключения [2, с. 291]. Поскольку впервые в истории развития китайского трудового законодательства Закон о трудовом договоре устанавливает основания заключения трудового договора на неопределенный срок, данное положение усиливает гарантии для работников Китая и направлено на стабилизацию трудовых отношений.

Таким образом, общие правила, касающиеся формы трудового договора, установленные в трудовом законодательстве Китая аналогичны правилам, предусмотренным Трудовым Кодексом России (далее ТК РФ) [3]. Однако в отличие от российского трудового законодательства Закон о трудовом договоре КНР предусматривает заключение трудового договора в устной форме. Это возможно лишь в случае приема работника на работу на неполный рабо-

чий день. При этом под неполным рабочим днем понимается форма занятости, предполагающая почасовую оплату труда при работе работника в одной организации не более 4 часов в день и 24 часов в неделю (ст.68 Закона о трудовом договоре).

Также китайское трудовое законодательство закрепляет единственное основание возникновения трудовых отношений. В соответствии со ст. 7 Закона о трудовом договоре трудовые отношения возникают со дня фактического допущения работника к работе. В российском трудовом законодательстве предусмотрены два основания возникновения трудовых отношений (ст.16 ТК РФ):

- заключение трудового договора;
- фактическое допущение работника к работе с ведома или по поручению работодателя или его представителя.

Безусловно, такую новеллу китайского законодательства следует признать положительной, поскольку теперь однозначно законодатель признает возникшие отношения трудовыми. Однако в российском трудовом праве главенствующим является такое основание возникновения трудовых отношений как заключение трудового договора в установленной законом форме и соблюдением порядка его заключения. И хотя в России случаи возникновения трудовых отношений на основании фактического допущения работника к работе довольно распространены, данное основание является скорее исключением из общего правила, поскольку применяется только в том случае, если трудовой договор не был надлежащим образом оформлен. Кроме того, российское трудовое законодательство прямо предусматривает «трудоустройство, не оформленное в письменной форме, считается заключенным, если работник приступил к работе...» (ст.67 ТК РФ), то есть фактическое допущение работодателем работника к работе считается заключением трудового договора. Таким образом, правила, предусмотренные в российском законодательстве, отличается более высоким уровнем правового регулирования трудовых отношений.

Предусмотрен в российском трудовом законодательстве и иной срок (3-дневный), в течение которого работодатель обязан заключить трудовой договор. Примечательно, что китайское законодательство, так же как и российское, не предусматривает правовых последствий неисполнения работодателем данного предписания закона. В таком случае работнику остается лишь обратиться в суд с требованием о понуждении работодателя к заключению трудового договора. Однако ответственность работодателя за неисполнение обязанности по заключению трудового договора в письменной форме и в установленный в законе срок, предусмотренная в Законе КНР о трудовом договоре, является более строгой и побуждает работодателя к надлежащему исполнению закона. Таким образом, китайскому работодателю нецелесообразно, с точки зрения экономического подхода, нарушать требования закона. В российском же трудовом законодательстве ответственность работодателя перед работником за нарушение требований закона о заключении трудового договора в письменной форме в 3-дневный срок не определена. Между тем ч.

3 ст. 5. 27 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях предусматривает административную ответственность за уклонение от оформления или ненадлежащее оформление трудового договора в виде наложения административного штрафа на должностных лиц в размере от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, – от пяти тысяч до десяти тысяч рублей; на юридических лиц – от пятидесяти тысяч до ста тысяч рублей [4]. Как известно, штраф взыскивается в доход государства. Работники же могут воспользоваться лишь правом, предусмотренным в ст. 237 ТК РФ, то есть потребовать компенсацию морального вреда. В соответствии же с китайским законодательством, именно работники получают имущественное возмещение в виде двойной заработной платы.

Хотелось бы обратить внимание еще на одну особенность китайского трудового законодательства, которую, на наш взгляд, необходимо заимствовать. Это определение правовых последствий отказа работника от заключения трудового договора по письменному требованию работодателя в письменной форме в течение одного месяца с момента возникновения трудовых отношений. В данном случае работодатель вправе прекратить с работником трудовые отношения. Такие ситуации действительно могут иметь место, а это приводит к нарушению прав работодателя, поскольку он несет ответственность за несоблюдение требований закона о заключении трудового договора.

Список литературы

1. Новое полное собрание законов о трудовом договоре / Центр юридического издательства – 4 издание. Пекин: юридическое издательство, январь 2014 г. Ответственный редактор / Чжоу Ян (新编劳动合同法小全书 / 法律出版社法规中心编 – 4版. 北京: 法律出版社, 2014.1 责任编辑 / 周洋).
2. Ronald C. Brown Understanding labor and employment law in china [Текст]: 332 pages Appendix 3. Regulation on the Implementation of the Employment Contract Law of the People's Republic of China. Article 5. Page 291.
3. Российская Федерация. Законы. Трудовой кодекс Российской Федерации [Текст]: [федер.закон: принят Гос. Думой 26 дек. 2001 г.: по состоянию на 29 дек. 2014 г.]. – Собрание законодательства РФ, 2002. – № 1. – 239 с. – ISBN 978-5-98534-702-9.
4. Российская Федерация. Законы. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях [Текст]: [федер.закон: принят Гос. Думой 20 дек. 2001 г.: по состоянию на 03 фев. 2014 г.]. – Российская газета. – 31 декабря 2001г. – № 256.

ОГРАНИЧЕНИЕ ДЕЕСПОСОБНОСТИ: ИЗМЕНЕНИЯ В ГК РФ

Бутырина В.М.

студентка 2 курса магистратуры Института юстиции ФГБОУ ВПО «СГЮА»,
Россия, г. Саратов

Статья посвящена последним изменениям в Гражданском кодексе Российской Федерации, закрепляющим новое основание для признания гражданина ограниченно дееспособным, а также возможность признания ранее недееспособного гражданина ограниченно дееспособным.

Ключевые слова: основания ограничения дееспособности, ограниченно дееспособный гражданин, недееспособный гражданин.

Со 2 марта 2015 года вступают в силу изменения в Гражданский кодекс РФ (далее – ГК РФ) [3], по-новому определяющие подходы к ограничению дееспособности граждан.

Ранее ограничение дееспособности было предусмотрено лишь в отношении граждан, злоупотребляющих алкоголем или наркотическими средствами (а с 1 марта 2013 г. – также и вследствие пристрастия к азартным играм [7]), если это ставит их семью в тяжелое материальное положение. На сегодняшний день еще одним основанием для ограничения в дееспособности стало наличие психического расстройства, вследствие которого гражданин может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц (абз. 1 п. 2 ст. 30 ГК РФ). Над такими лицами так же устанавливается попечительство.

Гражданин, ограниченный в дееспособности по данному основанию, как и любой ограниченно дееспособный вправе:

- совершать сделки с письменного согласия попечителя (допускается возможность последующего согласия). Письменное согласие попечителя не требуется для мелких бытовых сделок;

- распоряжаться выплачиваемыми на его содержание алиментами, социальной пенсией, средствами по возмещению вреда здоровью и в связи со смертью кормильца и иными предоставляемыми на его содержание выплатами с письменного согласия попечителя. Собственными доходами, перечисленными в пп. 1 п. 2 ст. 26 ГК РФ, которые вправе самостоятельно совершать несовершеннолетний в возрасте от 14 до 18 лет (заработок, стипендии и иные доходы), ограниченно дееспособный гражданин вправе распоряжаться самостоятельно.

Абзацем четвертым пункта 2 статьи 30 ГК РФ предусмотрено, что при наличии достаточных оснований суд по ходатайству попечителя либо органа опеки и попечительства может ограничить или лишить такого гражданина права самостоятельно распоряжаться своими заработком, стипендией и иными доходами. Но даже в этом случае гражданин не может быть ограничен в праве совершать мелкие бытовые сделки.

Совершение завещания ограниченно дееспособными лицами запрещено законом [5]. Завещание не относится к мелким бытовым сделкам. Кроме того, завещание должно быть совершено завещателем лично, да к тому же лицо должно обладать на момент его удостоверения [2] дееспособностью в полном объеме (ст. 1118 ГК РФ) [4].

Таким образом, закон предусматривает определенную гибкость в применении мер защиты по отношению к гражданам, чья способность к самостоятельному осуществлению своих прав нарушена.

Для лиц, признанных ограниченно дееспособными по данному основанию, появляется возможность самостоятельного волеизъявления и распоряжения своим имуществом в большинстве повседневных сделок.

В соответствии с пунктом 3 статьи 29 ГК РФ, ограничение дееспособности может быть установлено судом в отношении гражданина, который был признан недееспособным. Ранее, если основания для признания гражданина недееспособным отпадали, суд мог лишь признать его полностью дееспособным. В соответствии с действующим законодательством, в данном случае у суда появилась альтернатива: либо полностью восстановить дееспособность гражданина, либо признать его ограниченно дееспособным.

В случае признания гражданина ограниченно дееспособным, объем ограничений значительно меньше, чем в случае признания его недееспособным, однако любое ограничение прав и свобод человека допустимо только в исключительных ситуациях, когда иные меры защиты оказываются недостаточными. Соответственно, назначение любых мер защиты должно учитывать два принципа: максимальное сохранение дееспособности и индивидуализация мер защиты [6]. Новые изменения позволяют реализовать данные принципы;

Пункт 3 статьи 36 ГК РФ дополнен требованием, согласно которому опекун или попечитель обязан заботиться о развитии (восстановлении) дееспособности своего подопечного, как ограниченного в дееспособности, так и признанного недееспособным.

Дееспособность гражданина не является неизменной, она может меняться и требует периодической оценки. Закон до сих пор не определяет того, каким образом осуществляется забота о развитии или восстановлении дееспособности подопечного, «однако ее целью, исходя из принципа минимального ограничения дееспособности гражданина, должно быть расширение самостоятельности подопечного, то есть отмена ограничения в дееспособности, признание дееспособным либо ограничение в дееспособности как менее ограничительная альтернатива недееспособности» [1].

Таким образом, в основе новых изменений, внесенных в ГК РФ, лежит понимание того, что в случае, когда гражданин не может самостоятельно защищать себя или осуществлять свои права, задача государства состоит не в том, чтобы ограничить его в праве принимать юридически значимые решения, а предоставить ему необходимую поддержку для реализации своего права самостоятельно осуществлять свои имущественные интересы.

Список литературы

1. Бертенев, Д. Дееспособность людей с ментальной инвалидностью: законодательные изменения [Электронный ресурс] / URL: <http://perspektiva-inva.ru/protection-rights/articles/vw-2171/> (дата обращения: 5.02.2015).
2. Гаврилов, В.Н. Особенности совершения нотариального завещания [Текст] // Нотариус. 2010. № 4. С. 14-19.
3. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть первая (ред. от 22.10.2014) // СЗ РФ. – 1994. – № 32. – ст. 3301.
4. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть третья (ред. от 05.05.2014) // СЗ РФ. – 2001. – № 49. – ст. 4552.
5. Постановление Пленума Верховного суда РФ от 4 мая 1990 года № 4 «О практике рассмотрения судами Российской Федерации дел об ограничении дееспособности граждан, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими средствами» (в

редакции постановления Пленума от 21 декабря 1993 г. № 11, с изменениями и дополнениями, внесенными постановлением Пленума от 25 октября 1996 г. № 10) // БВС РСФСР. 1990. № 7; БВС РФ. 1994. № 3; 1997. № 1. (утратило силу Постановлением Пленума ВС РФ от 26 апреля 2007 г. № 24).

6. Рекомендация Комитета Министров Совета Европы от 23 февраля 1999 года R (99) 4 «О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых» (Принята 23 февраля 1999 на 660-ом заседании представителей министров) // текст официально не опубликован.

7. Федеральный закон от 30 декабря 2012 № 302-ФЗ «О внесении изменений в главы 1, 2, 3 и 4 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации» (ред. от 4 марта 2013) // СЗ РФ. – 2012. – № 53 (ч. I). – ст. 7627.

ФОРУМ КАК ФОРМА ПРОЯВЛЕНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ АКТИВНОСТИ

Воробьева Е.И.

студентка кафедры государственной политики и государственного управления
Кубанского государственного университета,
Россия, г. Краснодар

В статье рассматривается понятие и деятельность форумов как формы консолидации деятельности общественных объединений, а также различие в толковании термина «форум» в Древнем Риме и современном мире, анализ понятия и деятельности веб-форумов.

Ключевые слова: форум, Романум, веб-форум, Общероссийский гражданский форум, Гражданский Форум Кубани.

Институты гражданского общества реализуют свои функции и задачи через ряд мероприятий, к ним относят: советы, митинги, пикетирование, сходь граждан и многое другое. Форум также является одной из форм консолидации институтов гражданского общества.

Форумом называют мероприятие, которое проводится для обозначения или решения определённых глобальных или локальных проблем. Свою историю термин берёт в Древнем Риме: под форумом тогда понимали площадь или рынок, которые становились центром политической жизни. Также существовал и главный форум Рима – «Романум», который получил своё развитие с 6 в. до н.э. [5] – он представлял собой целый архитектурный ансамбль, расположенный в центре Древнего Рима со всеми прилегающими к нему зданиями. Изначально на месте главного форума располагался рынок, который через время был представлен комиций – место народных собраний, а также курию – место заседания Сената. С появлением этих структур форум стал приобретать политический характер. Таким образом, такая площадь в Древнем Риме стала центром общественной жизни города и постепенно из «повседневного общения» стала формироваться в тематические встречи и обсуждения. Следовательно, форуму «Романум» были присущи признаки современного понятия форум [2].

Форум довольно распространённое мероприятие, которое можно встретить в политической, экономической, социальной, экологический, религиозных и различных других сферах жизни общества. В отличие от других форм институтов гражданского общества, форум не регулируется законодательством. Зачастую форумом называют клуб по интересам, так как основной его задачей является решение конкретных проблем. Чаще всего форумы проходят на международном уровне. Так, с 2004 г. по 2012 г. каждый год проводился Российско–Китайско–Казахстанский нефтегазовый форум. В 2008 году форум был реформирован в Евразийский экономический саммит [3]. Агентство экономической информации «Прайм» составило «10 главных экономических форумов для российского бизнеса», в числе которых Петербургский международный экономический форум и Международный инвестиционный форум в Сочи [1].

Жизнь гражданского общества не менее динамична, чем экономическая сфера, об этом свидетельствует проведение различных гражданских форумов. Так, в Москве уже второй год подряд проводится «Общероссийский гражданский форум», в рамках которого обсуждаются «злободневные для некоммерческого сектора темы». Общероссийский гражданский форум 2013 г. отличался тем, что на нём отсутствовали представители органов власти. Организационный комитет форума учёл этот недостаток, так как некоторые вопросы повестки дня Общероссийского гражданского форума 2014 г. касались совместного взаимодействия представителей общественности и представителей органов власти. Обсуждение широкого спектра вопросов проводится в форме дискуссии на тематических круглых столах, а также подводятся итоги работы успешных региональных проектов, которые реализовывались некоммерческим сектором. Визитной карточкой Общероссийского гражданского форума 2014 г. стала презентация регионального индекса гражданской активности [4].

Современная интерпретация термина форум отличается от толкования с исторической точки зрения: сейчас под форумом понимают сайты, которым также свойственно тематическое общение, но уже в другой форме. Так, в Краснодарском крае существует сайт «Гражданский Форум Кубани», который носит информативный характер для всех граждан Кубани и членов некоммерческих организаций (далее НКО). Уникальность «Гражданского Форума Кубани» заключается в том, что помимо освещения мероприятий, сбора нормативно–правовой базы, касающейся НКО, сайт освещает деятельность религиозных организаций. Ведь они, в свою очередь, играют важную роль в формировании и воспитании достойных членов гражданского общества. На территории Кубани проживает много народов, которые исповедуют разные религии. Это подтверждается и количеством зарегистрированных религиозных организаций, их на территории Краснодарского края – 760 (на 24.11.2014г.)

Появление современных технологий и сети Интернет, также внесло свою лепту в интерпретацию термина «форум». Теперь провести форум можно с группой людей, находящихся в разных уголках планеты – веб-форум – не тратя финансовых средств: такое понимание термина говорит об

интерактивном общении, которое часто применяется в различных отраслях экономики. Веб форум – это раздел сайта, в рамках которого посетители оставляют свои сообщения для обсуждения с другими посетителями сайта. Как правило, существует ряд ограничений для размещения сообщения на таком форуме, но и они носят формальный характер. «Отличительной чертой web-форума является то, что сообщения внутри него организуются по веткам и разделам, обычно такая рубрикация сообщений проводится на основе тематики дискуссий» [6]. Плюс такого вида форума в том, что он несёт мало затрат и доступен, так как каждый пользователь сети Интернет через специальный веб-сервис «Сервис форумов» может создать свой собственный форум. Несмотря на свою популярность, традиционная форма проведения форумов (лицом к лицу) не теряет своей актуальности.

В заключение отметим, что из всех способов проявления гражданской активности форум является мирным и цивилизованным. Возможно, по этой причине законодательство Российской Федерации не регулирует данную сферу. Однако если просмотреть содержание некоторых форумов (особенно веб-форумов), можно найти ряд нарушений законодательства, в том числе и проявление экстремизма, призыв к смене Конституции РФ и государственной политики.

Список литературы

1. Сайт агентства экономической информации «Прайм» от группы РИА новости «10 главных экономических форумов для российского бизнеса» // [Электронный ресурс]/ Режим доступа: URL:http://1prime.ru/special_projects/20140121/775823371-print.html
2. Сайт Академик: словари и энциклопедии «Форум Романум» // [Электронный ресурс]/ Режим доступа: URL:<http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/1168866>
3. Сайт Евразийского Энергетического саммита» // [Электронный ресурс]/ Режим доступа: URL: <http://www.eurasianenergysummit.com/>
4. Сайт Общероссийского гражданского форума» // [Электронный ресурс]/ Режим доступа: URL: <http://civil-forum.ru>
5. Сайт толковых словарей// [Электронный ресурс]/ Режим доступа: URL: <http://tolkslovar.ru/f2437.html>
6. Сайт «Энциклопедия сайтостроения» «Web-форумы интерактивное общение» // [Электронный ресурс]/ Режим доступа: URL: <http://site.nic.ru/content/view/76/33>

ПРАВО НА ЗАЩИТУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РАБОТНИКА ПРИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ С РАБОТОДАТЕЛЕМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Гилева Н.В.

доцент кафедры международного права факультета международных отношений Казахского национального университета им. аль-Фараби,
канд. юридич. наук,
Казахстан, г. Алматы

В статье рассматриваются права и обязанности работника и работодателя на сбор, обработку и защиту персональных данных. Нормативными правовыми актами созданы основы для обеспечения защиты прав и свободы человека и гражданина при обработке его

персональных данных, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, усиление государственного регулирования в данной сфере.

Ключевые слова: персональные данные работника, работодатель, частная жизнь, личная тайна, реквизиты работника, трудовой договор.

В предстоящий период экономическая политика Казахстана ориентирована на реализацию Стратегии «Казахстан – 2050», обеспечение устойчивости национальной экономики, социального развития и роста инвестиций в человеческий капитал. Основными факторами роста экономики Казахстана в этот период станут рост внутреннего спроса, улучшение внешних условий для экспорта, рост инвестиций, а также углубление евразийской экономической интеграции.

Названные факторы призваны на основе распределения ответственности способствовать достижению продуктивной занятости, расширению достойных условий труда и созданию благоприятных возможностей для развития человеческого потенциала в контексте повышения его конкурентоспособности.

Эти процессы должны поддерживаться эффективным взаимодействием социальных партнеров в сфере занятости населения и развития трудовых ресурсов.

По законодательству Республики Казахстан персональные данные – это сведения, относящиеся к определенному или определяемому на их основании субъекту персональных данных, зафиксированные на электронном, бумажном и (или) ином материальном носителе (подпункт 2) пункта 1 статьи 1 Закона Республики Казахстан от 21 мая 2013 года № 94 «О персональных данных и их защите» (далее – Закон о персональных данных) [1].

В целях информационного обеспечения населения используются общедоступные источники персональных данных (в том числе биографические справочники, телефонные, адресные книги, общедоступные электронные информационные ресурсы, средства массовой информации).

Персональные данные ограниченного доступа – персональные данные, доступ к которым ограничен законодательством Республики Казахстан.

В связи с ноябрьскими изменениями в 2013 году в Трудовом кодексе Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251 (далее – Трудовой кодекс) было исключено положение подпункта 8) статьи 65 Трудового кодекса, согласно которому работник был обязан, в случае изменения персональных данных, в течение десяти рабочих дней сообщить об этом работодателю [2].

При заключении трудового договора стороны должны руководствоваться обязательными положениями статьи 28 Трудового кодекса и, в частности, включить в содержание трудового договора фамилию, имя, отчество (при его наличии) работника, адрес его постоянного места жительства и сведения о регистрации по месту жительства, наименование, номер и дату выдачи документа, удостоверяющего личность.

Следовательно, работодатель при заключении трудового договора обязан запросить у будущего работника информацию о нем для заполнения и

дальнейшего заключения трудового договора. В дальнейшем, в течение срока действия трудового договора на основании пункта 1-1 статьи 28 Трудового кодекса при изменении реквизитов сторон соответствующие изменения должны быть внесены в трудовой договор.

В случае изменений реквизитов работодателя работнику предлагается подписать дополнительное соглашение к трудовому договору, тем самым работодатель выполнит свою обязанность и не допустит нарушения трудового законодательства Республики Казахстан.

Если изменения произойдут в реквизитах работника, данное требование сложно исполнить работодателю без соответствующего сообщения работника о произошедших изменениях. Учитывая, что, в соответствии с подпунктом 1) пункта 2 статьи 22 Трудового кодекса, работник обязан выполнять трудовые обязанности в соответствии с трудовым, коллективным договорами, актами работодателя, полагаю, целесообразно в трудовом договоре прописать обязанность работника сообщать о возникших изменениях в течение срока действия трудового договора информацию, которая входит в его реквизиты, в том числе адрес его постоянного места жительства и сведения о регистрации по месту жительства.

Предусмотреть это можно в актах работодателя, в частности, в Положении о защите персональных данных работника либо в трудовом договоре работника. Согласно пункту 3 статьи 22 Трудового кодекса работник имеет иные права и исполняет иные обязанности, предусмотренные Кодексом. Так как, в соответствии с пунктом 2 статьи 69 Трудового кодекса, среди прочих условий, закрепленных в Правилах трудового распорядка, могут быть и иные вопросы регулирования трудовых отношений.

На основании подпунктов 4) и 7) статьи 65 Трудового кодекса, где в обязанности работодателя входит: обрабатывать персональные данные, представленные лично работником либо уполномоченными государственными органами, с предварительным уведомлением и получением согласия работника; обеспечить ознакомление с актом работодателя, устанавливающим, в соответствии с законодательством Республики Казахстан, порядок сбора, обработки и защиты персональных данных работника, можно сделать вывод, что наличие выше предложенной редакции в актах работодателя либо в трудовом договоре не является нарушением трудового законодательства Республики Казахстан.

Согласно пункту 2 статьи 10 Трудового кодекса положения трудовых договоров, актов работодателей, ухудшающие положения работников по сравнению с трудовым законодательством Республики Казахстан, признаются недействительными и не подлежат применению.

После изменений в трудовом законодательстве Республики Казахстан, в соответствии со статьей 65 Трудового кодекса, работодатель не имеет права требовать от работника информацию о его политических, религиозных и иных убеждениях и частной жизни, а также информацию о его членстве или деятельности в общественных объединениях, в том числе в профессиональных союзах.

Разумеется, возникает вопрос, а что относится к частной жизни работника? В соответствии со статьей 10 Гражданского процессуального кодекса Республики Казахстан от 13 июля 1999 года № 411 (далее – ГПК РК) частная жизнь граждан, личная и семейная тайна находятся под охраной закона. Каждый имеет право на тайну личных вкладов и сбережений, переписки, телефонных переговоров, почтовых, телеграфных и иных сообщений. Ограничения этих прав в ходе гражданского процесса допускаются только в случаях и в порядке, прямо установленных законом [3]. Следовательно, частная жизнь граждан находится под защитой государства, но что именно относится к частной жизни, в законодательстве четко не определено.

Обратимся за разъяснением статьи 10 к комментарию ГПК РК, где под частной жизнью понимается сфера жизнедеятельности одного отдельного человека, которая дорога только ему, поэтому вмешательство со стороны общества, государства без согласия на то самого лица, недопустимо. Личная тайна, являясь частью частной жизни, предполагает наличие сведений, которые лицо хранит в секрете, даже от близких (к ним можно отнести сведения, касающиеся здоровья, подробности интимной жизни и др.). Законодатель предусматривает возможность получения представителями ряда профессий при исполнении ими служебных обязанностей сведений, носящих личный характер, и обязывает сохранить их в тайне. К таковым относятся тайна усыновления, врачебного диагноза, завещания, адвокатская, банковская тайна, данные предварительного следствия и другие. В случае разглашения фактов, составляющих личную или семейную тайну, виновные лица несут установленную законом ответственность. Соответствующие статьи предусмотрены в гражданском, административном и уголовном законодательстве [4].

Таким образом, из разъяснений следует, что сведения, касающиеся изменения фамилии, имени, отчества (при его наличии) работника, адрес его постоянного места жительства и сведения о регистрации по месту жительства, наименование, номер и дату выдачи документа, удостоверяющего его личность, не могут рассматриваться как объект частной жизни.

Считаю уместным отметить, что на основании подпункта 1) пункта 2 статьи 23 Трудового кодекса работодатель обязан соблюдать требования трудового законодательства Республики Казахстан, а именно: при привлечении работника к дисциплинарной ответственности в случае невозможности ознакомить работника лично с актом работодателя о наложении дисциплинарного взыскания направить акт работнику письмом с уведомлением (пункт 6 статьи 73 Трудового кодекса) либо в случае прекращения трудового договора, независимо от основания, копию акта работодателя о прекращении трудового договора вручить работнику либо направить ему письмо с уведомлением в трехдневный срок (пункт 4 статьи 62 Трудового кодекса).

Всем известно, что право на неприкосновенность частной жизни принадлежит каждому от рождения независимо от наличия или отсутствия у не-

го гражданства, позволяя сохранять в тайне сведения, касающиеся его личной или семейной жизни. Человек вправе самостоятельно определять, какие сведения о его личной жизни можно предать огласке, а какие из них являются тайной.

Европейский суд по правам человека в своих решениях отмечает, что понятие личной жизни является достаточно широким и не поддается исчерпывающему определению. Оно охватывает как физическую, так и моральную стороны жизни индивида. Такие элементы, как, например, половая идентификация, пол, сексуальная ориентация и половая жизнь, относятся к личной жизни.

Таким образом, личная тайна – это сведения, касающиеся только одного лица и сохраняемые им в режиме секретности от других лиц, за исключением сведений, характеризующих публичную, служебную деятельность этого человека. К личной тайне можно отнести сведения о персональных данных, дружеских и интимных отношениях, сексуальной ориентации, религиозных или атеистических взглядах и убеждениях, имущественном положении, источниках доходов, месте проживания, увлечениях, пристрастиях, вредных привычках, заболеваниях (в том числе и о социально опасных – ВИЧ-инфекции, венерические заболевания, туберкулез), проведении досуга и т.д. Сведения о противоправном поведении лица (совершении преступления или административного проступка) не образуют личную тайну и их разглашение (например, сообщение правоохранительным органам) должно признаваться общественно полезным, а не общественно опасным деянием.

В юриспруденции считается, что получение информации в ходе беседы с самим лицом не является незаконным ее собиранием до того момента, пока сведения о частной жизни сообщаются добровольно.

В соответствии со статьей 6 Закона о персональных данных персональные данные по доступности подразделяются на: общедоступные и ограниченного доступа.

Общедоступные персональные данные – персональные данные, доступ к которым является свободным с согласия субъекта или на которые, в соответствии с законодательством Республики Казахстан, не распространяются требования соблюдения конфиденциальности.

В целях информационного обеспечения населения используются общедоступные источники персональных данных (в том числе биографические справочники, телефонные, адресные книги, общедоступные электронные информационные ресурсы, средства массовой информации).

При приеме на работу работника работодатель должен получить письменное согласие на сбор, обработку персональных данных письменно или в форме электронного документа либо иным способом с применением элементов защитных действий, не противоречащих законодательству Республики Казахстан.

Персональные данные ограниченного доступа – персональные данные, доступ к которым ограничен законодательством Республики Казахстан.

В дальнейшем изменение и дополнение персональных данных осуществляются собственником и (или) оператором на основании обращения (запроса) субъекта или его законного представителя либо в иных случаях, предусмотренных законами Республики Казахстан.

По Закону о персональных данных в качестве субъекта персональных данных рассматривается физическое лицо, к которому относятся персональные данные (подпункт 16) статьи 1 Закона о персональных данных). Дальнейшее использование персональных данных должно осуществляться собственником, оператором и третьим лицом только для ранее заявленных целей их сбора (статья 14 Закона о персональных данных).

Следовательно, можно сделать вывод, что, не нарушая права частной жизни и не ограничиваясь информацией, необходимой для полноценного развития трудовых отношений работника и работодателя, в целях исполнения работодателем норм трудового законодательства Республики Казахстан, работодатель вправе закрепить в трудовом договоре обязанность работника предоставлять общедоступные сведения о персональных данных, в том числе об изменении домашнего адреса и сведений о телефоне или изменении фамилии, имени, отчества, а также иных данных, не противоречащих законодательству Республики Казахстан, в том числе об установлении инвалидности, запрещающей продолжать трудовую деятельность. Данная информация должна предоставляться самим работником при продолжении трудовых отношений с работодателем, что не нарушает его конституционного права на защиту персональных данных.

Список литературы

1. Республика Казахстан. Законы. О персональных данных и их защите [Электронный ресурс] [Текст] [Закон Республики Казахстан от 21 мая 2013 года № 94]. – Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31396226.
2. Республика Казахстан. Законы. Трудовой кодекс Республики Казахстан. [Электронный ресурс] [Текст]: [Кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251: по состоянию на 09.02.2015 г.]. – Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30103567.
3. Республика Казахстан. Законы. Гражданский процессуальный кодекс Республики Казахстан [Электронный ресурс] [Текст]: [Кодекс Республики Казахстан от 13 июля 1999 года № 411: по состоянию на 29.12.2014 г.] – Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=1013921.
4. Комментарий к Гражданскому процессуальному кодексу Республики Казахстан. [Электронный ресурс] [Текст]: / под общ. ред. Председателя Верховного Суда Республики Казахстан, д.ю.н. Мами К.А. // – ISBN 978-601-236-003-5 – Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31396226.

РОЛЬ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИНСПЕКЦИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Дегтярева О.Л.

старший научный сотрудник федерального казенного учреждения
«Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения
наказаний», подполковник внутренней службы,
Россия, г. Москва

В статье анализируется роль уголовно-исполнительных инспекций в исполнении уголовных наказаний в Российской Федерации, проводится сравнительный анализ деятельности

Ключевые слова: уголовно-исполнительные инспекции, обязательные работы, исправительные работы, ограничение свободы, отсрочка отбывания наказания.

В соответствии с Концепцией развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года [1] предполагается расширение правоприменительной практики судов по назначению наказаний, альтернативных лишению свободы, дальнейшая гуманизация уголовных наказаний, передача в уголовно-исполнительную систему (УИС) полномочий по осуществлению контроля за условно-досрочно освобожденными из мест лишения свободы. В связи со всем вышеназванным прогнозируется увеличение численности лиц, состоящих на учете в уголовно-исполнительных инспекциях (УИИ).

В настоящее время уголовно-исполнительными инспекциями территориальных органов ФСИН России исполняются следующие виды наказаний, не связанных с изоляцией осужденных от общества [2]:

- лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью – запрещение занимать должности на государственной службе, в органах местного самоуправления либо заниматься определенной профессиональной или иной деятельностью;
- обязательные работы – выполнение осужденным в свободное от основной работы или учебы время бесплатных общественно полезных работ, вид работ и объекты, на которых они отбываются, определяются органами местного самоуправления по согласованию с уголовно-исполнительными инспекциями;
- исправительные работы – назначаются осужденному, имеющему основное место работы, а равно не имеющему его, с обязательным удержанием из заработной платы осужденного к исправительным работам в соответствии с приговором суда от 5 до 20 процентов в доход государства;
- ограничение свободы – установление судом осужденному следующих ограничений: не покидать место постоянного проживания (пребывания) в определенное время суток, не посещать определенные места, расположенные в пределах территории соответствующего муниципального образования,

не выезжать за пределы территории соответствующего муниципального образования, не посещать места проведения массовых и иных мероприятий и не участвовать в указанных мероприятиях, не изменять место жительства или пребывания, место работы и (или) учебы без согласия УИИ в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Кроме того, уголовно-исполнительные инспекции контролируют исполнение следующих мер уголовно-правового характера, не связанных с лишением свободы [2, 3]:

- условное отбывание реального наказания;
- отсрочка реального отбывания наказания, применяемая к беременной женщине, женщине, имеющей ребенка в возрасте до 14 лет, мужчине, имеющему ребенка в возрасте до 14 лет и являющемуся единственным родителем. Отсрочка предусмотрена до достижения ребенком 14-летнего возраста;
- отсрочка отбывания наказания до окончания лечения и медико-социальной реабилитации больным наркоманией, впервые совершившим преступление, предусмотренное частью первой статьи 228, частью первой статьи 231 и статьей 233 Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ), и изъявившим желание добровольно пройти курс лечения от наркомании, а также медицинскую и социальную реабилитацию;
- принудительные меры медицинского характера в отношении лиц, в установленном законом порядке признанных страдающими расстройством сексуального предпочтения (педофилией);
- принудительные меры медицинского характера в отношении осужденных к лишению свободы, признанных в установленном законом порядке страдающими расстройством сексуального предпочтения (педофилией), в период условно-досрочного освобождения или в период отбывания более мягкого вида наказания, а также после отбытия ими наказания.

Уголовно-исполнительные инспекции также осуществляют контроль за нахождением подозреваемого или обвиняемого в месте исполнения меры пресечения в виде домашнего ареста и за соблюдением им наложенных судом запретов и (или) ограничений.

Сравнительный анализ показателей деятельности уголовно-исполнительных инспекций и учреждений, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы, позволяет сделать вывод, что деятельность УИИ объективно является одной из самых сложных.

Во-первых, как указывалось выше, на уголовно-исполнительные инспекции возложено исполнение 10 видов наказаний и мер уголовно-правового характера и пресечения, не связанных с изоляцией от общества. Все эти виды наказаний, мер уголовно-правового характера и пресечения отличаются порядком и условиями исполнения. Все остальные учреждения УИС исполняют только наказание в виде лишения свободы, и в работе персонала существует специализация по видам деятельности, то есть каждый сотрудник выполняет строго определенные задачи в соответствии с возложенными на него обязанностями (кадровая, организационно-аналитическая, охранная, воспитательная, оперативная, социальная, производственная, режимная службы и др.).

Инспектора уголовно-исполнительных инспекций в процессе исполнения наказаний, мер уголовно-правового характера и пресечения, не связанных с изоляцией осужденных от общества, осуществляют все виды деятельности: от формирования личных дел осужденных и разъяснения порядка и условий отбывания назначенного судом вида наказания до направления в суд материалов и представительства в судебном заседании при решении вопросов о замене наказания, отмене условного осуждения (отсрочки), продлении испытательного срока, возложении дополнительных обязанностей (ограничений) и т.д. При этом в УИИ между инспекторами не существует специализации по 10 различным видам наказаний и мер уголовно-правового характера и пресечения, различающихся порядком и условиями отбывания их осужденными, из чего следует, что каждый сотрудник осуществляет все виды деятельности по всем направлениям работы.

Во-вторых, *УИИ исполняют наказания, не связанные с изоляцией осужденных от общества, «дистанционно»*, не имея возможности постоянного контроля за поведением подопечных и оперативного воздействия на них.

В-третьих, *в течение 3 лет (с 2011 по 2013 годы) на учете в УИИ состояло 2 521 683 человека, в тот же период времени в учреждениях, исполняющих наказания в виде лишения свободы, содержалось 4 048 054¹ человека. При этом численность сотрудников УИИ составляла (таблица 1):*

Таблица 1

Численность сотрудников, исполняющих наказания в виде лишения свободы, и не связанные с изоляцией осужденных от общества

Численность сотрудников (чел.)		2011 год	2012 год	2013 год
в том числе	УИИ	9802	9867	9980
	остальных учреждений УИС	254 661	235563	208289

Нагрузка на одного сотрудника, исполняющего наказания, представлена в таблице 2.

Таблица 2

Нагрузка на сотрудников, исполняющих уголовные наказания

Годы		2011 год	2012 год	2013 год
Нагрузка на 1 сотрудника (чел.)	УИИ	47,94	47,43	47,38
	остальных учреждений УИС	3,06	3,03	3,27

Значительная доля от общего числа сотрудников, исполняющих наказания в виде лишения свободы, обеспечивают изоляцию осужденных от общества (доля сотрудников отделов охраны составила 29,7 % в 2011 году; 28,95 % в 2012 году, 26,58 % в 2013 году). Однако именно изоляция предоставляет возможности для постоянного контроля и ограничивает криминальную активность лиц, содержащихся в учреждениях УИС.

В-четвертых, *на сотрудников УИИ возложена ответственность за*

¹ Ведомственные отчеты о результатах деятельности УИС за 2011-2013 годы.

профилактику повторной преступности, не смотря на то, что инспектора УИИ располагают ограниченными возможностями для контроля поведения осужденных к наказаниям и мерам уголовно-правового характера, не связанным с лишением свободы, и воздействия на подучетных лиц. Поэтому в рассматриваемый период (2011-2013 годы) уровень повторной преступности среди осужденных, состоящих на учете в УИИ, несколько превышает средний уровень преступности в Российской Федерации и на порядок превышает уровень повторной преступности в учреждениях, исполняющих наказания в виде лишения свободы, о чем свидетельствуют данные, представленные в таблице 3.

Таблица 3

Уровень повторной преступности среди лиц, осужденных к наказаниям и мерам уголовно-правового характера, не связанным с изоляцией осужденных от общества, и в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, в общей структуре преступлений, совершаемых на территории страны

Показатель	Динамика		
	2011	2012	2013
Уровень преступности в Российской Федерации ¹	1,68	1,61	1,54
Уровень криминальной активности населения Российской Федерации ² .	1,88	1,81	1,73
Уровень повторной преступности (доля осужденных, против которых возбуждены уголовные дела за преступления, совершенные после постановки на учет в УИИ, от общего числа осужденных, состоявших на учете в отчетном периоде).	2,67	2,4	2,07
Уровень преступности в учреждениях, исполняющих наказания в виде лишения свободы	0,16	0,18	0,18

Конечно, УИИ исполняют более легкие виды уголовных наказаний [3] за преступления меньшей тяжести, чем прочие учреждения УИС. Однако следует отметить тот факт, что из общего числа подучетных УИИ лиц, не менее 36,6 % ранее совершали преступления (в том числе тяжкие и особо тяжкие) и отбывали уголовные наказания (в том числе в виде лишения сво-

¹ Количество преступлений, зарегистрированных в Российской Федерации за год, приходящееся на 100 человек всего населения. В информационных материалах ФКУ «Главный информационно-аналитический центр» МВД РФ о состоянии преступности в России за 2010- 2013 годы данный показатель определяется в расчете на 100 тыс. человек; однако нами был проведен перерасчет данного показателя на 100 человек всего населения для получения показателя, сопоставимого с уровнем повторной преступности осужденных к наказаниям, не связанным с изоляцией от общества.

² Количество преступлений, зарегистрированных в Российской Федерации за год, приходящееся на 100 человек активного (старше 10 лет) населения. Для объективного сравнения общего состояния преступности в России в целом и повторной преступности осужденных представляется необходимым использовать не показатель уровня преступности в Российской Федерации, а показатель уровня криминальной активности населения Российской Федерации, то есть количество преступлений, зарегистрированных в Российской Федерации за год, приходящееся на 100 человек активного (старше 10 лет) населения. Даже этот показатель можно использовать с оговоркой, что возраст уголовной ответственности для граждан Российской Федерации наступает с 14 лет, а, следовательно, даже критерий криминальной активности населения не совсем корректен при использовании для сравнения состояний преступности населения России в целом и осужденных, отбывающих уголовные наказания. Тем не менее, ввиду особенностей государственных статистических данных о демографической ситуации в стране (а именно, о распределении населения по возрасту), мы вынуждены использовать показатель криминальной активности населения страны старше 10 лет.

боды на определенный срок), то есть являются «рецидивистами» если не в юридическом (в ч. 4 ст. 18 УК РФ указывается, что при признании рецидива преступлений не учитываются: судимости за умышленные преступления небольшой тяжести; судимости за преступления, совершенные лицом в возрасте до восемнадцати лет; судимости за преступления, осуждение за которые признавалось условным либо по которым предоставлялась отсрочка исполнения приговора, если условное осуждение или отсрочка исполнения приговора не отменялись и лицо не направлялось для отбывания наказания в места лишения свободы, а также судимости, снятые или погашенные в порядке, установленном ст. 86 УК РФ), то в общепринятом понимании данного слова. То, что данной категории лиц было назначено наказание, не связанное с изоляцией от общества, является в определенном смысле случайным, а в ряде случаев временным явлением. Так, в 2010 году таких было 36,1 %, в 2011 – 37,23 %, в 2012 – 38,98 %, в 2013 – 40,68 %. Что же касается лиц, в отношении которых возбуждены уголовные дела за преступления, совершенные после постановки на учет, то доля неоднократно судимых среди них не менее 59 %. В 2010 году этот показатель составил 64,46 %, в 2011 году – 64,39 %, в 2012 году – 64,5 %, в 2013 году – 59,32 %. Приведенные данные статистически подтверждают высокую криминальную зараженность осужденных, состоящих на учете в УИИ.

Общая же криминальная зараженность населения Российской Федерации в 4-5 раз меньше аналогичного показателя для осужденных, состоящих на учете в УИИ. Так, количество преступлений, совершенных лицами, ранее совершавшими преступления и их доля в общем количестве преступлений, зарегистрированных в Российской Федерации в отчетном периоде с 2010 по 2013 годы прогрессирует с 530 742 человек (20,19 %) до 613 779 человек (27,82 %).

Таким образом, более трети осужденных, отбывающих наказания, не связанные с лишением свободы, неоднократно судимы за совершение уголовных преступлений; с данной точки зрения невозможно назвать контингент, с которым работают сотрудники УИИ, более «легким» в плане профилактики повторной преступности.

О том, что изоляция осужденных от общества существенно ограничивает возможности для совершения повторного преступления, свидетельствует тот факт, что уровень повторной преступности в местах лишения свободы не менее, чем в 9,6 раз ниже, чем уровень преступности в среднем в Российской Федерации, и не менее, чем в 11,6 раза ниже, чем уровень повторной преступности осужденных, состоящих на учете в УИИ.

В-пятых, *сотрудники УИИ имеют ограниченные возможности положительного или отрицательного стимулирования поведения подучетных осужденных.* Осужденные к обязательным и исправительным работам при нарушении порядка и условий отбывания наказания, осужденные с отсрочкой отбывания наказания при нарушении условий отсрочки, равно как и при уклонении условно осужденного от исполнения возложенных на него судом обязанностей либо при нарушении им общественного порядка, за которое на

него было наложено административное взыскание, могут быть лишь предупреждены инспектором УИИ. Осужденным к ограничению свободы может быть вынесено предупреждение, а при повторном нарушении порядка и условий отбывания наказания – официальное предостережение. Следует отметить, что ограничение свободы – единственный вид применяемого ныне наказания без лишения свободы, для осужденных к которому Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации предусматривает для уголовно-исполнительных инспекций возможность поощрения за хорошее поведение и добросовестное отношение к труду и (или) учебе (благодарность; досрочное снятие ранее наложенного взыскания; разрешение на проведение за пределами территории соответствующего муниципального образования выходных и праздничных дней; разрешение на проведение отпуска с выездом за пределы территории соответствующего муниципального образования)¹. Условно-досрочное освобождение от отбывания наказания, решение об отмене условного осуждения и снятии судимости, возложение дополнительных ограничений на осужденных к ограничению свободы, дополнительных обязанностей на условно осужденных либо продление им испытательного срока, решение об отмене условного осуждения либо отсрочки и исполнении назначенного судом наказания, а также замена наказания на более строгое для лиц, отбывающих наказания без лишения свободы, производится судом по представлению УИИ (в 20 % случаев суды отказывают в замене наказания, возложении дополнительных обязанностей или ограничений). В то время как администрация и сотрудники учреждений (начальники отрядов, а в воспитательных колониях также и воспитатели), исполняющих наказания в виде лишения свободы, согласно УИК РФ, имеют гораздо более широкий спектр рычагов непосредственного влияния на поведение осужденных. За хорошее поведение, добросовестное отношение к труду, обучению, активное участие в воспитательных мероприятиях к осужденным к лишению свободы могут применяться следующие меры поощрения: благодарность; награждение подарком; денежная премия; разрешение на получение дополнительной посылки или передачи; предоставление дополнительного краткосрочного или длительного свидания; разрешение дополнительно расходовать деньги в размере до пятисот рублей на покупку продуктов питания и предметов первой необходимости; увеличение времени прогулки осужденным, содержащимся в строгих условиях отбывания наказания в исправительных колониях и тюрьмах, до двух часов в день на срок до одного месяца; досрочное снятие ранее наложенного взыскания; к осужденным, отбывающим наказание в колониях-поселениях, может применяться мера поощрения в виде разрешения на проведение за пределами колонии-поселения выходных и праздничных дней. За

¹ В соответствии со статьей 60.13 УИК РФ за хорошее поведение и добросовестное отношение к труду администрация исправительного центра к осужденным к принудительным работам может применять следующие меры поощрения: благодарность; досрочное снятие ранее наложенного взыскания; предоставление возможности выезда за пределы исправительного центра в границах муниципального образования, на территории которого он расположен, в выходные и праздничные дни. Однако Федеральный закон от 07.12.2011 № 420-ФЗ (ред. т 28.12.2013) «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации» предусматривает применение наказания в виде принудительных работ с 1 января 2017 года.

нарушение установленного порядка отбывания наказания к осужденным к лишению свободы могут применяться следующие меры взыскания: выговор; дисциплинарный штраф в размере до двухсот рублей; водворение осужденных, содержащихся в исправительных колониях или тюрьмах, в штрафной изолятор на срок до 15 суток; перевод осужденных мужчин, являющихся злостными нарушителями установленного порядка отбывания наказания, содержащихся в исправительных колониях общего и строгого режимов, в помещения камерного типа, а в исправительных колониях особого режима – в одиночные камеры на срок до шести месяцев; перевод осужденных мужчин, являющихся злостными нарушителями установленного порядка отбывания наказания, в единые помещения камерного типа на срок до одного года; перевод осужденных женщин, являющихся злостными нарушителями установленного порядка отбывания наказания, в помещения камерного типа на срок до трех месяцев; к осужденным, отбывающим лишение свободы в колониях-поселениях, могут применяться взыскания в виде отмены права проживания вне общежития и запрещения выхода за пределы общежития в свободное от работы время на срок до 30 дней) [3, 4].

В-шестых, *исполнение уголовных наказаний, связанных или не связанных с изоляцией осужденных от общества, неизбежно сопряжено с риском для жизни*; обязанность же инспекторов УИИ контролировать поведение осужденных к ограничению свободы по месту жительства увеличивает этот риск, поскольку лица, преступившие закон часто имеют криминальное окружение, и сотрудник УИИ, осуществляющий проверку, может оказаться один на один с группой лиц, имеющих уголовное прошлое или будущее. При этом инспектор УИИ не имеет права на ношение и применение спецсредств, которыми оснащены сотрудники учреждений, исполняющих наказание в виде лишения свободы. Учитывая, что уровень повторной преступности в местах лишения свободы на порядок ниже, не только чем среди осужденных к наказаниям, не связанным с изоляцией от общества, но и по сравнению со средним уровнем преступности в стране в целом, как ни парадоксален этот вывод, но учреждения, исполняющие наказания в виде лишения свободы, являются одним из самых безопасных «мест» в стране.

Помимо упоминавшихся выше фактов, о высокой сложности исполнения наказаний, не связанных с изоляцией осужденных от общества, и значительной роли уголовно-исполнительных инспекций в деятельности уголовно-исполнительной системы свидетельствует тот факт, что инспектора УИИ, численность которых составляет не более 4,57 % от общей численности сотрудников УИС, за рассматриваемый период с 2011 по 2013 годы исполнили наказания, меры уголовно-правового характера и пресечения в отношении 38,38 % от общего количества подозреваемых, обвиняемых и осужденных, «прошедших» через уголовно-исполнительную систему.

Список литературы

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 14 октября 2010 году № 1772-р.

2. Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации (от 8.01.1997 № 1-ФЗ).
3. Уголовный кодекс Российской Федерации (от 13.06.1996 № 63-ФЗ).
4. Приказ Министерства Юстиции Российской Федерации от 20 мая 2009 года № 142 «Об утверждении инструкции по организации исполнения наказаний и мер уголовно-правового характера без изоляции от общества» (в ред. Приказа Министерства Юстиции Российской Федерации от 27.12.2010 № 411).

ПРОФИЛАКТИКА ПРАВОНАРУШЕНИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Идрисов К.А.

магистрант Высшей Школы управления, Казанский национальный
исследовательский технологический университет,
Россия, г. Казань

В статье дается краткая характеристика экономической, социально-демографической, культурно-досуговой сферы в сельской местности. Определяются причины и тенденции связанные с увеличением правонарушений в молодежной среде. Рассматривается роль программы профилактики правонарушений и роль органов муниципального образования.

Ключевые слова: молодежь, профилактика, правонарушения, программа, сельская местность, молодежная политика.

Молодежь – будущее нашей страны, и от ее деятельности зависит последующее развитие нашего государства. Молодежь составляет 27 % трудоспособного населения России [2]. Молодежь уже сегодня во многом определяет политическую, экономическую и социальную структуру общества. Вместе с тем она является одной из особо уязвимых социодемографических групп.

Одна из основных задач российского государства – сформировать эффективную, адекватную современным требованиям государственную молодежную политику, учитывающую особенности современного государства, общества и молодежи [5, с.105]. Важным направлением государственной молодежной политики является поддержка молодых граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, профилактика асоциального поведения, адаптация и реабилитация в молодежной среде. Это предполагает реализацию таких мероприятий, как:

- разработку и реализацию мер по активизации социально-правовой, психолого-педагогической, информационной и консультативной помощи молодым гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;
- совершенствование нормативно-правовой базы поддержки общественных объединений, юридических и физических лиц, осуществляющих помощь и поддержку молодых граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;

- обеспечение защиты прав и законных интересов несовершеннолетних в семье, учебных заведениях, в решении жилищных вопросов, в судах, создание системы ювенальной юстиции;

- создание системы «уличной» социальной работы, включающей мобильные группы специалистов, ориентированных на выявление неформальных подростковых и молодежных объединений и реализацию программ по коррекции и реабилитации;

- разработку и внедрение новых форм индивидуальной и групповой реабилитационной работы с молодыми людьми, совершившими правонарушения; проведение профилактической работы с лидерами и членами неформальных молодежных объединений;

- изучение и устранение комплекса социально-психологических и экономических причин возникновения асоциальных проявлений в молодежной среде; проведение просветительской и пропагандистской работы по противодействию идеологии социальной и национальной нетерпимости;

- законодательное ограничение рекламы алкоголя, табачных изделий, порнографии, распространения средствами массовой информации медиапродукции, пропагандирующей насилие, агрессию, асоциальное поведение [5, с.110].

Уязвимость сельской молодежи имеет свои особенности. Среди них в первую очередь следует назвать негативные тенденции социально-демографического характера. Численность сельской молодежи неуклонно сокращается. Именно в сельской местности молодежь особенно остро испытывает на себе общее снижение уровня жизни, бедность, отсутствие условий для трудоустройства, неразвитость культурных потребностей, эмоциональную пустоту, заниженность нравственных оценок своего и чужого поведения. Исследования социального самочувствия сельской молодежи в Республике Татарстан показывают, что сегодня лишь 48,4 процента ее полностью удовлетворены своей жизнью. Неудовлетворенность в различной степени испытывают больше половины представителей молодого поколения (51,6 процента). Сельская молодежь испытывает определенные трудности и в организации досуга. Исследования показывают, что центром культурной жизни сельской молодежи остается сельский клуб. Его посещают 43,2 процента представителей молодого поколения. Занимаются физической культурой и спортом на спортивной площадке 26,7 процента, посещают библиотеку 17,3 процента сельской молодежи. Нельзя не обратить внимание и на тот факт, что фактически каждый четвертый представитель сельской молодежи (26,3 процента) вообще не посещает культурно-досуговые учреждения. Закономерно, что лишь 8,6 процента сельской молодежи удовлетворены организацией досуга. Потребности сельской молодежи в области организации досуга за последние годы возросли, но не находят реального воплощения. Это происходит на фоне сокращения культурно-досуговых учреждений в сельской местности [3].

Увеличение правонарушений в молодежной среде в сельской местности связано с экономическими, социальными и нравственными проблемами в

обществе. Рост уровня безработицы ведет к поиску других источников доходов, и часто к незаконным, например, работа на наркодиллеров, грабеж местного населения. Мизерные зарплаты, пенсии, детские пособия и другие социальные выплаты, как правило, ведут к развитию нищеты и социального неравенства. Результатом является упадок социального обеспечения населения и в целом уровня жизни. Необходимость удовлетворения естественных потребностей толкает большинство на совершение различного рода преступлений, вызывает общий рост преступности в стране и рост числа неблагополучных семей, сиротства и беспризорности. Количество детей, оставшихся без полноценной семьи по причине лишения или ограничения прав родителей из-за их асоциального поведения, стремительно возрастает от года к году.

Падение нравственных устоев общества, сложившейся системы ценностей, духовных и жизненных ориентиров, открытый показ алкоголя и табака средствами массовой информации, культивирование «красивого образа жизни», жестокости, силы, наркотиков и насилия приводит к складыванию неправильной жизненной позиции [6].

Результатом вышеперечисленных тенденций является пренебрежение значительного числа молодых людей к созидательной трудовой деятельности, снижение ответственности за состояние общества, отчуждение от него, увеличение правонарушений среди сельской молодежи.

Профилактика правонарушений – это сложный комплекс разнообразных мер, направленных на устранение, нейтрализацию, минимизацию противоправных факторов, оздоровление социальной среды, коррекцию поведения лиц, чье поведение чревато угрозой совершения правонарушения. Профилактика правонарушений должна осуществляться правоохранительными органами, совместно со структурами исполнительной власти, отвечающими за молодежную политику, реализующими ее на местном уровне. В принятом в 2011г. Законе о полиции, ставшем первым шагом на пути к кардинальной реформе системы органов внутренних дел, полиция выступает частью единой централизованной системы федерального органа исполнительной власти в сфере внутренних дел. Реализация мер по обеспечению охраны общественного порядка возложено на специализированные подразделения, участковых уполномоченных полиции. За муниципальными образованиями закреплены полномочия по созданию организационных и социальных условий деятельности участковых уполномоченных. В профилактике правонарушений органы местного самоуправления обладают большими возможностями. Среди них – создание общественных формирований – добровольных дружин, координационных и совещательных комиссий, что делает местное самоуправление действенным инструментом обеспечения охраны общественного порядка [1].

Одним из важных средств в профилактике правонарушений среди сельской молодежи является реализация программ социально-экономического развития села, «доступной среды», патриотического воспитания, развития физической культуры и спорта, формирования здорового образа жизни, профилактики терроризма и экстремизма, профилактики наркотизации населения. Наконец, существуют специальные целевые муниципальные программы по профилактике правонарушений среди молодежи.

Формат статьи не позволяет подробно остановиться на каждом виде программ и показать их вклад в профилактику правонарушений. Поэтому остановимся только на программах профилактики правонарушений. Принятие и реализация таких программ в муниципальном образовании позволяет решить важные задачи:

- снижение уровня преступности и правонарушений на территории муниципального образования;
- предупреждение правонарушений среди населения, в т.ч. среди несовершеннолетних и молодежи, активизация и совершенствование нравственного воспитания населения, прежде всего молодежи и детей школьного возраста;
- обеспечение социальной адаптации и реабилитации лиц, отбывших наказание в виде лишения свободы, и граждан, осужденных к наказаниям, не связанным с лишением свободы;
- активизация работы по профилактике правонарушений, направленной, прежде всего, на борьбу с пьянством, алкоголизмом, наркоманией; преступностью, безнадзорностью несовершеннолетних; незаконной миграцией, экстремизмом и терроризмом;
- активизация работы по предупреждению и профилактике правонарушений, совершаемых на улицах и общественных местах;
- вовлечение в предупреждение правонарушений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, а также общественных организаций;
- снижение «правового нигилизма» населения, создание системы стимулов для ведения законопослушного образа жизни;
- выявление и устранение причин и условий, способствующих совершению правонарушений;
- активизация работы по профилактике правонарушений в административных участках [4].

Большую роль в профилактике правонарушений играет школа и досуговые учреждения. У молодежи должна быть возможность реализовать свои интеллектуальные способности и таланты. Основными задачами школы являются: 1) выявление детей и семей группы социального риска, постановка на учет неблагополучных семей; 2) пропаганда правовых знаний среди обучающихся и их родителей; 3) организация мероприятий по воспитанию родительской ответственности, пропаганде семейных ценностей, подготовки молодежи к семейной жизни; 4) помощь родителям в воспитании подростков с девиантным поведением или в его предупреждении; 5) организация досуга; 6) введение в школе всесторонне направленных предметов; 7) организация оздоровительных мероприятий, совместных выездов на природу, экскурсий, с целью сближения преподавателей и учеников, формирования более доверительных отношений между ними; 8) оказание консультативной помощи подросткам 14-18 лет в самоопределении на рынке труда, в поиске работы, при выборе профессии, организация работ для подростков по благоустройству школы, района, города в каникулярное время, содействие их трудоустройству; 9) выплаты в школах материальной помощи, стипендий или различного рода поощрений за успешную учебу, культурные, научные, спортивные до-

стижения; 10) предоставлять возможности своим ученикам участвовать в грантах, различных олимпиадах, конкурсах на всероссийском и международном уровне за счет учебного заведения [6].

Комплексная реализация этих мероприятий позволит сформировать гармоничную личность, эрудированную, постоянно совершенствующуюся, конкурентоспособную, равнодушную, обладающую прочным нравственным стержнем, способную при этом адаптироваться к меняющимся условиям и воспринимать новые созидательные идеи.

Таким образом, профилактика негативных явлений в молодежной среде сегодня становится одной из важнейших социальных задач общества, основная цель которой – помочь подростку и молодому человеку развить в себе сильную социальную личность и выработать жизненную позицию, способную противостоять факторам риска.

Список литературы

1. Гаджиев, А.Ш. Проблемы реализации органами местного самоуправления охраны общественного порядка [Текст] /А.Ш. Гаджиев //Вестник ДГУ. сер. «Право». – 2012.
2. Доклад Министерства образования и науки РФ «Молодежь России 2000-2025: развитие человеческого капитала». – М.: 2013. – 178с. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.fadm.gov.ru/upload/iblock/606/report-fadm-ru-2013-11-13.pdf>
3. Долгосрочная целевая программа «Сельская молодежь Республики Татарстан на 2011 – 2015 годы» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://amort.tatarstan.ru/rus/programma-selskaya-molodezh.htm>
4. Комплексная программа по профилактике правонарушений в Пестречинском муниципальном районе на 2013-2016 годы [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://pestreci.tatarstan.ru/rus/kompleksnaya-programma-po-profilaktike-495982.htm>
5. Петрова, Т. Э. Организация работы с молодежью: учебное пособие [Текст] /Т.Э. Петрова, И.Э. Петрова. – М.: Альфа-М: 2015. – 208с.
6. Турышева, Ю.А. Ранняя профилактика правонарушений и преступлений в молодежной среде: семья, школа, досуг, пропаганда здорового образа жизни [Электронный ресурс] /Ю.А. Турышева. – Режим доступа: <http://www.scienceforum.ru/2014/762/5444>

СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛНОМОЧИЙ РЕГИОНАЛЬНОГО ПАРЛАМЕНТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНОВ

Карагод А.Н.

помощник депутата Законодательного Собрания Амурской области,
руководитель агентства правового консалтинга «РОСТ»,
Россия, г. Благовещенск

Полномочия по формированию государственных органов, назначению (избранию) на государственные должности являются неотъемлемым элементом статуса законодательного (представительного) органа государственной власти субъекта Российской Федерации. Реализация этих полномочий предполагает предоставление кандидатами на замещение должностей своих персональных данных в целях оценки соответствия кандидатов

требованиям, предъявляемым к таким должностям. Законодательство Российской Федерации о персональных данных не всегда учитывает специфику работы региональных парламентов. Некоторые связанные с этим проблемы описаны в данной статье.

Ключевые слова: статус регионального парламента в Российской Федерации, открытость процедур, связанных с назначением на государственные должности субъектов Российской Федерации, обработка персональных данных, конфиденциальность.

Полномочия по формированию государственных органов, назначению (избранию) на государственные должности являются неотъемлемым элементом статуса законодательного (представительного) органа государственной власти субъекта Российской Федерации. Реализация этих полномочий предполагает предоставление кандидатами на замещение должностей своих персональных данных в целях оценки соответствия кандидатов требованиям, предъявляемым к таким должностям. В связи с этим возникает ряд вопросов, связанных с необходимостью соблюдения законодательства Российской Федерации о персональных данных.

1. Следует ли истребовать с кандидата на замещение должности согласия на обработку его персональных данных? Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Федеральный закон № 152-ФЗ) [1] в числе обязательных условий, гарантирующих защищенность прав и законных интересов граждан, чьи персональные данные становятся объектом обработки, устанавливает обязательность получения согласия субъектов персональных данных. Таким образом, устанавливается презумпция запрета на обработку персональных данных в отсутствие согласия на то субъекта персональных данных.

Вместе с тем, в целях обеспечения баланса интересов личности, общества и государства законодатель определил ряд случаев, наличие которых освобождает оператора от истребования согласия. Законодательство о персональных данных в России только формируется, его положения имеют универсальный характер, применимы в огромном количестве сфер жизни. Возможно этим объясняется чрезмерно общий, широкий смысл его отдельных формулировок. Для того чтобы правовые нормы, освобождающие от истребования согласия субъекта персональных данных на их обработку, нашли применение в практике регионального законодательного органа, их необходимо внимательно сопоставить с законодательством, определяющим статус последнего.

Из положений п. 2 ч. 1 ст. 6 Федерального закона № 152-ФЗ, а также правоприменительной практики [2, 3, 11, с.40] следует вывод: если полномочия по назначению (избранию) на должность возложены на законодательный (представительный) орган субъекта Федерации законодательством Российской Федерации, то истребование согласия на обработку персональных данных не требуется. Полагаем, термин «законодательство Российской Федерации» следует понимать в общепринятом смысле, т.е. расширительно.

В силу прямого указания *федеральных законодательных актов* региональный парламент наделяет полномочиями члена Совета Федерации – пред-

ставителя от законодательного (представительного) органа государственной власти субъекта Российской Федерации, назначает половину членов избирательной комиссии субъекта Российской Федерации, назначает на должности судей конституционного (уставного) суда субъекта Российской Федерации, председателя, заместителя председателя и аудиторов контрольно-счетного органа субъекта Российской Федерации, образует комиссии субъектов Российской Федерации по делам несовершеннолетних. *В зависимости от избранного в субъекте Российской Федерации варианта* формирования того или иного государственного органа депутаты могут избирать высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации), назначать (избирать) на должность мировых судей.

Значительная часть кадровых полномочий законодательных (представительных) органов государственной власти субъектов Федерации не следует из прямого указания федеральных законов, что является проявлением одного из основных принципов российского федерализма – принципа разграничения предметов ведения и полномочий между органами государственной власти Федерации и её субъектов. Например, статьей 5 Федерального конституционного закона от 26.02.1997 № 1-ФКЗ «Об уполномоченном по правам человека в Российской Федерации» только допускается учреждение должности Уполномоченного по правам человека в субъекте Российской Федерации. Соответственно полномочия регионального парламента на установление данной государственной должности субъекта Российской Федерации должны быть определены в Конституции (Уставе), законе субъекта Российской Федерации. Аналогичным образом согласно ч. 1 ст. 13 Федерального закона от 17.01.1992 № 2202-1 «О прокуратуре Российской Федерации» субъект Федерации самостоятельно определяет, с каким из органов власти должно производиться согласование кандидатуры на должность прокурора субъекта Федерации [12, с. 59]. Поэтому полномочия регионального парламента на согласование кандидатуры прокурора будут проистекать *из регионального закона*. Кроме того, в соответствии со статьей 73 Конституции Российской Федерации субъект Российской Федерации не ограничен в праве формировать собственные государственные органы вне зависимости от наличия соответствующих установлений в федеральном законодательстве.

Во всех перечисленных случаях истребование согласия на обработку персональных данных не требуется. Такой подход представляется правильным. Нельзя ставить возможность оценки соответствия кандидата требованиям, предъявляемым к должности, в зависимость от согласия кандидата на обработку его персональных данных. Ведь отсутствие такого согласия будет означать невозможность рассмотрения кандидатур законодательным органом. Как справедливо отмечает Н.И. Петрыкина, согласие не должно требоваться в случаях, когда речь идет об обеспечении государственных интересов [10, с.58].

Пункт 7 части 1 статьи 6 Федерального закона № 152-ФЗ содержит еще одну весьма расплывчатую формулировку, допускающую обработку

персональных данных без согласия субъекта: если это необходимо для осуществления прав и законных интересов оператора или третьих лиц, либо для достижения общественно значимых целей при условии, что при этом не нарушаются права и свободы субъекта персональных данных. Судебная практика по этому вопросу противоречива. В одних случаях суды делают вывод о законности интересов оператора, исключительно на основании Федерального закона императивно устанавливающего его обязанности [6], в других – исходя из предположения, что «оператор в соответствии с целями своей профессиональной деятельности может осуществлять обработку данных» [5].

Очевидно, что высший и единственный законодательный (представительный) орган государственной власти субъекта Российской Федерации, организуя свою работу по назначению (избранию) лиц, замещающих ключевые должности региона, должен руководствоваться совершенно четкими правовыми установлениями. О рассмотренных нами нормах такого, по-видимому, сказать нельзя.

2. Другой актуальный вопрос – это порядок предоставления персональных данных, т. е. порядок их раскрытия определенному кругу лиц (п. 6 ст. 3 Федерального закона № 152-ФЗ). Вывод о самой допустимости предоставления персональных данных при реализации кадровых полномочий регионального парламента имеет принципиальное значение, т.к. процедуры, связанные с замещением государственных должностей по своей природе связаны с необходимостью ознакомления депутатского корпуса с документами кандидата.

Все персональные данные разделены законодателем на три категории с различными правовыми режимами:

- персональные данные, сбор которых по общему правилу запрещен (специальные категории персональных данных);
- персональные данные, к сбору и обработке которых установлен дозволительный подход, т.е. они могут собираться с согласия субъекта персональных данных операторами и иными лицами (общедоступные персональные данные и другие персональные данные);
- персональные данные, сбор которых осуществляется на основании предписания (обязывания) законов государственными и муниципальными органами [10, с.62].

Сведения, представляемые кандидатами на должности, могут быть отнесены к третьей категории. Это могут быть подробные сведения о трудовой деятельности, судимости, гражданстве, любая информация, необходимая для отбора кандидатов на должности, самостоятельно учреждаемые субъектом Федерации.

Хорошей иллюстрацией служит пример сведений, предоставляемых кандидатом для наделения полномочиями члена Совета Федерации. Заметим, перечень этих сведений, предоставляемых в соответствии со статьей 5 Федерального закона от 03.12.2012 № 229-ФЗ «О порядке формирования Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации», *значительно шире* по сути общедоступных сведений о доходах, об имуществе и обяза-

тельствах имущественного характера, подлежащих размещению на официальном сайте СФ ФС РФ в соответствии с Положением, утвержденным постановлением СФ ФС РФ от 28.03.2012 № 63-СФ. Так при наделении полномочиями кандидатом предоставляются сведения об источниках доходов, о расходах за последние три года, ином имуществе помимо недвижимости и транспортных средств, о счетах (вкладах) и другие.

Необходимо ли истребовать согласие на их предоставление депутатам? Полагаем, что нет. Передача данных (распространение, предоставление, доступ) в силу п. 3 ст. 3 Федерального закона № 152-ФЗ является частным случаем обработки персональных данных. Отсутствие необходимости истребовать согласие на обработку предполагает, в частности, *и возможность предоставления полученных таким образом данных без согласия их субъекта*. О правомерности такого вывода свидетельствуют и положения ст. 7, запрещающие без согласия субъекта раскрывать данные третьим лицам, за исключением случаев предусмотренных федеральным законом, положения ч. 2 ст. 9, разрешающие в нашем случае продолжать обработку в случае отзыва согласия.

3. Отсутствие необходимости истребовать согласие кандидатов на предоставление их данных не избавляет оператора от исполнения других требований Федерального закона № 152-ФЗ, направленных на исключение несанкционированного доступа к персональным данным. В частности, перечень лиц, которым могут быть предоставлены персональные данные, и лиц, которые могут получить к ним доступ, по замыслу законодателя, должен быть исчерпывающим образом определен в локальных актах по вопросам обработки персональных данных. К таким лицам помимо депутатов могут быть отнесены руководители и (или) сотрудники правового и организационного подразделений, профильных комитетов, помощники депутатов, и иные сотрудники аппарата, непосредственно работающие с пакетом документов, обеспечивающие подготовку и сопровождение заседаний законодательных органов. Также должно быть определено должностное лицо, ответственное за организацию обработки данных (п. 1 ч. 1 ст. 18.1 Федерального закона № 152-ФЗ), приняты меры по уничтожению либо обезличиванию данных с момента назначения кандидата на должность (ч. 7 ст. 5 Федерального закона № 152-ФЗ), в идеале срок хранения персональных данных должен быть продлен до истечения полномочий государственного органа или лица, замещающего государственную должность, а также другие меры.

Следует отметить, что обеспечение конфиденциальности рассматриваемых сведений в силу специфики деятельности регионального парламента, может быть не только весьма трудоемким, но и не логичным. Персональные данные кандидата могут и *должны быть предметом обсуждения* на заседании законодательного органа, заседании профильного комитета, которые проходят с участием большого количества приглашенных, средств массовой информации. Конечно, с одной стороны, федеральный законодатель допускает проведение закрытых заседаний законодательных органов, если такие случаи установлены законодательством субъекта Федерации. С другой стороны,

что касается политических деятелей, то интерес общественности к ним всегда считался правомерным с точки зрения прозрачности и общественного контроля [4]. По нашему глубокому убеждению, процедуры, связанные с назначением на публичные должности, особенно касающиеся проверки соответствия претендентов законодательно установленным требованиям, должны быть максимально открытыми. Таким образом, в перспективе, при условии некоторых изменений законодательства о персональных данных, речь может идти не о предоставлении, а о распространении персональных данных кандидатов неограниченному кругу лиц.

Список литературы

1. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»//Собрание законодательства Российской Федерации, 2006. – №31 (1ч.), ст. 3451.
2. Разъяснения Роскомнадзора России «Вопросы, касающиеся обработки персональных данных работников, соискателей на замещение вакантных должностей, а также лиц, находящихся в кадровом резерве» [Электронный ресурс]//Режим доступа: <http://www.rsoc.ru>
3. Письмо ФНПР от 23 декабря 2011 г. № 2515/07-17 «О применении ряда положений Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»//Документ опубликован не был.
4. Постановление Европейского суда по правам человека от 24 июня 2004 г. «Дело «Фон Ганновер (Принцесса Ганноверская) (Von Hannover) против Германии» [Электронный ресурс]//Режим доступа: www.echr.coe.int
5. Постановление Восемнадцатого арбитражного апелляционного суда от 27 ноября 2012 г. № 18АП-9843/2012//Документ опубликован не был.
6. Апелляционное определение Московского городского суда от 04 апреля 2013 г. по делу № 11-10561//Документ опубликован не был.
7. Булаков, О.Н., Рязанцев, И.Н. Парламентское право России: Курс лекций / под ред. О.Н. Булакова, И.Н. Рязанцева. – М.: Юстицинформ, 2007. – 136 с.
8. Кайль, А.Н., Новиков, Е.А. Комментарий к Федеральному закону от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» / А.Н. Кайль, Е.А. Новиков. – М.: Новая правовая культура, 2007. – 198 с.
9. Кухаренко, Т.А. Комментарий к Федеральному закону от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (постатейный) / Т.А. Кухаренко// Подготовлен для системы КонсультантПлюс, 2011.
10. Петрыкина, Н.И. Правовое регулирование оборота персональных данных. Теория и практика / Н.И. Петрыкина. – М.: Статут, 2011. – 215 с.
11. Обухова, Т.А. Разрешение на обработку персональных данных / Т.А. Обухова//Бюджетные организации: бухгалтерский учет и налогообложение. – 2013. – № 3. – С. 39-42.
12. Кожевников, О.А. Правовое регулирование назначения на должность прокурора субъекта Российской Федерации / О.А. Кожевникова//Российский юридический журнал. – 2010. – № 2. – С. 55-60.
13. Ростовец, А.В. Конституционно-правовые основы формирования государственных органов в Российской Федерации [Текст] : дис. ... канд. юр. наук / А.В. Ростовец. – М., 2004. – 202 с.

ВЕЩНЫЕ ПРАВА НА ЗЕМЕЛЬНЫЕ УЧАСТКИ В СВЕТЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ ГРАЖДАНСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Копылова Ю.В.

магистрант 2 курса очного обучения
Иркутского Юридического института (филиала) Российской правовой
академии Министерства юстиции Российской Федерации,
Россия, г. Иркутск

Статья посвящена рассмотрению вопроса введения в действие раздела проекта ГК РФ о вещных правах. Проанализированы основные дискуссионные вопросы по вопросу о вещных правах на земельные участки. Отмечается отсутствие ясности в вопросе о дальнейшей судьбе блока норм законопроекта о вещных правах.

Ключевые слова: вещные права, вещные права на земельные участки, ограниченные вещные права на земельные участки.

В 2012 г. был принят Проект Федерального закона № 47538-6 «О внесении изменений в части первую, вторую, третью и четвертую Гражданского кодекса Российской Федерации, а также в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (ред., принятая ГД ФС РФ в I чтении 27.04.2012 г.) (далее – Проект) [9]. В Проекте затронут и блок о вещных правах. Законопроект закрепил перспективу существенного изменения правового регулирования отношений, касающихся вещных прав на земельные участки. Указанные нормы начали активно обсуждаться в российской юридической литературе. При этом в отношении вещных прав на земельные участки явно прослеживалось два блока вопросов: об изменении перечня вещных прав и о переносе ряда норм о вещных правах на землю из Земельного Кодекса РФ [5] (далее – ЗК РФ) в Гражданский кодекс РФ [2] (далее – ГК РФ). Прошло уже несколько лет, в ГК РФ внесли практически все изменения, которые были запланированы в Проекте. Единственным блоком, перспективы которого на данный момент не понятны – это блок норм о вещных правах. Создается впечатление, что по данному вопросу создан некий правовой вакуум.

Кратко осветим основные направления научных исследований по указанным выше вопросам. Наряду с правом собственности в действующем законодательстве (ГК РФ и ЗК РФ) закреплены и другие вещные права на земельные участки: 1) право пожизненного наследуемого владения земельным участком (ст. 265-267 ГК РФ; ст. 21 ЗК РФ); 2) право постоянного (бессрочного) пользования земельным участком (ст. 268-269 ГК РФ; ст. 20 ЗК РФ); 3) право ограниченного пользования чужим земельным участком или сервитут (ст. 274-277 ГК РФ; ст. 23 ЗК РФ). Реформа гражданского законодательства связана с принятием «Концепции развития гражданского законодательства Российской Федерации» (одобрена решением Совета при Президенте РФ по кодификации и совершенствованию гражданского законодательства от 07.10.2009) (далее – Концепция). Авторы данной Концепции, а следом и

Проекта предложили нам совершенно иной вид II раздела, действующего ГК РФ («Право собственности и другие вещные права»). Авторы Концепции предложили новое название этой главы – «Вещное право», обосновывая свое мнение недооцениваем норм об ограниченных вещных правах [6].

В Проекте ограниченные вещные права на земельные участки выделены в отдельные главы (в Проекте в ст. 223 представлен полный перечень ограниченных вещных прав). Проект закрепляет две базовые модели ограниченных вещных прав на земельные участки [3, с. 3]: 1) право застройки (суперфиций), предполагающее изменение правообладателем свойств и качеств земельного участка, прежде всего возведение на нем различных сооружений; право владения и пользования чужим земельным участком в целях возведения на нем здания или сооружения и его последующей эксплуатации (ст. 300 Проекта); 2) право постоянного землевладения (эмфитевзис), предполагающее широкие возможности использования свойств природного объекта с сохранением его субстанции; право владения и пользования чужим земельным участком, устанавливаемое бессрочно или на определенный срок для ведения сельскохозяйственного производства, лесного хозяйства, организации рыболовства, рыбоводства, охоты, создания особо охраняемых территорий и геологических объектов, а также для иных предусмотренных законом целей, достижение которых связано с использованием природных свойств и качеств земельного участка (ст. 299 Проекта). Представленные права представляют обладателю права владения и пользования в отношении земельного участка. Итак, предлагается закрепить два основных вида ограниченных вещных прав на земельные участки (право застройки (суперфиций) и право постоянного владения и пользования (эмфитевзис)). Как пишет А.В. Копылов, история происхождения таких категорий как суперфиций и эмфитевзис имеет древние корни. Практика предоставления такого вида вещного права как суперфиций встречается в Риме в период Республики. Практика применения эмфитевзиса встречается в Египте и Карфагене. В Риме эмфитевзис стал применяться с III в. н.э. [7, с. 82, с. 129]. На современном этапе авторы высказываются положительно о введении права застройки как самостоятельного вещного права. В частности, Р. С. Бевзенко считает суперфиций «универсальным лекарством для строительства в России» [8]. Однако не все с этим соглашаются. «Введение права застройки недостаточно проработано и существующие у участников гражданского оборота реальные проблемы оно не решит, а породит новые» – отмечается в юридической литературе [8]. Эмфитевзис называют «компромиссом между отчуждением государством земельных участков в частную собственность и передачей их в аренду» [4, с. 107]. Справедливо и утверждение о том, что к новым терминам российский правоприменитель привыкает долго, особенно иностранного происхождения. И согласимся, что «введение усложненных формул не вызывает поддержки с учетом необходимости обеспечения доступности законодательных требований для тех, на кого они распространяются, прозрачности их реализации» [1, с. 44].

Такое вещное право, как право собственности на земельные участки предлагается закрепить в самостоятельную главу «Право собственности на земельные участки и иные природные объекты» подраздела 3 «Право собственности». В данном разделе предлагается ввести правила в ГК РФ, касающиеся ограничений права собственности на земельный участок в публичных интересах путем перенесения норм о «публичном сервитуте» из ЗК РФ [6].

В годы наибольшей дискуссии основными темами обсуждения стал вопрос о переносе статей 15-19,35,40,42 и др. из ЗК РФ в ГК РФ. Также отношения, регулируемые сегодня статьями 11.2 – 11.8 ЗК РФ (образование земельных участков, раздел земельных участков) предлагают закрепить в ГК РФ, так как они являются предметом гражданско-правового регулирования. ЗК РФ планируют преобразить изъятием всех гражданско-правовых норм. Об изъятии гражданско-правовых норм из ЗК РФ говорил, в частности, Е.А. Суханов [10]. В процессе модернизации гражданского законодательства земельное право останется в виде норм, обеспечивающих рациональное использование и охрану природных ресурсов [11, с. 542, 546].

Специфика отношений, связанных с землей говорит нам наряду с гражданско-правовыми нормами наличие специальных земельно-правовых предписаний. И, согласимся с С.А. Боголюбовым, считающим не вполне удачным включение в ГК РФ положений о праве собственности на земельные участки (также на участки недр, на водные объекты) [1, с. 43]. Справедливо замечено, что такое действие сделает более объемным ГК РФ, подвижным, дополняемым. Но это, к сожалению, не приведет к исполнению требований закона в части охраны и использованию земель. Специфические требования, «перетянутые» в ГК РФ послужат ослаблению публичного характера охраны земель (подчеркнет только имущественный характер отношений, связанных с землей).

Из вышеизложенного следует, что в Проекте закреплены изменения, касающиеся не только право собственности на земельные участки, но и существенного расширения круг ограниченных вещных прав на земельные участки. При этом вещные права на такие природные объекты как участки недр и водные объекты должны быть «едиными с вещными правами на земельные участки», а «публично-правовые ограничения, касающиеся этих прав, могут быть установлены кодексами и законами об отдельных видах природных объектов» [6].

Однако в настоящее время наиболее актуальным является вопрос о дальнейших перспективах Проекта по вопросу о вещных прав. Согласимся с Е.А. Сухановым, что наша страна нуждается в переменах, на путь изменений переходить придется и нельзя жить с советским земельным правом [8]. Нужно отметить, что все вещные права (кроме залога – указывает на это Е.А. Суханов) имеют объектом недвижимость. Строго говоря, все вещные права должны иметь объектом земельные участки (ведь земля ограничена натуральным образом). Но, здесь возникает вопрос, который тревожит всех уже долгое время. Как можно обеспечить участие одного лица в праве собственности другого лица на вещи (то есть на недвижимость, а именно – на земель-

ные участки). И, конечно, напрашивается вывод о том, что изменения, касающиеся вещных прав необходимы, так как существующие титулы на земельные участки не могут охватить все специфичные отношения по поводу данных вещей. И разработанный блок вещных прав в проекте (разрабатывался он представителями Высшего Арбитражного Суда РФ) является необходимым элементом изменений сегодняшней системы законодательства.

Бурные дискуссии, развернувшиеся в отношении норм Проекта о юридических лицах, практически не затронули вещное право. Ситуация несколько изменилась, когда Проект прошел первое чтение. Практики и теоретики начали высказывать свои мнения «за» и «против». Законодатель же по сей день молчит. И с момента последних дискуссий прошло уже полгода (девятого июня 2014 г. состоялся научный круглый стол Юридического института М-Логос по теме «Право застройки по проекту ГК РФ»). С этого момента как в практике, так и в научных кругах наступило затишье. Сам проект, а именно часть «Вещные права», видимо и по сей день находится в государственно-правовом управлении, и некоторые делали предположение, что эту часть с рассмотрения могут вообще снять. Считаем, что законодательство о вещных правах не может оставаться в том виде, в котором оно существует в данный момент. Не зря сам блок «Вещные права» разрабатывался представителями Высшего Арбитражного Суда РФ. Это говорит о том, что эта часть разрабатывалась не только теоретиками, но и практиками. И не смотря на некоторые недоработки, изменения должны проводиться с учетом существующей практики в стране. Возможно, специфика самого объекта – земельных участков, заставляет законодателя раздумывать о введении в действие части, касающейся вещных прав. Ведь, как говорит Е.А. Суханов, непродуманная политика в этом вопросе может привести даже к социальным потрясениям [8].

В настоящее время ситуация с нормами о вещных правах является неопределенной. И научное сообщество обсудило вопросы, высказало свои предложения, и практика представила свои собственные взгляды по вопросу вещных прав. Абсолютно очевидно, что законодатель не может в этой ситуации молчать: нормы о вещных правах, в том числе и на земельные участки, нуждаются в реформировании.

Список литературы

1. Боголюбов С.А. Земельное законодательство и Концепция развития гражданского законодательства / С.А. Боголюбов // Журнал Российского права. – 2010. – № 1. – С. 38-47.
2. Гражданский Кодекс Российской Федерации. Часть первая: федер. закон от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (в ред. ФЗ от 30 декабря 2012 г. № 393-ФЗ) // Собрание законодательства РФ. – 1994. – № 32. – Ст. 3301.
3. Демкина А. Ограниченные вещные права в проекте ГК // ЭЖ-Юрист. – 2012. – №№ 48, 49.
4. Зелюка П.А. Суперфиций и эмфитевзис в гражданском праве: история и современность / П.А. Зелюка, С.А. Иванов, В.П. Камышинский // Общество и право. – 2011. – № 3. – С. 105-109.
5. Земельный Кодекс Российской Федерации от 25.10.2001г. №136-ФЗ (ред. от 28.12.2013) // Собрание законодательства РФ. – 2001. – №44. – Ст. 4147.

6. Концепция развития гражданского законодательства Российской Федерации // Вестник Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации. – 2009. – №11.
7. Копылов А.В. Вещные права на землю. – М.: Статут, 2000. – 255 с.
8. Научный круглый стол Юридического института «М-Логос» по теме «Аренда и ограниченные вещные права по проекту ГК» [Видеозапись] // «М-Логос» Юридический институт [Официальный сайт] URL: http://m-logos.ru/publications/nauchnyi_kruglyi_stol_m-logos_arendy_i_ogranichenные_veshnye_prava_po_proektu_gk_rf_16_yanvarya_2014_g/ (Дата обращения: 01. 12. 2014)
9. Проект Федерального закона № 47538-6 «О внесении изменений в части первую, вторую, третью и четвертую Гражданского кодекса Российской Федерации, а также в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (ред., принятая ГД ФС РФ в I чтении 27.04.2012)
10. Суханов Е.А. Вещные права в новом Земельном кодексе Российской Федерации [Электронный ресурс] // Сейчас.ру. Бизнес и власть. URL: <http://www.lawmix.ru/comm/4217> (Дата обращения: 12. 11. 2014)
11. Яковлев В.Ф. Избранные труды. Т. 2. Гражданское право: История и современность. Кн. 1. – М.: Статут, 2012. – 976 с.

ОБСУЖДЕНИЕ И ПРИНЯТИЕ ДЕКРЕТА О СУДЕ № 1 В СОВЕТЕ НАРОДНЫХ КОМИССАРОВ СОВЕТСКОЙ РОССИИ

Максимова О.Д.

доцент кафедры теории и истории государства и права Московского
гуманитарного университета, канд. юрид. наук, доцент,
Россия, г. Москва

В статье рассматривается процесс создания и принятия одного из важнейших нормативных актов, положивших начало формированию советской судебной системы – декрета о суде №1. Данный акт был принят не высшим представительным органом советской власти – ВЦИК, а правительством – Советом Народных Комиссаров. Анализируются проекты декрета, а также причины, по которым данный акт был принят СНК.

Ключевые слова: законотворчество, судебная система, Совет Народных Комиссаров РСФСР, большевики, левые эсеры, декреты советской власти.

Декрет о суде № 1 от 22 ноября 1917 года содержал чрезвычайно важные положения для развития советского права. Данный акт не только упразднил работу всех дореволюционных судебных учреждений, органов следствия, прокурорского надзора и адвокатуры, созданных и просуществовавших в Российской империи практически без изменений с 1864 года, но и установил две новые формы организации судебной деятельности. Прежние мировые суды были заменены местными коллегиальными судами, создаваемыми советами – они могли руководствоваться дореволюционными правовыми актами. А для решения «политических» вопросов создавались революционные трибуналы, имевшие широкие полномочия по определению состава преступлений и мер наказания.

Проект декрета, имевший рабочее название «Об аресте виднейших членов центральных комитетов партий врагов народа», был тесно связан с

политической борьбой, которая происходила в России во время революции, поэтому существовали трудности с утверждением этого акта в высшем представительном органе – ВЦИК. Вследствие чего он был издан от имени Совета Народных Комиссаров РСФСР. Этот декрет, как и положено, был представлен Совнаркомом на рассмотрение ВЦИК II созыва, но так и не был ВЦИК утвержден. Анализируя этот случай в законотворческой практике Советского государства, Т.Е. Новицкая пишет: «С точки зрения формально-юридической – явное нарушение порядка издания нормативных актов, установленного вековой традицией» [3, с. 68]. Таким образом, закон, который положил начало формированию основ советского права и систематической разработке советского законодательства, был принят советским правительством – Советом Народных Комиссаров.

Рассмотрим процесс создания этого важнейшего законодательного акта Советского государства. Опора на революционное правосознание в деятельности судов, предусмотренное этим декретом, считалась мерой временной, вынужденной в условиях революции. Этот вывод следует хотя бы из того, что как только советское законодательство получило достаточное развитие, в практику стал внедряться принцип законности. В частности, на VI Всероссийском съезде Советов в конце 1918 г. было принято постановление о точном соблюдении законов.

10 ноября 1917 года П.И. Стучка доложил проект декрета о суде на заседании ВЦИК. Была создана комиссия из пяти человек, выделенных фракциями ВЦИК для обсуждения и редактирования проекта [1, с.197]. Впервые в СНК декрет о революционных судах, судя по протоколу, обсуждался на заседании 15 ноября 1917 года, где было принято решение об обсуждении этого вопроса 16 ноября. Для обсуждения был приглашен Стучка и Красиков [4, с.21]. 16 ноября проект декрета о революционных судах и о закрытии и ликвидации всех старых судебных учреждений рассматривался девятым пунктом повестки дня. В решении Совнаркома указывалось: «Поручить А.В. Луначарскому к утру 17/XI представить проект декларации к декрету о революционных судах. Комиссии из товарищей Луначарского, Троцкого, Стучки, Сталина, Сокольникова и одного члена Военно-революционного комитета предлагается выработать окончательный текст декрета и представить его к 8 часам вечера 17/I в Совет Народных Комиссаров» [4, с.24]. Из этого документа видно, что придавая декрету о судах большое значение, правительство создало представительную комиссию. Обращает на себя внимание и то, что сроки подготовки проекта были не просто короткими, а минимальными и предельно точными. К утру предполагалось подготовить декларацию, а к 8-ми вечера того же числа – сам проект. 19 ноября вопрос о революционных судах был снят с повестки дня ввиду передачи проекта во ВЦИК [4, с.28]. Это решение было продиктовано стремлением СНК придать декрету большую весомость. Однако ВЦИК не принял декрета о суде, поэтому 22 ноября 1917 года состоялось заседание Совнаркома, на котором присутствовали Ленин, Колегаев, Шляпников, Елизаров, Сталин, Эссен, Аксельрод, Глебов. Троцкий, Стучка, Бонч-Бруевич, Шлихтер, т.е. всего 12 человек. Первым во-

просом повестки дня был проект декрета о революционных судах. Голосовали по пунктам, по-видимому, из-за сложности и принципиальности тех вопросов, которые должен был урегулировать этот декрет. Всего было заслушано 8 пунктов. Решение, принятое на заседании СНК гласило: «Всеми голосами, при воздержавшемся М. Елизарове, обсуждать и утверждать проект по пунктам. Принимается, но (5 пункт) выкидывается. Принять резолюцию Троцкого. (Принято единогласно при воздержавшемся Колегаеве)» [4, с.43].

Окончательные результаты голосования были следующие: все присутствующие проголосовали «за», кроме Эссена и Колегаева.

Как уже отмечалось, на заседании была оглашена резолюция Троцкого. Она представляет, на наш взгляд, интерес с точки зрения пояснения спорных моментов и трудностей, которые возникли при принятии декрета о суде. Имеет смысл обратиться к полному тексту документа, зафиксированного в протоколе СНК.

«1) Принимая во внимание, что проект введения революционного суда, выработанный уже несколько недель назад, подвергался многократным обсуждениям в СНК, в комиссиях и во фракциях ЦИК, причем сколько-нибудь значительные разногласия устранены путем соответственных поправок и изменений;

2) принимая во внимание, что окончательное прохождение законопроекта через ВЦИК тормозится случайными и побочными причинами, лежащими совершенно вне рамок вопроса о суде;

3) принимая во внимание, что отсутствие революционного суда создает для Советского правительства совершенно безвыходное положение, делая правительство беспомощным против преступного контрреволюционного саботажа;

4) принимая во внимание, что согласно прецедентам и в соответствии с резолюцией на этот счет самого ЦИК, Совет Народных Комиссаров имеет право в случаях неотложности принимать декреты самостоятельно и лишь затем вносить их в Центральный Исполнительный Комитет;

5) принимая все это во внимание, Совет Народных Комиссаров видит себя вынужденным, не совершая по существу ни малейшего нарушения власти и прав ЦИК, принять в сегодняшнем заседании закон о революционном суде и немедленно ввести его в действие» [4, с.44].

Представляется, что эта резолюция Л. Троцкого дает информацию для понимания той обстановки, в которой принимался декрет о суде. Во-первых, можно отметить, что суд практически во всех протоколах СНК называется революционным. Во-вторых, СНК принял декрет, обсужденный сначала в СНК, затем во фракциях и в комиссиях ВЦИК, потому что ВЦИК «тормозил» принятие закона. В случае с декретом о суде № 1 СНК был вынужден воспользоваться своим правом законодательствовать, которое было за ним закреплено резолюцией от 4 ноября 1917 года. В-третьих, в резолюции отмечалось, что декрет претерпел существенные изменения и в него внесены поправки. В-четвертых, главной целью принятия этого декрета правительство называет необходимость борьбы против контрреволюционного саботажа. Из-

за своей революционности, радикальности декрет о суде встретил при его рассмотрении серьезное сопротивление со стороны ВЦИК. В СНК против декрета голосовали представители партии левых эсеров.

По мнению Е.Н. Городецкого, П.И. Стучка, готовивший проект декрета о суде, в опубликованной им в газете «Правда» 10 ноября 1917 года статье «Народный или демократический суд» изложил план советской политики в этой области. Главной идеей Стучки была выборность судов сверху до низу. Он предлагал проводить выборы по спискам, составленным для выборов в Учредительное собрание, т.е. на основе всеобщего избирательного права. Что касается прокурорского надзора, то его предлагалось объединить с адвокатурой в единый институт [1, с.196]. Исходя из этого Городецкий, делал вывод, что свои идеи Стучка, по-видимому, изложил в первом проекте, который до нас не дошел. А опубликованный в выпуске II «Материалов Наркомюста» проект декрета он считал более поздним вариантом [1, с.197]. Однако в Материалах НКЮ проект называется «Первоначальным проектом первого декрета о суде» и поскольку других более ранних текстов не обнаружено, проект НКЮ следует рассматривать как первоначальный вариант. Сравнение с ним окончательной редакции декрета позволяет выяснить, какие изменения проект претерпел в период обсуждений и подготовки.

В первоначальном варианте имеется преамбула, которая отсутствует в самом декрете. В преамбуле были сформулированы причины издания декрета о суде. Например, указывалось, что старые своды законов упраздняются, так как они приспособлены к отжившим общественным отношениям. А задачей государства являлось создание подлинно демократических законов, отражающих правосознание широких народных масс. В преамбуле признавалось, что упразднение старых законов преждевременно, но интересы великой рабочей и крестьянской революции требуют этой меры.

Статья 1 декрета и статья 1 проекта в основном совпадают, но есть и одно существенное отличие. В декрете закреплялось, что все упраздненные судебные учреждения заменяются судами, образуемыми выборным путем, в проекте этого не было. Кроме того, проект упразднял и мировые суды, а в статье 1 декрета мировые суды не перечислялись. Статья 2 в декрете была существенно дополнена, поэтому по сравнению со статьей второй проекта она стала гораздо содержательней. Во второй статье декрета содержалась норма, устанавливавшая новую организацию местного суда. Вопрос о формировании суда решался демократически, суды должны были избираться на основании прямых выборов. Мировые судьи, которые изъявляли желание избираться в местные суды, могли участвовать в выборах. Следовательно, по мнению законодателя из всех судебных установлений дореволюционной России только мировые суды отвечали требованиям, которые предъявляла советская власть. В этой же статье 2 в декрете была установлена подсудность местного суда – гражданские дела до 3000 рублей и уголовные дела, по которым назначается наказание не свыше 2 лет лишения свободы. Нетрудно заметить, что подсудность местного суда по декрету от 22 ноября 1917 года соответствует подсудности мировых судов дореволюционной России.

В проекте статья 3 посвящена процессуальным срокам, нормы такого содержания в декрете о суде нет. Статья 3 декрета частично соответствует по содержанию статье 4 проекта. Однако и в ней появились новые нормы: предварительное следствие должно было осуществляться самими местными судами, а роли обвинителей и защитников, упраздненных прокуратуры и адвокатуры возлагались на всех неопороченных граждан обоего пола. Статьи 5 проекта и статья 4 декрета в основном совпадают.

Самой известной из всех статей декрета о суде является, безусловно, статья 5. Любопытно, что в первоначальном варианте она имела совершенно другое содержание, поскольку статья 6 проекта вообще упраздняла старые законы, и в своих решениях и приговорах суд должен был руководствоваться декретами СНК, революционной совестью и революционным правосознанием. В статье 5 самого декрета два существенных изменения, старыми законами декрет разрешил пользоваться в том случае, если они не противоречат декретам ВЦИК и СНК, а, кроме того, программам партий большевиков и левых эсеров. Обратимся к воспоминаниям одного из главных разработчиков. В статье «Ленин и революционный декрет» Стучка писал: «Наш проект декрета (№1) о суде встретил во Владимире Ильиче восторженного сторонника. Суть декрета заключалась в двух положениях: 1) разогнать старый суд и 2) отменить все старые законы. И только... Владимир Ильич, чтобы ускорить и облегчить прохождение декрета согласился пустить его только через Совнарком, а не через ЦИК, где он, хотя и был бы принят, но, наверное, встретил бы ярое сопротивление «коалиционных партий» – левых эсеров и отчасти и «интернационалистов». В Совнаркоме же проект прошел благодаря тому, что т. Луначарский из скептика превратился в восторженного его защитника во имя революционного правосознания, тут же подтверждая, что это понятие к нам перешло от Петражицкого» [5, с.344]. Таким образом, Стучка подтверждал, что декрет о суде голосовался в Совнаркоме, так как его прохождение через ВЦИК встретило серьезное сопротивление со стороны левых эсеров. Стучка также описывал отношение В.И. Ленина к «революционной совести» и «революционному правосознанию». Поскольку Ленин не любил фраз без конкретного содержания, он внес в проект декрета дополнение о том, что отменяются все старые законы, которые противоречат декретам Советской власти, а также программам-минимум победивших партий большевиков и левых эсеров.

Статья 6 декрета является новеллой, внесенной при обсуждении проекта. В ней идет речь о праве сторон обращаться к третейскому суду по гражданским, а частично и по уголовным делам. Советская власть приветствовала применение третейского разбирательства, так как суды государственные находились на стадии формирования. Статья 7 проекта, в которой предполагалось отменить законы об уголовных репрессиях за политические и религиозные преступления, была исключена из текста декрета. Статья 8 проекта и статья 8 декрета также существенно отличались. В проекте речь шла о следственных комиссиях, в задачу которых входило вынесение суждений о контрреволюционных делах. В самом декрете в качестве органа борьбы с

контрреволюционными выступлениями, мародерством, саботажем, хищничеством учреждались революционные трибуналы. Действительно, каким образом следственные комиссии могли бы бороться с контрреволюцией не совсем понятно, а вот революционные трибуналы впоследствии сыграли решающую роль в борьбе с контрреволюцией во время гражданской войны. Таким образом, законодателю удалось в кратчайшие сроки решить вопрос о мерах защиты завоеваний революции. Кстати, первоначально проект декрета назывался «Проект о революционных судах», что видно из протоколов Совнаркома. После принятия декрет получил название декрет «О суде» № 1, а прилагательное «революционный» стало применяться в отношении трибуналов. И, наконец, тексты статьи 7 декрета и 9 статьи проекта, в которой определялся порядок помилования, почти совпадают, но в статье 7 декрета исчезло слово «исключительно». Из-за этой редакционной поправки содержание нормы довольно сильно изменилось, так как теперь право помилования принадлежало не только судам, но, по-видимому, и другим органам власти.

Итак, сравнительный анализ показывает, что декрет «О суде» по сравнению с проектом НКЮ претерпел значительные изменения, был внесен ряд серьезных поправок. Таким образом, за чрезвычайно короткий срок на заседаниях СНК, в комиссии СНК и во фракциях ВЦИК удалось решить многие вопросы, которые в проекте были только намечены. Декрет сразу после издания произвел революционные изменения, он заложил основы советского суда и советского права. О том, какое значение имел декрет и как его оценивали в момент издания, писал Е.Городецкий: «Декрет Совнаркома о суде вызвал дикое озлобление и ненависть буржуазной интеллигенции. Это решительное уничтожение «святая святых» буржуазного общества – всей старой судебной системы – казалось некоторым представителям интеллигенции «светопреставлением», гибелью всех общественных связей, низвержением в анархию, в кровавую кашу самосудов и внесудебных расправ. Между тем, если бы буржуазные критики не только клялись именем народа, но и верили в его творческие силы, они бы увидели, что только творчество народных масс, создавших первые революционные суды, и деятельность СНК, направлявшего это творчество в государственное русло, действительно спасло страну от бесчинств пьяных погромов, самосудов и анархии» [1, с.200].

По мнению И.Л. Лезова советская судебная система изначально создавалась и формировалась как важнейший инструмент советского социалистического государства для достижения целей на отдельных этапах отечественной истории. «Вследствие того, что общегосударственная политика советского государства на протяжении указанного хронологического периода неоднократно изменялась, вместе с ней модифицировались задачи судебных органов, принципы организации судебной системы, принципы функционирования суда и осуществления им карательной политики». [2, с.7]. Декрет о суде №1 явился отправной точкой процесса формирования и функционирования уникальной советской судебной системы, ставшей важнейшим элементом социалистической правовой системы.

Список литературы

1. Городецкий Е.Н. Рождение советского государства. 1917-1918. – М., 1987. – 351 с.
2. Лезов И.Л. Советский суд в 1917-1940 гг. Дисс. канд. юрид. наук. – М., 1998. – 161 с.
3. Новицкая Т.Е. Возникновение советского права. Дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 1980. – 219 с.
4. Протоколы заседаний Совета Народных комиссаров РСФСР. Ноябрь 1917 – март 1918 гг. – М., 2006. – 520 с.
5. Стучка П.И. Ленин и революционный декрет // Избранные произведения по марксистско-ленинской теории права. – Рига, 1964. – 748 с.

БАНКРОТСТВО ФИРМЫ: ВИДЫ И ПРОЦЕДУРЫ БАНКРОТСТВА, ИХ ОСОБЕННОСТИ

Морозова Е.С.

студентка 4 курса экономического факультета направления подготовки «Менеджмент», ФГБОУ ВПО «Орловский государственный аграрный университет»,
Россия, г. Орёл

Таракин А.В.

доцент кафедры аграрной экономики и права ФГБОУ ВПО «Орловский государственный аграрный университет», кандидат сельскохозяйственных наук,
Россия, г. Орёл

В связи с ситуацией сложившейся в последнее время в стране, многие российские фирмы опасаются такого финансового явления, как банкротство. Состояние банкротства, хоть и достаточно сильно выбивает организацию из привычного ей русла и несет за собой множество последствий, но не является категорическим приговором для фирмы. В статье изложены виды банкротства, их краткая характеристика, рассмотрены процедуры проведения банкротства и их отличительные особенности.

Ключевые слова: Банкротство, неплатежеспособность, несостоятельность организации, виды банкротства, процедуры банкротства.

Процедура объявления банкротства – четко отработанный процесс, который регулируется рядом нормативно-правовых актов. Наиболее значимым и содержательным из них является Федеральный закон «О несостоятельности (банкротстве)».

В зависимости от вида наступившего банкротства имеются свои особенности в ведении судебного разбирательства и вынесении вердикта. Существует несколько видов банкротства:

1. Реальное банкротство. В этом случае организация находится в состоянии полного разорения, в которой невозможно ведение хозяйственной деятельности и нет никакой возможности погасить возникшую задолженность. Наблюдаются реальные потери собственного и заемного капиталов. В соответствии с законом арбитражным судом выносится решение о признании несостоятельности фирмы.

2. Банкротство бизнеса. Термин «банкротство бизнеса» не имеет формального фиксирования и применяется относительно тех организаций, которые приостанавливают ведение своей деятельности тем самым, принося убытки своим кредиторам. Бизнес в данном разрезе определяется как несостоятельный, даже если он официально не прошел процедуру банкротства.

3. Временное (условное) банкротство. Банкротство, сопровождающееся превышением доли активной части баланса над пассивной. Чаще всего это связано с имеющимся большим объемом дебиторской задолженности и затовариванием готовой продукции. Восстановление платежеспособности возможно лишь при грамотном использовании инструментов антикризисного управления.

4. Преднамеренное (умышленное) банкротство, возникает в том случае, если руководители или владельцы фирмы преднамеренно создают состояние неплатежеспособности в целях удовлетворения личного интереса. Выявленные арбитражными управляющими факты преднамеренного банкротства передаются в суд для привлечения виновных к уголовному преследованию.

5. Фиктивное банкротство. Как правило, это ложное объявление организации о своей несостоятельности используется в целях введения кредиторов в заблуждение для получения льгот по уплате финансовых обязательств. Виновные в утаивании активов для погашения кредиторской задолженности преследуются в уголовном порядке по представлению арбитражных управляющих.

В нормативно-правовых актах также предусмотрены меры по поддержке организаций, которые были признаны банкротами, а также защите интересов кредиторов. Для удовлетворения требований кредиторов и оказания помощи в активации деятельности компании вводится одна из четырех процедур, которые предусмотрены законом «О несостоятельности (банкротстве)».

Процедура «Наблюдение». Главной задачей при проведении этой процедуры является сохранение имущества и восстановление платежеспособности должника. На данном этапе проводится финансовый анализ, по результатам которого определяется дальнейшая судьба организации, судом выясняется количество кредиторов и характер их требований.

Процедура «Финансовое оздоровление». В этом случае организация продолжает вести хозяйственную деятельность, однако, действия руководителя ограничены. Суд утверждает план погашения кредитов и срок «финансового оздоровления». Обычно он длится не более двух лет. В случае, если задолженности не будут погашены по окончании срока данной процедуры, кредиторы имеют право обратиться в суд с исковым заявлением.

Процедура «Внешнее управление». На данном этапе генеральный директор и другие управляющие органы отстраняются от выполнения своих обязанностей. Управление фирмой берет на себя внешний управляющий. Организация имеет право на отсрочку платежа по задолженности, в связи с чем, увеличиваются шансы на финансовое восстановление. В рамках данной процедуры составляется план внешнего управления, в котором предусмотрен комплекс мер по устранению несостоятельности.

Процедура «Конкурсное производство». Является завершающей стадией банкротства и вводится, если не удалось устранить задолженность перед кредиторами. Цель данной процедуры – ликвидация должника и соразмерное удовлетворение требований кредиторов за счет реализации имущества компании – банкрота [2].

Таким образом, законодательством очень четко закреплены все этапы процедуры банкротства – от полной финансовой «реабилитации» до ликвидации бизнеса и даже уголовной ответственности учредителей.

Список литературы

1. Жадан В.Н. К вопросу о доказывании фактов преднамеренного банкротства предприятий [Текст] / В.Н. Жадан // Молодой ученый. – 2013. – №3. – С. 351-355.
2. Якушев Д.Ю. Процедура банкротства предприятия: этапы, сроки и цели. Процедуры банкротства систем [Электронный ресурс] / Д.Ю. Якушев – Режим доступа: <http://www.jurist-arbitr.ru>.

ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ: БРЕМЯ ИЛИ ПАНАЦЕЯ ДЛЯ РАБОТНИКОВ ОБРАЗОВАНИЯ?

Никишаева А.О.

студентка Финансового университета при Правительстве РФ,
Россия, г. Москва

Основная цель исследования заключалась в изучении новых методов повышения эффективности труда в системе образования посредством введения в практику трудовых отношений эффективного контракта. В основе исследования лежат официальные данные Федеральной службы государственной статистики. Результаты анализа помогут работодателям понять преимущества эффективного контракта над трудовым договором, сделать выводы и в будущем развивать процесс совершенствования взаимоотношений между работником и работодателем.

Ключевые слова: эффективный контракт, трудовой договор, социально-трудовые отношения, оплата труда.

Основные задачи в процессе обновления высшего образования – это усилить кадровый потенциал вузов, изменить технологии обучения, обновить вузовскую инфраструктуру, повысить практикоориентированность содержания и перечня образовательных программ, усилить вузовскую науку, расширить академическую мобильность.

Важнейшее среди всего перечисленного – повышение планки требований к вузовским преподавателям. При этом это повышение требований должно одновременно сопровождаться и увеличением заработной платы для того, чтобы существенно повысить статус преподавателя высшего учебного заведения.

Повышение уровня заработной платы преподавателей рассматривается как один из действенных механизмов повышения конкурентоспособности

отечественного высшего образования и привлечения квалифицированных специалистов к преподаванию.

Современный этап развития социально-трудовых отношений и в материальной, и в нематериальной сфере характеризуется новым институциональным сопровождением – введением эффективных контрактов. Эффективный контракт – контракт, который позволяет сторонам, его заключившим, достигать своих целей и вознаграждать необходимым образом (причем не только в денежном виде) поставщика некоего блага (исполнителя работ, производителя товаров и т.д.).

Эффективный контракт является особым инструментом реализации социально-трудовых отношений в вузе, поскольку предмет эффективного контракта реализуется за рамками трудового договора. Целью введения эффективного контракта является обеспечение управляемости мотивацией и стимулированием труда работников системы образования, в частности, высшей школы.

Эффективный контракт как инструмент управления кадровым потенциалом бюджетных образовательных организаций позволит сформировать мотивацию основного персонала не просто с точки зрения реализации эффективной педагогической деятельности, а, прежде всего, обеспечит такой размер оплаты труда, который позволит сконцентрировать усилия работника на достижении корпоративных результатов, измеряемых конкретными показателями (международные рейтинги, показатели эффективности вузов, стратегические направления развития и др.)

Главный вопрос, связанный с внедрением эффективного контракта в систему управления социально-трудовыми отношениями в сфере нематериального производства, состоит в определении регламента и структуры контракта. На мой взгляд, структура эффективного контракта должна включать:

- описание должностных обязанностей работника;
- сроки исполнения (причем сроки контракта могут не совпадать со сроками основного трудового договора);
- показатели и критерии оценки эффективности деятельности;
- условия и размер оплаты труда;
- меры социальной поддержки работника (развернутый социальный пакет).

Введение эффективного контракта в системе образования позволит систематизировать кадровые процессы, привести процедуры оценки результатов труда к нормам эффективно развивающихся компаний. Безусловно, необходимо учитывать специфику преподавательского труда, результаты которого часто не поддаются количественному измерению, например, если речь идет о творческом процессе, процессе воспитания личностных качеств у учащихся, развитии одаренности и способностей к генерации новых идей. Поэтому, как правило, традиционно применяемые технологии оценки основного персонала не могут быть напрямую заимствованы у корпоративного сектора экономики. Вместе с тем внедрение эффективного контракта позво-

лит сделать первые шаги по пути формирования политики управления кадровым потенциалом в высшей школе [4, с. 6].

В практике реализации трудовых отношений развитых стран давно укоренились идеи увязки результатов труда (как коллективных, так и индивидуальных) с результатами деятельности всей организации. Отметим, что введение эффективных контрактов как элемента институционализации трудовых отношений становится особенно актуальным в связи с развитием системы оплаты труда, основанной не на формальных показателях трудовой деятельности (количество отработанных чел/часов), а на конкретных достижениях и системе мотивации как трудового коллектива в целом, так и отдельных его участников [3, с. 439].

Введение эффективного контракта как института регулирования и управления социально-трудовыми отношениями является закономерным и последовательным шагом в цепи управляемого воздействия на процесс предоставления услуг в сфере нематериального производства.

Проблемы обеспечения качества образовательных (медицинских и др.) услуг, развитие кадрового потенциала, совершенствование процессов найма, оценки результатов труда, уровня удовлетворенности и мотивации работников закономерно ведут к оформлению трудовых отношений с работниками таким образом, чтобы установить зависимость оплаты труда от показателей, критериев и условий осуществления трудового процесса. Кроме того, эффективный контракт позволит сделать социально-трудовые отношения в сфере нематериального производства управляемыми, создать условия для повышения результативности академического труда.

Применение эффективного контракта будет способствовать реорганизации системы кадрового управления высших учебных заведений, расширению функционала управления кадрами (от рутинной деятельности по подбору и найму работников на основе контрактной системы до перспективной, включающей оценку, продвижение и развитие НПР).

Список литературы

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие образования на 2013–2020 годы» (Распоряжение от 22 ноября 2012 г. № 2148-р). Доступно на: <http://минобрнауки.рф/документы/2882>. 15.03.2015
2. Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы (распоряжение от 26 ноября 2012 года № 2190-р). Доступно на: <http://government.consultant.ru/page.aspx?1634848>. 20.03.2015.
3. Альтбах Ф., Райсберг Л., Юдкевич М., Андрушак Г., Пачеко И. Как платят профессорам? Глобальное сравнение систем вознаграждения и контрактов.-М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2012. – С.439. 17.03.2015.
4. Михалкина Е.В., Скачкова Л.С. Трансформация концепции формирования заработной платы: от простого вознаграждения за труд до эффективных моделей стимулирования труда // TERRA ECONOMICUS. – 2012. – т. 10, № 4, ч. 3, С. 5–8. 16.03.2015

ТЕХНИКО-ЮРИДИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ УГОЛОВНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ЭПОХУ ЭКОНОМИЧЕСКИХ И ПОЛИТИЧЕСКИХ ПЕРЕМЕН В РОССИИ

Пронина М.П.

докторант Нижегородской академии МВД России,
кандидат юридических наук,
Россия, г. Нижний Новгород

В статье представлена научная позиция автора относительно технико-юридических дефектов уголовного законодательства в эпоху экономических и политических преобразований в России. Автором анализируются технико-юридические проблемы оформления Уголовного кодекса РФ, выделяются целый ряд недостатков, которые снижают его качество и эффективность.

Ключевые слова: юридическая техника, технико-юридические дефекты, уголовное законодательство.

*«Все писать законы ежели их не исполнять»
Петр I*

Введение в проблему. Наблюдающееся в последние годы интенсивное изменение отечественного уголовного законодательства, попытки реализации потребности борьбы с преступностью путем ужесточения нормативного регулирования, невольно привлекают интерес и возрастающую обеспокоенность ученых- юристов к проблемам выявления и устранения недостатков уголовного закона. Многие правоведы обращались к этим проблемам и намечали ключевые пути решения данной проблемы. К их числу можно отнести работы А.Э. Жалинского, В.С. Комиссарова, Н.Ф. Кузнецовой, А.И. Рарога, А.П. Кузнецова, Н.А. Лопашенко, Э.Ф. Побегайло и др. Несомненно, недостатки уголовного законодательства невозможно устранить полностью, однако, очень важно определить их особенности и закономерности возникновения, объективные и субъективные факторы, негативно влияющие на их появление. Идея разработки нового «совершенного» Уголовного Кодекса является утопической и недостижимой в принципе. Как справедливо заметил В.С. Комиссаров, «новый кодекс возникает при очень серьезных новых обстоятельствах. Мы приняли новый кодекс в 1996 году, потому что ушли от социализма. На сегодняшний день я не вижу причин подобного масштаба» [3]. Однако, многие специалисты предлагают принять новую редакцию Уголовного кодекса, с чем нельзя не согласиться, ведь сегодняшняя его версия полна противоречий. Основной задачей законодателя на этапе принятия уголовного закона должна стать предупреждение появления его недостатков с целью повышения эффективности уголовно-правового воздействия на преступность. Современные проекты законодательных актов часто бессистемны и продиктованы волей политических интересов субъектов власти. По мнению С.В. Векленко к наиболее распространенным недостаткам уголовного законодательства относиться бессистемность внесения изменений в действующие

законы [1, с. 40]. А.И. Рарог среди причин несовершенства современного уголовного закона называет: научную необоснованность и противоречивость вносимых изменений, которые, в свою очередь, нарушают принцип системности уголовного законодательства [7, с.338].

Рассматривая законодательные погрешности уголовного закона Э.Ф. Побегайло выделяет следующие причины: игнорирование криминологических реалий; нестабильность уголовного законодательства; рассогласованность с уголовно-процессуальным законодательством; выхолащивание предупредительной функции уголовного закона и ряд других [6, с.14].

Острота и важность указанных проблем требует кардинального преобразования уголовного законодательства, которое нуждается в комплексном подходе и не может быть ограничено отдельными новациями. Необходимо пересмотреть многие положения как Особенной, так и Общей части Уголовного кодекса с тем, чтобы обеспечить концептуально новый подход к правовому регулированию преступных деяний.

Технико-юридические проблемы оформления Уголовного кодекса РФ.

Исследование действующего уголовного закона позволяет выделить целый ряд недостатков, которые несомненно снижают его качество и эффективность. К их числу относят:

1. Логические погрешности. Одним из наиболее важных элементов правотворческой техники является логический компонент. В частности, первый закон логики – закон тождества, гласит, что «содержание всякой мысли в процессе рассуждения должно быть одним и тем же, постоянным, тождественным самому себе» [2, с. 3]. Ярким примером этого служит ч.2 ст.9 УК РФ провозглашающая: «Временем совершения преступления признается время совершения общественно опасного действия (бездействия) независимо от времени наступления последствий». В данном случае происходит разрыв логической связи событий, при котором основанием для привлечения к уголовной ответственности будет являться совершение деяния, содержавшего все признаки состава преступления. В традиции, сложившейся в российской юриспруденции, в материальных составах в число обязательных признаков включены последствия и соответственно, преступление будет считаться оконченным с момента наступления последствий. Таким образом, исходя из формулировки ч. 2 ст. 9 УК преступление должно считаться уже оконченным и должно применяться нормативное предписание, действующее в момент его совершения, а не закон начинающий действовать в момент наступления вредных последствий и отменяющий предыдущий уголовный закон, при том, что фактически последствия еще не наступили. Для устранения данного дефекта законодателю необходимо изменить содержание ст.9 УК с учетом не только формальных, но и материальных составов.

Другим примером логических ошибок законодателя может служить ч. 1 ст. 244 УК РФ устанавливающая: «Надругательство над телами умерших либо уничтожение, повреждение или осквернение мест захоронения, надмогильных сооружений или кладбищенских зданий, предназначенных для церемоний связанных с погребением умерших или их поминовением». Возни-

кает закономерный вопрос, каково должно быть количество объектов данного преступления и требует ли данная уголовно-правовая норма их наличия во множественном числе? Очевидно, что ответ на данный вопрос будет отрицательным. Однако, данная формулировка является логической технико-юридической ошибкой, влекущей за собой многочисленные проблемы в правоприменительной деятельности и требующей редакционной корректировки.

2. Праксеологические погрешности законодателя так же имеют место в уголовном законе. Законодатель при конструировании уголовно-правовых установлений часто дублирует одни и те же свойства преступления и как его признаки, и как обстоятельства, отягчающие или смягчающие наказание. Примером может служить отнесение в перечню смягчающих обстоятельств несовершеннолетие виновного, указанное в п. «б» ч.1 ст.61 УК. Хотя вопросы назначения наказания несовершеннолетним закреплены в отдельной статье 89 УК РФ.

Излишним в перечне отягчающих обстоятельств представляется выделение в виде отдельного положения рецидива преступлений (п. «а» ч.1 ст.63 УК РФ) в связи с тем, что данный вопрос рассмотрен в ст. 68 УК.

К данному виду дефектов относятся и отнесение целого ряда гражданско-правовых институтов к уголовным преступлениям. Развитие рыночных отношений в стране несомненно требует пересмотра уголовной защиты граждан, организаций и общества в целом, однако, в области экономики наиболее эффективным является механизм гражданско-правовой ответственности, в силу того, что основной ее целью является возмещение ущерба, а не доказывание вины и наказание. Это относится к таким преступлениям в сфере экономики как незаконная банковская деятельность (ст.172), незаконное получение кредита (ст. 176), незаконное предпринимательство (ст. 171), фиктивное банкротство (ст.197) и др. В ходе развития рыночных отношений эти явления были криминализированы, несмотря на то, что гражданско-правовые нормы содержат полноценные механизмы разрешения данных споров и возмещения принесенного ими ущерба.

3. Лингвистические погрешности.

В отдельных нормах уголовного закона законодатель применяет фразеологические формулировки, не соответствующие конечной цели правосудия, заключающейся в восстановлении социальной справедливости, исправлению осужденного и предупреждение совершения им новых преступлений (ч.2 ст. 43). Так, в ч.5 ст. 79 УК РФ: «Лицо отбывающее пожизненное лишение свободы, может быть освобождено условно-досрочно, если судом будет признано, что он не нуждается в дальнейшем отбывании этого наказания и фактически отбыло не менее двадцати пяти лет лишения свободы». В словосочетании «не нуждается в дальнейшем отбывании наказания» законодателем допущена языковая небрежность, не соответствующая целям наказания, указанным в ч.2 ст. 43 УК РФ. В связи с этим, данная статья требует корректировки.

Проблема поиска критериев качества уголовного закона.

Поиск и выбор критериев качества уголовного законодательства является одной из важнейших задач стоящей перед законодателем. Очень важно

создать научно разработанные критерии, которые позволят избегать ошибок при создании уголовно-правовых норм, облегчат выявление уже допущенных ошибок, упростят правотворческий процесс по внесению изменений в уголовные правоустановления.

Как известно, главный критерий качества уголовно-правовых норм определяется через правило: уголовная реакция со стороны государства должна быть предусмотрена только за наиболее общественно опасные деяния. Однако, в связи с тем, что уголовный закон распространяет свое действие на крайне разные общественные отношения- от изнасилования до клеветы, от изготовления ядерного оружия и до незаконной охоты, данный показатель приобретает достаточно неопределенный характер и законодатель часто предусматривает уголовную ответственность за деяния, которые, не обладают той степенью общественной опасности, характерной для преступления. В качестве примера можно привести ст. 140 «Отказ в предоставлении информации», в которой за «предоставление гражданину неполной или заведомо ложной информации» предусмотрена ответственность. Таким образом, получается даже если должностное лицо предоставит неполную информацию по ошибке, его возможно привлечь к уголовной ответственности. Исходя из вышеуказанного необходимо предусмотреть уголовную ответственность в данной статье только за предоставление заведомо неполной информации, а в противоположном случае ограничиться дисциплинарной ответственностью.

И напротив, в ряде случаев законодатель при конструировании уголовно-правовых норм предусмотрел уголовную ответственность не за все общественно опасные деяния, оставшиеся вне поля зрения уголовного законодательства.

Таким образом, появились статьи 127¹, 141, 142¹, 178 и другие, в которых законодатель исправил допущенные ранее ошибки при обнаружении посягательств, достигающих степени общественной опасности преступления, до этого не регламентированные в уголовном законодательстве.

Важным фактором качества уголовно-правовой нормы является отказ законодателя от оценочных понятий и точной регламентации границ преступного поведения. В процессе конструирования уголовно-правовой нормы законодатель в первую очередь должен конкретизировать оценочные категории, ведь «оценочные понятия затрудняют процесс квалификации, мешают решению проблемы программирования применения норм права» [5, с.119].

Следует отметить, что до сих пор некоторые статьи УК РФ содержат оценочные понятия. Например, в ст. 146 содержится оценочная категория «крупный ущерб», которая требует конкретизации, так как «законодатель фактически возлагает на правоприменителей несвойственную им функцию формулирования содержания основания уголовной ответственности. И вполне естественно их стремление уйти от ее исполнения» [2, с.26].

Эффективность правотворчества зависит от многих составляющих, одной из которых выступает предупреждение, выявление и устранение законотворческих ошибок. Затормозить нормальное развитие демократических процессов в Российской Федерации могут не только промахи в политике и

провалы в сфере экономике, но и бессистемные, неэффективные законы. На сегодняшний день перед законодателем стоит важнейшая задача- гармонизировать и систематизировать уголовное законодательство, устранив упущения и дефекты, допущенные ранее. Для этого законодателю необходимо не идти на поводу у политических деятелей, продвигающих «нужные» им законы, а в первую очередь привлекать квалифицированных специалистов и ученых в области уголовного права, для составления грамотных, непротиворечивых и действенных уголовно-правовых норм.

Список литературы

1. Векленко, С.В. О необходимости оптимизации уголовно-правового воздействия на преступность// Категория «цель» в уголовном, уголовно-исполнительном праве и криминологии: Материалы IV Российского конгресса уголовного права. М.: Проспект, 2009. – С. 40.
2. Иванов, Е.А. Логика: учебник/ Е.А. Иванов.-М.,1996.-С. 3.
3. Комиссаров, В.С. Новые поправки ломают систему Уголовного кодекса// Редакция Закон.ру. Первая социальная сеть для юристов. Электронный ресурс http://zakon.ru/discussions/novye_popravki_lomayut_sistemu_ugolovnogo_kodeksa/1737
4. Кострова, М. Крупный размер и крупный ущерб по УК РФ: языковой аспект// Законность. – 2001.-№10.-С. 26.
5. Наумов, А.В. Применение уголовно-правовых норм. (По материалам следственной и прокурорско-судебной практики): Учеб. пос.-Волгоград, 1973.-С. 119-120.
6. Побегайло, Э.Ф. Избранные труды.- СПб., 2008. -С. 14.
7. Рарог, А.И. Изменения уголовного закона с точки зрения системности// Системность в уголовном праве: Системность в уголовном праве: Материалы II Российского конгресса уголовного права.- М., 2007.- С. 338.

РОЛЬ ЮРИДИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ В ПОДГОТОВКЕ ЮРИСТА

Синюков В.Н.

проректор по научной работе Московского государственного юридического университета им. О.Е. Кутафина (МГЮА), доктор. юрид. наук, профессор,
Россия, г. Москва

Синюкова Т.В.

зав. кафедрой теории государства и права национального исследовательского
Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского,
канд. юрид. наук, доцент,
Россия, г. Саратов

В статье рассматриваются проблемы юридического образования, роль и значение юридической клиники и практического обучения в подготовке современного юриста.

Ключевые слова: юридическое образование, юридическая клиника, обучение юриста.

Неотъемлемой составной частью правового регулирования в России выступает юридическое образование. Юридическая корпорация встроена в

правовую систему России, которая делается все более сложной и дифференцированной. За последние 20 лет произошли кардинальные изменения в законодательстве, судебной, правоохранительной системе, что потребовало иного уровня правового обеспечения, иной структуры юридической деятельности и современного юридического образования.

Занимаясь юридическим образованием, необходимо учитывать современные тенденции развития отечественного права: увеличение объема законодательства, усложнение подзаконного регулирования, усиление роли судебной практики в качестве источника права, формирование судебного права, структурные изменения в системе российского права, изменение методов правового регулирования, возрастание значения индивидуального поднормативного регулирования и др. [3,4].

Все это требует от юриста хорошего знания юридической практики по специализированным категориям дел. «Потребители не хотят ждать, – говорит декан юридического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова проф. А.К. Голиченков, – когда адаптируются выпускники юрфака, адаптируются к конкретной отрасли, к конкретному предприятию. Каждая неделя, месяц простоя этого юриста с университетским образованием для него (потребителя) потери. Он хочет получить готового юриста» [1, с. 23].

В связи с этим, требуется переосмысление юридического образования. В этой сфере произошли позитивные изменения: новая структура профессионального образования, реформа системы лицензирования и аккредитации, обновление госстандартов, взаимодействие с работодателями и др. Мы по-новому смотрим на структуру традиционных занятий, меняем соотношение семинарских и практических занятий, которые должны приобретать значительно более творческий характер.

Возрастают требования к студентам. Они должны уметь вести юридический анализ, готовить правовые меморандумы с анализом ситуации, комментарии, значительно расширяется система внутренних и внешних конкурсов, подготовка к которым, по сути дела, носит индивидуальный характер. Преподаватели приобретают новые качества своей деятельности – консультантов, тренеров.

Иное значение приобретают в этом плане традиционные институты студенческого самоуправления – студенческие научные общества, внутри которых создается система индивидуального и группового обучения навыкам аналитической исследовательской работы. Главная тенденция состоит в том, что юридическое образование фактически выходит за рамки не только собственно учебного процесса, но и за рамки университета в сферу прикладной – научной, практической деятельности выпускников.

В совершенствовании отечественного типа юридической подготовки все более важную роль должны играть *юридические клиники*, идея которых родилась на российской почве еще в конце XIX века и которые за десятилетия своего существования проделали большой путь от полукустарных консультаций до фактически целых институтов практического обучения. Значение клинических занятий, по мнению К. Дыновского, состоит в том, что в

них явления жизни и поводы юридическому действию представляются не в отвлеченных изображениях, а во всех конкретных условиях данного случая [2, с. 47]. Важно, что в юридической клинике имеются профессиональные наставники, которые могут научить не только делопроизводству, что часто бывает на базах практики, но и научным приемам работы с конкретными правоотношениями.

Юридическая клиника, как институт образования и обучения, выходит на новый уровень. Современная концепция клиник исходит из понимания их как прикладной школы юриспруденции, в которой вырабатываются методологии, дополняющие классическую юридическую науку, и в которой создается соответствующая организационная инфраструктура.

Базовый университетский уровень юридического образования, таким образом, дополняется тесно с ним связанной и интегрированной в практическую юриспруденцию системой прикладной профессиональной подготовки.

Профессия юриста получает две важнейшие составляющие: юридическое образование и профессиональную юридическую подготовку, которые должны получить обоснованную интеграцию в учебных планах, траекториях образования. Клиника и иные формы прикладной подготовки призваны преодолеть непрозрачность и практическую бесцельность реальных учебных программ. Новая концепция клиник также включает идею опоры на большой пласт правовых и социальных источников, которые должны включать кроме клиник юридические фирмы, филиалы выпускающих кафедр в юрисдикционных органах, общественных организациях, отраслевые научно-практические издания, вокруг которых формируется профессиональное сообщество.

В юридической клинике меняется статус преподавателя, который работает со своими студентами и имеет свой собственный выход на практическую юриспруденцию. Фактически клиника здесь расшивает межкафедральные перегородки, дополняя тем самым классический учебный процесс и способствует, таким образом, повышению профессионализма преподавательского корпуса. Такого рода изменения создают условия для проведения в России реальной общественной аккредитации юридических вузов, в системе которой можно будет оценивать не только академическую, но и практическую компетенцию выпускников.

Значение клиник увеличивается с учетом сетевого и кластерного взаимодействия образовательных структур в подготовке юристов, когда объединяются усилия вузов, их подразделений, работодателей, учреждений отраслевой и академической науки. Причем каждый вуз должен иметь свою модель: юридические факультеты классических университетов, филиалы, юридические университеты и академии в рамках региона или ведомства.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. Юридическое образование требует современных технологий учебного процесса, которые бы формировали юриста с высокой степенью научно-практической компетентности.

2. Совершенствование юридического образования на основе компетентностного подхода, усиление практического акцента в подготовке соответствует отечественной юридической традиции и содействует фундаментальности юридического образования. Основное направление – сочетание фундаментальности с прагматизмом и рациональностью в подготовке юридических кадров.

3. Ключевой элемент развития юридического образования – юридическая практика, которая нуждается в системном, преемственном совершенствовании. Узкая ориентация на знание отечественного законодательства, обучение на теориях, имеющих ограниченный наукообразный характер, должны быть преодолены в пользу расширения предметного поля учебного процесса и социальной практики.

Юридические клиники должны выступить важным звеном в инновационной инфраструктуре юридических вузов. Качество юридического образования во многом будет определяться способностью юридического вуза предлагать наряду с фундаментальными курсами программы с высокой степенью специализации.

Список литературы

1. Голиченков, А.К. Выступление на УМО по юридическому образованию вузов России 31 марта 2006 г. [Текст] / А.К. Голиченков // Информационный сборник № 2 УМО по юридическому образованию вузов России. – М., 2006.

2. Дыновский, К.К. Задачи цивилистического образования и его значение для гражданского правосудия [Текст] / К.К. Дыновский – Одесса, «Славянская» тип., 1896.

3. Синюков, В.Н., Синюкова, Т.В. О развитии университетского и прикладного юридического образования в России / В.Н. Синюков, Т.В. Синюкова [Текст] // Государство и право. – 2010. – № 3. – С. 33-42.

4. Синюков, В.Н., Синюкова, Т.В. Концептуальные основы развития университетского и прикладного юридического образования в России / В.Н. Синюков, Т.В. Синюкова Т.В. [Текст] // Юридическая техника. – 2009. – № 3. – С. 292-308.

КОНСТИТУЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕГЛАМЕНТАЦИИ ЭКСТРЕМИЗМА В РОССИИ

Тульжанов Р.С.

студент 2 курса юридического факультета государственно-правовых и социально-гуманитарных дисциплин АОЧУ ВПО «Московский финансово-юридический университет МФЮА»,
Россия, г. Орск

В статье проводится анализ теоретических концепций экстремизма и его регламентация в законодательстве Российской Федерации. Автор приходит к выводу о том, что российское законодательство реализует теоретические концепции в нормах конституционного, административного, уголовного права.

Ключевые слова: экстремизм, закон, ответственность, правовое воспитание.

Экстремизм – явление очень сложное и многоплановое, берущее свои истоки из вечно существовавшего и существующего национального и религи-

озного вопросов. С началом бурных и противоречивых изменений, захлестнувших общественную и политическую жизнь России в последние десятилетия, экстремизм стал в нашей стране повседневной реальностью, ежедневно напоминающей о себе своими страшными и жестокими проявлениями.

Необходимо признать, что в российской юридической науке до сих пор нет четкой позиции по поводу определения экстремизма. Отсутствует единый взгляд на его виды и формы, нет четкого разграничения смежных с экстремизмом явлений. В словарях отсутствуют понятия об экстремизме [1, С.1395].

Идеологическое обоснование экстремизм получил в XIX веке. Немецкий радикал Карл Гейнцген провозгласил, что запрет убийства неприменим в политической борьбе и что фактическая ликвидация сотен и тысяч людей может быть оправдана, исходя из «высших интересов человечества». Он был уверен, что с помощью экстремистских акций даже небольшая группа единомышленников сумеет создать хаос в самом сильном государстве [2, С.41].

Если явление «экстремизм» известно с древних времен, то термин «экстремизм», как представляется, многовековой истории не имеет. Мы не находим его толкования ни в толковом словаре русского языка В. И. Даля, ни в Энциклопедическом словаре Ф. А. Брокгауза и Ефрона. Хотя определение близкого к экстремизму термина «терроризм» – в данных словарях приведено. А вот в толковом словаре русского языка Ожегова об экстремизме говорится «как приверженность к крайним взглядам и мерам (обычно в политике)».

В настоящее время существуют различные мнения ученых о понятии и сущности экстремизма, его проявлениях, видах и формах. Например, экстремизм связывают с фундаментализмом и радикализмом [3, С.67]. Другие авторы рассматривают экстремизм как своеобразный способ разрешения социальных противоречий, сложившихся в тех или иных сферах общественной жизни, или как совокупность крайних форм политической борьбы [4, С.14].

Неразрывная связь теории (идеологии) и практики экстремизма нашла выражение в определении экстремизма, данном В. А. Пономаренковым и М. А. Яворским: это «насильственные и (или) противоправные деяния, совершаемые по мотивам религиозной, расовой, половой и иной социальной неприязни, а также призывы к таковым деяниям» [5, С.42].

Ю. Е. Пудовочкин и Р. М. Узденов, рассматривая понятие экстремизма, предлагают следующее его определение: «Экстремизм – это совершение преступлений в соответствии с определенной системой взглядов, воззрений, убеждений, возведенных в культ, с целью достижения определенного результата, предусмотренного этой системой взглядов, в какой-либо области общественных отношений, существующий порядок в которой отрицается экстремистами» [6, С.87].

Иное мнение к определению понятия экстремизма у Е. П. Сергуна: «под экстремизмом следует понимать приверженность к целой системе взглядов, концепций, идей или представлений, основанной на политической, расовой, национальной или религиозной ненависти либо вражде в отношении личности, какой-либо социальной группы, нации или государства, не имею-

щую внешнего выражения. Как только экстремистские воззрения индивида реализуются во внешнем мире в форме противоправных деяний, следует говорить об экстремистской деятельности» [7, С.197].

Таким образом, возникает проблема – расхождение в понимании экстремизма: экстремизм определяется через приверженность или все же, как считает большинство специалистов, – это деятельность. Быть приверженцем чего-либо – означает придерживаться определенных норм, оценок, взглядов и т. д. Однако приверженность может и не находить выражения в поведении, а так и оставаться всего лишь точкой зрения. Другое дело – экстремизм как деятельность. Здесь уже имеют место конкретные деяния, которые могут быть восприняты правом. Именно так нужно рассматривать экстремизм как объект правового воздействия. В противном случае борьба с экстремизмом означала бы борьбу с убеждениями, инакомыслием. Общеизвестно, что вовне своих деяний человек для права не существует. Идеи, взгляды, намерения, убеждения должны воплотиться в поведении человека и только в таком виде могут получить правовую оценку.

Теоретическое обоснование понятия экстремизма обеспечивает правильную регламентацию в нормах права. Практика правоприменительной деятельности обеспечена условиями эффективности. Первыми условиями эффективности применения теоретических понятий является «экономический и политический строй общества» [8]. Таким образом, понятие экстремизма должно находить свое применение в основах конституционного строя Российской Федерации

В настоящее время в России имеется ряд правовых источников, содержащих нормы, обеспечивающие борьбу с распространением экстремизма. Важными следует назвать положения статьи 13 Конституции Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. запрещают создание и деятельность общественных объединений, цели или действия которых направлены на насильственное изменение основ конституционного строя и нарушение целостности Российской Федерации, подрыв безопасности государства, создание вооруженных формирований, разжигание социальной, расовой, национальной и религиозной розни. Это означает, что в России основы противодействия к экстремизму являются основами конституционного строя, закрепленные в главе первой Конституции Российской Федерации [9].

Базовым нормативным актом, регламентирующим вопросы борьбы с экстремизмом и дающим перечень характеризующих его юридически значимых признаков, является Федеральный закон Российской Федерации от 25 июля 2002 г. № 114 – ФЗ «О противодействии экстремистской деятельности» [10], который определяет правовые и организационные основы противодействия экстремистской деятельности, устанавливает ответственность за ее осуществление.

Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях предусматривает ответственность за противоправные действия, которые могут носить экстремистский характер или исходить из экстремистских побуждений, такие как «Нарушение законодательства о свободе совести, свободе

вероисповедания и о религиозных объединениях» (ст. 5.26 КоАП РФ); «Нарушение порядка официального использования государственных символов Российской Федерации» (ст. 17.10 КоАП РФ); «Воспрепятствование законной деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации» (ст. 17.2 КоАП РФ); «Мелкое хулиганство» (ст. 20.1 КоАП РФ); «Нарушение установленного порядка организации либо проведения собрания, митинга, демонстрации, шествия или пикетирования» (ст. 20.2 КоАП РФ); «Пропаганда и публичное демонстрирование нацистской атрибутики или символики» (ст. 20.3 КоАП РФ) [11].

Безнаказанность за административные правонарушения экстремистской направленности влечет к совершению более серьезных преступлений, а реализация административной ответственности происходит быстро и дает своевременную правовую оценку действиям задержанных.

В соответствии с примечанием 2 статьи 282.1 Уголовного кодекса Российской Федерации под преступлениями экстремистской направленности понимаются преступления, совершенные по мотивам политической, идеологической, расовой, национальной или религиозной ненависти или вражды либо по мотивам ненависти или вражды в отношении какой-либо социальной группы.

Самостоятельные составы преступлений экстремистской направленности изложены в следующих статьях Уголовного кодекса Российской Федерации: статья 280 УК РФ – «Публичные призывы к осуществлению экстремистской деятельности»; статья 282 УК РФ – «Возбуждение ненависти либо вражды, а равно унижение человеческого достоинства»; статья 282.1 УК РФ – «Организация экстремистского сообщества»; статья 282.2 УК РФ – «Организация деятельности экстремистской организации»; статья 357 УК РФ – «Геноцид» [12].

Таким образом, в России теоретическая концепция «экстремизм» регламентирована в нормах права. За осуществление экстремистской деятельности граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства несут уголовную, административную и гражданско-правовую ответственность в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Список литературы

1. Большой энциклопедический словарь. (под ред. Прохорова А.М.) 2-е изд., перераб. и доп. М., 1998. – 1456.с
2. Авадиалов, А.С. Концепции разрушения [Текст]/А.С. Авадиалов//Право и безопасность. 2012. № 2. С.41-42.
3. Воронцов, С. А. Понятие экстремизма и его сущностные признаки [Текст] / С.А.Воронцов // Философия права. 2007. № 4. – С. 67-71.
4. Воронов, И. В. Основы политико-правового ограничения социально-политического экстремизма как угрозы национальной безопасности Российской Федерации [Текст]: дис. ... канд. полит. наук / И.В. Воронов. – Ростов-на-Дону, 2000. – С. 14-15
5. Пономаренков, В. А., Яворский, М.Л. Сущностная характеристика современного экстремизма [Текст] / В. А. Пономаренков, М.Л. Яворский // Юридический мир. – 2008.- № 2. – С. 42-45.

6. Пудовочкин, Ю. Е., Узденков, Р. М. Теоретические конструкции определения экстремизма: проблемы и перспективы [Текст] / Ю.Е.Пудовочкин., Р.М. Узденков // Криминологический журнал. -2005.- № 2 (8). -С. 87-89.

7. Сергун, Е. П. Правовое обеспечение противодействия экстремистской деятельности в Российской Федерации [Текст] / Е.П. Сергун//Правовая политика и правовая жизнь. 2006. -№ 2. – С. 197-198.

8. Husainova O.V., Fomicheva O.A. Effectiveness of law enforcement by governmental authorities under contemporary conditions. LifeSciJ 2014; 11(12s):630-633.

9. Конституция Российской Федерации" (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. – 2014. – N 31. – Ст. 4398

10. Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 114-ФЗ "О противодействии экстремистской деятельности» (ред. от 21.07.2014 //Собрание законодательства РФ. –2002. – N 30. -Ст. 3032

11. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. N 195-ФЗ (ред. от 04.11.2014) // Собрание законодательства РФ. -.2002. - N 1 (ч. 1). – Ст. 1

12. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. N 63-ФЗ (ред. от 21.07.2014) // Собрание законодательства РФ. -1996. № 25. -Ст. 2954.

К ВОПРОСУ О РОЛИ СУДА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

Угренинова А.М.

соискатель кафедры уголовного процесса
Уральского государственного юридического университета,
Россия, г. Екатеринбург

В статье рассматривается суд как орган правосудия, роль судебной защиты прав и законных интересов граждан и организаций, проанализированы международные стандарты и нормы международного права содержащие требования, предъявляемых к суду при отправлении правосудия.

Ключевые слова: суд, правосудие, уголовное судопроизводство, полномочия суда, судебное разбирательство, механизм уголовно-правового регулирования.

Исключительность положения суда как органа правосудия основана на Конституции России. Только суд, созданный на основании закона, вправе осуществлять правосудие. Назначение суда состоит в защите основных прав и свобод человека и гражданина, в осуществлении правосудия, в способствовании утверждению демократических принципов правового государства. Уголовное судопроизводство является той сферой деятельности суда, где вопрос защиты прав и свобод человека стоит наиболее остро. Исследование правового положения суда как участника уголовного судопроизводства приобретает особое значение в свете задачи улучшения качества правосудия и повышения уровня судебной защиты прав и законных интересов граждан и организаций. Реализацию этой задачи невозможно осуществить без учета требований международно-правовых стандартов и практики Европейского

Суда по правам человека. Количество жалоб о нарушении прав и свобод, подаваемых в Европейский Суд, свидетельствует об уязвимости отдельных процедурных правил деятельности суда в сфере уголовного судопроизводства [1, с. 35].

Суд считается основным участником уголовного процесса. Только суду принадлежит право признать лицо виновным в совершении преступления, назначить ему определенную меру наказания, применить к лицам, участвующим в уголовном судопроизводстве определенные принудительные меры, ограничивающие конституционные права и свободы.

Только суду предоставлена возможность осуществлять судебную власть. Никакие иные государственные органы и должностные лица пользоваться судебными полномочиями не могут. Это право осуществлять правосудие закреплено в ч. 1 ст. 118 Конституции РФ: "Правосудие в Российской Федерации осуществляется только судом".

Международные стандарты и нормы международного права содержат ряд требований, предъявляемых к суду при отправлении правосудия, таких как, справедливость, независимость и беспристрастность судебного разбирательства, рассмотрение уголовного дела в разумный срок, законный состав суда. Применение судом решений Европейского Суда по правам человека и Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод приобрело особую значимость ввиду интернационализации уголовного процесса. Отсутствие правоприменительной практики предопределяет необходимость выработки четкого определения порядка применения судом международных актов в уголовном судопроизводстве [1, с. 72].

Под правосудием понимается особый вид государственной деятельности, заключающийся в рассмотрении и разрешении различных социальных конфликтов, связанных с действительным или предполагаемым нарушением норм права. Под правосудием можно понимать решение наиболее значимых вопросов в правоприменительном процессе по уголовному делу, как на досудебных стадиях, так и на судебных.

В Юридической энциклопедии, подготовленной Институтом государства и права РАН, правосудие определяется как особый вид государственной (публичной) деятельности, состоящий в том, что независимый, беспристрастный и справедливый суд (суды) на основе закона рассматривает и разрешает правовые споры и дела, отнесенные к его ведению в установленных законом правовых формах; и здесь различают гражданское, уголовное, административное, арбитражное и конституционное судопроизводство [3, с. 504].

Правосудие по уголовным делам может осуществляться мировыми судьями, районными, областными и приравненными к ним судами, Верховным Судом РФ.

Дискреционные (распорядительные) полномочия суда могут реализовываться в равной степени, как на досудебных стадиях уголовного процесса, так и на судебных. К сущностной стороне функции правосудия в судебных стадиях относится весь комплекс правомочий по ведению судебного разбирательства, принятию решений в ходе него, т.к. основополагающая роль в уголовном процессе принадлежит суду.

Вместе с тем нерешенным остается вопрос о реализации требований, содержащихся в ст. 6 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод, и предъявляемых международными нормами к суду как участнику уголовного судопроизводства.

Как отмечает А.Ф. Абдулвалиев спорным является вопрос об установлении сроков судебного разбирательства. Актуальными являются вопросы, связанные с классификацией полномочий и их реализацией судом в уголовном судопроизводстве. Неясным (неурегулированным) остается вопрос о законном составе суда в уголовном судопроизводстве. Кроме того, дискуссионным остается вопрос о реализации требования всестороннего, полного и объективного исследования судом обстоятельств уголовного дела в уголовном судопроизводстве и роли суда в доказывании по уголовному делу [1, с. 98]. Имеющиеся проблемы, несомненно, следует рассматривать единым комплексом с учётом перспектив развития судебной системы с точки зрения деятельности суда, как участника уголовного судопроизводства.

Вместе с тем, у суда имеется исключительное право принимать некоторые решения и на стадии предварительного расследования. У суда имеется возможность предупреждения преступлений и других нарушений законности. Свои полномочия в этой сфере суд реализует с помощью частных определений или постановлений.

Происходит не просто смена концепций уголовно-процессуального права, происходит изменение доктрины уголовно-процессуального регулирования общественных отношений. Отказ от принципа всестороннего, полного, объективного исследования обстоятельств дела судом в целях достижения истины, понимавшейся на отдельных этапах развития процессуального права как истины абсолютной, достижение которой относилось к такому пониманию критерия истины, как внутреннее убеждение судьи, поставил перед наукой уголовного процесса сложную теоретическую и практическую проблему цели доказывания по уголовному делу и проблему понимания истины как абсолютной, объективной, относительной или юридической [2, с. 54].

Изменение механизма уголовно-правового регулирования невозможно без изменения механизма применения норм процессуального права, что требует фундаментального преобразования процесса. При этом такое преобразование может быть основано только на глубоком знании институтов и понятий уголовно-процессуального права именно в их развитии с использованием накопленного опыта регулирования уголовно-процессуального принуждения независимо от условий социально-экономического развития страны.

Как отмечает А.Ф. Абдулвалиев под требованиями, предъявляемыми к суду как участнику уголовного судопроизводства, следует понимать специальные правила уголовно-процессуального характера, обязательные для исполнения судом, установленные нормами международного права и российским уголовно-процессуальным законом, направленные на соблюдение принципов и достижение целей уголовного судопроизводства.

При этом для оптимизации судебного процесса, а также для соблюдения прав участников уголовного судопроизводства следует закрепить требо-

вание рассмотрения уголовного дела в «разумный срок», установленное ст. 6 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод. Необходимо также законодательно закрепить требование всестороннего, полного и объективного исследования обстоятельств уголовного дела. Данное требование должно быть закреплено в качестве общего условия судебного разбирательства [1, с.118].

С учетом изложенного доктрина правового государства требует постоянного совершенствования правовой системы России, в которую должно органично войти уголовно-процессуальное законодательство и формируемая система судопроизводства по уголовным делам.

Список литературы

1. Абдулвалиев А. Ф. Суд как участник уголовного судопроизводства [Текст] : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09 – уголовный процесс, криминалистика; оперативно-розыскная деятельность. Тюменский гос. ун-т. -Тюмень, 2010.-242, [5] с. – Библиогр.: с. 210-242. -Б.ц.
2. Телятников В. И. Проблемы формирования внутреннего убеждения судьи в уголовном процессе [Текст] : Дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09 : Санкт-Петербург, 2003 170 с. РГБ ОД, 61:04-12/47-6.
3. Юридическая энциклопедия / Отв. ред. Б.Н. Топорнин. М.: Наука. – 2001, 1024 с.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО СТАТУСА ОСУЖДЁННОГО В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Фролова Д.А.

студентка факультета истории и права
Алтайской государственной академии образования имени В.М. Шукшина,
Россия, г. Бийск

В статье правовой статус осуждённого рассматривается как совокупность прав и обязанностей, которыми осуждённый наделяется на период отбывания определенного вида уголовного наказания и на срок судимости. Важным является и определение специального правового статуса осужденного в законодательстве.

Ключевые слова: правовой статус, мера государственного принуждения, роль испуга своей вины, цели государственного принуждения, неотчуждаемые права и свободы, формы ограничения в правах лиц, отбывающих уголовное наказание.

В данное время в современной России очень мало дел заканчиваются оправдательными приговорами. Однако, если сравнить с Европой и США, то можно заметить, что там намного большее число приговоров являются оправдательными! Можно смело приводить в пример и тоталитарный Советский Союз, в котором не было такого большого процента приговоров обвинения. Конечно же сомнения вызывает и то, что наши правоохранительные органы работают настолько эффективно и профессионально, что подвергают аресту только виновных в преступлениях. Можно предположить, что суды, вместо того, чтобы являться беспристрастными арбитрами, встают на обви-

нительную сторону. А так же нужно обратить внимание, что процент осуждённых, которые являются невиновными, довольно высок. Из этого следует, что как минимум каждый десятый отбывает наказание за то, чего никогда не совершал. Хорошо, ещё каждый десятый, а не пятый или четвёртый! В действительности, виновных в преступлениях людей наказывают порой очень тяжело, что не соответствует причинённому ущербу. Однако и сами условия, в которых оказывается осуждённый (а довольно часто только находящийся под следствием) человек, становятся часто источником только дополнительных страданий, к которым его никто не приговаривал, но, тем не менее, которые он вынужден переносить.

Говорить о соблюдении и защите основных свобод и прав человека в так называемых местах лишения свободы необходимо, так как никто от этого не застрахован. Говоря простым языком: «Ситуации в жизни бывают всякие».

Хотелось бы подробнее разобрать, что такое правовой статус осуждённого и прочие особенности этой темы.

Для начала, необходимо сказать, что такое правовой статус осуждённого. Естественно, что правовой статус нужно рассматривать как совокупность прав, а так же обязанностей, которыми данный осуждённый наделен на период отбывания определенного вида уголовного наказания и на срок судимости. Правовой статус осужденного всегда зависит только от конкретного вида уголовного наказания, которое назначил ему суд.

Нужно отметить, что осужденный в период отбывания наказания выполняет по отношению к обществу такую специальную роль, которая именуется как роль икупителя своей вины. И исправляется осуждённый под воздействием особой меры государственного принуждения. Целью этой меры можно назвать формирование у него социально полезных качеств, которые обеспечивают как правопослушное поведение; так и уважение интересов других граждан, общества и государства [3].

Такое обстоятельство, естественно, потребовало четкого определения специального правового статуса осужденного в законодательстве, чему и посвящена гл. 2 УИК РФ (ст. 10–15) [2].

Так же следует отметить, что правовой статус осужденного является категорией социальной, исторически преходящей, и его содержание меняется именно с изменением уровня развития цивилизации, а так же уровня преступности и государственного строя, несомненно, на него влияет наличие средств борьбы с ней в обществе. Так как преступность – это явление международное, всемирное, то международная общественность и международные органы стремятся выработать эталон правового статуса осужденных, которые отбывают уголовное наказание.

В РФ признаются и гарантируются права и свободы человека и гражданина, которые соответствуют общепринятым нормам и принципам Конституции и международного права. Неотчуждаемыми являются основные права и свободы, которые принадлежат человеку от рождения, поэтому они находятся под строгой охраной всей системы норм внутреннего (национального), и конечно же, международного права [1].

В то время как осужденный отбывает наказание, которое назначено ему приговором суда, он не в коем случае не лишается гражданства и статуса гражданина Российской Федерации. Конституция России в полной мере согласуется, во-первых, с Всеобщей декларацией прав человека, а во-вторых, с Международным пактом о гражданских и политических правах и другими международными актами о правах человека.

Мерой государственного принуждения является уголовное наказание, которое применяется к лицу, которое признано судом виновным в совершении преступления. Только в лишении и ограничении личных и имущественных прав осужденного, то есть прав и свобод, которые гарантированы Конституцией для законопослушных граждан, может быть выражено принуждение.

Уголовное наказание является средством защиты общества от посягательства на его интересы и обеспечения безопасности.

При применении наказаний, общество преследует такие цели, которые могут восстановить социальную справедливость, предупредить возможность совершения нового преступления как осужденными, так и иными гражданами и, конечно же, исправить осужденного.

Ограничение в правах лиц, которые отбывают уголовное наказание, выражается в одной из трех форм. Одной из них является лишение осужденного возможности пользоваться отдельными правами, которые предоставлены остальным гражданам; второй формой является установление ограничений, в рамках которых разрешается пользоваться отдельными правами; ну а третья форма – заключается в предписании выполнять обязанности, не возлагаемые на других граждан, в которых реализуются элементы государственного принуждения.

Безусловно, составной частью правового статуса осужденного является совокупность тех специальных прав, которыми он пользуется в процессе отбывания уголовного наказания.

Осужденные иностранные граждане и лица без гражданства пользуются правами и несут обязанности, которые установлены международными договорами, участником которых является Российская Федерация, законодательством РФ о правовом положении иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением ограничений, предусмотренных уголовным, уголовно-исполнительным и иным законодательством Российской Федерации.

Таким образом, правовой статус осужденных можно определить как совокупность прав и обязанностей, закрепленных нормами различных отраслей федерального законодательства Российской Федерации, на период отбывания наказания и на срок судимости.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации [Текст] – М.: Новый Юрист, 1999. – 48 с.
2. Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации [Текст]. 1997.
3. Уголовно-исполнительное право России: теория, законодательство, международные стандарты, отечественная практика конца XIX – начала XXI века [Текст]: Учебник для вузов / Под ред. д. ю. н., проф. А.И. Зубкова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: 2006. – 720 с.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ПАРЛАМЕНТАРИЗМА В РОССИИ

Хасеева Е.Я., Мороз Е.С.

студентки 2 курса факультета управления и психологии
Кубанского государственного университета,
Россия, г. Краснодар

В статье рассматривается история развития парламентаризма в России. Становление органов народного представительства в политической системе имеет многовековую историю – от вече, боярской думы, дореволюционных Государственных Дум и Государственного Совета до советского народовластия и современных форм парламентской демократии.

Ключевые слова: парламент, парламентаризм, народовластие, Государственная дума.

Участие общества в государственно-политической жизни страны характеризуется фактом наличия в государстве законодательной власти в качестве самостоятельного института. Именно этот институт, включая в себя политические силы, выражающие настроения общественных слоев и защищая интересы профессиональных или социальных групп, порождает такое понятие как парламентаризм.

Парламент является основным институтом и главным символом современной демократии, а парламентаризм – основным каналом народного представительства.

История становления парламентаризма в нашей стране заслуживает внимания. Она поистине богата: от вече и боярской думы, дореволюционных Государственных Дум и Государственного Совета, советского народовластия до современных форм парламентской демократии.

Институт вече – первая форма непосредственного участия народа в решении государственных вопросов. Вече представляло собой собрание всех свободных жителей, а обсуждение могло затрагивать совершенно любые сферы государственной жизни. В большинстве русских земель институт вече исчезает после татаро-монгольского нашествия. Вече, разумеется, нельзя назвать парламентским институтом: в то время не было соответствующих парламентаризму условий. Но сам принцип – решение государственных вопросов голосованием свободных граждан, принцип коллегиальности – появился. Затем во всех русских землях появляются княжеские думы, которые представляли собой постоянные советы при князе. Советы эти включали его ближайших соратников и, как правило, князь не принимал серьезных решений, не обсудив их с членами совета.

В XIV – XVII вв. в России действовал коллегиальный орган власти высшего уровня – Боярская Дума. Деятельность ее определялась преимущественно обычаями и отчасти была регламентирована Судебниками 1497 г. и 1550 г. Боярская Дума явилась историческим продолжением княжеской думы в новых социально-политических условиях Московского царства. Без Думы не обходился ни один государь. Самостоятельной роли Боярская Дума не иг-

рала, составляя вместе с царем единую верховную власть государства. До конца XVII в. просуществовали в России и совершенно особенные для мировой практики органы, обладавшие некоторыми чертами представительства – известные всем Земские Соборы, участники которых делились на группы по тогдашним сословиям, что несколько напоминает палатную систему [4].

Во времена Петра I важную роль начинает играть Правительствующий Сенат, созданный в 1711 году и ставший органом, решавшим все важнейшие дела государства. Сенат был учрежден на время частых отъездов Петра I. Этот орган не был представительным, но он доказывал необходимость монарха совещаться с представителями хотя бы высшего сословия, передавать им часть полномочий. Эта необходимость с годами не исчезала: в 1810 г. император Александр I подписал Манифест об образовании Государственного Совета. Его полномочия сводились к выполнению функций высшего законосовещательного учреждения при монархе. Все законодательные акты перед утверждением императором должны были обязательно обсуждаться в Государственном Совете. Члены Государственного Совета до 1906 года назначались царем из числа высших лиц государства. В царствование Александра II Государственный Совет даже принимал активнейшее участие в разработке проектов реформ 60-70-х годов, посвященных государственному устройству, вопросу крестьянства и местному самоуправлению.

Все эти органы, кроме вече, были совещательными, а представительными – лишь в той малой степени, в которой это удалось Земским соборам. История современного парламента как представительного общенационального органа начинается с эпохи буржуазных революций. Именно тогда начал распространение по миру парламентаризм – особая система государственного руководства обществом, которая характеризуется разделением законодательной и исполнительной ветвей власти при существенной политической и идеологической роли парламента [5].

Парламент и парламентаризм – тесно связанные понятия, но они не являются равнозначными. Парламентаризм не может существовать без парламента, но парламент без парламентаризма может. Путь российского государства к становлению парламентаризма был во многом вынужденным, потому что знаменовал собой переход абсолютной монархии к конституционной:

1. Начальный этап данного пути связан с принятием Манифеста «Об учреждении Государственной Думы» 6 августа 1905 г. и Положения о выборах в Думу. В Российском государстве был учрежден законосовещательный орган – Государственная Дума, – но при сохранении формы правления в виде абсолютной монархии [1].

2. Следующий этап – принятие Манифеста от 17 октября 1905 г. «Об усовершенствовании государственного порядка». Из совещательного органа Дума становилась законодательным органом [4].

3. Следующий этап в развитии законодательного процесса в России связан с событиями октября 1917 г., то есть установлением Советской власти. Уже в 1918 году была принята Конституция РСФСР, объявлявшая Россию Республикой Советов рабочих, солдатских и крестьянских депутатов. Вся

власть в центре и на местах принадлежала этим Советам, то есть принцип разделения властей отвергался – была установлена диктатура пролетариата и беднейшего крестьянства [3].

Верховная власть в РСФСР принадлежала Всероссийскому съезду Советов, а между съездами – Всероссийскому Центральному Исполнительному Комитету Советов, избираемому Всероссийским съездом Советов и всецело ответственному перед ним. Постоянно действующий ВЦИК сосредоточил в своих руках всю полноту законодательной и значительную часть исполнительной власти. Конституция РСФСР 1937 г. определила в качестве высшего органа государственной власти Верховный Совет РСФСР – единственный законодательный орган, который стал формироваться путем всеобщих, равных, прямых выборов при тайном голосовании. Ст. 26 Конституции устанавливала, что закон считается утвержденным, если он принят Верховным Советом РСФСР простым большинством голосов. Однако на практике роль законодательного органа от избираемого всем населением страны Верховного Совета РСФСР перешла к его Президиуму.

Созданные в годы советской власти в качестве представительных органов, эти государственные органы постепенно обретали черты парламента. Однако стать подлинным парламентом страны они так и не смогли: во-первых, в силу государственного уклада, отрицавшего принцип разделения властей; во-вторых, в силу иерархического подчинения представительных органов страны по вертикали, что не присуще парламентским представительным органам.

В Российской Федерации двухпалатное Федеральное Собрание как парламент государства пришло на смену двухступенчатой модели высших органов государственной власти СССР, включавшей Съезд народных депутатов и формируемый им Верховный Совет [2].

Таким образом, Россия пришла к парламентаризму методом проб и ошибок. Сегодня можно с уверенностью говорить о прочном укоренении парламента как института самоорганизации общества. В наши дни институт парламентаризма активно развивается.

Список литературы

1. Глушко Е.К. К вопросу о парламентаризме в дореволюционной России [Текст] В сб. Разделение властей и парламентаризм. Москва, Институт государства и права РАН, 1992, с. 88.
2. Государственная Дума Федерального Собрания РФ. Высшие законодательные органы России (1906-1993 годы) [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.duma.gov.ru/about/history/information/>
3. Конституция РСФСР 1918 г. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.hist.msu.ru/ER/Etext/cnst1918.htm>.
4. Чистяков О.И. Российское законодательство X-XX веков [Текст] В 9 т. / Под общ. ред. О.И. Чистякова. – М.: Юридическая литература, 1984-1994.
5. Шеховцов В.А. Некоторые аспекты становления российского парламента [Текст] «Конституционное и муниципальное право», №7, 2013 г, с. 63-65.

УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ БЕСПОМОЩНОГО СОСТОЯНИЯ ПОТЕРПЕВШЕГО

Шикула И.Р.

ведущий научный сотрудник НИЦ №1 ФГКУ «ВНИИ МВД России»,
кандидат юридических наук, доцент,
Россия, г. Москва

В статье раскрываются проблемные вопросы определения беспомощного состояния потерпевшего, видовые проявления беспомощности потерпевшего.

Ключевые слова: потерпевший, преступность, беспомощность.

С общим высоким уровнем преступности в стране актуализируется необходимость всесторонней защиты прав и интересов потерпевших.

По данным Следственного комитета РФ в 2014 году более 1,5 млн. россиян были признаны потерпевшими от преступлений, более 70 тыс. человек пропали без вести, материальный ущерб, нанесенный потерпевшим, составил около 550 млрд. рублей, что свидетельствует о сложной криминогенной обстановке, наличии в российском обществе тревожной тенденции, которая выражается в высоком уровне жестокости, незащищенности человека от преступного насилия.

Обеспечение эффективной защиты всего комплекса прав потерпевших от преступлений является важной задачей государства.

В силу своей беспомощности многие потерпевшие не могут самостоятельно осуществлять свои права и нести юридические обязанности. Это самые уязвимые в социальном отношении граждане, к которым относятся лица, страдающие физическими или психическими недостатками, какими-либо соматическими заболеваниями, а также малолетние и престарелые. В отношении беспомощного потерпевшего может быть совершено практически любое преступление, предусмотренное уголовным законодательством, которое посягает на жизнь, здоровье, достоинство личности, на личную собственность граждан, при этом научно-технический прогресс и развитие общественных отношений, катаклизмы, потрясающие нашу страну, вызывают к жизни новые, ранее не практиковавшиеся, формы преступных проявлений, связанных с умышленным приведением жертвы преступления в беспомощное состояние, либо с использованием уже существующего беспомощного состояния потерпевшего. В условиях падения уровня жизни в стране участились случаи извращения криминальным путем от беспомощных членов семьи, преступное завладение их имуществом.

Понятие беспомощности потерпевшего давно перешагнуло рамки некоего элемента в контексте отдельных составов преступлений, затрагивая не только материальное, но и процессуальное право.

В юридической науке отсутствует четкое и однозначное понятие «беспомощное состояние потерпевшего», имеющее уголовно-правовое и криминологическое значение.

В Законе РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 21.11.2011) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" беспомощное состояние потерпевшего интерпретируется как неспособность лица самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности.

В действующем уголовном законодательстве также не раскрываются понятия "беспомощное лицо" и "лицо, находящееся в беспомощном состоянии". Небезынтересным поэтому является обращение к законодательному опыту зарубежных государств, уголовные кодексы которых содержат дефиниции соответствующих терминов. Так, в ст. 368 алеф Закона об уголовном праве Израиля под "беспомощным" понимается "тот, кто из-за своего возраста, болезни, физической или духовной ограниченности, дефекта умственной деятельности или любой другой причины не в состоянии заботиться о своих жизненно необходимых потребностях, о своем здоровье или благополучии" [1, 316].

Беспомощное состояние потерпевшего может явиться следствием болезни (потеря сознания при диабетической коме, из-за приступа стенокардии, эпилептического припадка и т.п.) или обморочного состояния (из-за стресса, теплового удара и др.) и лишить человека, пусть даже на какой-то короткий промежуток времени, возможности сознавать происходящее с ним и оказывать сопротивление, в частности при посягательстве на его жизнь.

Человек может прийти в сознание сам, но, как свидетельствует повседневная (в том числе бытовая) практика, чаще всего человеку, в силу каких-либо обстоятельств впадшему в бессознательное состояние, требуется посторонняя помощь, которая только и может вывести его из этого опасного для него состояния, причем опасного как в смысле возможного наступления естественного в этих условиях летального исхода, так и с точки зрения умышленного лишения его жизни. В связи с этим убийство человека, заведомо для виновного находящегося в бессознательном состоянии, как правило, расценивается как убийство, совершенное в отношении беспомощного человека. Вместе с тем в обзоре судебной практики от 14.12.2011 Верховный суд разъяснил, что потерю сознания жертвы преступления нельзя расценивать как беспомощное состояние. В качестве примера приводится дело, в котором мужчина убил женщину, которая находилась без сознания в результате нанесенных ей побоев. Судья, выносивший приговор по этому делу, квалифицировал действия убийцы по пункту «в» второй части 105 статьи УК РФ, который определяет, что человек, которого убили, находился для виновного в беспомощном состоянии, посчитав, что потеря сознания и есть беспомощное состояние. Однако Верховный суд выразил свою точку зрения по этому делу: данный пункт статьи можно применять к убийствам лиц, не способным защитить себя и оказать сопротивление преступнику из-за своего физического или психического состояния. К таким потерпевшим можно отнести престарелых и тяжелобольных, детей, людей с психическими расстройствами. Судебная коллегия не нашла в рассматриваемом деле признаков преступления по вмененной убийце статье заведомо беспомощной жертвы и переквалифицировала действия преступника в убийство на основании личного неприязненного отношения.

Кроме того, в судебной практике сложилась парадоксальная ситуация, при которой один и тот же признак – беспомощное состояние лица – имеет различное толкование применительно к различным преступлениям, в частности убийству и изнасилованию, поэтому состояние сна и сильного алкогольного опьянения при изнасиловании признается беспомощным состоянием, а при убийстве – нет [2, 41].

Однако причина подобной опасности коренится, на наш взгляд, не в ошибочности толкования термина "лицо, находящееся в беспомощном состоянии", употребляемого в п. "в" ч. 2 ст. 105 УК РФ, в упомянутом Постановлении Пленума Верховного Суда РФ, а в неправомерном употреблении соответствующего термина для описания способа изнасилования или насильственных действий сексуального характера. Ведь в данном случае важно не то, насколько способны потерпевшие к самостоятельному удовлетворению своих первоочередных потребностей, а тот факт, что они не располагают свободой воли либо свободой волеизъявления.

Так, Президиум Верховного Суда РФ правильно, на наш взгляд, посчитал, что суд ошибочно признал квалифицирующим признаком ч. 2 ст. 105 УК РФ использование виновным беспомощного состояния потерпевшего. Было установлено, что осужденный, желая смерти потерпевшей, стал душить ее руками, а после того, как она потеряла сознание, он нанес ей несколько ударов ножом в сердце. Президиум Верховного Суда РФ переквалифицировал действия осужденного с п. "в" ч. 2 ст. 105 УК РФ на ч. 1 ст. 105 УК РФ на том основании, что потерпевшая была приведена виновным в беспомощное состояние в процессе лишения ее жизни [3, 7].

Вполне обоснованно, на наш взгляд, что в теории уголовного права к беспомощному состоянию человека приравнивают сильную степень его опьянения (алкогольного, наркотического, токсического и т.д.), в результате чего он неспособен воспринимать грозящую его жизни или здоровью (при убийстве – только жизни) опасность, а потому не может самостоятельно отвести эту опасность от себя. Думается, что такое понимание вполне обоснованно, ибо при опьянении человек определенное время (иногда значительное) находится в бессознательном состоянии, он столь же незащищен, как и человек, страдающий психическим расстройством.

Инъекция одурманивающих, психотропных веществ или наркотических средств, имея, по мнению отдельных авторов, "двойственную природу" (физическую и психическую), может быть направлена на приведение потерпевшего в бессознательное состояние (физическая беспомощность) либо на лишение потерпевшего способности руководить своими действиями при сохранении способности действовать (психическая беспомощность) с целью последующего его убийства [4, 46].

Как можно было убедиться, мнения ученых и практических работников расходятся и относительно видовых проявлений беспомощности, и по поводу определения понятия "беспомощное состояние", требующего учета психологического, медицинского, демографического, правового и уголовно-правового содержания указанной категории.

Таким образом, беспомощное состояние потерпевшего следует рассматривать как *физическое, психическое или психофизиологическое состояние человека, при котором он лишен способности принимать меры, необходимые для самосохранения, в момент преступного посягательства на его жизнь, что обусловлено тяжким заболеванием, психическим расстройством, возрастом, умственной неразвитостью или бессознательным состоянием иными внешними факторами.*

Список литературы

1. Закон об уголовном праве Израиля / Под ред. Н.И. Мацнева. СПб.: Юридический центр Пресс, 2005. С. 316.
2. Салева Н.Н. Проблема учета беспомощного состояния потерпевшего при квалификации сопряженного убийства, предусмотренного п. "к" ч. 2 ст. 105 УК РФ // Уголовное право. 2006. N 9. С. 41.
3. Бюллетень Верховного Суда РФ. 2000. N 1. С. 7.
4. Веселов Е.Г. Физическое или психическое принуждение как обстоятельство, исключающее преступность деяния: Дис. ... канд. юрид. наук. Краснодар, 2002. С. 46.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В ТЕОРИИ Б.Н. ЧИЧЕРИНА

Язов А.Н.

адъюнкт кафедры теории и истории права и государства
Омской академии МВД России,
Россия, г. Омск

В статье рассматриваются представления выдающегося российского либерального правоведа Б.Н. Чичерина о месте и роли местного самоуправления в системе государственной власти. Надлежащее функционирование органов местного самоуправления способно активизировать механизмы построения гражданского общества, что является неотъемлемым условием построения правового государства.

Ключевые слова: местное самоуправление, земства, государственная власть, народный суверенитет, демократия.

Конституция РФ в ч. 1 ст. 1 характеризует российское государство как демократическое [1]. Демократизм находит выражение в народовластии, местном самоуправлении, разделении властей и других институтах. В Конституции РФ в ст. 3 также указывается, что носителем суверенитета и единственным источником власти в Российской Федерации является ее многонациональный народ, а местное самоуправление – одной из ее форм выражения [1].

Несмотря на то, что особенности правового регулирования и организации местного самоуправления в России являются предметом научного осмысления в течение длительного времени, вопрос о месте и роли местного самоуправления в системе государственной власти в нашей стране до сих пор остается дискуссионным. Как в дореволюционной, так и в современной

научно-исследовательской литературе преобладают два подхода к соотношению местного самоуправления и государственной власти: общественный и государственный. Сторонники первого подхода делают акцент на независимости муниципальных структур от государственных (Б.Н. Чичерин, М.М. Ковалевский и др.). Представители второго подхода трактуют местное самоуправление как относительно децентрализованную форму государственного управления на местах (А.Д. Градовский, К.М. Коркунов и др.). В отечественной юридической науке в конце XIX – начале XX века господствовал государственный подход. В настоящее время по степени влияния на законотворческий процесс и практику строительства местного самоуправления, он уступил место общественному подходу. Это связано, по нашему мнению, с переходом государства к демократическим методам управления.

В связи с этим, большой интерес представляет исследование трудов отечественного правоведа Б.Н. Чичерина, который особую роль уделял вопросам местного управления и, по сути, был единственным сторонником общественного подхода среди представителей либерального направления отечественной юриспруденции второй половины XIX – начала XX века. На рубеже 1850-1860-х годов этот выдающийся специалист в области права активно выступал за взаимодействие самодержавной власти и общества, и выражал мысль, что Россия нуждалась не столько в конституции, сколько в изоляции бюрократии и восстановлении непосредственной связи между самодержцем и народом [4, с. 55].

Автор возлагал надежды на разрешение основных политических проблем самодержавием, опиравшимся на общественное мнение, по формуле: "Либеральные меры и сильная власть", отводя главенствующую роль, таким образом, государству. Это определило его отношение к земствам. Он полагал, что местное самоуправление должно быть неразрывно связано с "общей администрацией" и в определенной степени зависимо от нее [4, с. 253-264]. Четких границы этой зависимости Б.Н. Чичерин не очерчивал, но считал, что даже при абсолютной монархии определенная свобода местных органов власти нужна, поскольку она противодействует чрезмерному влиянию бюрократии и ее злоупотреблениям. Таким образом, полагал автор, в государстве достигается цель всякого общества – "соглашение свободы с порядком" [5, с. 519-520].

Б.Н. Чичерин считал земство учреждением общественным, а не государственным. Определяя общество как совокупность частных отношений отдельных лиц и социальных групп, а государство – как целостный союз народа, имеющий целью достижение "общего блага", автор подчеркивал, что земства имеют своей изначальной задачей удовлетворение именно частных "интересов известного разряда лиц или местности" [2, с. 82-85].

Сущность самоуправления Б.Н. Чичерин видел в управлении земствами собственными делами на основании собственных решений [3, с. 129]. Поэтому область деятельности местных учреждений, по его мнению, должны были составлять хозяйственные нужды местности. Автор допускал, что органы самоуправления могут быть привлечены и к ведению государственных дел, но

тогда они будут выступать уже в качестве органов подконтрольных правительству. Сущность проблемы, с позиции Б.Н. Чичерина, заключалась не в большем или меньшем доверии правительства к обществу, а в юридической постановке вопроса [3, с. 375, 381], поскольку государство, передавая органам самоуправления ряд своих полномочий, вручает им и возможность применения мер принуждения от имени государства [2, с. 89].

Спорным также Б.Н. Чичерин считал вопрос о целесообразности многоуровневого устройства самоуправления с подчинением мелких его единиц более крупным. Он доказывал, что подчинение уезда губернии приведет к возникновению особой земской бюрократии [3, с. 105].

Таким образом, ряд проблем местного самоуправления, волновавших Б.Н. Чичерина, имеют немало общего с современными. Учитывая исторический опыт развития в нашей стране местного самоуправления, а также влияние на этот процесс бюрократии, утвердительно ответить на вопрос о соотношении муниципальной и государственной властей до настоящего времени крайне сложно. Последнее десятилетие наметилась тенденция на понимание местного самоуправления с точки зрения общественного подхода. Несмотря на это, вопрос о возможности активизации механизмов построения гражданского общества посредством создания системы органов местного самоуправления независимой от государственной власти остается открытым.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) [Текст] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2014. 4 августа. – № 31. – ст. 4398.
2. Чичерин Б.Н. Вопросы политики. [Текст] / Б. Чичерина. – М.: Типо-литогр. Т-ва И.Н. Кушнерев и К°, 1903. – 244 с.
3. Чичерин Б.Н. Курс государственной науки [Текст]. В 3 ч. Ч. 3. Политика / [Соч.] Б. Чичерина. – М.: Типо-литогр. Т-ва И.Н. Кушнерев и К°, 1898. – 556 с.
4. Чичерин Б.Н. Несколько современных вопросов [Текст] / [Соч.] Б. Чичерина. – М.: Изд. К. Солдатенкова, 1862. – 265 с.
5. Чичерин Б.Н. О народном представительстве. [Текст] / Б. Чичерина. – М.: Тип. Грачева и Кони, 1866. – 553 с.

СЕКЦИЯ «ПОЛИТОЛОГИЯ»

ТРАДИЦИОННАЯ СРЕДА СЕВЕРНОГО КАВКАЗА КАК ФАКТОР ГЕНДЕРНОГО СТЕРЕОТИПА

Алигаджиева М.А.

руководитель дагестанского «Центра глобальных вопросов современности и региональных проблем. Кавказ. Мир. Развитие»,
Россия, г. Махачкала

В статье рассматривается то, как традиционное общество Северного Кавказа оказывает влияние на жизнь женщины и ее роль в обществе, которое не дает им возможности даже задуматься о том, чтобы занять какие-либо социальные позиции в обществе они даже в мыслях не могут представить себя в политической борьбе и конкуренции с мужчиной.

Ключевые слова: традиционное общество, гендер, стереотип, политика, влияние.

Во все времена в истории человечества волновали вопросы гендерного равноправия женщин.

В современном российском обществе не до конца искоренило пережитки патриархальности и традиционности.

Отдельные гендерные проблемы нашли отражение в трудах М. Текуева, Р. Ханаху, Я. Смирнова и ряда других ученых [1, 2, 9, 10, 11].

Комплексные исследования гендерных отношений и гендерной политики в регионах Северного Кавказа проведены Сиражудиновой С.В. [3, 5, 6, 7, 8,] По мнению автора, несмотря на то, что региональная гендерная политика основывается на конституционно закреплённом равноправии полов, конституционные права не всегда подкрепляются реальной практикой [5].

Традиционность общества Северного Кавказа оказывает значительное влияние на жизнь женщины и ее роль в обществе.

Таким образом, одной из главных причин гендерного неравноправия на Северном Кавказе является традиционное воспитание и мировоззрение многих женщин, которое не дает им возможности даже задуматься о том, чтобы занять какие-либо социальные позиции в обществе они даже в мыслях не могут представить себя в политической борьбе и конкуренции с мужчиной.

Мир многих женщин пока ограничивается чисто домашними, бытовыми проблемами. Жизнь горской женщины остается традиционной, сложной и однообразной [3]. По словам Джабировой Маликат («Мать и дитя») «женщинам не до гендера, когда их заботит вопрос пропитания» [4].

Таким образом, результаты социологического опроса показывают, что самосознание женщин, проживающих в республиках Северного Кавказа, находится в значительной степени под влиянием гендерных стереотипов о предназначении полов.

При определении тенденций формирования этнократических элит в северокавказских республиках, необходимо учитывать, что все этнократиче-

ские элиты Северного Кавказа являются андроцентристскими, т.е. мужскими по своему составу. Традиционная психология кавказских горцев не позволяет женщинам участвовать в политической жизни общества наравне с мужчинами. Немногие известные примеры участия северокавказских женщин в политике, как правило, относятся к советскому периоду и связаны с их выходом за пределы регионального политического пространства.

Одним из таких примеров, когда первая женщина-дагестанка, Роза Эльдарова видный дагестанский общественный и политический деятель, вошла в высшее руководство Дагестана, возглавив его Верховный Совет.

Ни одна женщина-дагестанка в истории не добивалась еще такого. Первая женщина-президент! Именно так представлял ее Хрущев во время зарубежных поездок иностранным лидерам. Ее жизненный путь блистателен, а судьба уникальна. Быть в центре событий – жизненное кредо Розы Эльдаровой. Но в этом кредо не самолюбование, а, прежде всего, самоотдача, желание служить своей стране и ее людям.

На сегодняшний день к женщинам – политикам можно отнести Умапазиль Омарова недолгое время работала вице-премьером правительства, экс – депутат НС РД, а ныне член регионального политсовета «Единой России».

Хури Пирсаидова, глава администрации города Каспийска, экс-депутат НС РД, председатель дагестанского отделения общероссийского движения «Матери – за социальную справедливость».

Гендерный статус женщин и их роль в политической жизни Дагестана? Ответы на вопросы начинаю искать у самых незаинтересованных экспертов – у мужчин.

«Все женщины политики, которых я знал, занимались политической деятельностью не хуже мужчин. Женщины лучше решают многие вопросы, чем мужчины, а мужчинам, которые знают об их достоинствах надо научиться прощать некоторые их ошибки. Одну из таких женщин которую я знал и знаю эта Роза Эльдарова. Удивительно, но накануне вашего прихода мне приснился сон, как я поворачиваю на ее улицу. Эта очень обаятельная и умная женщина, которая хорошо знала свою работу. Ее везде принимали хорошо, практически всегда аплодировали. Но я бы хотел, чтобы моя жена занималась не только политикой, но и по дагестанской традиции была бы дома, иначе нет удовольствия быть мужчиной», – считает Член Корреспондент Российской Академии Наук Ахмед Ибрагимович Османов.

«Большое значение в становлении мужчин играет женщина. Мужчину выковывает женщина. Заниматься политической деятельностью женщина может не хуже мужчин, в вопросах касающихся семьи и брака, медицины, культуры, пенсионного обеспечения даже лучше. Женщина-политик менее коррумпирована. Но, тем не менее, я бы хотел, чтобы моя жена создавала уют домашний, нежели занималась политикой», – считает доктор исторических наук Руслан Сефирбеков.

Большинство респондентов считают, что женщине не желательно занимать большие должности и заниматься политикой. Политика была названа чисто мужской профессией.

Несмотря на то, что в настоящее время в обществе по-прежнему доминирует традиционно-патриархальный идеал женщины, общественное мнение показывает, что ситуация изменится в направлении гендерного равенства.

Список литературы

1. Гулиева М. Политическая культура женщин как условие социально-политической стабилизации, Пятигорск, 2005.
2. Денисова Л.В. Положение женщины в мусульманском мире согласно догматическим воззрениям ислама // Современные проблемы и перспективы развития исламоведения, востоковедения и тюркологии. – Нижний Новгород, 2007.
3. Кантышева, С. Портрет кавказской женщины //Prague Watchdog 8 марта 2008, <http://www.watchdog.cz/?show=000000-000015-000006-000032&lang=2>
4. Опрос экспертов. Социологическое исследование «Женщина в традиционном обществе». Август 2012.
5. Сиражудинова С.В. Гендерная политика в республиках Северного Кавказа: современные тенденции// Женщина в Российском обществе. 2013. №1.
6. Сиражудинова С.В. Гендерное равноправие как условие развития гражданского общества на северном Кавказе. //Социология власти, 2010 г. № 4, С. 170-177.
7. Социологическое исследование «Женщина в Ингушетии» проведено в Республике Ингушетия. Опрошено 250 человек. Январь-февраль 2010 года. – Прим. авт.
8. Сиражудинова С.В. Оценка гражданского общества глазами жителей Северного Кавказа // Социология власти. 2011. №1. С. 74-83.
9. Смирнов Я.С. Трудовые рати и статусы женщины в традиционных обществах народов Кавказа//Этнограф обозрение. 1997. № 4.
10. Текуева М. Текуева М.А. К истории женского вопроса в Кабардино-Балкарии // Женщина Кавказа и современность. Тезисы докладов I Региональной научно-практической конференции, 20-21 ноября 1991 г. Нальчик, 1991. С. 4-6.
11. Ханаху Р. Традиционная культура Северного Кавказа: вызовы времени (социально-философский анализ). – Ростов-на-Дону, 2001. 192 с.

ВОСТОЧНОАЗИАТСКИЕ МОДЕЛИ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ

Гаврилова К.С.

старший преподаватель кафедры региональной экономики и природопользования Санкт-Петербургского государственного экономического университета,
Россия, г. Санкт-Петербург

Петренко Д.А., Саламандык А.В.

студенты II курса направления «Зарубежное регионоведение»
Санкт-Петербургского государственного экономического университета,
Россия, г. Санкт-Петербург

В статье представлена характеристика систем местного самоуправления в странах восточноазиатского региона. За основу взята классификация моделей, предложенная Пешиным Н.Л. и призванная проиллюстрировать взаимодействие субъектов государственной власти с субъектами местного самоуправления. В качестве примеров рассматриваются КНР, КНДР, Вьетнам, Малайзия, Япония и Республика Корея.

Ключевые слова: местное самоуправление, административная модель, дуалистическая модель, децентрализованная модель.

Понятие демократизации государства на сегодняшний день тесно связано с реализацией принципа субсидиарности, который предполагает «перераспределение полномочий между управленческими уровнями государственной власти» [6, с. 18], отдавая предпочтение муниципалитетам, что позволяет сократить дистанцию между властными структурами и населением. В то же время классификация систем местного самоуправления неразрывно связана с алгоритмом взаимоотношений, связующих верхнюю и нижнюю ступени управленческой вертикали.

Общепризнанными «точками отсчета» в данном случае признаются исторически сложившиеся и устоявшиеся модели муниципальной власти во Франции и Великобритании. В большинстве стран мира системы местного самоуправления рассматриваются как смешанные, имеющие тяготение к одному из двух полюсов. Однако после реформирования, начавшегося в 80-х гг. ушедшего столетия, континентальная и англосаксонская модели не реализуются в чистом виде даже там, где они зародились.

Альтернативную классификацию систем местного самоуправления предложил д.ю.н., профессор Н.Л. Пешин. Он выделил административную, децентрализованную и дуалистическую модели, проиллюстрировав, таким образом, «взаимодействие субъектов государственной власти с субъектами местного самоуправления» [5, с.54].

Динамично развивающиеся страны восточноазиатского региона относятся к смешанной модели местного самоуправления согласно традиционной классификации. Однако, опираясь на принцип детерминированности и учитывая эволюцию системы государственного управления в соответствующих странах, азиатские модели местного самоуправления можно классифицировать детальнее.

Административная модель предполагает фактическое отсутствие децентрализации власти в разрезе управленческой вертикали, замещая выборные муниципальные структуры назначаемыми и контролируемыми органами государственной власти. Таким образом, формируется и реализуется государственное управление на местном уровне.

Учитывая историю развития стран восточноазиатского региона и сложившиеся в них политические системы, можно рассмотреть несколько примеров. В КНДР, согласно Конституции, органы власти на всех ступенях управленческой лестницы формируются посредством демократических выборов. Муниципальный уровень представлен местными народными собраниями и народными комитетами, избираемыми на 4 года. Однако при перечислении полномочий (гл. 6, раздел 7, ст. 140 и 147) подчеркивается, что их основная обязанность сводится к надзору за соблюдением законодательства в подотчетном районе и реализации решений, принятых на вышестоящих уровнях. В ст. 152, которой завершается раздел, посвященный местным вла-

стям, прописывается, что избранные комитеты должны подчиняться вышестоящим инстанциям государственной власти [2].

Подобная ситуация прослеживается и в КНР, где основными органами управления на местном уровне являются собрание народных представителей и народные правительства, избираемые населением. При этом в ст. 96 Конституции страны они провозглашаются органами государственной власти на местах и представляют собой низовой элемент единой системы представительных учреждений, во главе которой стоит высший орган законодательной власти страны – Всекитайское собрание народных представителей [1].

Еще одним представителем социалистического лагеря в восточноазиатском регионе является Вьетнам, муниципальные органы управления в котором представлены народными комитетами и народными советами. Как и в предыдущих случаях, в Конституции страны (гл. 9, ст. 114, ч. 1) данные органы управления характеризуются как местные административные органы государственной власти [3].

Ярким примером страны, где осуществляется формирование ответственных за выполнение задач на местном уровне органов управления центральным правительством, является Малайзия. Согласно Конституции (ст. 95А) и «Акту о местном самоуправлении» общий надзор и контроль за деятельностью местных органов власти осуществляет национальный совет, состоящий из представителей федерального правительства и правительств штатов. При этом глава местной администрации и члены совета назначаются правительствами штатов на двухгодичный и годичный сроки соответственно и несут ответственность перед всеми вышеозначенными инстанциями [8].

Оппозиционной по отношению к административной является децентрализованная модель, которая предполагает полную самостоятельность органов местного самоуправления в решении вопросов, отнесенных к их ведению. При этом низовой уровень управленческой вертикали формируется исключительно местным сообществом без участия вышестоящих правительственных структур.

Однако в силу исторического развития и особенностей сложившейся политической системы ни одно государство восточноазиатского региона нельзя причислить к полноценной децентрализованной модели местного самоуправления. Даже бывшие британские колонии, адаптировавшие элементы англосаксонской управленческой системы, сохраняют элементы централизации и предпочитают осуществлять контроль со стороны органов государственной власти за деятельностью муниципалитетов (например, Индия).

Пешин Н.Л. подчеркивает, что в децентрализованной модели «органы местного самоуправления полностью отделены от системы государственной власти» [5, с. 54], что не представляется возможным реализовать на практике, так как эти элементы являются составными частями единой системы, функционирующей на основе принципов комплементарности и гомогенности. В результате возникает закономерный вывод о существовании некой промежуточной модели, иллюстрирующей двойственность системы местного самоуправления. Она получила название дуалистической.

Одним из наиболее показательных примеров воплощения данной модели на практике является Япония, местное самоуправление в которой зародилось в средние века, когда к власти пришли военные диктаторы – сёгуны. Провинции в обмен на верность сюзерену получали достаточно большую самостоятельность. Современная вертикаль управления сформировалась после Второй мировой войны, когда в стране стартовали реформационные процессы. К началу XXI века, исторически централизованное государство, Япония начала делать серьезные шаги на пути предоставления большей самостоятельности низовым органам управленческой вертикали.

На сегодняшний день органы управления на местном уровне формируются непосредственно населением, включая избрание глав администраций. При этом губернаторы префектур, наиболее крупных административно-территориальных единиц, параллельно выступают в качестве представителей национального правительства, выполняя, таким образом, двойную функцию (наподобие мэров во Франции). Элементы административной модели в данном случае проявляются в виде государственного вмешательства в деятельность органов местного самоуправления, которое может выражаться как посредством рекомендаций, так и требований о пересмотре принятых решений (губернатор, к примеру, обладает правом вето на утвержденные представительным органом постановления) [4, с. 130].

Республика Корея также является исторически централизованным государством, местное самоуправление в котором стало активно развиваться с 1952 г. Однако с приходом к власти президента Пак Чжон Хи демократическая процедура формирования низовых управленческих структур была отменена. Лишь после его смерти началась реформа местного самоуправления, и жесткий контроль со стороны центра стал постепенно ослабевать.

Как отмечают профессора из Университета Корё, в настоящее время все звенья управленческой системы находятся в состоянии уравновешенного взаимодействия. Рамки вмешательства центрального правительства в деятельность органов местного самоуправления регламентируется «Актом о местных автономиях». Согласно этому документу главы министерств имеют право, как консультировать своих коллег на нижестоящих ступенях управленческой вертикали, давая им рекомендации по любым административным вопросам, так и приостанавливать исполнение принятых представительными органами решений либо до согласования данного вопроса с главой местной администрации, либо до судебного разбирательства [7, с. 60-61]. Таким образом, описанная модель имеет реальное сходство с французской системой местного самоуправления.

Опираясь на приведенные примеры можно сделать вывод, что страны восточноазиатского региона тяготеют к административной модели местного самоуправления в силу исторического развития, социоментальной детерминации и выбранного политического курса.

Список литературы

1. Конституция Китайской Народной Республики от 1982 г. с поправками 1988, 1993, 1999, 2004 гг.

2. Конституция Коре́йской Народно́й Демократи́ческой Респу́блики от 2009 г. с поправками 2012 г.
3. Конституция Социалистической Республики Вьетнам от 2013 г.
4. Мельников, А.П. Местное самоуправление в Японии [Текст] : доцент кафедры философских наук/ А.П. Мельников// Социально-экономические и правовые исследования. – 2008. – № 2. – С. 122-135.
5. Пешин Н.Л. Государственная власть и местное самоуправление в России: проблемы развития конституционно-правовой модели. – М.: Статут, 2007. – 461 с.
6. Рой О.М. Система государственного и муниципального управления: Учебное пособие. 3-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 368 с.
7. Jin Wook-Choi, Chang Soo Choe, Jaehoon Kim Local Government and Public Administration in Korea. – 2013. – 159 с.
8. Local government in Malaysia: Types, functions, organization, members and budget. – 27.11.2014. – [Электронный ресурс] – Режим доступа – <http://penangmonthly.com/> (дата обращения 10.03.2015).

БРИКС И НОВАЯ РОЛЬ РОССИИ НА МЕЖДУНАРОДНОЙ АРЕНЕ

Овчинников Е.А.

аспирант Сибирского института международных отношений и регионоведения,
Россия, г. Новосибирск

В статье рассматривается международное объединение БРИКС и действия России на международной арене в последнее время. Членами БРИКС являются наиболее быстро развивающиеся крупные страны, чье выгодное положение обеспечивает наличие в них большого количества важных для мировой экономики ресурсов.

Ключевые слова: БРИКС, «Goldman Sachs», саммит, ООН, МВФ.

Создание БРИКС явилось одним из наиболее значимых геополитических событий начала XXI века [1]. Впервые термин БРИК был использован в докладе инвестиционного банка «Goldman Sachs» в ноябре 2001 г., посвященном прогнозу состояния мировой экономики в середине XXI века [2]. До 2011 года по отношению к организации использовалась аббревиатура БРИК. В связи с присоединением ЮАР к БРИК 18 февраля 2011 года, по заявлению индийского министра финансов с этого времени группа стала носить название BRICS [3]. Первый саммит БРИК состоялся 16 июня 2009 г. в Екатеринбурге. По итогам саммита было принято совместное заявление и соглашение о глобальной продовольственной безопасности [4]. Совместные действия стран БРИКС, поддержанные широким кругом развивающихся стран в «двадцатке», сыграли решающую роль в продвижении реформы Всемирного банка и Международного валютного фонда. Взаимодействие стран БРИКС, в первую очередь в Совете Безопасности ООН, становится все более важным фактором укрепления международного мира. Участники объединения исходят из того, что мировое сообщество при решении конфликтов должно опираться на политико-дипломатические, а не на военно-силовые методы [5].

Президент России Владимир Путин призвал страны БРИКС (Бразилия, Россия, Индия, Китай и ЮАР) создать систему мер и сообща противостоять травле государств, не согласных с политикой США и их союзников.

Путин также призвал лидеров стран БРИКС изменить чрезмерную зависимость мировой экономики от валютно-финансовой политики руководства США. «Сама международная валютная система чрезмерно зависит от положения доллара, точнее, от валютно-финансовой политики американского руководства. Страны БРИКС хотят изменить это положение», – заявил президент России. По его словам, в нынешнем виде международная валютно-финансовая система, несправедлива в отношении стран БРИКС и «новых экономик» в целом.

Глава государства напомнил, что в стадии реализации находится инициатива по формированию пула валютных резервов БРИКС, который призван стать своего рода «страховочной сеткой» для совместного реагирования на финансовые вызовы. А создание Банка развития позволит расширить сотрудничество по модернизации инфраструктуры экономик стран БРИКС. Путин убежден, что этот Банк развития вкупе с пулом валютных резервов являются практическими шагами стран БРИКС, направленными на укрепление международной финансовой архитектуры и для придания ей более сбалансированного и справедливого характера [6].

Соглашение о Новом банке развития было подписано в бразильском городе Форталеа в июле прошлого года на VI саммите стран БРИКС. Бразилия, Россия, Индия, Китай, ЮАР выступают учредителями банка. Страны БРИКС договорились ратифицировать соглашение о банке на уровне национальных парламентов [7]. Еще один стимул для наращивания влияния Нового банка развития – выбор некоторых проектов, которые финансирует МВФ. В апреле 2014 года совет директоров МВФ одобрил кредитную программу stand-by для Украины в объеме \$16,67 млрд, рассчитанную на два года, в рамках которой перечислил сначала \$3,2 млрд, второй транш составил \$1,4 млрд.

Неудивительно, что, не добившись реформы МВФ, Россия и лояльные ей партнеры решили создать свой мини-МВФ – Новый банк развития. До сих пор БРИКС был неформальным объединением, не имеющим даже своей штаб-квартиры. Теперь, когда речь идет о создании финансовых структур, имеет смысл и увеличить количество участников, например, за счет Аргентины, и нарастить свой политический вес, отмечают эксперты.

Список литературы

1. Факультет государственного управления МГУ [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.spa.msu.ru/page_303.html
2. Goldman Sachs. Global Economics Paper No: 66. Jim O'Neill. Building Better Global Economic BRICs.
3. ЮАР официально присоединилась к БРИК
4. Совместное заявление стран БРИК по глобальной продовольственной безопасности.
5. Россия в БРИКС [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.brics.mid.ru/brics.nsf/0/E87AD4E76C9A5F49C325786800423DE4>

6. Путин призвал БРИКС противостоять санкционной травле со стороны США [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.forbes.ru/news/262631-putin-prizval-briks-protivostoyat-sanktsionnoi-travle-so-storony-ssha>

7. БРИКС тянется к МВФ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gazeta.ru/business/2015/02/04/6399833.shtml>

THE FRAMEWORK OF THE POLITICAL CYCLE IN MIGRATION POLICY: MAIN ACTORS IN MOSCOW

Shitova A.V.

Student of Political Analysis and Public Policy Master Program
National Research University “Higher School of Economics”,
Russia, Moscow

This article devoted the framework of the political cycle in migration policy in Moscow. The analysis of the stages of the policy cycle which was based on the actor center approach has never been investigated. According to these theoretical approaches, we identify the main actors in migration policy and their strategies of behavior in migration policy in the field of health care. According to the mixed welfare approach and based on expert interviews, we recognize that civil initiatives as the most preferred control option of migrant in access to health services in Moscow.

Keywords: political cycle, key actors of migration policy in Russia, migration policy, access to health care services for migrant.

The focus will be on the theory of “political cycle”, it always underlies government regulation. We consider the problem of access to health care services in Moscow for migrant. Theoretical sense campaign is that it considering the state regulation as a process consisting of five stages:

1. Defining the problem
2. Construction of policy options / alternatives
3. Solver / selection of the preferred policy option
4. Implementation of the policy
5. Evaluation / monitoring [6, p.12].

We want to choose to focus on three stages of this model. It will be “defining the problem”- identifying social problems, and it is a problem that society cannot resolve on their own, and here will be required the intervention of state institutions.

The second stage will be “finding a solution / selection of the preferred policy option.” At this stage, we will need to look that how state is accepting the only one policy option of the proposed alternatives.

The third stage is “policy implementation”, we will analyze the materials obtained during the expert interviews. It will be necessary to assess how selection of one alternative is converted into a specific action program.

To justify the choice of the “defining the problem” (agenda), we will use the concept N. Zachariadis, who identified three factors make the situation status problem [2, 2004]:

- Indicators (what is the level of female migration at nowadays: where is the flow of migrants more or where less is and why it is).
- Focusing events that riveting the attention of the media, society and political actors to problem situations (to analyze the work of Government bodies and NGOs with the media. Thereby prove that the problem is relevant).
- Feedback which allows to assess the effectiveness / ineffectiveness of current policies to regulate this problem.

Next we will describe the second stage of this cycle, it is the “finding a solution / selection of the preferred policy option”. This stage explained how the policies selected and how implemented in practice. Here we need to examine the concept of punctuated equilibrium by F. Baumgartner and B. Jones [1].

According to this theory, changes in the policy are derived from the interaction of political institutions at different levels of political power. The functions of this policy consisted of the interaction of political institutions, political mobilization of resources, rational decision-making, etc. All of which factors should be positively growing dynamics. And all this together, according by F. Baumgartner and B. Jones and provides a point of equilibrium. But along with the positive dynamics of this concept we have a negative balance. The “shift point” occurs not planned. Then an important point for us is political course which can adjusted from the top (i.e. the state will address coordination decisions) or initiative will be below. Under the initiative from below we understand the interest groups, the protection group, the NGO.

Next we have stage number three. It is the implementation of the policy, and here we specifically turn to a more detailed analysis of interest groups and actors who can influence the process of implementation political decision-making. Therefore, the next point will identify the main actors of migration policy. For this purpose, we need to describe the most important actors of migration policies in Moscow are:

- The Federal Migration Services – FMS

It is “the federal executive body that implements the state policy on migration and also performs law enforcement functions, functions for control, supervision and provision of public services in the field of migration” [4].

FMS has always been controlled by and accountable to the Ministry of Internal Affairs. In 2007 on the basis of Presidential Decree RF- 403 (on March 21) obtained the right go to legislative initiatives and the right budgeting. Now FMS can actually operate as an autonomous structure.

- Commissioner for Human Rights in the Russian Federation.

The observance of human migrants arrived for permanent residence in the Russian Federation is one of the main directions for the Ombudsmen. “Number of references to the Ombudsman of the Russian Federation subjects received concerning violations of the rights of migrants in Russia ranges from 30 to 400 per year” [5,p.17].

- NGOs – “Civic Assistance”, Fund “Migration and Law”.

Committee “Civil Assistance” this organization is the first public charity assistance to refugees and for internally displaced persons. This organization as-

sumed a mediating role in the relationship of migrants with official structures, their support in the courts. The organization gives the legal advice, protects the social rights as well as material and other humanitarian assistance for the most vulnerable. The Committee is in constant contact with all the agencies which faced with the problem of forced migrants: migration bodies, education, health, social protection, prosecutors, and police. (According to interview with E. Burtina, deputy director of the Committee for Civil Assistance, 2014).

The Foundation "Migration and Law". Currently, is the only NGO in Moscow, which began its operations by protecting the interests of the national community then was gradually transformed into a universal human rights center and now foundation is popular and recognized by almost all subjects of the migration process [3].

- Non-system actors (group of migrant women themselves or it can be individual actors, for example, head of federal migration services, chief of civil organization etc.)

From these facts, one may conclude that the alternative forms of assistance from individual citizens' initiatives, for example, at the individual level or at the level of communities such organizations as "Committee of Civil Assistance" and integration centre "Migration and Law" are working much faster than government agencies. The value of such NGO is their flexibility. They feel people's needs and can adapt to them their activity. Accordingly, they respond to changes in life "outside" much faster than government agencies.

References

1. Baumgartner F., Jones B. (2005). The Politics of Attention. Chicago: University of Chicago Press. P.304.
2. Cassell M. (2004). Ambiguity and Choice in Public Policy: Political Decision Making in Modern Democracies by Nikolaos Zahariadis. Electronic resource: <http://www.jstor.org/stable/3688878> (date accessed: 03.03.15)
3. Integration Center "Migration and Law". Official website. Electronic resource: <http://www.migrocenter.org> (date accessed: 14.12.14).
4. Federal Migration Service. Electronic resource: <http://www.fms.gov.ru/documentation/> (date accessed: 21.03.15).
5. Malysheva, M. (2008). Methodological approaches to the study of labor migration from the CIS in Russia: the gender dimension. Electronic resource: http://ecsocman.hse.ru/data/012/699/1219/Methodic_Guide.pdf (date accessed: 17.01.15).
6. Young, E., Quinn, L. Writing Effective Public Policy Papers: A Guide to Policy Advisers in Central and Eastern Europe. Electronic resource: http://www.icpolicyadvocacy.org/sites/icpa/files/downloads/writing_effective_public_policy_papers_young_quinn.pdf (date accessed: 01.02.15).

Научное издание

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ
СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ

Сборник научных трудов
по материалам IX Международной научно-практической
конференции

г. Белгород, 31 марта 2015 г.

В шести частях
Часть III

Подписано в печать 13.04.2015. Гарнитура Times New Roman.

Формат 60×84/16. Усл. п. л. 10,23. Тираж 100 экз. Заказ 52.

ООО «ЭПИЦЕНТР»

308010, г. Белгород, ул. Б.Хмельницкого, 135, офис 1

ИП Петрова М.Г., 308000, г. Белгород, Народный бульвар, 70а