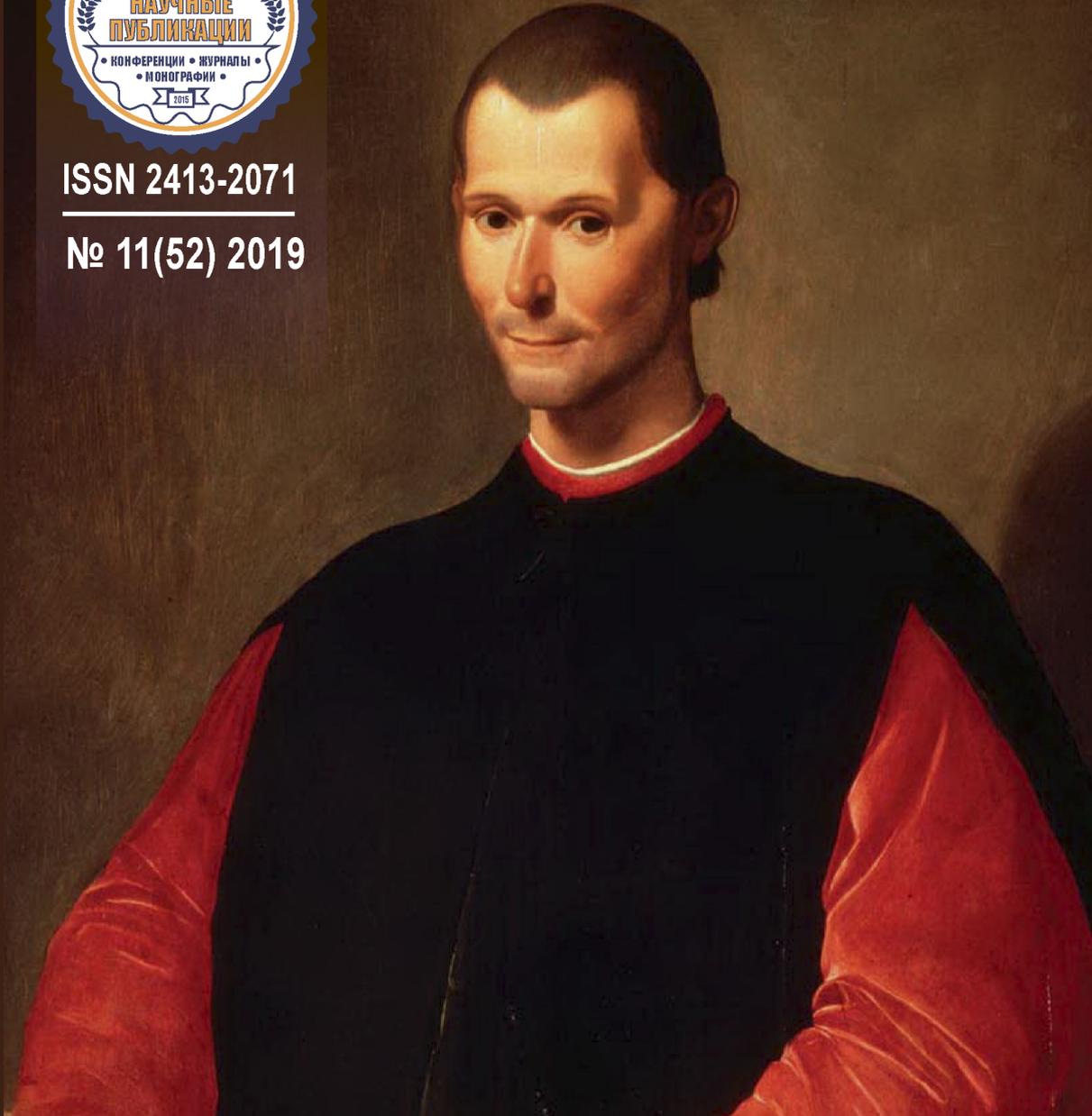




ISSN 2413-2071

№ 11(52) 2019

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «ДОСТИЖЕНИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ» № 11(52) 2019



# ДОСТИЖЕНИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ  
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ

[HTTPS://SCIENTIFICTEXT.RU](https://scientifictext.ru)

Никколо Макиавелли

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

ISSN 2413-2071 (Print)  
ISSN 2542-0828 (Online)

Подписано в печать:  
11.11.2019  
Дата выхода в свет:  
13.11.2019

Типография:  
ООО «Прессто».  
153025, г. Иваново, ул.  
Дзержинского, д. 39,  
строение 8

Формат 70x100/16.  
Бумага офсетная.  
Гарнитура «Таймс».  
Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 8,36  
Тираж 1 000 экз.  
Заказ № 2849

**Территория  
распространения:  
зарубежные страны,  
Российская  
Федерация**

Журнал  
зарегистрирован  
Федеральной службой  
по надзору в сфере  
связи, информационных  
технологий и массовых  
коммуникаций  
(Роскомнадзор)  
Свидетельство  
ПИ № ФС77 - 62928  
Издается с 2015 года

Свободная цена

# Достижения науки и образования

№ 11 (52), 2019

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
[HTTPS://SCIENTIFICTEXT.RU](https://scientifictext.ru)

**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР  
Ефимова А.В.**

ИЗДАТЕЛЬСТВО  
«НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»  
АДРЕС РЕДАКЦИИ:

Г. ИВАНОВО, УЛ. ЛЕЖНЕВСКАЯ, Д. 55, 4 ЭТАЖ.  
ТЕЛ.: +7 (910) 690-15-09

[HTTP://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](http://scientificpublications.ru)  
[EMAIL: INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)

Вы можете свободно делиться (обмениваться) —  
копировать и распространять материалы  
и создавать новое, опираясь на эти материалы, с  
ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ указанием авторства.  
Подробнее о правилах цитирования:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ISSN 2413-2071



© ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»  
© ЖУРНАЛ «ДОСТИЖЕНИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ»

# Содержание

<b>ТЕХНИЧЕСКИЕ НАУКИ .....</b>	<b>4</b>
<i>Быков А.А.</i> НЕОБХОДИМОСТЬ UX-АНАЛИЗА ПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКОГО ИНТЕРФЕЙСА СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ СЛУЖБ .....	4
<b>ИСТОРИЧЕСКИЕ НАУКИ .....</b>	<b>8</b>
<i>Цветков Г.С.</i> О СИСТЕМНОСТИ В ИСТОРИИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА .....	8
<b>ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ.....</b>	<b>20</b>
<i>Токкулинова Г.К.</i> ПОВЫШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ .....	20
<b>ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ.....</b>	<b>23</b>
<i>Землянов В.М.</i> МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ СТОРОНЫ ЧАСТНОГО СЫСКА В ЭТИЧЕСКОМ КОДЕКСЕ ДЕТЕКТИВА .....	23
<i>Мельникова В.С.</i> ГРУППОВОЙ ИСК В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ .....	27
<i>Самсонова Е.Н.</i> ФИНАНСОВЫЙ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ, ЗЛО ИЛИ ДОБРО?.....	29
<i>Раевский К.О.</i> К ВОПРОСУ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИНАНСОВОГО УПОЛНОМОЧЕННОГО .....	31
<i>Попова А.И.</i> АКТУАЛЬНЫЙ ВОПРОС НЕЦЕЛЕВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ .....	33
<b>ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАУКИ.....</b>	<b>37</b>
<i>Арсланова М.М.</i> ПОДГОТОВКА УЧАЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ К СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ КАК ЗАДАЧА РОДИТЕЛЕЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ.....	37
<i>Омарова З.К.</i> ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ ДОУ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ.....	40
<i>Касимова Ш.Н.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ПРОЦЕССА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ .....	42
<b>МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ.....</b>	<b>45</b>
<i>Расулова Н.А., Расулов А.С., Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т.</i> ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ УРОВНЯ 25(OH)D <sub>3</sub> В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ РАХИТА У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ .....	45
<i>Гайбиев А.А., Джурабекова А.Т., Утаганова Г.Х., Ниёзов Ш.Т., Игамова С.С.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ.....	50
<i>Shoturodova D.S., Igamova S.S., Djurabekova A.T., Shmirina K.V., Vyazikova N.F., Maturova M.H.</i> ENDOTHELIAL DYSFUNCTION FACTOR AS AN	

INDICATOR OF CLINICAL AND NEUROLOGICAL DISORDERS IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA.....	55
<i>Муртазаев З.И., Рустамов М.И., Шербекоев У.А., Хужабаев С.Т., Байсариев Ш.У.</i> ОПТИМАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ .....	61
<i>Абдусаломова М.А., Маевлянова З.Ф., Махмудов С.М.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ДЮШЕННА.....	66
<i>Муинова К.К., Таишкенбаева Э.Н., Маждидова Г.Т., Алиева Н.К., Истамова С.С.</i> РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА .....	70
<i>Юнусов О.Т., Карабаев Х.К., Сайдуллаев З.Я., Дусяяров М.М., Шеркулов К.У.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ.....	75
<i>Картунова Л.С.</i> ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ И ГЕОФИЗИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЗЕМЛИ .....	79
<i>Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Расулова Н.А., Расулов А.С., Ирбутаева Л.Т.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БРОНХОДИЛЯТОРОВ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ.....	91
<i>Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Исхакова З.Ш., Имомов К.Н., Ахмедов Б.С.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ДЕФЕКТА ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ ЧЕЛЮСТЕЙ.....	94
<i>Хаятов Р.Б., Велиляева А.С., Тураев Б.Т., Тураев Т.М.</i> АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	96
<i>Шодиев С.С., Исматов Ф.А., Нарзиева Д.Б., Тухтамишев Н.О., Ахмедов Б.С.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОТВАРА АНИСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИИМПЛАНТИТОВ .....	99

## НЕОБХОДИМОСТЬ UX-АНАЛИЗА ПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКОГО ИНТЕРФЕЙСА СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ СЛУЖБ

**Быков А.А.**

*Быков Андрей Андреевич – магистрант,*

*Учебно-научный комплекс автоматизированных систем и информационных технологий,  
Академия Государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации  
по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий  
стихийных бедствий, г. Москва*

**Аннотация:** в статье анализируется необходимость анализа специальных программных комплексов экстренных оперативных служб с учетом опыта непосредственных пользователей.

**Ключевые слова:** анализ, интерфейс.

DOI: 10.24411/2413-2071-2019-11101

Одним из основных показателей специальных программных комплексов любой оперативной службы является временной интервал требуемый пользователю для выполнения той или иной задачи в данном программном комплексе, что, в свою очередь, зачастую, является частью времени оперативного реагирования.

С 1 июня 2015 года на территории Московской области работает система вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112», сокращенно – Система-112. С начала работы в Подмоскowie операторы обработали уже свыше 31 миллиона вызовов. Ежедневно операторы Системы-112 принимают порядка 21,5 тысячи вызовов от заявителей, находящихся на территории Московской области. Это телефонные звонки, SMS-сообщения, сообщения из мобильного приложения и «ЭРА-ГЛОНАСС», вызовы по Skype от людей с нарушениями слуха и речи.

Основным рабочим инструментом Системы-112 Московской области является программный комплекс «КоордКом». Пользовательский интерфейс данного программного комплекса выполнен на базе стандартных элементов операционной системы Windows.

Наитивность программного комплекса сама по себе должна гарантировать быстроту работы, не требующих больших аппаратных затрат, процессов. Но опыт использования программного комплекса показывает, что, например, открытие, заполненной оператором 112, карточки происшествия на автоматизированном рабочем месте той же Системы-112, установленном в пожарной части, может занимать до 40 секунд; открытие карты с обозначением местонахождения заявителя – до 4,5 минут, либо может не произойти вовсе.

Это не единственная проблема, с которой приходится сталкиваться непосредственным пользователям данного программного продукта. Так, например, существуют моменты, требующие анализа и дополнительной проработки, в графическом интерфейсе.

Многие кнопки (Рис. 1), имеющие графическое обозначение, плохо читабельны, имеют большое количество мелких, плохо различимых и визуальнo лишних элементов. Что увеличивает время поиска нужной кнопки пользователем.



Рис. 1. Фрагмент пользовательского интерфейса ПК «КоордКом»

Размер основного рабочего поля «Свободный текст» (Рис. 2), используемого во всех карточках, при любом происшествии, невозможно увеличить, хотя в стандартных средствах Windows это предусмотрено. В результате просмотр текста больше 165 символов доступен только с помощью прокрутки колеса мыши, а увидеть текст целиком невозможно.

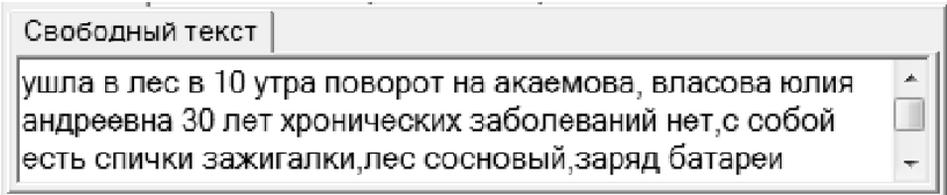


Рис. 2. Фрагмент пользовательского интерфейса ПК «КоордКом»

Поле «Индекс» (Рис. 3) предназначено исключительно для индексации карточки, то есть – присвоения определенной категории происшествия (например: ДТП, потерявшиеся люди, обнаружение боеприпаса и т.д.). Почти всегда индексация происходит в самом начале работы с карточкой и только один раз. Но после индексации данное поле никак не видоизменяется и продолжает занимать значительную часть визуальной поверхности карточки происшествия.

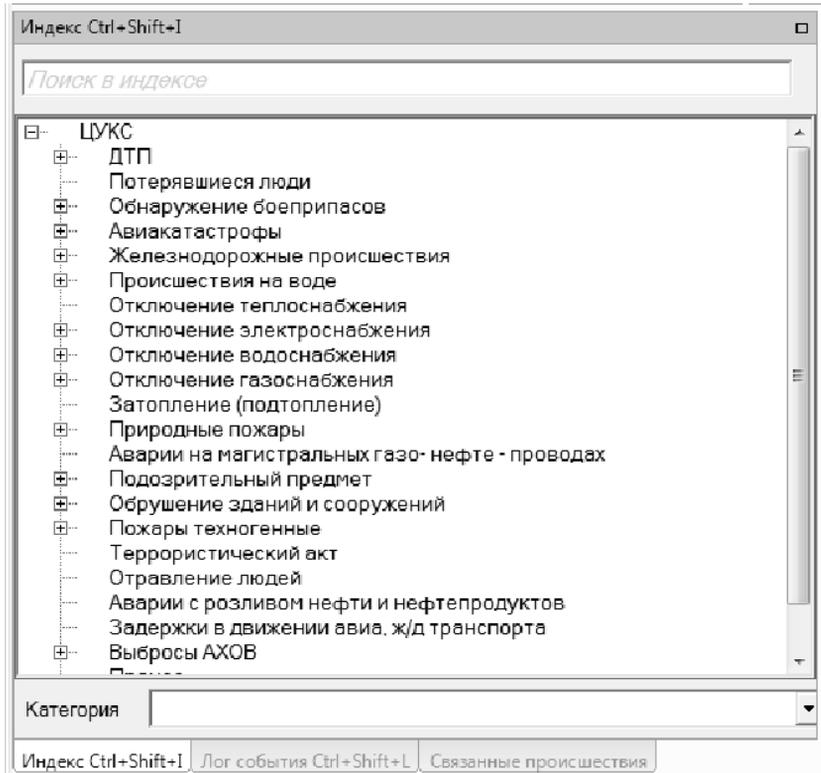


Рис. 3. Фрагмент пользовательского интерфейса ПК «КоордКом»

Внешний вид, содержание и размер карточки происшествия никак не зависит от ее индексации тому или иному типу происшествия. Что несколько странно, учитывая насколько разные задачи у экстренных оперативных служб, в интересах которых разработан данный программный комплекс.

Сама карточка происшествия занимает все рабочее пространство одного из двух мониторов АРМ (второй монитор по задумке авторов программного комплекса постоянно занят картой), закрывая собой даже кнопки управления голосовой связью. Что так же делает невозможным одновременный просмотр двух и более карточек происшествия.

Приведенные выше примеры являются частью реального пользовательского опыта, выявленного в ходе полчасового опроса дежурной смены Службы-112 одного муниципального образования. Каждый, из описанных случаев, отрицательно влияет на качество и скорость работы оператора, но при этом может быть исправлен без масштабных финансовых вложений.

Для выявления всех спорных моментов в программном комплексе необходимо провести полноценный анализ пользовательского опыта (опыта взаимодействия) – UX-анализ.

Опыт взаимодействия (UX) – термин широко применяется в информационных технологиях для описания субъективного отношения, возникающего у пользователя в процессе использования как программного комплекса в целом, так и отдельной его части. Опыт пользователя, в том числе, связан с таким понятием как юзабилити, применяемым при разработке и анализе пользовательских интерфейсов приложений [1].

Впервые термин user experience (пользовательский опыт) применил американский учёный в области когнитивистики, дизайна и пользовательской инженерии Дональд Норман в 1993 году.

UX — это сфера между дизайном и аналитикой: дизайнеры думают о том, какие ощущения вызывает продукт, и разрабатывают прототипы.

Экспертный UX-анализ дает возможность точно определить неидеальные области системы. Он оценивает различные разделы программного комплекса и показывает, какие области или функции следует решать в первую очередь. Создавая условия для улучшения функций, необходимо следовать хорошо спланированному научному процессу, разделенному на две части: оценка UX и исследование пользователей [2].

При проведении UX-анализа исследователи и дизайнеры должны использовать различные инструменты, методы и метрики для анализа текущего состояния цифрового продукта, включая такие области, как:

- Цели программного комплекса и пользовательские задачи.
- Временные показатели выполнения различных сценариев пользователями.
- Статистику по использованию программного комплекса.
- Данные по техническому обслуживанию.
- Соответствие правилам юзабилити.
- Ментальное моделирование.
- Оценка проекта.
- Применение лучших практик UX.

Одним из распространенных методов UX-анализа являются так называемые «эвристики» Якоба Нильсена.

Эвристика — это не имеющий строгого обоснования, но полезный на практике алгоритм. Эвристики дают приемлемое решение задачи в большинстве практически значимых случаев.

Используя различные методы исследования и систему оценки эвристики, UX-исследователи должны пройти весь путь пользователей. После чего создается документ оценки UX. Сюда входят основные препятствия UX и способы их устранения, подробный план UX и список приоритетов, а также предложения экспертов.

Результатом UX-анализа должна стать дорожная карта для решения всей выявленных проблем.

### ***Список литературы***

1. Редакционная коллегия UX Booth. Complete Beginner's Guide to Interaction Design // UX Booth [Электронный ресурс], 2018. Режим доступа: <https://www.uxbooth.com/articles/complete-beginners-guide-to-interaction-design/> (дата обращения: 10.05.2019).
2. *Hassenzahl Marc*. User Experience and Experience Design // The Encyclopedia of Human-Computer Interaction. 2nd Ed., 2018. С. 2-3.

# ИСТОРИЧЕСКИЕ НАУКИ

## О СИСТЕМНОСТИ В ИСТОРИИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Цветков Г.С.

*Цветков Георгий Семёнович - доктор философии, руководитель,  
Центр социальных исследований (SPC) "Pardaugava", г. Рига, Латвия*

**Аннотация:** угроза уничтожения земной цивилизации будоражит умы, как на Западе, так и в России. Пока ученые разных стран спорят между собой о сценариях конца света, ни одна международная организация, ни одно государство не начали системно заниматься обеспечением безопасности цивилизации как таковой. Национальная безопасность как защищённость интересов личности, общества и государства определяется как местом и ролью страны в системе международных отношений, так и внутренней социально-экономической и общественно-политической обстановкой в стране. Сегодня сама национальная безопасность видится как комплексная системная проблема, которая должна рассматриваться в более широком контексте, а не только как угрозы военного нападения, захвата территории и/или физического уничтожения населения. В настоящее время проблема комплексной безопасности многих стран испытывает настоятельную потребность в поиске новых идей и решений, как и в проведении последовательных, сбалансированных системных преобразований в обществе и государстве. Причём уже представляется бесспорным, что этот сложнейший государственный и общественный процесс требует обстоятельной научной проработки во всех его аспектах.

**Ключевые слова:** история общества, учение марксизма, национал-социализм, неолиберализм, кризис идентичности, системный анализ истории.

Вступив в новое тысячелетие, человечество обнаружило, что идеи равенства и социальной справедливости не исчезли ни в современной Латвии, ни где-либо ещё. Вместо формирования сбалансированного демократичного гражданского общества власть подминает под свои «гуманистические» неолиберальные ценности экономическую и социальную жизнь людей, часто хватаясь при этом за псевдонаучные изыскания и дискредитируя историю как науку. Политкорректность и толерантность как уважение к чужой позиции в сочетании с установкой на взаимное изменение позиций в результате критического диалога, к сожалению, остаются пока недостижимыми, как для западноевропейских, так и для восточноевропейских стран.

В XX веке в Германии, России, Англии и США были инициированы три грандиозные концепции, призванные объяснить прошлое и предсказать (или даже обеспечить) будущее всего мира. Это либеральная, коммунистическая и нацистская или фашистская концепции [1, с.19]. Причём, по мнению известной антифашистки и писательницы Марион Дёнхофф, последние две были существенно извращены: Адольф Гитлер довёл до абсурда консервативные ценности правых, а Иосиф Сталин – коммунистическую идеологию левых с его «брутализацией» социализма [2].

Нацизм и близкий к нему фашизм виделись Гитлеру как некое начало, возрождающее романо-германский - истинно европейский боевой дух, уже почти утраченный под воздействием финансового капитализма [3]. Они, как форма общественного устройства и идеология, казалось, давали надежду на преодоление классовых противоречий и объединение Европы на основе традиционных консервативных ценностей, осмысленных в каждой стране как исконно национальные. Они объясняли мировую историю в терминах борьбы между государствами, предполагая, что миром будет править одна расово исключительная (арийская) этническая группа людей, силой подчинившая себе остальных. По словам

Адольфа Гитлера в «Майн Кампф», «марксистская социал-демократия натравливает социально деклассированные слои общества на собственных сограждан, что... ослабляет нацию...», а сам марксизм, претендовавший на мировое господство, по мнению Адольфа Гитлера, не «пангерманский», а «еврейский проект» [3,4].

И действительно, коммунизм смотрел на мировую историю как на непримиримую борьбу классов, представляя будущий мир в виде единой централизованной социальной системы с исключительным классом неимущих или малоимущих людей, в рамках которой всем гарантированы равенство и справедливость. Коренное различие между нацизмом и коммунизмом было как раз в расизме и ксенофобии – нацизм держался на крайней форме этнической гордыни и нетерпимости, коммунизм же провозглашал равенство и справедливость всем народам, правда, ценой свободы.

В свою очередь, либерализм тоже видел в мировой истории борьбу, но только между свободой и тиранией, рисуя будущее как сотрудничество членов социума при минимальном контроле со стороны центральной власти, достигаемое ценой, так сказать, некоторого неравенства [1, с. 19]. Согласно принципам либеральной концепции, человечество тысячелетиями жило под властью деспотических режимов, которые лишали граждан политических прав, экономических возможностей и личных свобод.

Конфликт этих трёх идеологий достиг пика во время 2-й Мировой войны, в результате которой нацистский или фашистский проект потерпел крах и был осуждён Трибуналом. Победители в Нюрнберге и, прежде всего СССР, диктовали условия будущего мира и заставили мировое сообщество осудить нацизм и отказаться от того, что ещё недавно казалось выражением европейских ценностей. Ведь сами бесчеловечные практики нацизма принципиально не отличались от того, чем привычно занимались европейские народы в колониях. В Америке расовое законодательство просуществовало до 1960-х годов, а антисемитизм с его весьма жёсткими мерами был вообще в многовековой европейской традиции. И нет ничего удивительного в том, что для многих привлекательный национал-социализм так долго не воспринимался как что-то недопустимое.

С конца 1940-х и до конца 1980-х годов мир представлял собой поле битвы, со своими «сдержками и противовесами», между оставшимися двумя проектами: коммунистическим и либеральным. Если Маркс в рамках своего гуманистического проекта говорил о возможности и необходимости снятия «социального отчуждения» человека на пути социалистического преобразования, то в СССР, можно сказать, была создана целая система отчуждения от человека репрессивной государственной машины. Хотя в соответствии с учением Маркса человек является высшей целью развития и должен быть освобожден от всяких форм отчуждения, однако путь к этому освобождению якобы лежит через насилие, через подавление целых классов, через диктатуру [4, с.30].

Несколько десятилетий западные народы пытались обрести новый политический образ на основе части своей культуры, актуализированной европейской либеральной и социалистической мыслью. И они смогли это сделать, смогли создать новую западную идеологию и вновь почувствовать себя вершиной человеческого прогресса. Либерализм стал восприниматься на Западе как альтернатива тоталитаризму, как выстраданный ответ человечества на исторические вызовы, брошенные нацизмом, с одной стороны, и «реальным коммунизмом», с другой. Недопущение тоталитарной власти, претендующей на абсолютный контроль не только за действиями, но и за взглядами и мыслями человека; культ защиты *меньшинств* от незаконного и жестокого произвола агрессивного *большинства*, от любых правовых и практических ограничений по национальному, социальному, имущественному, половому или иным признакам; индивидуальные свободы и, прежде всего, свобода слова и самовыражения, недопустимость контроля над личностью, культ права вообще и

презумпция невинности в частности – таковы прокламируемые современные принципы либеральной демократии [7, с.2].

Восточноевропейские народы, включая Латвию, после Нюрнберга в отличие от западных народов, прошли исторически другой путь. При жёсткой авторитарной советской системе, эмигрировавшей на Запад нацистской коллаборационистской части, тем более, прошедшей лагеря и ссылки оставшейся части - по сути, не коснулась денацификация и чувство «исторической вины», и они после развала СССР ошутили «наркотический вкус» национального возрождения и политического реванша [4, с.31]. Конец «холодной» войны, перестройка с её реабилитациями и разоблачениями, распад СССР, «война исторической памяти», которая развернулась на постсоветском пространстве между национальными государствами - всё это породило масштабное переписывание истории, «срывание масок», «закрытие белых пятен» и т.д. Всё это породило и серьёзный кризис идентичности в постсоветских восточноевропейских странах, когда люди затрудняются с ответами на вопрос *«кто мы, зачем мы и каково наше место в мире?»*, хватаясь за вроде очевидные, но чаще ложные ответы, непременно отвергая аналогичные, тоже не лучшие изыскания соседей [7].

«Мы не стали ярко выраженными демократами, и против мыслящих иначе мы часто думаем даже хуже, чем в Советском Союзе. Это не та демократия, когда мы признаём права других, уважаем думающих иначе и так далее...» - признаёт латвийский политолог Кристиан Розенвалдс [6]. Более того, если мы, например, спросим, к кому россияне относятся хуже – к ветеранам ОУН-УПА в Украине и их балтийским «коллегам» Ваффен СС или к бывшим солдатам Вермахта – к немцам нет ненависти, потому что Германия эту страницу своей истории не прославляет, а напротив, считает её позорной и стремится доказать, что такое никогда не повторится вновь.

После краха советского коммунистического проекта главным путеводителем по прошлому человечества и незаменимой инструкцией к будущему устройству мира стал либеральный сценарий. Согласно принципам либерального проекта, люди борются за свободу, и постепенно, шаг за шагом, свобода отвоёвывает себе место под солнцем. Жёсткие диктатуры сменяются демократиями. Свободное предпринимательство преодолевает экономические ограничения. «На смену стенам, рвам и ограждениям из колючей проволоки пришли широкие дороги, прочные мосты и оживлённые аэропорты» [1, с.20].

Однако после мирового финансового кризиса 2008 года жители разных стран испытали разочарование и в либеральной идеологии. В моду снова вошли «стены и барьеры». Растёт сопротивление иммиграции и торговым соглашениям. Правительства, которые считались демократическими, подрывают судебную систему, ограничивают свободу прессы и называют любую оппозицию популистами или предателями. Авторитарные лидеры в ряде стран экспериментируют с новыми типами нелиберальных демократий или даже откровенных диктатур. Сегодня лишь немногие решаются заявить, что Коммунистическая партия Китая прозябает на обочине истории [1, с.21].

В 2016 году, отмеченном голосованием по «Брекзиту» и избранием президентом США Дональда Трампа, волна разочарования достигла «столпов» либерализма – стран Западной Европы и Северной Америки. Если несколькими годами ранее американцы и европейцы ещё пытались, мягко говоря, под прицелом оружия внедрить либеральные принципы в Ираке и Ливии, то сегодня многие жители Кентукки и Йоркшира считают либеральные идеи вредными и неосуществимыми [1, с.22]. Некоторые из них вдруг вспомнили, что им по душе старый мир, и они не желают отказываться от своих расовых, национальных или гендерных привилегий. Другие даже пришли к выводу, что либерализация и

глобализация – это масштабная афера, дающая преимущества крайне немногочисленной элите за счёт всех остальных.

По мнению президента России Владимира Путина, высказанному в интервью британской прессе, доминирующая либеральная идеология устарела. Президент считает, что либерализм скомпрометирован, элиты оторвались от почвы и утратили корневую связь с народом, что и вызвало рост антиистеблишментных настроений в мире [8]. В 1938 году человечество могло выбирать из трёх глобальных проектов, в 1968-м – из двух, в 1998-м казалось, что восторжествовал один из них, а вот к 2018-му году мы остались ни с чем. Подобно советской элите конца 1980-х, либералы не понимают, почему история отклонилась от предначертанного курса, и у них нет альтернативной теории для объяснения реальности [1, с. 22]. Изменения, происходящие в современном мире, трудно понять и потому, что либерализм никогда не был единым целым. Либерализм ратует за свободу, но понимание свободы зависит от контекста. Так, для одного человека либерализм – это свободные выборы и демократия. Другой убеждён, что либерализм – это торговые соглашения и глобализация. Третий связывает либерализм с признанием однополых браков и разрешением аборт. Либерализм предлагает разные модели поведения в экономической, политической и частной жизни – как на уровне отдельных государств, так и в международных отношениях.

Теперь коснёмся общих вопросов методологии научного исследования и системных аспектов истории как науки. Считается уже давно общепринятым, что научное знание всегда систематично, и сегодняшний вопрос заключается не в том, является ли научное знание системным образованием, а в том, как понимается эта системность на разных этапах развития научного знания, «каковы исторически обусловленные формы интерпретации системности научного знания» [9, с.154].

Это, во-1-х, характерная уже для античных представлений о системности знания некоторая системная модель предмета исследования – *онтологический аспект*. Во-2-х, системность научного знания может анализироваться под углом зрения системности понятий, развитых в той или иной теории, а это уже *гносеологический аспект*. Для нерасчленённых представлений античной мысли «онтология» и «гносеология» неразрывно связаны между собой, и системность бытия обуславливает системность знания. Для философии Нового времени уже характерно разделение онтологического и гносеологического анализа. Наряду с анализом природы как системного образования – *«системной онтологией»*, философии Нового времени свойственна *«системная гносеология»*, в которой фиксируется упорядоченность научных понятий и категорий (*«вещи», «свойства», «отношения», «субстанция»* и др.).

И, в-3-х, системные представления могут получать методологическую форму, где в общем случае речь идёт об определённых *нормах построения систем теоретического или прикладного знания* или в специальных случаях о методологии решения проблемных исследовательских задач.

Такой способ анализа системности научного знания, при котором упор делается на методы *«проектирования и конструирования»* систем со сдвигом в представлениях науки к фиксации точности и отношений между предметами возникает с начала XX века. Естествоиспытатели XX века начинают различать предмет и объект знания и понимать огромную роль моделей в познании и активный «моделирующий» характер человеческого знания. Такое *«конструктивное»* понимание предмета знания предполагает специфическую концептуальную систему, решающими компонентами которой оказываются категории *«символ», «функциональное отношение», «элемент»* и др. При этом «элемент» трактуется как относительный член совокупности, определяемый прежде всего его функцией в этой совокупности и обладающий активным отношением к другим элементам [9]. На сегодняшний день уже

практически все теоретически мыслящие естествоиспытатели осознают зависимость «конструирования» научных систем от поставленной задачи, выбранных понятийных, методологических и инструментальных средств.

Задача истории, как и любой науки – пишет историк и географ Лев Гумилёв – состоит в том, чтобы обозреть изучаемый предмет или объект целиком. Следовательно, нужно найти или выбрать удобную точку отсчёта или позицию для обозрения, и тут возникает необходимость концепции, предвещающей научную практику, то есть, по Гумилёву и Тойнби, *выбор аспекта или модели*. Так, например, Маркс впервые обратил столь серьёзное внимание на аспект и роль экономики в социальной жизни, дав толчок для развития, так называемой, «экономической истории» людей.

В свою очередь, в нашем исследовании мы считаем аспекты или модели системными, концептуально - логически или исторически, связываемые с тем или иным системным представлением объекта. Самим объектом могут быть существующие в пространстве и времени *физические вещи или реальность, объективно реальные ситуации* (в т.ч., тело субъекта или он сам в целом, состояние его сознания, другие люди и т.д.), а также *предметы культуры*, включая тексты и присущие им объективные смыслы.

Аспект изучения или некоторая модель не вытекают из того или иного философски-методологического построения, а диктуются исключительно практическими соображениями решаемой задачи и наличным «техническим инструментарием». А основные сомнения, например, у английского историка Арнольда Тойнби - идеально ли подходит выбранная модель для поставленной задачи исследования истории, и нельзя ли будущему учёному посоветовать лучшую? [11, с.30]. Историк должен выбирать и описывать исторически значимые факты или всё их многообразие, нуждаясь в критериях выбора и языке их описания. Эти критерии в общем случае зависимы от предшествующей концепции - парадигмы или мировоззрения, где, например, единицей истории – духовной действительности принимается «*общественно-экономическая формация*» у Маркса, в одном случае, или так называемая «*прогрессивная цивилизация*» у Тойнби, в другом.

Первая культурно-историческая концепция была впервые декларирована Геродотом, который противопоставил Европу Азии. Здесь под Европой он понимал систему эллинских полисов, а под Азией – персидскую монархию (впоследствии сюда пришлось добавлять и другие культурно-исторические области, в т.ч., Индию и Китай). Вторая концепция или концепция «империй» была сформулирована в Средние века как концепция «четырёх империй» прошлого: ассирийской, персидской, македонской, римской, и пятой – «Священной Римской империи германской нации», возглавившей вместе с папским престолом католическое единство, возникшее на рубеже VIII - IX в. [10, с.187].

Когда в XVI веке Реформация разрушила идеологическое единство Западной Европы и подорвала гегемонию Габсбургской династии, всемирно-историческая концепция устояла и была просто переформулирована как концепция «цивилизаций», под которой понималась культура опять-таки Западной романо-германской Европы, причём православные «схизматики» и бывшие «язычники» были просто переименованы в «дикие» и «отсталые» народы. Эта система «европоцентризма» ещё в XIX веке воспринималась как сама собою разумеющаяся и не требующая доказательств [9, с.188]. Согласно Арнольду Тойнби и его концепции возникновения, роста и распада «цивилизаций», единицами всеобщей истории стали считаться «*общества*», делящиеся на «*примитивные*» неразвивающиеся и «*цивилизации*» [11, с.25].

Для лучшего понимания всемирной истории и генезиса мировой цивилизации в научной литературе были выделены переходные эпохи, выводящие из одной формации и подводящие к другой. Это «древность или эллинизм» как время перехода

от Древности к Средневековью (1); *«возрождение или ренессанс»* как время перехода от Средневековья к Новому времени (2); и с середины XIX века – *«переход от Нового времени к Новейшему»* (3). Каждая из трёх эпох открывается придающим «зримость» индикатором эпохи – литературным шедевром, возвестившим о её наступлении. О первой эпохе возвестил трактат *«О граде Божиим»* Блаженного Августина, о второй эпохе – *«Божественная комедия»* Данте Алигьери, и о третьей эпохе, незаконченной с первыми полётами человека в космос и на Луну, – *«Коммунистический манифест»* К. Маркса (*Н.И. Конрад, Л.Н. Гумилёв*) [10,12].

Основное направление исторического процесса уроженец Риги академик Николай Конрад видел в укрупнении народов и расширении *«ареала»* их культуры, одновременно признавая *«полицентричность»* генезиса мировой цивилизации и наличие локальных самобытных черт в развитии народов [12]. Нагляднейшим примером того, как выдающиеся умы своей эпохи умеют видеть исторический процесс и его направление, служит деятельность Маркса и Энгельса, рассматривающих социальную эволюцию как естественно-исторический процесс развития экономических формаций [12]. Однако и сегодня остаётся «большой» вопрос Льва Гумилёва: *«...не является ли наше время – эра технической цивилизации – особой эпохой, к которой неприменимы закономерности, открытые при изучении истории, а не современности?»* [10, с.238].

«Нечего и говорить - пишет академик Конрад - что наше понимание прошлого зависит от объёма и уровня наших знаний. Но то и другое всегда относительно, всегда исторично. Что можем мы сейчас... сказать о нашем знании прошлой истории человечества? Только то, что оно очень велико, гораздо больше того, что люди знали во второй половине XIX века во время К. Маркса и Фр. Энгельса...». Глубокий анализ общих закономерностей и особенностей исторического развития стран Азии и Европы позволил академику «осудить» «европоцентризм», содержащийся в работах многих европейских учёных [12,13].

Вступив в новое тысячелетие, человечество обнаружило себя в ситуации, подобной которой не было никогда. Перед человечеством во весь рост встала огромная задача поиска выхода из надвигающихся кризисов роста народонаселения и ограниченности ресурсов, загрязнения среды и изменения климата, глобализации и др. Для их решения мыслителями разных направлений и стран предложены разные пути. Как российский пример, системность и историзм мышления позволили философу - естественнику Владимиру Вернадскому создать систему, так называемого, естественнонаучного «антропокосмизма» или «русского космизма», перейдя от «геохимии» к «биосфере» и, далее, к «ноосфере» Земли и «ноосферному мировоззрению» [14].

Ноосферное мировоззрение и само учение Владимира Вернадского и Тейяра де Шардена о ноосфере как сфере разума, возникшей на определённой стадии эволюции биосферы, в качестве главной своей аксиомы признают особую роль человека во Вселенной как существа, обладающего разумом и волей, жизнь которого имеет смысл и предназначение, а не является пустой игрой стихийных сил природы [14,15]. Естественно, мировоззрение академика Вернадского исходило из того, что наука, религия и философия суть три фундаментальные формы Разума. А одна из первых попыток синтеза научного и религиозного миропонимания принадлежит не понятному современникам христианскому учёному и философу Тейяру де Шардену [15]. В этой связи другой социальный мыслитель и историк Макс Вебер обосновал, что возникновение и развитие западноевропейского капитализма в значительной степени связано с появлением религии протестантизма. Протестантизм, как и старообрядчество, учит, что богатство, нажитое праведным трудом, является богоугодным, что человек должен полагаться, прежде всего, на себя, на свою энергию и предприимчивость, что религиозно оправданным является такое использование

капитала, когда он не транжируется, а вкладывается в дело [16,17]. Сложилась, казалось бы, парадоксальная ситуация, старообрядцы – традиционалисты, консерваторы, противники всяких реформ – в экономической сфере оказались новаторами. Они перенимали передовые европейские технологии, использовали современное оборудование и, преследуемые властью, стали процветающим сословием в царской России, то есть, государственные гонения могут давать и такой неожиданный результат. Причину подобных результатов и различного поведения представителей вероисповеданий следует искать – пишет Макс Вебер – как во внутреннем устройстве (уставе) вероисповедания, так и в его внешнем историко-политическом положении [16].

Наш современник и выдающийся специалист в области истории и географии Лев Гумилев предложил еще одну специфически системную теорию исторического процесса. Согласно Гумилеву, главными в истории являются те процессы, которые как бы объединяют биологические и социальные явления. Каждый народ может быть рассмотрен в качестве такого объекта как «этнос», то есть, как «сплав» общих генетических особенностей, передаваемых по наследству, и определенной культуры, наследуемой, так сказать, социально, которая биологически по наследству не передается, но усваивается новыми поколениями через традиции, предания, другие способы усвоения и обучение.

Книга Гумилёва «Этногенез и биосфера Земли» была подготовлена к изданию в 1979 году, но как теория отвергнута советской официальной наукой, хотя хорошо объясняет многие эпизоды истории народов Земли. Так, в результате раскола в русском этническом поле при возникшей 4 века назад украинской греко-католической церкви получилось то, что Лев Гумилёв называет «этнической химерой» (*по аналогии с химерами в зоологии*). «Это не просто соседство и не симбиоз, а химера, т.е. сочетание в одной целостности двух разных несовместимых систем» [10, с.380]. При этом надо помнить, что, например, украинский этнос складывался во многом насильственно, по воле сменяющих друг друга властей. Линия разлома, отделяющая греко-католический запад от православия, проходит по центру Украины уже несколько столетий.

Коммунисты в СССР искренне полагали, что все народы растворятся в такой новой исторической общности людей как «советский народ», но этногенез – процесс длительный, а искусственно можно сотворить лишь химеру, что, видимо, и получилось с Украиной [18]. Русская народная история (или «*общерусская народная стихия*») видному историку XIX века Николаю Костомарову, в отличие от государственника Николая Карамзина, виделась как история противоборства двух начал – федералистского, вечевого или майданного, и государственного, самодержавного. Поздние проявления первого начала «прошлой русской свободы» Костомаров видел в народных бунтах и казатчине. «Мы симпатизируем им, - утверждал Костомаров, - поскольку они являются выражением стремления к свободе, но успех их, доведись им одержать победу, стал бы лишь другим выражением того же начала, против которого они боролись». Самодержавное начало Москвы, на «украинофильский» взгляд Костомарова, чудовищно – и в то же время исторически неизбежно, только такие безнравственные как Иван Грозный государственные люди Москвы могли достичь исторического успеха. Однако «мысль об отделении малой России от империи - отмечал Костомаров - в одинаковой степени нелепа, как мысль о самобытности всякого удельного княжения, на которые когда-то разбивалась Русская земля» [18].

По мнению Гумилёва, украинский этнос состоит из девяти субэтносов, различающихся и по ландшафту обитания, и по времени вхождения в Украину, и даже по этническому субстрату (*Буковина, Подолия, Полесье, Закарпатье, Галиция, Северская земля, Крым, Новороссия и Слобожанщина*). При таком раскладе

гражданское противостояние на востоке Украины было неминуемо. Вопрос о статусе русского языка стал лишь поводом, как, например, ущемление православия во времена Речи Посполиты. Химеры, созданные в русском этническом поле при помощи поляков и австрийцев на западе и большевиков (коммунистов) на востоке соединились и после распада СССР «рванули» как мощная бомба [10,18].

Увы, такое положение вещей укоренилось, видимо, всерьёз и надолго. С тех пор как навязываемая для всей Украины галицко - бандеровская националистическая идеология признана чуть ли не официальной доктриной государства, почти каждый стал бандеровцем, независимо от национальности, родного языка и культурных предпочтений. Население целого Донбасского региона – *Слобожанщина* – именуется «сепаратистами» и «ватниками». «Восточная Европа становится всё сильнее похожа на Россию: авторитарная, узкоколая, расистская... настало время осознать неприятную вещь: таким западным ценностям, как либерализм, толерантность и равноправие, противопоставляются некие ценности – расизм, невежество и узкоколость» (*такой вывод, например, делает немецкий леволиберальный журналист и бизнесмен Екаб Аугштайн*) [19].

Германия, единственной из западноевропейских стран, испытала в XX веке все три идеологические направления – консервативное Гитлера, советское социалистическое и англо-саксонское либеральное. Однако первые два, по мнению графини Марион Дёнхофф, были существенно извращены: консервативное – Адольфом Гитлером, доведя до абсурда все ценности правых, а идеология левых (*Восточной Европы - ред.*) – Иосифом Сталиным с его советской «брутализацией» социализма [2,20].

Тотальное господство партийной номенклатуры в СССР после Сталина, формализм в идейно - теоретической подготовке коммунистов и отрицание «ревизии» как общепринятой научной процедуры неизбежно превращали марксистско-ленинскую теорию в догматизированную систему воззрений, оторванную от реальностей как жизни, так и науки [4,21]. Прорыв всей этой громоздкой и угрюмой плотины, сковывавшей естественное течение общественной и духовной жизни страны, произошёл в апреле 1985 года. Однако декларируемый новый нравственный статус социализма обернулся не только политической смертью для авторитарной идеологической системы, порождением которой был, например, Михаил Суслов или у нас в Латвии Альфред Рубикс, но и гибелью самого СССР [4,20].

В результате осталась доминирующая либеральная идеология глобальной рыночной экономики с претензией на исключительность или даже единственность. Однако сегодня неолиберальная система уже явно не справляется с ситуацией в мире. Пределы глобализации достигнуты. Международные институты и глобальная финансовая система не обеспечивают стабильного поступательного развития [4,8]. В то время как либеральный Запад провозгласил новыми ценностями фактический отказ от христианства, мультикультурализм и глобализацию, Россия, как «наследница византийского принципа культурной мозаики и равноправия культур», защищающая христианство, традиционные ценности и вступающая в противостояние с агрессивным исламом, начинает выглядеть привлекательно [4, с.36]. То, что Европа есть не что иное, как сумма Римской империи, греческой культуры и христианской религии – не новость, а общеизвестный факт. В этой ситуации вариант для Европы - это возвращение «забытых» конституцией ЕС ценностей христианства, которыми исторически обособлено социальное государство. Если либерализм предполагает приоритет такой ценности, как свобода, социализм – социальной справедливости, то консерватизм, в отличие от либерализма и социализма, не содержит в себе готовых ценностей.

Главная проблема консерватизма – самоопределение и неоднозначность вектора его развития. Ведь в одном случае мы имеем дело с вектором консервативного либерализма (*либерализма с консервативной стилистикой*), а во втором – с консервативным социализмом, пытающимся соединить идеи традиционных ценностей (*в т.ч., православия*) и социальной справедливости. Однако речь идёт не о

конкретной традиции, привязанной к некоей эпохе, а о связи разных эпох и непрерывности исторического, социального и религиозного опыта народа [24,25]. Нам всем предстоит искать этот «системный баланс» свободы, справедливости и эффективности в условиях кризиса идеологии либерализма. Причём идеологию будущего нельзя рассматривать в отрыве от природоподобных техноэкономических и биотехнических факторов, их эффективности и безопасности как своеобразного «экологического консерватизма». И эти серьёзные вызовы времени учёным - обществоведам нельзя сводить к упрощённому анализу «марксистского наследия», совершенно справедливо предупреждая о тупиках как «оголтелого либерализма», так и «классического ортодоксального марксизма» [20]. Глобальная безопасность может быть обеспечена только через международное право как производное от морально - нравственной базы человечества, если о таковой можно говорить.

Факты нашего времени указывают на необходимость сочетания социалистических и капиталистических начал, принципов планового и рыночного хозяйствования. Умелая их комбинация и в общем случае этот «баланс свободы, справедливости и эффективности» приводит к решению наиболее важных задач развития общества: повышению духовной свободы граждан и всестороннему развитию личности, равенству и социальной справедливости, эффективности и высоким темпам экономического роста.

Практика социализма XX века и последующий ход мировых событий подтвердили также справедливость ряда воззрений полемизирующих с Марксом критичных умов, наиболее выдающимися из которых были П.А. Кропоткин, М.А. Бакунин и А.И. Герцен [27]. Яблоком раздора стало то, что они ставили под сомнение основополагающие идеи Маркса о классовой борьбе и диктатуре пролетариата. Горячо сочувствуя рабочим Французской революции 1848 г., Герцен видел их не только распеваящими «Марсельезу», но видел и то, как они грабили и поджигали дворцы и особняки.

В одном из писем Председателю СНК Ульянову-Ленину П.А.Кропоткин писал: *«Бросаться в красный террор, а тем более брать заложников... недостойно социалистической революционной партии и позорно для её руководителей... Открыть эру красного террора – значит признать бессилие революции... Полиция не может быть устроительницей новой жизни. А между тем, она (полиция) становится теперь верховной властью в каждом городе и деревушке. Куда это ведёт Россию? К самой злостной реакции!»* [27].

За годы после смерти Маркса теория коммунизма как сменщика капитализма практически нигде не подтвердилась. История показала, что претворение в жизнь идеи диктатуры пролетариата чревато диктатурой отдельных личностей и групп, попранием демократических свобод или даже тоталитаризмом. В статье «Коммунизм» Михаил Бакунин ещё в 1843 году писал: *«Это не свободное общество, не действительно живое объединение свободных людей, а невыносимое принуждение, насилием сплочённое стадо животных, преследующих исключительно материальные цели и ничего не знающих о духовной стороне жизни...»*. «Государство, даже коммунистическое, о котором мечтают последователи Маркса... поручая своей бюрократии заведовать обработкой земли и выплачивать заработок крестьянам... привело бы к ужасной неурядице, к плачевному расхищению и к гнуснейшему деспотизму» [27,26]. Маркс упрекал Бакунина в *«панславизме»* - желании объединить все славянские народы против основных европейских государств, а Бакунин обвинял Маркса в *«пангерманизме»*. Тем не менее, в написанном в 1871 г. эссе «Мои отношения с Марксом» Бакунин признавал: «Маркс – человек очень большого ума и учёный в самом широком и серьёзном смысле этого слова» [27]. Категория «общественно-экономической формации» Маркса, вместе с материалистическим пониманием истории, явилась, пожалуй, главным «системным продуктом» конкретного научного анализа

различных типов общества с их историзмом и целостностью охвата (*хотя вопрос обособого «азиатского способа производства» остаётся марксизму неясным до сих пор*). Пока жив капитализм, жив и марксизм, что не исключает дальнейшей трансформации капиталистического общества, пересмотра и ревизии важнейших положений марксистской теории, как и коррекции самого формационно-исторического подхода Маркса при выработке новой идеологии государства. «Именно крушение (советского - *ред.*) социализма в самом его торжестве, — писал С.Л. Франк, — образует какой-то многозначительный поворотный пункт в духовной жизни человечества, ибо вместе с социализмом рушатся и его предпосылки — та гуманистическая вера в естественную доброту человека, в вечные права человека, в возможности устройства земными человеческими средствами земного рая, которая в течение последних веков владела всей европейской мыслью» [23].

Марксов проект гуманизма в своих основаниях несет определённую ответственность за бесчеловечные результаты его практического применения и нуждается в критическом переосмыслении, поскольку тесно связан с определённым пониманием человека, условий его порабощения и его освобождения. Однако это не может служить основанием для отрицания первоначальных гуманистических устремлений этой концепции, а принятие новой перспективы гуманизма связано с глубинными трансформациями современной цивилизации, с вопросом выживания или гибели самого человека. Нам всем предстоит искать для нашего современного и, прежде всего, для европейского общества «*системный баланс свободы, справедливости и эффективности*» в условиях кризиса идеологии либерализма. Причём, повторим ещё раз, идеологию будущего нельзя рассматривать в отрыве от природоподобных техноэкономических и биотехнических факторов, их эффективности и безопасности (*ядерная энергетика, биогенная инженерия, ноосферная реальность и др.*).

В 1975 году усилиями академика Бонифация Михайловича Кедрова и других учёных были изданы архивные рукописи и материалы Владимира Ивановича Вернадского «Пространство и время в живой и неживой природе» и «Научная мысль, как планетарное явление». Они заставили нас вновь вернуться к космогонии таких учёных как Владимир Вернадский, Тейяр де Шарден, Циолковский и Чижевский, где эволюция планеты рассматривается как эволюция единого целостного планетарного живого организма, имеющего вокруг планеты единую сферу живого космического вещества.

Однако эволюция человеческого разума, к сожалению, не движется по тем принципам, которые вытекают из обобщений, сделанных Вернадским и другими космологами. Человечество устремляется в колоссальные концентрации мегаполисов с их опасными техногенными воздействиями. Сохранение атмосферной и водной оболочек планеты, а также геологических ресурсов Земли находится под угрозой. Накапливается всё больше противоречий в процессах эволюции и становится очевидным, что классическая формула создания ноосферы в космическом пространстве, в которой человеческий разум сумеет изменить космопланетарные природные свойства биосферы в пользу сохранения жизни и эволюции человека, не подтверждается практикой. Перед человечеством во весь рост встала задача поиска выхода из надвигающихся кризисов, как социальных (*углубление социального неравенства, миграция больших масс населения, распад традиционных семейных отношений, рост агрессии во всём мире*), так и природных (*изменения климата Земли и здоровья людей, рост числа аномальных явлений и увеличение сейсмической активности Земли, увеличение углекислого газа и сокращение кислорода в атмосфере и др.*) [4,5].

Неравномерность распределения «биохимической энергии живого вещества биосферы» (В.Вернадский) за историческое время, среди прочего, могла отражаться на поведении этнических коллективов в разные эпохи и в разных регионах. У всех

людей, по Гумилёву, имеется странное влечение к истине - *стремление составить о предмете адекватное представление, красоте - тому, что нравится без предвзятости, и справедливости - соответствии морали и этики* [10, с.399]. Возможный эффект, производимый вариациями этой энергии, им описан как особое свойство характера людей и назван *пассионарностью* (от латинского слова *passio* – *страсть*). Стоит также вопрос о том, что живое вещество может поглощать неизвестные потоки энергии. Можно думать – пишет Лев Гиндилис - что появление физического вакуума в современной научной картине мира и изучение его свойств являются важным шагом на пути грядущего преобразования науки, на пути её проникновения в *«тонкие миры»* и овладения *«тонкими энергиями»* [22, с.33].

Технические возможности нашей цивилизации в принципе позволяют осуществить грандиозные глобальные проекты, но этому мешает множество противоречий между государствами. Крупнейшие страны мира стремятся к мировому доминированию, и это отвлекает правящие элиты от решения проблем, создаваемых природными изменениями. Бесконечно далёкий космос неожиданно оказался рядом с нами и своими воздействиями непрерывно напоминает о себе. Ведь космонавты уже точно знают, что в космосе есть жизнь, на поверхности МКС в 400-х километрах от Земли были обнаружены колонии живых бактерий, споры и межзвёздная пыль. Необходимы космическое мировоззрение, единая стратегия человечества и глобальные решения [4, 5].

### Список литературы

1. Харари Юваль Ной. 21 урок для XXI века. Пер с англ. Ю.Гольдберга. Москва, «Синдбад», 2019. 416 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [www.sindbadbooks.ru/](http://www.sindbadbooks.ru/) (дата обращения: 06.11.2019).
2. Дёнхофф Марион (Doenhoff Marion GrafIn). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.marion-doenhoff.de/> (дата обращения: 06.11.2019).
3. Ценпфенниг Барбара (Zehnpfennig Barbara). Spurensuche in Hitlers Buch “Mein Kampf”: Anleitung zur Welteroberung. Passau: [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.amazon.de/Hitlers-Mein-Kampf-Eine-Interpretat/> (дата обращения: 06.11.2019).
4. Цветков Г.С. Марксизм и системные аспекты истории современного общества // Наука, образование и культура. Москва, 2019, № 2 (36). С. 29-39: [Электронный ресурс]. Режим доступа <https://www.scienceproblems.ru/> (дата обращения: 06.11.2019).
5. Картунова Л.С., Цветков Г.С. Глобальные изменения климата Земли: потепление или похолодание? // Наука, образование и культура. Москва, 2019. № 2 (36). С. 53-63: [Электронный ресурс]. Режим доступа <https://www.scieceproblems.ru>
6. Розенвалд Кристиан (Rozenvalds Kristians). [Электронный ресурс ]. Режим доступа: [https://imhoclub.lv/user\\_abgut/1165/](https://imhoclub.lv/user_abgut/1165/)
7. Аболинш В.К., Цветков Г.С. Россия Латвией шагнула в Европу? Признания социалистов // Наука, образование и культура. Москва, 2018. № 3 (27). С. 70-80. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.scieceproblems.ru/> (дата обращения: 06.11.2019).
8. Юрьев Дмитрий. Либерализм не имеет никакого отношения к свободе. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://vz.ru/opinions/2019/7/4/985334.html/> (дата обращения: 06.11.2019).
9. Огурцов А.П. Этапы интерпретации системности научного знания // Системные исследования. Изд. АН СССР, Москва, 1974. С. 154-186.
10. Гумилёв Л.Н. Этногенез и биосфера Земли. Соч. Т. 3, Минск, 1997. 640 с.

11. *Тойнби А.Дж.* Исследование истории (Возникновение, рост и распад цивилизаций). Пер. с англ. Кожурин К.Я. АСТ Москва, 2009. 670 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.library.khpg.org/files/docs/1446489707/>(дата обращения: 06.11.2019).
12. *Конрад Н.И.* Запад и Восток. О смысле истории // Альманах «Восток». № 6 (18). Июнь, 2004. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.situation.ru/apl/j\\_artrp\\_450.htm/](http://www.situation.ru/apl/j_artrp_450.htm/) (дата обращения: 06.11.2019).
13. *Вернадский В.И.* Научная мысль как планетное явление. Москва, 1991. 271 с.
14. *Шарден де Тейяр.* Феномен человека. Москва, 1987.
15. *Вебер Макс.* Избранное. Протестантская этика и дух капитализма. Москва, СПб, «Центр гуманитарных инициатив», 2017. 656 с.: e-mail: [unikniga@yandex.ru](mailto:unikniga@yandex.ru)
16. *Барановский К.* Тайная империя старообрядцев // Русская история. № 6(21), 2019, с. 10-11. Режим доступа: e-mail: [rushistory@p-c.ru](mailto:rushistory@p-c.ru)
17. *Виноградов Павел.* Русская болезнь украинства // Секретные материалы XX века. № 8(472), 2017, с. 2-3: e-mail: [sales@xfile.ru](mailto:sales@xfile.ru)
18. *Аугштайн Екаб (Augstein Jakob).* [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.spiegel.de^Impressum/> (дата обращения: 06.11.2019).
19. *Цветков Г.С.* «Самоликвидация Германии» в книге Тило Саррацина и эхо Нюрнберга // Наука, образование и культура. Москва, 2017. № 8 (23). С. 76–84. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.scieceproblems.ru/> (дата обращения: 06.11.2019).
20. *Цветков Г.С. К. Маркс и В. Ленин в мире. О решении современных социальных проблем в материалах международных конференций и съездов // Наука и образование сегодня.* Москва, 2018. № 6 (29). С. 44 – 50. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.scieceproblems.ru/> (дата обращения: 06.11.2019).
21. *Гиндилис Л.М.* Научное и метанаучное знание. Москва. «Дельфис», 2012. 576 с.: эл. почта: [delphis@delphis.ru](mailto:delphis@delphis.ru)
22. *Франк С.Л.* Духовные основы общества. Введение в социальную философию // Русское зарубежье: Из истории социальной и правовой мысли. Ленинград, 1991. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://libking.ru/books/religion/414016-stein-frank/> (дата обращения: 06.11.2019).
23. *Можегов Владимир.* Вечный Рим против идеологии нового Карфагена. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://vz.ru/opinions/2019/10/25/1004849.html/> (дата обращения: 06.11.2019).
24. *Щипков Александр.* На пути к новому русскому консерватизму// Литературная газета. № 46 (6667). С. 5. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.lgz.ru/> (дата обращения: 06.11.2019).
25. *Цаголов Георгий.* Даже гении предвидят не всё // Литературная газета. № 49 (6670). С. 12-13. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.lgz.ru/> (дата обращения: 06.11.2019).
26. *Бакунин Михаил.* Коммунизм. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [www.novsu.ru/npe/files/um/1412/bg/shell/arh/istoch/Бакунин%20М.%20Коммунизм.htm/](http://www.novsu.ru/npe/files/um/1412/bg/shell/arh/istoch/Бакунин%20М.%20Коммунизм.htm/) (дата обращения: 06.11.2019).

## ПОВЫШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Токкулинова Г.К.

*Токкулинова Гульнара Казтаевна – кандидат педагогических наук, доцент,  
кафедра педагогики, психологии и социальных дисциплин,  
Академия Кайнар, г. Алматы, Республика Казахстан*

**Аннотация:** в статье рассмотрены основные аспекты модернизации системы образования в Республике Казахстан. Рассмотрена проблема повышения профессиональной компетенции выпускников вузов как основная задача модернизации системы высшего образования РК.

**Ключевые слова:** система образования, модернизация, компетенции, технологии, обучающийся, развитие.

Современное казахстанское общество характеризуется общественной модернизацией и включением в мировые интеграционные процессы, где ведущую позицию занимает образование. Сегодня, педагог перестал быть для обучающегося единственным источником информации, и надо признаться, нередко обучающиеся превосходят преподавателей в умении пользоваться информационно-коммуникационными технологиями и интернет-ресурсами. Поэтому нужны новые средства и подходы для обучения и развития умения размышлять, понимать, анализировать, т.е. для привития практических навыков.

Качество образования сегодня рассматривается с позиции его социального измерения. Это означает, что поиск ответов на возникающие проблемы должен учитывать такие аспекты, как:

- во-первых, объединение усилий всех социальных подструктур общества. Здесь речь идет о реальном и эффективном взаимодействии государства, родительской и педагогической общественности, работодателей, различных общественных организаций, при этом ключевые позиции должны занимать интересы обучающихся;

- во-вторых, интеграция отечественного опыта обучения с лучшей практикой зарубежных стран. При этом в стремлении соответствовать международным стандартам важно сохранять национальный контент образования;

- в-третьих, формирование полиязычной и поликультурной образовательной среды. Эффективность такой среды может быть обеспечена за счет сохранения преемственности обучения языкам в системе «детский сад – школа – колледж – вуз» на основе уровневой модели обучения языкам;

- в-четвертых, устранение явного разрыва между уровнем образования сельских и городских школьников. К сожалению, немногие выпускники сельской школы могут выдержать конкурсный отбор в вузы, получить высшее образование в лучших отечественных и зарубежных вузах, в связи с этим региональное развитие будет сложно обеспечить соответствующими кадрами;

- в-пятых, создание адаптивной образовательной среды для детей с ограниченными возможностями здоровья. Такая среда необходима для того, чтобы они могли получать образование наравне со своими сверстниками. Здесь следует воспитывать толерантность у детей, а также вести системную разъяснительную работу среди родительской общественности;

- в-шестых, снижение показателей девиантного поведения среди детей и молодежи. На днях в Академии состоялась конференция, на которой были рассмотрены проблемы

воспитания молодежи. Ее участники были единодушны в принятии национальной стратегии духовно-нравственного воспитания подрастающего поколения, усилении роли и ответственности семьи в этом процессе[1].

В конечном итоге, это позволит не только повысить социальную ответственность организаций всех уровней образования, но, прежде всего, поставить личность обучающегося в эпицентр развития и модернизации всей системы образования.

В числе основных перспективных задач модернизации образования стоит задача улучшения качества образования и условий обучения на селе, переход обучающихся на обучения по новым государственным стандартам, увеличение интеллектуальных школ в регионах, повышение статуса педагогов, обновление материально-технической базы, увеличение числа школ, имеющих доступ к скоростному широкополосному интернету.

Появилась необходимость пересмотра состава учебных дисциплин, преподаваемых в школах, средних и высших учебных заведениях. В результате чего, введены в школах преподавание таких дисциплин, как «Основы потребительской культуры», «Основы нравственности», а в ВУЗах «Критериальное мышление», «Основы предпринимательских навыков», «Инклюзивное образование», расширены курсы художественного, экологического, психологического, эстетического образования, программ развития духовной культуры.

В условиях активной модернизации системы образования происходит совершенствование структуры и содержание общего образования. В рамках этого реформирования особая роль принадлежит современным информационным технологиям. Новая парадигма образования потребует пересмотреть формальные отношения между традиционными формами образования и различными альтернативными типами.

В педагогической профессиональной деятельности расширятся горизонты методологии, что скажется на формировании проектно-ориентированного сознания, которое позволит постоянно модернизировать знания, умения и навыки, и свободно ориентироваться в новых ситуациях, поскольку традиционное образование не успевает за темпами развития информационных технологий. Это особенно важно сегодня, когда молодежь испытывает на себе агрессивное, разлагающее воздействие низкопробного воздействия.

Повышение профессиональной компетенции выпускников ВУЗов является ведущей задачей модернизации системы высшего образования РК. Содержание профессиональной компетенции определяется квалификационной характеристикой, которая представляет собой нормативную модель компетенции, отражая научно обоснованный состав профессиональных знаний, умений и навыков. Рассуждая таким образом, становится очевидным, что первостепенной задачей, которую должно решать высшее образование, является приобретение студентами прочных знаний в той или иной профессиональной деятельности.

Ключевые компетенции надпредметны и междисциплинарны. Они требуют значительного интеллектуального развития: абстрактного мышления, саморефлексии, определения своей собственной позиции, самооценки, критического мышления. Ключевые компетенции многомерны, то есть они включают различные умственные процессы и интеллектуальные умения:

- политические и социальные компетенции;
- компетенции, касающиеся жизни в многокультурном государстве;
- компетенции, связанные с информацией;
- компетенции в сфере непрерывного образования.

Необходимо рассматривать компетенции как способы надпредметных действий:

- изучать: уметь извлекать пользу из опыта;

- думать: организовывать взаимосвязь прошлых и настоящих событий, критически мыслить;
- искать: опрашивать окружающих, консультироваться у экспертов, получать информацию;
- приниматься за дело: включаться в проект, нести ответственность, войти в группу или коллектив и внести свой вклад, доказать солидарность;
- сотрудничать: уметь сотрудничать и работать в группе, принимать решения;
- адаптироваться: уметь использовать новые технологии, каналы информации и телекоммуникации [2].

Как видим, в представленном перечне на первое место выступает личностная свобода человека, способного не только к самостоятельному критическому мышлению, но и к совместным действиям с другими людьми разных культур и наций.

Итак, традиционно профессионализм предполагает глубокие специальные знания и конкретные умения в той или иной области. Однако современная образовательная практика показывает, что пока вышеперечисленные ключевые компетенции являются желанным будущим для выпускников высших учебных заведений.

### *Список литературы*

1. *Абулхаирова К.З.* Использование современных образовательных технологий - залог эффективности учебного процесса [Текст] / К.З. Абулхаирова // Профессиональное и техническое образование, 2014. № 4 (19).- С.87.
2. *Видергольд Р.И.* Внедрение инновационных технологий в учебный процесс как основной фактор в подготовке конкурентноспособных специалистов [Текст] / Р.И. Видергольд // Техническое и профессиональное образование, 2014. № 2. С. 36.

## МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ СТОРОНЫ ЧАСТНОГО СЫСКА В ЭТИЧЕСКОМ КОДЕКСЕ ДЕТЕКТИВА

**Землянов В.М.**

*Землянов Валерий Михайлович - член правления,  
SBS «Society for Baltic Security», г. Рига, Латвия*

***Аннотация:** автор статьи рассматривает морально–этические стороны частного сыска, определяя поле «возможного» и «допустимого» в частной детективной деятельности. Предназначение этического кодекса детектива, как и всех практикующих юристов и адвокатов, состоит в содействии обеспечению законности и справедливости, в поддержке и осуществлении демократических ценностей, как и честному квалифицированному исполнению прав и обязанностей детектива. Начиная с 2001 года, в Латвии действует Закон о детективной деятельности. Важно отметить, что во многих странах услуги частных детективов востребованы и предоставляются без нормативного закрепления.*

*Дети мои, если очень опасно,  
вы можете шагнуть вместе с дьяволом,  
пока не перейдете мост (библейская притча)*

Человеческое общество всегда имело представления о добре и зле, плохом и хорошем, справедливом и несправедливом, честном и бесчестном, о героизме и трусости. Сообразно этим представлениям общество вырабатывает правила поведения (нормы морали), которые ориентируют его членов на справедливое, порядочное – «хорошее» поведение. Нормы морали носят для членов общества рекомендательный характер. Выбор остается за конкретным человеком. Если поведение человека соответствует «рекомендациям общества», то такое поведение нравственное. Если человек в своем поведении не руководствуется нормами морали, он совершает аморальный, безнравственный поступок.

Фридрих Ницше писал: «Быть моральным, нравственным, этичным - значит оказывать повиновение издревле установленному закону или обычаю. При этом безразлично, подчиняются ли ему насильно или охотно, существенно только то, что это вообще делают».

Наиболее распространенной ситуацией морального выбора личности становится ситуация выбора целей, которые ставит перед собой человек, и тех средств, которые приведут к достижению избранной цели. Средства и цель объективно взаимосвязаны, находятся во взаимодействии: характер средств зависит от поставленной цели, и сама цель получает оценку в зависимости от тех средств, которые к ней привели. Средства должны соответствовать цели. В этом соответствии ведущая роль - у цели, именно она определяет выбор средств и их нравственное содержание.

Благородная цель – это цель, умножающая благо человека и общества, гуманная и добровольно признаваемая личностью и обществом. Неблагородная цель – корыстна, эгоистична, она умножает зло или искажает добро до индивидуального видения. Средства признаются благородными, если они не нарушают принципов морали, гуманизма и справедливости. Это - человеколюбие, помощь, благотворительность, сотрудничество, обучение, разъяснение и др. Аморальными (неблагородными, безнравственными) признаются средства, такие как ненависть, обман, угрозы, манипулирование, предательство, жестокость, насилие, вплоть до уничтожения. Спектр таких средств очень широк.

Чтобы сделать вывод о том, моральна или аморальна частная сыскная деятельность, нужно соотнести «правила» частного сыска с нормами морали. Если

морально - этические нормы, признанные обществом в качестве «положительных», не противоречат «правилам сыска», то тогда частно-сыскную деятельность следует признать моральной. При наличии же противоречий – деятельностью аморальной, безнравственной.

Однако следует учитывать, что значительная часть морально-этических норм вырабатывается не всем обществом, а той или иной его частью. Нравственные воззрения одной социальной группы могут порой кардинально отличаться от представлений о нравственности других социальных групп. Другими словами, в обществе действуют *разные* системы морали. А это означает, что если частным сыском занимаются разные социальные группы, то они будут руководствоваться и *разными* морально-этическими нормами, подчас не совпадающими с принятыми обществом «положительными» общечеловеческими правилами поведения. И в этом случае частный сыск приобретает аморальный характер, хотя, с точки зрения *данной* социальной группы, оценивается в моральном плане как безупречная деятельность.

Решение, которое принимает субъект частной сыскной деятельности (ЧСД) в ситуации выбора, для своей реализации требует вполне *конкретных средств* достижения поставленной цели. Средства выступают *промежуточным звеном* между собственно *выбором* и *целью*, а субъект ЧСД оказывается перед *моральным выбором*, суть которого - проблема соотношения цели и средств её достижения.

Решение этой проблемы представляет не только чисто научный, но и практический интерес, что обусловлено характером ЧСД и спецификой используемых приемов и средств. Классическая формулировка вопроса такова: «Оправдывает ли цель *любые* средства?».

Из истории этической мысли известны два альтернативных ответа на этот вопрос. Первый, в соответствии с *концепцией макиавеллизма (иезуитства)*: цель *оправдывает* средства, нравственная сторона вообще не учитывается. Единственный критерий оценки – это эффективность средств. Традиционно принято считать, что слова «*Цель оправдывает средства*» (ориг. «*Finis sanctificat media*») принадлежат известному

Итальянскому мыслителю и государственному деятелю Н. Макиавелли (1469-1527), автору известных трактатов «Государь» и «Рассуждения о 1-й декаде Тита Ливия». Но это ошибка – в наследии выдающегося политолога Средневековья такого выражения нет.

На самом деле это изречение принадлежит иезуиту Эскобару и является девизом ордена иезуитов и, соответственно, их морали [3], а заимствовано ими у английского философа Томаса Гоббса (1588-1679), который в книге "О гражданине" (1642) писал: «Поскольку тому, кому отказывают в праве применять нужные средства, бесполезно и право стремиться к цели, то из этого следует, что раз всякий имеет право на самосохранение, то всякий имеет право применять все средства и совершать всякие деяния, без коих он не в состоянии охранять себя». Иезуит Г. Бузенбаум в сочинении «Основы морального богословия» (1645) писал: «Кому дозволена цель, тому дозволены и средства». Второй ответ содержит утверждение, что, согласно *концепции абстрактного гуманизма*, никакая цель не оправдывает безнравственные средства, то есть, «любая цель *предполагает* определённый набор средств, но *не оправдывает* любые действия». Иными словами, основа этой концепции заключается в тезисе: не цель оправдывает средства, а напротив, средства определяют нравственные цели. Применяемые средства нравственно независимы от цели и обладают самостоятельностью и своей ценностью: либо положительной, либо отрицательной. И, если иезуиты как представители первого направления считали, что любое насилие оправдано, когда оно помогает быстрейшему достижению цели, то сторонники «абстрактного гуманизма» признают насилие абсолютным злом, не допустимым ни в коем случае.

По мнению последних, в зависимости от того, каковы будут средства, такова будет и цель: благородные средства определяют благородную цель, безнравственные средства ведут к достижению безнравственной цели. Наиболее яркими сторонниками данной концепции были русский писатель Лев Толстой, индийский политический деятель Махатма Ганди, немецкий гуманист и миссионер Альберт Швейцер, борец за права американских негров Мартин Лютер Кинг. Сам Макиавелли, с именем которого связывают принцип «цель оправдывает средства», не был сторонником полного отказа от учета нравственного содержания средств, используемых для достижения цели.

В частной сыскной деятельности (ЧСД) ни 1-я, ни 2-я концепции неприемлемы, как абсолютизирующие крайности при решении проблемы соотношения целей и средств. Наиболее правильная позиция, по-видимому, состоит в следующем.

Нравственность частного сыска - через нравственные действия сыщика. Цели и средства объективно взаимосвязаны и находятся в состоянии *диалектического взаимодействия*. Средства должны *соответствовать* поставленной цели. При этом *цель* играет *доминирующую* роль и *определяет* состав средств. Соответствие цели и средств её достижения обуславливает *поступок, действие субъекта* (субъекта частного сыска), которые могут быть оценены положительно, несмотря на то, что цель или средства, как *самостоятельные явления*, могут быть *отрицательными*. Например, целью частного сыска является защита законных прав и интересов клиентов - безусловно, цель *положительна* как *самостоятельное явление*. Средство получения информации об угрозах законным правам и интересам клиента может быть как самостоятельное явление - *отрицательным*, например, введение сыщиком в заблуждение (обман) источника нужных ему (сыщику) сведений. Что может служить *критерием оценки поступка* частного сыщика в приведенном примере?

Если совершение акта обмана повлечет *меньшие* материальные, физические, нравственные издержки для клиента, чем *неиспользование* данного метода, то сыскное мероприятие однозначно оценивается положительно в морально - нравственном отношении. Моральный выбор будет правильным (нравственным), если субъектом ЧСД будут учтены *все*, или, по меньшей мере, *наиболее значимые последствия*, которые можно предвидеть при выборе средств (а). Прежде всего, необходимо учитывать *прямые* последствия, хотя чаще последствия бывают опосредованными, побочными.

В ситуации определения соответствия цели и средств имеют место предполагаемые последствия от использования тех или иных средств и достижения той или иной цели. Это положение важно как в процессе выбора, так и при оценке результатов выбора. Разница лишь в том, что в процессе выбора возможные последствия являются *предполагаемыми (возможными)*, при оценке результатов они налицо - *действительны*. Таким образом, частный сыск может быть признан моральным через *нравственные действия субъекта ЧСД (частного сыщика)*, при соблюдении следующих условий:

- полное изучение предполагаемых *последствий* от достижения положительной цели как самостоятельного явления и от использования каждого из имеющихся в распоряжении субъекта частного сыска средств;
- изучение *возможностей* наступления этих последствий от избранного средства, сравнения с использованием других средств или отказа *от цели*.

Мораль в частном сыске является тем тонким инструментом, который не позволяет перейти границу дозволенного (или недозволенного), чтобы, стремясь к добру и справедливости, не сотворить его. Определив поле «возможного» и «допустимого» в ЧСД, мораль призывает на помощь право. Моральное регулирование частного сыска является основой, на которой базируется *правовое регулирование*, и «правила частной сыскной деятельности» должны в полной мере располагаться в

границах нравственности. А основная задача самого этического кодекса детектива (*как и всех практикующих юристов и адвокатов*) – способствовать смыслу и значению своей профессии в обеспечении законности и справедливости, в поддержке и содействии демократическим идеалам и институциям, как и честному и квалифицированному осуществлению прав и обязанностей детектива [4,5].

*Комментарий научного редактора Г.С.Цветкова (г. Рига, Латвия).*

Ни в теории, ни в практике в настоящее время не существует единого подхода к исследованию и оценке существующих правовых институтов, как и нет известных в литературе прямых методов для изучения ни частной сыскной деятельности или латентной преступности, ни эффективности функционирования правовых институтов вообще. Обычно используют косвенные методы, среди которых можно выделить: метод опроса населения (*если правильно использовать метод «выборки»*), документальный метод (*документы в судебных, налоговых, таможенных и других органах*) и метод экспертных оценок. При этом дополнительно применяются различные социологические, статистические и другие методики. Однако, наиболее продуктивным в исследовании, например, институту обеспечения исков, как и любых правовых институтов, научному редактору представляется метод опроса и сбора документов юридического обслуживания населения с отбором и сравнением, систематизацией и логическим анализом принимаемых решений, идентифицируя и классифицируя ситуации в конкретных процессах принятия решений при функционировании конкретного правового института.

#### **Список литературы**

1. *Землянов В.М.* Основы сыскного ремесла. Минск. «Харвест», 2002.
2. Оперативно-розыскная деятельность. Учебник. Под ред. К.К. Горянинова и др. Москва. «Инфра-М», 2004. 848 с.
3. *Шаваев А.Г., Лекарев С.В.* Разведка и контрразведка. Фрагменты мирового опыта и теории. Москва, изд. «БДЦ-пресс», 2003. 544 с.
4. Профессиональная этика сотрудников правоохранительных органов. Уч. пособие. Под ред. Г.В. Дубова и А.В. Опалева. Изд. 2-е. Москва, «Щит-М», 1999. 384 с.
5. *Черноусов М.М., Цветков Г.С.* Исследование латентной преступности: теоретические и практические аспекты // Наука, образование и культура. Москва, 2018. № 3 (27). С. 30–39. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.scienceproblems.ru/> (дата обращения: 07.11.2019).

# ГРУППОВОЙ ИСК В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

**Мельникова В.С.**

*Мельникова Виктория Сергеевна – студент магистратуры,*

*юридический факультет,*

*Ростовский филиал*

*Российский государственный университет правосудия, г. Ростов-на-Дону*

Так как наше государство признает, соблюдает и защищает права и свободы человека и гражданина, то есть защищает его индивидуальные интересы, то и защита коллективного интереса (группы лиц), по своему значению не менее важна, чем защита одного человека.

По мнению ученых, существующие проблемы, в первую очередь связаны с тем, что законодательная регламентация института группового иска в гражданском процессе сопряжена с неправильным пониманием данной категории. Это вызвано тем, что в законе отсутствует легальное определение термина «групповой иск», а в цивилистической доктрине сформировалось множество подходов к характеристике данного понятия.

В частности, Д.А. Фурсов под групповым иском понимает «иск, направленный в защиту интересов больших групп населения»<sup>1</sup>. Н.М. Коршунов определяет групповой иск как «иск лиц, имеющих однородные требования, круг которых к моменту подачи заявления не определен, но может быть установлен путем оповещения всех заинтересованных лиц»<sup>2</sup>.

На наш взгляд под групповым иском следует понимать форму судебной защиты прав и законных интересов, когда иск подается группой людей, которые имеют однородные права и обязанности, и, как следствие, однородный предмет спора и основание для выдвижения требований.

До внесения в Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации главы 22.3. «Рассмотрение дел о защите прав и законных интересов группы лиц», процедура рассмотрения групповых исков детально не регламентировалась законодательством, но все же данный институт существовал. Так, в соответствии со ст. 46 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, в случаях, предусмотренных законом, органы государственной власти, органы местного самоуправления, организации или граждане вправе обратиться в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов других лиц по их просьбе либо в защиту прав, свобод и законных интересов неопределенного круга лиц. Кроме того, существуют и отдельные нормативно-правовые акты, регламентирующие право на обращение в суд за защитой прав и законных интересов группы лиц. К ним можно отнести Закон Российской Федерации «О защите прав потребителей», Федеральный закон Российской Федерации «О рекламе», Федеральный закон Российской Федерации «Об охране окружающей среды».

До введения данного института велись обширные споры того, в каком виде он должен быть введен в гражданский процесс. В итоге законодатель поступил верным образом и закрепил в законе групповой иск в лучшей форме. Законодатель отказался от определения круга дел, по которым мог бы быть подан групповой иск, что в свою очередь, по нашему мнению, соответствует в полной мере демократическому государству, в котором люди, объединенные в какую-либо группу, в случае нарушения их прав могут обратиться в суд не по отдельности, а вместе. Это

<sup>1</sup> Фурсов Д.А., Харламова И.В. Теория правосудия в кратком трехтомном изложении по гражданским делам. Т. 2. Гражданское судопроизводство как форма отправления правосудия. М., 2009. С. 227.

<sup>2</sup> Гражданский процесс : учебник / Под. ред. Н.М. Коршунова. М., 2005. С. 296.

положительно с точки зрения процессуальной и материальной экономии, как для суда, так и для сторон.

Долгожданное внесение законодателем главы 22.3. «Рассмотрение дел о защите прав и законных интересов группы лиц» в Гражданский процессуальный кодекс позволит более эффективно осуществлять защиту прав и публичных интересов большого количества граждан, значительно экономить время судей<sup>1</sup>, а также способствует консолидированному рассмотрению однородных требований, что позволит избежать вынесению противоречивых судебных актов.

В целом, завершая исследование группового искового производства как одного из основных средств защиты прав и свобод групп граждан в отечественном цивилистическом процессе, можно заключить, что внесенные изменения в целом несут положительный характер, а необходимость дальнейшего развития данного вида производства, практическое значение и эффективность выбора, возможно будет оценить лишь в результате правоприменительной деятельности суда, поскольку зачастую даже тщательно разработанные нормы права нуждаются в дополнительных изменениях и уточнениях в контексте той или иной правовой ситуации.

### *Список литературы*

1. Гражданский процесс : учебник / Под. ред. Н.М. Коршунова. М., 2005. 928 с.
2. *Самсонов Н.В.* Некоторые вопросы развития системы принципов российского гражданского судопроизводства // Современная научная мысль, 2017. № 6. С. 279-284.
3. *Фурсов Д.А., Харламова И.В.* Теория правосудия в кратком трехтомном изложении по гражданским делам. Т. 2. Гражданское судопроизводство как форма отправления правосудия. М., 2009. 599 с.

---

<sup>1</sup> Самсонов Н.В. Некоторые вопросы развития системы принципов российского гражданского судопроизводства // Современная научная мысль. 2017. № 6. С. 280.

# ФИНАНСОВЫЙ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ, ЗЛО ИЛИ ДОБРО?

Самсонова Е.Н.

*Самсонова Екатерина Николаевна – студент бакалавриата,*

*юридический факультет,*

*Ростовский филиал*

*Российский государственный университет правосудия, г. Ростов-на-Дону*

В данной статье мы рассмотрим введение новой обязательной досудебной процедуры, при разработке которой стоило бы подумать об ее реальном соответствии отрасли правосудия. Речь идет о правах потребителей финансовых услуг по закону от 4 июля 2018 года № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон).

Согласно мнению Вишневого А.А., «процедура рассмотрения спора омбудсменом дает клиентам возможность получения не только обязательного для исполнения, но и более быстрого решения (при сравнении с судебными разбирательствами)»<sup>1</sup>.

В соответствии с 25 статьей этого Закона потребитель финансовых услуг вправе заявлять судебном порядке требования к финансовым организациям, лишь в следующих случаях:

1) если финансовый уполномоченный не принял решение в установленный срок (15 дней);

2) он прекратил рассмотрение обращения в случаях предусмотренных законом;

3) в случаях не согласия с решением финансово уполномоченного.

Если потребитель не согласен с решением, то он может обратиться в суд в течение 30 дней, после вступления в силу указанного решения финансового уполномоченного. Подтвердив при этом соблюдение досудебного порядка, но и этого мало. Поэтому же закону до соблюдения этого досудебного порядка, потребитель обязан соблюсти еще один досудебный порядок, то есть перед обращением к уполномоченному, он должен обратиться к финансовой организации<sup>2</sup>. А финансовая организация должна направить ему мотивированный ответ по существу требования. Таким образом, суд является третьей ступенью для потребителя, на которую он не попадет, не пройдя все вышеперечисленные ступени.

Заставляет обратить особое внимание на данный институт именно его многоступенчатость и масштабность. Хотя обращения к уполномоченному не подлежат оплате госпошлиной, очевидно, существуют и некоторые минусы данного порядка. Это увеличение от 2 до 3 месяцев срока досудебного порядка, неурегулированность вопроса о взыскании штрафов по законодательству о защите прав потребителей. Уполномоченный так же не решает вопросы, связанные с компенсацией морального вреда, возмещением убытков в виде упущенной выгоды, то есть по этим вопросам необходимо отдельно обращаться в суд.

При изучении данных норм возникают ассоциации с нормами процессуальными регулирующими деятельность судов осуществляющих правосудие, сразу вспоминается статья 118 Конституции РФ, которая гласит, что правосудие осуществляется только судом, судебная система устанавливается Конституцией РФ, создание чрезвычайных судов не допускается<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Вишневский А.А. Финансовый уполномоченный vs финансовый омбудсмен: об эффективности институтов защиты прав потребителей финансовых услуг// Закон. 2018. №9. С. 60.

<sup>2</sup> Воронов А.Ф. Уполномоченный по правам потребителей финансовых услуг и доступность правосудия: это только начало?// Закон. 2018. № 12. С. 139.

<sup>3</sup> Самсонов Н.В. О значении актов высших судов России для совершенствования гражданского судопроизводства// Российский судья. 2019. № 2. С. 40.

Опасения возникают не только потому, что появилась параллельная система юрисдикционных органов, разрешающих частноправовые споры, но и система процедурных законов, практически процессуальных, которые будут регулировать деятельность данного органа.

Однако если рассматривать данный институт с другой точки зрения и согласиться с Линкиным В.Н., то «идеальным сочетанием выступает соблюдение экономических законов на базе рационального правового регулирования, построенного на способе предоставления возможностей, а не их ограничения»<sup>1</sup>.

Но все же остаются сомнения. Если квазисудебной функцией надел уполномоченный по правам потребителей финансовых услуг, то, что мешает наделить подобными функциями и других уполномоченных, создав соответственные законы. Тогда можно будет надеяться на еще более существенное снижение нагрузки на судей. Но будет ли это по настоящему реально для граждан, предусмотреть гарантии соблюдения их права на эффективную судебную защиту.

### ***Список литературы***

1. *Вишневский А.А.* Финансовый уполномоченный vs финансовый омбудсмен: об эффективности институтов защиты прав потребителей финансовых услуг // Закон, 2018. № 9. С. 58-65.
2. *Воронов А.Ф.* Уполномоченный по правам потребителей финансовых услуг и доступность правосудия: это только начало? // Закон, 2018. № 12. С. 135–143.
3. *Линкин В.Н.* Теоретико-правовые особенности определения места экономического права в системе российского права // Теория и практика общественного развития, 2019. № 8 (138). С. 34 - 37.
4. *Самсонов Н.В.* О значении актов высших судов России для совершенствования гражданского судопроизводства // Российский судья, 2019. № 2. С. 39-43.

---

<sup>1</sup> Линкин В.Н. Теоретико-правовые особенности определения места экономического права в системе российского права // Теория и практика общественного развития. 2019. № 8 (138). С. 35.

# К ВОПРОСУ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИНАНСОВОГО УПОЛНОМОЧЕННОГО

**Раевский К.О.**

*Раевский Кирилл Олегович - студент бакалавриата,  
юридический факультет,  
Ростовский филиал*

*Российский государственный университет правосудия, г. Ростов-на-Дону*

С момента начала действия Федерального закона «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (№ 123-ФЗ), прошло уже достаточно времени, а недавно начал свою работу сам Финансовый уполномоченный.

Мы попытаемся выявить и разобраться для каких целей был создан новый орган и какими функциями наделен финансовый уполномоченный.

Как пример, в 2017 году обращений по ОСАГО в суд поступило более 317 тысяч, по КАСКО 19 тысяч, всего по спорам о взыскании страхового возмещения 433 тысячи. Плюс дела о защите прав потребителей с договором с финансово-кредитными учреждениями 87 тысяч. То есть количество дел связанных с финансовыми услугами, которые рассматривают суды, составило более полумиллиона, поэтому законодатель решил ввести новый досудебный порядок по данной категории дел

Таким образом, новый досудебный порядок обязаны будут соблюдать около 100 тысяч финансовых потребителей<sup>1</sup>.

Какой же порядок рассмотрения дел финансовым уполномоченным? Потребитель финансовых услуг должен направить обращение к финансовому уполномоченному, в письменной форме или в электронной форме, с определенным содержанием. К обращению необходимо приложить заявление к финансовой организации и документы подтверждающие прения. Если потребителем финансовых услуг были допущены ошибки, то служба финансового уполномоченного обязана разъяснить потребителю порядок и оказать ему содействие. Уполномоченный уведомляет потребителя о принятии обращения и обращается с запросом в финансовую организацию, чтобы она дала объяснение и представила необходимые документы.

Обращение рассматривается в заочной форме, но уполномоченный может принять решение, об очном рассмотрении обращения, в том числе путем использования систем видео-конференц связи. В ходе проведения дела может быть проведена независимая экспертиза, финансовый уполномоченный может сделать предложение об урегулировании спора в добровольном порядке. Решение финансового уполномоченного должно быть обоснованно и законно. Оно должно соответствовать требованию Конституции РФ, федеральных законов и иных нормативно-правовых актов<sup>2</sup>.

Кто же назначает финансовых уполномоченных? Главный финансовый уполномоченный назначается советом директоров Центрального Банка, а финансовый уполномоченный назначается по представлению председателя банка России. Существует несколько финансовых уполномоченных, это главный по делам уполномоченного и уполномоченный в сфере финансовых услуг, таких финансовых уполномоченных может быть несколько даже в одном субъекте. Закон устанавливает, что финансовый уполномоченный не зависим в своей деятельности. Обеспечение деятельности финансового уполномоченного осуществляется службой обеспечения - автономной не коммерческой организацией учрежденной банком РФ, финансировании деятельности финансово уполномоченного формируется за счет

<sup>1</sup> Бондарчук Д. Закон о финансовом омбудсмене. Установлена новая схема взыскания денег с банков и страховых компаний // ЭЖ-Юрист. 2018. № 23. С. 2.

<sup>2</sup> Самсонов Н.В. Проблема исполнимости медиативных соглашений // Арбитражный и гражданский процесс. 2016. № 2. С. 56.

финансовых взносов банка РФ и финансовых организаций. Финансовые организации с датой включения в реестр, либо в перечень обязаны уплачивать взнос для обеспечения деятельности данного органа.

Однако можно ли говорить о независимости в данном случае? Как говорится «кто платит - тот и заказывает музыку» ведь недаром гарантией обеспечения независимости судей является то, что судьи могут получать денежные вознаграждения только из средств федерального бюджета, а финансовый уполномоченный может получать вознаграждение из финансовых взносов банка РФ, а также из средств финансовых организаций.

Как верно отмечает Линкин В.Н. «принимаемые нормативные предписания должны быть нацелены на стимулирование предпринимательской и иной незапрещенной экономической деятельности, на повышение благосостояния российских граждан»<sup>1</sup>. Чему в полной мере отвечает новый введенный институт.

### *Список литературы*

1. *Бондарчук Д.* Закон о финансовом омбудсмене. Установлена новая схема взыскания денег с банков и страховых компаний // *ЭЖ-Юрист*, 2018. № 23. С. 1-3.
2. *Линкин В.Н.* Теоретико-правовые особенности определения места экономического права в системе российского права // *Теория и практика общественного развития*, 2019. № 8 (138). С. 34-37.
3. *Самсонов Н.В.* Проблема исполнимости медиативных соглашений // *Арбитражный и гражданский процесс*, 2016. № 2. С. 55-59.

---

<sup>1</sup> Линкин В.Н. Теоретико-правовые особенности определения места экономического права в системе российского права // *Теория и практика общественного развития*. 2019. № 8 (138). С. 35.

# АКТУАЛЬНЫЙ ВОПРОС НЕЦЕЛЕВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ

Попова А.И.

Попова Анна Игоревна – студент,  
юридический факультет,

Российский государственный университет правосудия, г. Ростов-на-Дону

**Аннотация:** в данной статье рассматривается действующее законодательство, регулирующее институт нецелевого использования бюджетных средств, а также административную и уголовную ответственность за данный вид бюджетного нарушения. По итогам исследования делается вывод о необходимости пересмотра федерального законодательства, а также об учете предлагаемых изменений в проекте новой редакции Бюджетного кодекса РФ.

**Ключевые слова:** бюджетное законодательство, нецелевое использование бюджетных средств, уголовная ответственность, административная ответственность.

В соответствии с Указание Генерального прокурора РФ от 14.11.2008 № 229/7р «Об организации прокурорского надзора в связи с принимаемыми Правительством Российской Федерации мерами по оздоровлению ситуации в финансовом и других секторах экономики» были установлены основные направления деятельности органов прокуратуры по надзору в экономической сфере. В приведенном перечне свое место нашло такое направление, как - «Целевое использование и сохранность бюджетных средств, направляемых на обеспечение функций и расходов государства, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, в том числе реализация государственных (муниципальных) программ».

Необходимо отметить, что такого рода деятельность контрольно-надзорных органов положительно отражается на снижении уровня причиненного ущерба бюджетной системе нецелевым использованием бюджетных средств.

С.В. Степашин в качестве причин нецелевого использования бюджетных средств называл: плохое знание законодательства; махинации и злоупотребление служебным положением; слабое реагирование на предписания органов власти и правоохранительных органов; зависимость контрольно-счетных органов от руководства регионов и т.д. [1, с. 115].

Согласно ст. 38 Бюджетного кодекса Российской Федерации, Одним из принципов бюджетной системы РФ является принцип адресности и целевого характера бюджетных средств, согласно которому бюджетные ассигнования и лимиты бюджетных обязательств доводятся до конкретных получателей бюджетных средств с указанием цели их использования.

Проблема, которая связана с реализацией данного принципа связана с необходимостью точного формулирования цели выделения бюджетных средств, что не всегда предстает возможным.

Заложенное в ст. 306.4 БК РФ понятие нецелевого использования бюджетных средств с момента принятия Кодекса практически не изменилось, и его определяющим признаком по-прежнему остается несоблюдение формальных требований, определенных законом (решением) о бюджете, сводной бюджетной росписью, бюджетной росписью, бюджетной сметой, договором (соглашением) либо иным документом, являющимся правовым основанием предоставления указанных средств. По мнению Минфина России, определение данного понятия является достаточным.[2]

Должностные лица Счетной палаты РФ, осуществляющие проверки, в том числе и целевого использования бюджетных средств, и обладающие полномочиями по

возбуждению дел об административных правонарушениях, руководствуются нарушениями, выявляемых в ходе внешнего государственного аудита (контроля).

Согласно примечанию 8 к Классификатору к группе нарушений, связанных с нецелевым использованием бюджетных средств, относится 22 нарушения.

Критерием отнесения правонарушений к указанной группе выступает нарушение соответствующих норм БК РФ и подзаконных нормативных правовых актов, устанавливающих требования к документам, являющихся основанием для предоставления бюджетных средств и определяющих цели их предоставления.

Учитывая опыт работы Счетной палаты РФ, представляется целесообразным использовать перечень нарушений, указанных в Классификаторе, для дальнейшей проработки вопросов, связанных с выделением форм (видов) нецелевого использования бюджетных средств.

Учитывая всю масштабность и распространенность нарушений законов о бюджете, в 2003 г. в УК РФ была включена статья ст. 285.1, которая предусматривает уголовную ответственность за нецелевое расходование бюджетных средств. Вместе с тем, статьей 151 УПК РФ производство предварительного следствия по уголовным делам о преступлениях данной категории отнесено к компетенции следователей Следственного комитета Российской Федерации. Таким образом, за 2014 г. Органами Следственного комитета РФ было возбуждено 20 уголовных дел о преступлениях, предусмотренных ст. 285.1 УК РФ, в 2015 г. - 29 (+ 45%), в 2016 г. - 20 (- 31%), в 2017 г. - 39 (+ 95%).

Как указывают отдельные авторы, к настоящему времени нельзя говорить о том, что нормы об ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств не действуют. Однако пока степень влияния уголовного закона в этой области относительно той совокупной общественной опасности, которую несут в себе деяния, предусмотренные ст. 285.1 УК РФ, еще недостаточна.[3, с. 31]

Что касается предмета преступления, предусмотренного ст. 285.1 УК РФ, то им выступают бюджетные средства. Анализ действующего законодательства, регулирующего выявление правонарушений в бюджетной сфере, свидетельствует о наличии правового пробела, связанного с отсутствием четкой дефиниции термина "бюджетные средства".

Таким образом, мы видим, что, из содержания п. 1 ст. 306.4 БК РФ вытекает, что бюджетными средствами являются средства бюджетной системы РФ, т.е. средства, размещенные на счетах соответствующего бюджета. При предоставлении межбюджетных трансфертов денежные средства отражаются в доходной части бюджета получателя и сохраняют признак "бюджетности", и получатели указанных средств несут ответственность за их целевое использование.

Статьей 78 БК РФ предусмотрено предоставление субсидий юридическим лицам, не являющимся государственными, муниципальными учреждениями, индивидуальным предпринимателям, физическим лицам. Указанные средства, поступив на счета указанных субъектов, перестают быть бюджетными и становятся собственными средствами организаций и физических лиц. Следовательно, требования ст. 306.4 БК РФ в отношении названных денежных средств не распространяются. Вместе с тем в п. 3 ст. 78 БК РФ предусмотрено условие о возврате юридическими лицами, не являющимися государственными, муниципальными учреждениями, индивидуальными предпринимателями, физическими лицами, субсидий в бюджет в случае нарушения условий, установленных при их предоставлении, в том числе при их нецелевом использовании.

Таким образом, отсутствие в БК РФ понятия "бюджетные средства" не позволяет определить, продолжают ли средства, предоставленные в виде субсидий юридическим лицам, не являющимся государственными, муниципальными учреждениями, индивидуальным предпринимателям, физическим лицам, оставаться

бюджетными, а также при последующей передаче указанными субъектами денежных средств или их части контрагентам по договорам в целях осуществления своих обязательств. Стоит обратить внимание на то, что устранение данного правового пробела возможно путем дополнения ст. 6 БК РФ понятием "бюджетные средства".

Кроме того, диспозицией ст. 285.1 УК РФ в качестве субъекта рассматриваемого преступления обозначено должностное лицо получателя бюджетных средств. При этом непосредственно в УК РФ данное понятие не раскрывается.

В соответствии со ст. 6 БК РФ получатель бюджетных средств (получатель средств соответствующего бюджета) - орган государственной власти (государственный орган), орган управления государственным внебюджетным фондом, орган местного самоуправления, орган местной администрации, находящееся в ведении главного распорядителя (распорядителя) бюджетных средств казенное учреждение, имеющие право на принятие и (или) исполнение бюджетных обязательств от имени публично-правового образования за счет средств соответствующего бюджета, если иное не установлено БК РФ.

Исходя из указанного определения, бюджетные и автономные учреждения к получателям бюджетных средств не отнесены, однако, по информации Счетной палаты РФ, именно данными учреждениями совершается значительная часть правонарушений, связанных с нецелевым использованием бюджетных средств. Следовательно, в определении понятия "получатель бюджетных средств", закрепленное в ст. 6 БК РФ, также необходимо внести дополнения, для более четкого понимания и усвоения.

Требуют совершенствования нормы административной ответственности за нецелевое использование бюджетных средств. Так, согласно ст. 285.1 УК РФ уголовная ответственность за такие деяния наступает только при причинении вреда бюджету в крупном размере, т.е. в сумме, превышающей 1,5 млн руб. Нецелевое использование бюджетных средств в меньшем размере является основанием для привлечения виновных лиц к административной ответственности. При этом санкция ст. 15.14 КоАП РФ предусматривает наказание для должностных лиц в виде административного штрафа в размере от 20 до 50 тыс. руб. или дисквалификацию на срок от одного года до трех лет. Такой размер наказания вряд ли соответствует общественной опасности совершенного деяния и не достигает цели правосознательного воздействия, в связи с чем не может способствовать действенной профилактике совершения правонарушений в бюджетной сфере. [4, с. 28] С учетом изложенного представляется, что размер административного штрафа, предусмотренный ст. 15.14 КоАП РФ, необходимо увеличить.

Представляется, что предлагаемые изменения законодательства могут быть использованы при подготовке новой редакции Бюджетного кодекса РФ и федерального закона, вводящего его в действие и предусматривающего внесение изменений в отдельные законодательные акты РФ.

### *Список литературы*

1. *Абросимов Р.Ю.* Ответственность за нарушение финансового законодательства: Научно-практическое пособие / Р.Ю. Абросимов, О.А. Акопян, Я.В. Буркавцова и др.; отв. ред. И.И. Кучеров. М.: ИЗиСП; ИНФРА-М, 2014. 224 с.
2. Письмо Минфина России от 21 января 2014 г. № 02-10-11/1763 // СПС «КонсультантПлюс».
3. *Упоров И.В.* Теоретические и правовые основы уголовной ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств и средств государственных внебюджетных фондов / И.В. Упоров, Р.А. Эфрикян // Право и практика, 2015. № 4. С. 29-36.

4. Упоров И.В., Эфрикян Р.А., Бушков Д.В., Кумыков А.А. Уголовная ответственность за нецелевое расходование бюджетных средств и проблемы ее законодательного регулирования: Монография. М.: НИИ ИЭП, 2016. С. 8-41.
5. Евтеева М.Ю. О разрешении споров, связанных с нецелевым использованием средств федерального бюджета / М.Ю. Евтеева // Вестник ФАС РФ, 2001. № 12.

# ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

## ПОДГОТОВКА УЧАЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ К СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ КАК ЗАДАЧА РОДИТЕЛЕЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ

Арсланова М.М.

*Арсланова Мадина Мансуровна – старший преподаватель,  
кафедра методики дошкольного образования,  
Институт переподготовки и повышения квалификации руководителей и специалистов  
дошкольных образовательных учреждений, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** в данной статье раскрыт вопрос сотрудничества педагогов (специалистов) и родителей в работе по подготовке к семейной жизни учащихся с ограниченными возможностями.

**Ключевые слова:** учащиеся с ограниченными возможностями, семья, семейная жизнь, семейные отношения, родители, адаптация.

Подготовка учащихся с ограниченными возможностями к семейной жизни в изменяющихся социально-экономических условиях современного общества все в большей мере требует повышения уровня образования, которое будет способствовать обеспечению равенства мужчин и женщин, их полноценному участию в жизни общества. Семья детей с ограниченными возможностями может помочь ему в полной мере реализовать свой потенциал, при этом одной из основных задач семьи является формирование у детей с ограниченными возможностями готовности к семейной жизни - вступлению в брак, сохранению семейных отношений, воспитанию будущих детей. Ключевыми вопросами, требующие обсуждения в этой связи становятся: нравственные основы семьи, основных функций семьи, бюджет и хозяйство, эстетика быта. Особый интерес ребенка в подростковом возрасте могут вызывать проблемы установления взаимоотношений между юношами и девушками, культура поведения влюбленных, вопросы отношения полов.

В повседневной жизни дети непосредственно перенимают от старших поколений немало знаний об отношениях к человеку другого пола, о браке, о семье, усваивают нормы поведения. Такой способ передачи знаний один из самых эффективных, но к сожалению, он не всегда позволяет учащимся сформировать достаточно адекватное представление о трудностях и ресурсах семейной жизни.

В связи с этим необходимо целенаправленно подготавливая **ребенка** к будущей семейной жизни, информируя его о следующих моментах:

- *этической стороне семейной жизни.* Ребенок должен уважать отца и мать, дружелюбно относиться к родным, осознавать моральные основы семейных отношений;

- *правовой стороне семейной жизни.* **Ребенка** необходимо познакомить с основами законодательства о браке и семье, с важнейшими положениями семейного права, с обязанностями супругов по отношению друг к другу, к детям, к обществу;

- *психологической стороне семейной жизни.* **Ребенок** должен понимать основы брака и семейной жизни, психологию других людей, должен учитывать развитие чувства, должен владеть навыками общения;

- *физиолого-гигиенической стороне семейной жизни.* **Ребенок** должен получить знания о физиологических особенностях мужского и женского организмов, правдивую информацию о половых отношениях в соответствии с возрастом. Также необходимо выработать у **ребенка** прочные гигиенические навыки (умывание по вечерам; соблюдение определенных требований к одежде) и высоконравственное поведение;

- хозяйственно-экономической стороне семейной жизни. **Ребенка** с раннего возраста надо приобщать к домашнему труду, приучать выполнять семейные обязанности. **Детей** нужно учить проводить досуг вместе с семьей, отдыхать в выходные вместе с семьей [3].

Следует отметить, что только совместная работа педагогов (специалистов) и родителей в работе учащихся с ограниченными возможностями позволит решить проблемы развития личности ребенка, его адаптации в будущем.

С самого рождения каждый человек для своего нормального развития долгое время нуждается не только в уходе и удовлетворении своих физических потребностей в еде, тепле, безопасности, но и в общении с близкими, любящими его людьми. Через это общение происходит передача ценностей, которые делают нас людьми: способность сопереживать, любить, понимать себя и других людей, контролировать свои агрессивные импульсы и не наносить вреда себе и окружающим, добиваться поставленных целей, уважать свою и чужую жизнь. Эти духовные ценности могут быть восприняты только в совместном переживании событий жизни взрослого и ребенка.

Для семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями, важными являются такая функция, как коррекционно-развивающая, целью которой является восстановление психофизического и социального статуса ребенка, достижение им социальной адаптации.

Однако функции семьи могут быть нарушены в результате влияния весьма широкого круга факторов, в том числе особенности личностей ее членов и взаимоотношений между ними, определенные условия жизни семьи, нарушение структуры семьи и др. Функции и структура семьи могут изменяться в зависимости от этапов ее жизнедеятельности [1].

Таким образом, семья в жизни каждого человека играет очень важную роль. Особенно важно осознание семьи для ребенка, личность которого еще только формируется. Для него семья — это самые близкие люди, принимающие его таким, какой он есть, независимо от социального статуса, состояния здоровья и индивидуальных особенностей. Это то место, где можно решить возникшие проблемы, найти помощь, понимание и сочувствие. Но та же семья может стать причиной формирования негативных качеств в ребенке, препятствовать его адаптации в меняющихся жизненных условиях.

В работе с **детьми**, имеющими ограниченные возможности, задача эта не простая. Чтобы знания, навыки и умения, передаваемые и прививаемые ребёнку, активно включались в процесс личностного развития, необходимо серьёзно подходить к отбору содержания доступного и интересного ребёнку, а также к выбору форм их передачи. Основным условием здесь выступает учет индивидуальных и возрастных особенностей детей, уровень их реального развития, готовность к усвоению тех или иных знаний. Наиболее эффективными формами для ребёнка являются те, которые для него доступны, привлекательны, актуально значимы. Роль специалиста по социальной работе заключается в содействии, семьям воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, и главная его цель заключается в том, чтобы помочь детям с отклонениями в развитии по возможности компенсировать нарушения, развить способности и используя собственные ресурсы жить полноценной жизнью [2].

Социальная работа с семьей должна быть неформальной и разносторонней, это поможет детям с ограниченными возможностями здоровья в социальной реабилитации. Таким образом, идет совместное обучение детей и родителей умениям и навыкам независимой жизни.

На наш взгляд, при организации семейного воспитания **детей** с ограниченными возможностями необходимо обратить внимание на формирование объективного и

психологического уровня готовности к самостоятельной семейной жизни. Родителям необходимо обратить внимание на проявления, являющиеся препятствием к установлению взаимоотношений **ребенка** со сверстником, причины коммуникативного барьера в отношениях с окружающими.

Таким образом, родители, обладая определенными знаниями, могут очень многое сделать для своего ребенка в процессе его развития и социализации. Дети, которые проходят школу жизни вместе с родителями, имеют больше возможностей для успешной адаптации в обществе, устройстве в нем, создании своей семьи. Поэтому чем больше усилий приложено родителями к развитию, воспитанию и обучению ребенка, тем благополучнее будет его взрослая, семейная жизнь.

### *Список литературы*

1. *Гребенников И.В.* Основы семейной жизни. Учеб. Пособие. М.: Просвещение, 1991.
  2. *Зритнева Е.И.* Семейная психология и семейная терапия. М., 2005. № 3. С. 13–29.
  3. *Эркаев А.* Оммавий маданият ва маънавий тарбия. Т.: Маънавият, 2015.
-

# ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ ДОУ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ

## Омарова З.К.

*Омарова Зебинисо Касимовна – старший преподаватель,  
кафедра методики дошкольного образования,  
Институт переподготовки и повышения квалификации руководителей и специалистов  
дошкольных образовательных учреждений, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** в статье описаны инновационные технологии в практике работы ДОУ для детей с ограниченными возможностями здоровья. В работе с детьми с ОВЗ недостаточно использовать традиционные методики коррекционной работы. В связи с этим педагоги ищут новые подходы, технологии и приёмы.

**Ключевые слова:** инновация, учитель-логопед, фитотерапия, ароматерапия, музыкотерапия, хромотерапия, рефлексотерапия, куклотерапия, сказкотерапия.

Образование детей с ОВЗ предусматривает создание для них специальной коррекционно-развивающей среды, лечение и оздоровление, воспитание, коррекцию нарушений развития, социальную адаптацию.

Инновация — новое, а инновационные технологии — привнесение нового и действенного. Иными словами — это методы обучения и развития дошкольников с ОВЗ путем сотрудничества как равноправных партнеров учителя-логопеда и детей с ОВЗ.

Учитель-логопед в своей практике использует проверенные временем методы, приемы проведения мониторинга, постановки звуков, а инновационные технологии являются дополнением в его коррекционной деятельности. Основным критерием «инновационности» технологии является повышение эффективности образовательного процесса за счёт её применения.

Большинство дошкольников с ОВЗ, имеют проблемы в развитии восприятия, внимания, памяти, мыслительной деятельности, различную степень моторного развития и сенсорных функций, наблюдается повышенная утомляемость. Чтобы заинтересовать воспитанников, нужны нестандартные подходы, индивидуальные программы, инновационные технологии. На современном этапе модернизации образования наиболее целесообразными и эффективными являются традиционные и нетрадиционные методы и приемы воздействия.

Нетрадиционные методы в коррекционной работе с детьми с ОВЗ: фитотерапия, ароматерапия, музыкотерапия, хромотерапия или цветотерапия, рефлексотерапия, куклотерапия, сказкотерапия, песочная терапия. Эти методы терапии принадлежат к числу эффективных средств коррекции, все чаще применяемых в специальной педагогике [1].

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ [2]:

1) Информационно-коммуникативные (сотрудничество логопеда с родителями: консультативное направление, пропагандистское направление, диагностическое направление, обучающее направление).

Цель - повышение интереса детей и родителей к изучаемому материалу и качеству коррекционной работы.

Данная технология позволяет разумно сочетать традиционные и современные средства и методы обучения.

2) Арт-терапия: музыкотерапия (игра на музыкальных инструментах); кинезиотерапия (танцетерапия); логоритмика; смехотерапия; ароматерапия.

Цель - формирование вербальных средств коммуникации, мотивации речевого общения, активизация словаря, развитие связной речи, формирование грамматического строя речи.

Данная технология способствует формированию высокого жизненного тонуса и гармоничных отношений с окружающим миром, развитию взаимопонимания между детьми, а также между ребенком и взрослыми, возникновению мотивации речевого общения, пополнению и активизации словаря, устранению в речи аграмматизмов, учит ребенка самовыражаться, умению управлять своими чувствами, переживаниями, эмоциями.

3) Здоровьесберегающие: пальчиковая гимнастика; двигательная гимнастика; артикуляционная гимнастика; дыхательная гимнастика.

Цель - способствовать развитию мышц артикуляционного аппарата, развивать координацию движений, вырабатывать правильное дыхание.

Данная технология повышает эффективность образовательного процесса за счёт её применения.

4) Изо-терапия, используемая для развития речи: пальцевая живопись; рисование мягкой бумагой; рисование на манке; техника рисования листьями, палочками, камушками; техника отпечатывания ватой; рисование ладонями.

Цель - способствовать повышению стрессоустойчивости, улучшению мыслительной деятельности, памяти и внимания, как настроения, так и самочувствия выполняющего их человека.

Данная технология повышает эффективность образовательного процесса за счёт её применения.

5) Телесноориентированные техники: биоэнергопластика – соединение движений артикуляционного аппарата с движениями кисти руки; упражнения для релаксации – способствуют расслаблению, самонаблюдению.

Цель - способствовать развитию и совершенствованию произвольных движений (одеваться, ходить, играть, говорить), контролю своих телесных проявлений на развитие характера ребенка, речи.

Данная технология учит ребенка самовыражаться, умению управлять своими чувствами, переживаниями, эмоциями.

6) Мнемотехника (на каждое слово или маленькое словосочетание придумывается картинка (изображение), весь текст зарисовывается схематично, глядя схемы – рисунки, ребёнок легко воспроизводит текстовую информацию).

Цель - способствовать увеличению объема памяти, путем образования дополнительных ассоциаций.

Данная технология помогает в развитии связной речи, ассоциативного мышления, зрительной и слуховой памяти, зрительного и слухового внимания, воображения, ускорения процесса автоматизации и дифференциации поставленных звуков.

7) СУ-ДЖОК терапия: массаж ладонных поверхностей каменными, металлическими или стеклянными разноцветными шариками; прищепочный массаж; массаж орехами, каштанами; массаж шестигранными карандашами; массаж чётками; массаж зондами, зондозаменителями.

Цель - активизировать мыслительную деятельность, стимулировать речевую область в коре головного мозга, нормализация мышечный тонус.

Данная технология помогает скорректировать речевые нарушения, оказывает положительный эмоциональный настрой, благоприятно влияет на мелкую моторику пальцев, тем самым способствуя развитию речи.

8) Игровая технология: физминутки; 3D конструирование - разминки.

Цель - способствовать успешной социализации, формированию социально-активной личности, самореализации.

Данная технология стимулирует детей к учебной деятельности, вызывает интерес и потребность общения, развивает когнитивные процессы.

Новые педагогические технологии создают более широкие возможности для формирования коммуникативных способностей и общего развития ребёнка

дошкольного возраста с ОВЗ, повышают мотивацию детей к получению и усвоению новых знаний, следовательно, будут способствовать его успешной социализации. Главная цель инновационной деятельности — развитие учителя-логопеда как творческой личности, переключение его с репродуктивного типа деятельности на самостоятельный поиск методических решений, превращение педагога в разработчика и автора инновационных методик и реализующих их средств обучения, развития и воспитания [1].

### *Список литературы*

1. Земляченко М.В. Использование учителем-логопедом инновационных технологий в работе с детьми дошкольного возраста с ОВЗ [Текст] // Инновационные педагогические технологии: материалы VII Междунар. науч. конф. (г. Казань, октябрь 2017 г.). Казань: Бук, 2017. С. 69-71.
2. Мультиурок. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://multiurok.ru/files/innovatsionnyie-tiekhnologhii-v-praktikie-raboty-d.html/> (дата обращения: 04.11.2019).

---

## **ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ПРОЦЕССА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

**Касимова Ш.Н.**

*Касимова Шахноза Нуриддиновна – старший преподаватель,  
кафедра менеджмента дошкольного образования,  
Институт переподготовки и повышения квалификации руководителей и специалистов  
дошкольных образовательных учреждений, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** в статье рассматриваются проблемы организации и содержание процесса повышения квалификации руководителей дошкольных образовательных учреждений.

**Ключевые слова:** управленческая деятельность, дошкольного образовательного учреждения, повышения квалификации, личностный подход, деятельность руководителя.

В современном мире знания, профессиональная компетентность всё более становятся мерой значимости людей в обществе. В разных областях социокультурной сферы проявляется потребность в профессионалах высокого класса; всё, что по-настоящему профессионально, дорого ценится. Управленческая деятельность в современных условиях всё больше требует творческого подхода к решению задач, умения анализировать явления с учётом воздействия всех факторов. В деятельности дошкольного учреждения также усиливается роль управления в обновлении содержания и технологий образования, в реализации всех его функций.

Деятельность руководителя дошкольного образовательного учреждения насыщена огромной социальной ответственностью, динамичностью объекта управления, нередко порождающей острые ситуации и коллизии, которые могут быть успешно решены только квалифицированными специалистами. Для этого руководителю дошкольного учреждения необходимо обладать знаниями научных основ управления, инновационной деятельности, правовой базы. Традиционное оперативное управление, направленное на поддержание деятельности в соответствии с нормативными требованиями и инструкциями, заменяется исследовательско-прогностическим управлением с приоритетом функций анализа, целеполагания, коррекции.

В настоящее время невозможно решить проблему профессионального совершенствования руководителей дошкольных учреждений в системе повышения квалификации привычными методами. Система нуждается в разработке нового содержания, выявлении инновационных методов и форм его организации.

Анализ ситуации в дошкольном образовании показывает, что знания, умения и навыки большинства руководителей становятся недостаточными для выполнения изменившихся управленческих функций. Существующая практика подготовки и повышения квалификации не обеспечивает в должной мере решение данной задачи, необходимы планомерные усилия по организации обучения этой категории управленческих кадров с учетом требований, предъявляемых сегодня к профессиональным и личностным качествам управленцев дошкольного образования. Назрела необходимость в разработке новой модели подготовки и повышения квалификации руководителей дошкольных образовательных учреждений и создании соответствующей системы их обучения, обеспечивающей реализацию принципа «обучение на протяжении всей жизни» в соответствии с новыми задачами и содержанием управления, возможностью профессионального развития управленческой деятельности [6].

Анализ литературы показал, что в последнее время наблюдается рост внимания и интереса научных и практических работников образования к проблемам гуманизации и личностного подхода в образовании. В свете гуманистической парадигмы важно создать реальные педагогические условия обучения, которые будут способствовать приоритету творческого развития и саморазвития обучаемого.

Личностный подход означает ориентацию на личность при конструировании и реализации процесса обучения, требует признания её уникальности, права на уважение интеллектуальной свободы, предполагает создание для этого соответствующих условий. Его задача - не планировать и развивать общую для всех линию развития, а помогать каждому взрослому с учётом имеющегося у него опыта развивать себя как личность. Характеризуя гуманистическую парадигму, Е.В. Бондаревская целью личностно ориентированного образования считает поддержку, развитие человека в человеке, с использованием механизмов самореализации, саморазвития, самовоспитания [3, с. 15]. В качестве принципов педагогической деятельности учёный выделяет любовь к детям, очеловечивание среды, в которой они живут, проживание в ребёнке своего детства. Не менее значим данный подход для развития взрослого человека. Для профессионала самообразование является поддержкой. Поддержка в данном случае понимается не только как обновление знаний, умений, навыков, но и приобретение иного взгляда на мир в соответствии с изменениями в действительности. За счёт включения в обучение поддерживается и активизируется субъектное начало личности [5, с. 101].

Образование взрослых как часть системы непрерывного образования становится средством поддержки в кризисных социальных условиях, так как меняются условия профессиональной деятельности, образование в данной ситуации является возможностью для смены стереотипов, перестройки профессионального сознания [4, с.47]. Т.П. Афанасьев, Н.В. Немова рассматривают процесс обучения в системе повышения квалификации как «вид поддержки профессионального развития кадров» [1, с.39]. В исследованиях некоторых учёных рассматривается специально организованная поддержка управленческой деятельности. А.Б. Бакурадзе под поддержкой понимает целенаправленный процесс развития у руководителей актуальных управленческих умений [2]. По его мнению, поддержку можно осуществить, сочетая очное обучение с исследовательской деятельностью в ОУ, реализуя соответствующее содержание образования, применяя контекстные методы обучения.

Наше понимание поддержки руководителей ДОУ в процессе обучения на факультете повышения квалификации основано на выражении гуманистической позиции педагогом-андрагогом по отношению к взрослым как понимание, осознание собственной ответственности за их эмоциональное самочувствие, профессиональное развитие. Нам близка идея создания модели повышения квалификации руководителей дошкольных образовательных учреждений, способствующей не только обновлению знаний, умений, навыков, но и освоению новых форм социального поведения, обеспечению условий взрослому для самореализации в изменившейся ситуации, оказанию помощи в пересмотре привычных установок.

### *Список литературы*

1. *Атласова О.М.* Развитие профессиональной компетентности руководителей школ в процессе повышения квалификации. Текст: автореф. дис. канд. пед. наук / О.М. Атласова. СПб, 1995. 18 с.
2. *Базаров Т.Ю.* Управление персоналом Текст: учебное пособие для студентов средних профессиональных учебных заведений / Т.Ю. Базаров. М.: Мастерство, 2002. 224 с.
3. *Бондаренко А.К.* Заведующий дошкольным учреждением Текст: пособие для заведующих дошкольными учреждениями / А.К. Бондаренко, Л.В. Поздняк, В.И. Шкатулла. М.: Просвещение, 1984. 223 с.
4. *Гуца Н.В.* Профессиональное развитие педагога в структуре системы обеспечения непрерывности педагогических инноваций. Текст: автореф. дис. канд. психол. наук / Н.В. Гуца. Казань, 2001. 19 с.
5. *Конаржевский Ю.А.* Менеджмент и внутришкольное управление Текст. / Ю.А. Конаржевский. М.: Центр «Педагогический поиск», 2000. 224 с.
6. *Селина Т.М.* Совершенствование модели повышения квалификации руководителей дошкольных образовательных учреждений. Текст: автореф. дис. канд. пед. наук / Т.М. Селина. Новосибирск - Казань, 2006. 19 с.

## ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ УРОВНЯ 25(OH)D<sub>3</sub> В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ РАХИТА У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ

Расулова Н.А.<sup>1</sup>, Расулов А.С.<sup>2</sup>, Шарипов Р.Х.<sup>3</sup>, Ахмедова М.М.<sup>4</sup>, Ирбутаева Л.Т.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Расулова Надира Алишиеровна – кандидат медицинских наук, ассистент;

<sup>2</sup>Расулов Алишер Собирович – кандидат медицинских наук, доцент;

<sup>3</sup>Шарипов Рустам Хаитович – доктор медицинских наук, доцент;

<sup>4</sup>Ахмедова Махбуба Махмудовна – кандидат медицинских наук, доцент;

<sup>5</sup>Ирбутаева Лола Таибековна – ассистент,

кафедра педиатрии и общей практики, факультет последипломного образования, Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** в статье рассмотрены данные о влиянии профилактики рахита у детей на уровень 25(OH)D в сыворотке крови в условиях Узбекистана. Правильное назначение витамина D позволяет снизить тяжелые формы рахита, улучшить психомоторное развитие ребенка. Нами было установлено, что дефицит витамина D встречается у 77,2% детей, в том числе клинически выраженный рахит у 27,8% детей 1-го года жизни, что свидетельствует о недостаточной эффективности традиционных методов профилактики рахита. Известно что, эффективность мер по предупреждению заболевания существенно зависит от своевременности профилактического назначения препаратов витамина D<sub>3</sub> с учетом степени неблагоприятного влияния на организм ребенка факторов риска. Учитывая тот факт, что, несмотря на рекомендации участкового педиатра о даче витамина D<sub>3</sub>, с одной стороны, и об обязательном выполнении рекомендации врача родителями, с другой стороны, у наблюдавшихся нами детей имелись признаки рахита.

**Ключевые слова:** рахит, 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови, профилактика.

**Актуальность проблемы.** Рахит относится к группе дефицитных заболеваний, основным этиологическим фактором развития которого является недостаточное поступление с пищевым продуктами или образование в коже витамина D у растущих детей [2]. Этой проблемой занимаются уже десятки лет, однако частота рахита не имеет тенденции к снижению и составляет в среднем 30% [4,5]. Несмотря на обилие солнца в нашей стране, рахит широко распространен. В Узбекистане рахит встречается у 27% детей 1-го года жизни [6]. Это диктует необходимость разработки и совершенствования методов его профилактики с учетом нынешних ситуаций, экологических и этнических особенностей. Однако его дефицит всегда определялся косвенно по содержанию Са и Р. В тоже время, содержание Са и Р не всегда точно отражает степень тяжести и клинические проявления рахита и, по мнению [1,3], проявления рахита могут быть и при нормальном содержании Са и Р в крови. Исследования по определению активного метаболита витамина D, который является прямым показателем дефицита, в условиях Узбекистана не проводилось.

**Цель работы:** определение уровня 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови и его влияние на профилактику рахита в условиях Узбекистана.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 466 детей, в возрасте от 1 до 12 месяцев, которых родители считали практически здоровыми и не получали витамин D в течение месяца до забора крови. Детей в возрасте до 6 месяцев было 35,6%, до 12 месяцев - 43,7%, до 3-х месяцев - 20,6%. Отмечено преобладание мальчиков – 258 (55,3±2,3%), тогда как количество девочек составило 208 (44,6±2,3%).

Определение 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови проводилось в лаборатории госпиталя Санта Клара города Роттердам Голландия радиоиммунным методом. У каждого ребенка брали по 2 мл венозной крови. Сыворотку отделяли путем центрифугирования при 3000 об./мин в течение 10 мин. и хранили при температуре - 20<sup>0</sup>С. Дети с 25(OH)D<sub>3</sub> менее 30 ммоль/л рассматривались как имеющийся биохимический дефицит.

**Результаты.** Нами было установлено, что дефицит витамина D встречается у 77,2% детей, в том числе клинически выраженный рахит у 27,8% детей 1-го года жизни, что свидетельствует о недостаточной эффективности традиционных методов профилактики рахита. Известно что, эффективность мер по предупреждению заболевания существенно зависит от своевременности профилактического назначения препаратов витамина D<sub>3</sub> с учетом степени неблагоприятного влияния на организм ребенка факторов риска. Учитывая тот факт, что, несмотря на рекомендации участкового педиатра о даче витамина D<sub>3</sub>, с одной стороны, и об обязательном выполнении рекомендации врача родителями, с другой стороны, у наблюдавшихся нами детей имелись признаки рахита. По анкетным данным, мы установили, что при проведении стандартной профилактики рахита из общего количества детей витамин D получили всего лишь 128 детей (27,4%). Следует сказать, что участковый врач путем выписывания рецепта назначал витамин D, но мать забывала ребенку ежедневно давать витамин D.

Установлено, что несмотря на проведение традиционной профилактики рахита из 466 детей у 27,8% была отмечена легкая степень с степень средней тяжести, то у 72,1% клинические признаки рахита отсутствовали. У 86,1% детей с рахитом был выявлен низкий уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови, тогда как у остальных они колебались в пределах нормы. Как ни парадоксально, у 73,8% детей без признаков рахита также нами был установлен низкий уровень основного метаболита витамина D (рис. 1). Видимо, это было связано не только отсутствием профилактических мероприятий, но и особенностями образа жизни и питания детей и их матерей. У 22,7% детей уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови был в пределах нормы, из них без признаков рахита у 26,1% детей, с признаками рахита – 13,8%.

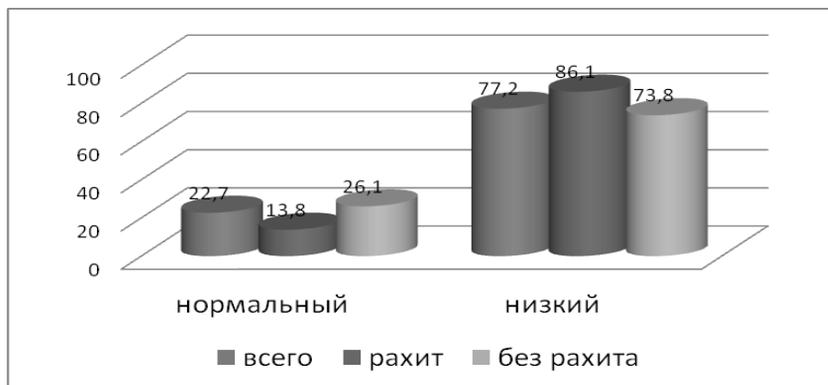


Рис. 1. Уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови у детей на момент проведения традиционной профилактики

Было установлено, что, несмотря на проводимую традиционную профилактику рахита, его эффективность остается низкой, о чем свидетельствуют высокая частота развития рахита и низкий уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови детей. На наш взгляд немаловажное значение имеют также постоянная занятость матерей и неадекватное проведение профилактических мероприятий матерями.

В связи с этим, мы решили модифицировать прием витамина D, а всю ответственность за проведение модифицированной профилактики возложить на

патронажных медицинских сестер. Это было связано с тем, что ежедневный прием витамина D является неудобным, а порою, родители просто забывают. В связи с этим для повышения достоверности проводимой профилактики, было решено изменить не только схему, но и методику введения этого препарата. Анализ состояния детей доказал истинность нашего предположения. В связи с этим, всем детям в течение 3 месяцев витамин D давался непосредственно участковой медицинской сестрой по следующей схеме: витамин D (аквадетрим, деварон) по 4000 МЕ 1 раз в неделю с месячного возраста до конца 1-го года жизни при патронажном наблюдении ребенка (курсовая доза 160000-180000 МЕ). Следует сказать, что проведение модифицированной профилактики позволило нормализовать уровень 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови у 89,8% детей. У 82,2% был отмечен начальный рахит и рахит периода разгара, у 17,7% - клинические признаки рахита отсутствовали (рис. 2).

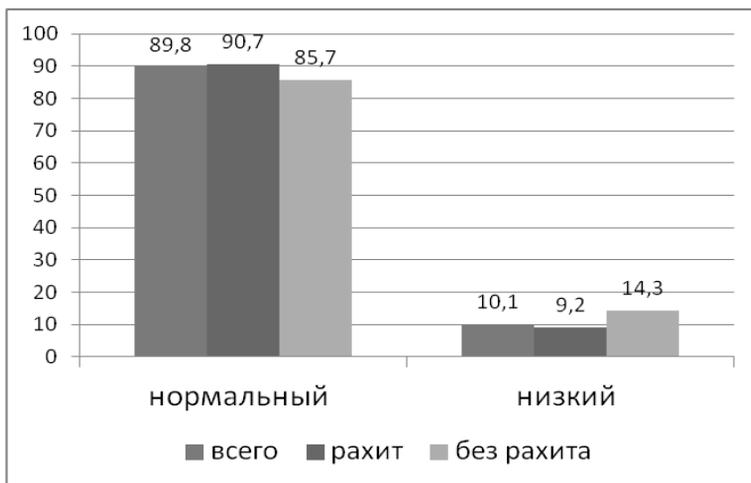


Рис. 2. Уровень 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови детей при проведении модифицированной профилактики рахита

Исследования показали, что, после проведения модифицированной профилактики рахита лишь у 9,2% обследованных детей с признаками рахита уровень 25(ОН)D<sub>3</sub> остался низким, тогда как у 90,7% – он нормализовался. При этом у детей без признаков рахита у 14,3% отмечено низкое содержание 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови, а у 85,7% детей уровень нормализовался.

Отмечалось улучшение самочувствия ребенка, нормализация аппетита и сна, прекращение обильного потоотделения при кормлении, улучшение прибавки массы тела. Общее состояние детей при обследовании после проведения курса профилактических мероприятий было удовлетворительное. Развития побочных эффектов и передозировки от применяемого препарата мы не выявили. Следует отметить, что при проведении традиционной и модифицированной профилактики рахита в г.Самарканде и Акдарьинском районе показали свои результаты. В Акдарьинском районе рахит встречался у детей в 56,7% случаев, а в г.Самарканде – 28,5%. На момент исследования мы определили уровень 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови у детей в зависимости от места жительства. Полученные данные показали, что в Акдарьинском районе низкий уровень 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови у детей с признаками рахита составил 80,2%, а нормальный уровень 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови – 19,7%. В г. Самарканде низкий уровень 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови у детей с признаками рахита был отмечен у 82,9%, нормальный уровень 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови – 17%. На момент проведения традиционной профилактики рахита в Акдарьинском районе уровень 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови был низким у 96,4% детей, а нормальный – 3,4%. Аналогичная ситуация была и в г. Самарканде. Низкий

уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови у детей с признаками рахита был у 80%, нормальный – 20% детей.

После проведения модифицированной профилактики по предложенной нами схеме исследования показали блестящий результат. Так в Акдарьинском районе низкий уровень остался только у 9,5% детей, тогда как у 90,5% этот уровень нормализовался. В г.Самарканде также низкий уровень отмечался у 16,6% детей с признаками рахита, а нормальный уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови был у 83,4% детей.

**Выводы.** Таким образом, предлагаемая нами коррекция витамином D позволяет нормализовать уровень 25(OH)D<sub>3</sub>, снизить тяжелые формы рахита, улучшить психомоторное развитие на 1-ом году жизни и может быть рекомендована в условиях Узбекистана.

### Список литературы

1. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
2. *Давлатов С.С. и др.* Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография / С.С. Давлатов, Ш.С. Касымов, З.Б. Курбаниязов. Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2018. 160 с.
3. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей //Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1.
4. *Камилова Р.Т. и др.* Влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние юных спортсменов //Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2016. № 4.
5. *Мавлянова З.Ф., Кулмирзаева Х.И.* Клинико-нейровизуализационная картина ишемического инсульта в остром периоде //Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2015. №2.
6. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
7. *Пак Е.А., Мавлянова З.Ф., Ким О.А.* Показатели состояния сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся каратэ // Спортивная медицина: наука и практика, 2016. Т. 6. № 1. С. 21-25.
8. *Расулов А.С. и соавт.* Реабилитация детей первого года жизни с рахитом и анемией // International journal on immunorehabilitation. April, 2001, Volume 3, 17
9. *Расулова Н.А. и др.* Взаимосвязь факторов риска развития рахита с уровнем 25 (он) d3 в сыворотке крови у детей // Вестник врача. С. 40.
10. *Расулова Н.А.* Многофакторная оценка нарушений фосфорно-кальциевого обмена в прогнозировании и предупреждении последствий рахита. Автореферат дисс....канд мед. наук. Ташкент, 2010.- С. 19
11. *Расулова Н.А.* Клиническая значимость факторов риска развития рахита у детей //Врач-аспирант, 2009. № 7. С. 567.
12. *Юсупов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей //Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.
13. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей./Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение //Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
14. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино», 2001.

15. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. Ташкент: Из-во – O'qituvchi, 2006.
  16. *Aminov Z., Haase R., & Carpenter D.,* 2011. The Effects of Polychlorinated Biphenyls on Lipid Synthesis. *Epidemiology.* 22 (1). S. 298-S. 299.
  17. *Indiaminov S.I.* Morphological features of the human brain in different variants of fatal blood loss on the background of alcohol intoxication //Herald of Russian State Medical University. Moscow, 2011. № 5. С. 63-66.
  18. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate //European science review, 2017. № 1-2.
  19. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science, 2014. T. 76. № 3-4.С. 255.
  20. *Minaev S.V. et al.* Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver //World journal of surgery, 2017. T. 41. № 12. С. 3218-3223.
  21. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs, 2013. T. 36. № 8.
  22. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children //Klinicheskaiia khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
  23. *Sayit I.* Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication //European science review, 2016. № 7-8.
  24. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children //Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. T. 9. № 1. С. 53-57.
  25. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту //Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
  26. *Soliman A. et al.* Serological evidence of rickettsial infection among acute febrile illness patients in Uzbekistan //American journal of tropical medicine and hygiene. 8000 Westpark dr, ste 130, Mclean, va 22101 usa: amer soc trop med & hygiene, 2005. T. 73. № 6. С. 79-80.
-

# СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Гайбиев А.А.<sup>1</sup>, Джурабекова А.Т.<sup>2</sup>, Утаганова Г.Х.<sup>3</sup>, Ниёзов Ш.Т.<sup>4</sup>,  
Игамова С.С.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Гайбиев Акмал Ахмаджонович – PhD, ассистент;

<sup>2</sup>Джурабекова Азиза Тахировна - заведующий кафедрой;

<sup>3</sup>Утаганова Гулжахон Холмуминовна – кандидат медицинских наук, ассистент;

<sup>4</sup>Ниёзов Шухрат Тоштемурович – кандидат медицинских наук, ассистент;

<sup>5</sup>Игамова Саодат Суръатовна – ассистент,

кафедра неврологии и нейрохирургии,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** в работе было обследовано 35 детей с острым полирадикулоневритом. В ходе молекулярно-генетического исследования обнаружены антиганглиозидные антитела в сыворотке крови, которые являются критерием дифференциальной диагностики острых полирадикулоневритов. На фоне традиционного лечения, учитывая данные иммунологических исследований, в комплекс лечения был включен препарат циклофосфан. Положительная клинико-неврологическая динамика подтвердила правоту данного метода лечения.

**Ключевые слова:** иммунная система, полиневропатия, антиганглиозидные антитела, циклофосфан.

**Актуальность.** В большинстве случаев при полиневропатиях (ПНП) в патологический процесс вовлекаются нервные волокна всех размеров, но в отдельных случаях поражение ограничивается преимущественно либо большими, либо малыми волокнами. При ПНП, поражается главным образом малые нервные волокна, которые проявляется такими симптомами, как снижение чувствительности к уколам иглой, температурная чувствительность при наличии дизестезии в виде болезненного жжения, расстройства вегетативной нервной системы. Относительно хорошо сохранены при этом моторная сила, равновесие и сухожильные рефлексы. Основными показаниями к выявлению антиганглиозидных антител являются синдром Гийена-Барре, включая синдром Миллера-Фишера, мультифокальная моторная невропатия, сенсорная невропатия. По данным литературы, антитела к моносиалоганглиозиду GM1 IgM ассоциированы с мультифокальной двигательной невропатией с частотой встречаемости 80–90% [1, 2, 3]. Кроме того, повышенный титр антител к моносиалоганглиозиду GM1 обнаруживается у пациентов с синдромом Гийена-Барре в 82–95% случаев. Титр коррелирует с активностью заболевания. В острой фазе титр увеличивается до максимальных значений и уменьшается в течение болезни [4, 7, 9,10]. Антитела к дисиалоганглиозиду GD1b IgG описаны в редких случаях у пациентов с сенсорной невропатией [5, 6, 8, 11,12]. Однако, этот процесс изучен не полностью. В патогенезе воспалительных процессов имеет место аллергический и аутоиммунный компонент. В каждом индивидуальном организме имеются естественные аутоантитела клеточным антигенам. Естественные аутоантитела формирует молекулярный состав человеческого организма. У больных с невропатиями обнаруживается антитела к различным ганглиозидам. При протекающих аутоиммунных реакциях миелинная оболочка и ганглиозиды периферических нервов являются мишенью антигенов.

**Цель исследования:** изучить иммунологические механизмы, диагностические критерии лечение полиневропатии у детей.

**Материалы и методы.** Было обследованы 2 группы детей. Первую группу составили 20 пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы.

15 пациентов распределены в контрольную группу. У всех пациентов было произведено определение антинейрональных антиганглиозидных антител с помощью набора «Ganglioside-Profile 2 Euroline Ig MandIg G». Этот набор предназначен для определения антител класса IgM и IgG к ганглиозидам в сыворотке или плазме крови человека методом иммуноблоттинга. Принцип метода заключается в том, что тест «Ganglioside-Profile 2 Euroline IgMandIgG» предназначен для качественного определения invitro антител классов IgM и IgG к семи ганглиозидам: GM1, GD1b, HLAв сыворотке и плазме крови человека. Набор содержит стрипы, используемые для блоттинга, которые покрыты параллельными полосами высоко очищенных антигенов. На первой стадии реакции стрипы инкубируют с образцом разведенной сыворотки или плазмы пациента. В случае, если образец положительный, специфические антитела классов IgM и IgG будут связываться с соответствующими антигенными полосами. Для обнаружения связанных антител проводится вторая инкубация с использованием ферментного конъюгата (антитела к IgG человека, меченные щелочной фосфатазой), который способен вызывать развитие цветной реакции. Во время лечения также, пациентов с ПРН разделили на 2 группы. У 10 пациентов первой группы проводились традиционные методы лечения. У пациентов второй группы, в количестве 18, вместе с традиционными методами лечения применяли препарат циклофосфан. Циклофосфан применяли из расчета 10 мг/кг веса на 0,9%-ном растворе NaCl однократно внутривенно. Оценка неврологического статуса была проведена до лечения, после лечения и через 3 месяца в катамнезе. Препарат циклофосфан является противоопухолевым средством и по химической структуре близок к аналогам иприта, производит алкилирующее действие.

Находится в неактивной транспортной форме, расщепляется при помощи фосфатаз, атакует нуклеофильные центры белковых молекул, нарушает синтез РНК и ДНК, блокирует митотическое деление. На следующем этапе нашего исследования мы наблюдали, оценивали и анализировали общее объективное состояние больных, сенсорные нарушения, интенсивность болей, парезы, параличи, чувствительные нарушения, рефлекторную сферу до и после лечения по шкалам NIS и NDS.

Все пациенты были обследованы на момент поступления в стационар, далее через 12–15 дней от начала лечения и в катамнезе (30%).

Все пациенты в зависимости от проведенного лечения были разделены на 2 группы: 1-я группа получала основную терапию совместно с препаратом циклофосфан, 2-я группа – только базисную терапию.

Базисная терапия, предложенная профессором Б.Г.Гафуровым, была использована по предложенному стандарту лечения Министерства здравоохранения, т.е. состояла из плазмафереза, иммуноглобулинов, глюкокортикостероидов, диуретиков, витаминов группы «В», биостимуляторов, антибиотиков, вирусотерапии, антихолинэстеразных препаратов, нуклеоидов, сосудорасширяющих и других групп препаратов.

**Результаты исследования показали, что в группе пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы (ПНС) нами выявлена более высокая частота антинейрональных антиганглиозидных антител GM1 IgM, GD1b IgG и HLAIgG – 85,7%, 84,3% и 67,1% соответственно (таблица 1, 2). Также обнаружено, что хотя бы один тип антител присутствует у 94,3% пациентов I группы, 15,0% пациентов II группы (табл. 1).**

*Таблица 1. Частота выявления антинейрональных антиганглиозидных антител у обследованных больных в двух группах*

<b>Группы обследованных</b>	<b>GM1</b>	<b>GD1b</b>	<b>HLA</b>
Больные с острыми заболеваниями ПНС (I группа, n=20)	20	20	12
Контрольная группа (II группа, n=15)	0	0	2

Показатели частоты выявления антинейрональных антиганглиозидных антител GM1 IgM, GD1b IgG, HLA IgG или хотя бы одного типа антител в первой группе достоверно отличались как от показателей второй групп (табл. 2). Повышенная частота выявления антинейрональных антиганглиозидных антител GM1 IgM, GD1b IgG, HLA или хотя бы одного типа антител в группе пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы доказывает высокую диагностическую значимость качественного определения *in vitro* антител классов IgM и IgG к семи ганглиозидам: GM1, GD1b, HLA в сыворотке и плазме крови пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы что подтверждает, антитела к моносиалоганглиозиду GM1.IgM ассоциированы с мультифокальной двигательной невропатией с частотой встречаемости 80–90%. Кроме того, повышенный титр антител к моносиалоганглиозиду GM1, IgM обнаруживается у пациентов с синдромом Гийена-Барре в 82–95% случаев.

Таблица 2. Частота выявления (в %) наиболее часто встречающихся антинейрональных антиганглиозидных антител у обследованных больных

Группы обследованных	GM1 IgM	GD1b IgG	HLA	Хотя бы один тип антител
I группа (n=20)	85,7	84,3	67,1	94,3
II группа (n=15)	3,0	5,0	6,5	15,0

Таблица 3. Достоверность различий выявления наиболее часто встречающихся антинейрональных антиганглиозидных антител между двумя группами обследованных больных

Тип антител		I группа (n=20)	II группа (n=15)
GM1 IgM	I группа	P=0,048	P=0,09
	II группа		P=0,48
GD1b IgG	I группа	P=0,036	P=0,004
	II группа		P=0,35
HLA	I группа	P=0,057	P=0,007
	II группа		P=0,28
Хотя бы один тип антител	I группа	P=0,088	P=0,01
	II группа		P=0,18

Как видно из таблицы 3, по нашим данным частота встречаемости этого же антитела у пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы 85,7%. Антитела к дисганглиозиду GD1b IgG описаны у пациентов с сенсорной невропатией. В группе пациентов с острыми заболеваниями периферической нервной системы частота встречаемости этого антитела 84,3% имеет достоверные различия с частотой встречаемости антител к дисганглиозиду GD1b IgG 5,0% во II группе (P=0,036) антител при синдроме Гийена-Барре. Исходя из указанных выше показателей, у больных с положительным HLA антигеном общее состояние больных и динамика лечения протекали гораздо тяжелее, а у 3 больных были рецидивы заболевания. Титры аутоантител к ганглиозидам GM<sub>1</sub> и GD<sub>1b</sub> были значительно повышены у пациентов до проведенного лечения. После полученной базовой терапии с включением препарата циклофосфана отмечалось значительное снижение титра указанных антител. Количество аутоантител к GM<sub>1</sub> до лечения составляло 1835 ± 240 BUT, к GD<sub>1b</sub> 1010 ± 190 BUT. После проведенной терапии титр GM<sub>1</sub> составил 1080 ± 225 BUT, а титр GD<sub>1b</sub> 530 ± 140 BUT. У пациентов I-й группы показатели титра аутоантител к ганглиозидам GM<sub>1</sub> и GD<sub>1b</sub> в указанные сроки терапии приблизились к норме.

На фоне внутривенного введения циклофосфана показатели ЭНМГ на 10–12-й день терапии приблизились к норме. Показатели двигательной сферы по шкале NDS у

больных, обследованных на HLA антиген. При интерпретации полученных результатов по шкале NDS силу и ограничение функций в отдельных мышечных группах анализировали по сумме патологических HLA антигенов. Как показывают результаты, мышечная сила и двигательная деятельность у больных с положительным HLA антигеном составила  $41,18 \pm 1,22$ ; у больных с отрицательным HLA антигеном показатель был  $36,15 \pm 1,22$ . После проведенного лечения данный показатель составил  $8,24 \pm 0,46$  у больных с положительным HLA антигеном; а у больных с отрицательным HLA антигеном был на уровне  $6,86 \pm 0,82$  балла.

Показатели HLA двигательной сферы также были интерпретированы по шкале NIS. По результатам шкалы NIS у больных с положительным HLA антигеном показатель снизился от  $56,6 \pm 1,18$  до  $12,8 \pm 1,14$  балла, у больных с отрицательным HLA соответственно от  $50,8 \pm 1,12$  до  $10,6 \pm 1,16$  балла. Общее состояние больных было тяжелое у больных с положительным HLA антигеном. Общий показатель суммы баллов. Показатели рефлекторной системы по шкале NDS с положительным результатом HLA  $17,48 \pm 0,46$  балла, а у больных с отрицательным результатом  $14,74 \pm 0,64$  балла, после лечения полученные результаты были следующие: у больных с положительным HLA  $4,5 \pm 0,44$  балла, а у больных с отрицательным HLA антигенов  $3,26 \pm 0,35$  балла. Состояние больных. Показатели рефлекторной системы по шкале NIS отличалось у больных с положительным и отрицательным HLA антигеном. У пациентов с положительным HLA антигеном показатель был в диапазоне  $9,86 \pm 0,18 - 2,17 \pm 0,28$  балла, у больных с отрицательным HLA соответственно  $8,44 \pm 0,22 - 5,38 \pm 0,28$  балла. Чувствительные нарушения по шкале NDS до лечения у больных с положительным HLA составили  $13,54 \pm 0,48$  балла, а у пациентов с отрицательным HLA были на уровне  $12,32 \pm 0,44$  балла, после лечения указанные показатели составили соответственно  $1,72 \pm 0,228$  и  $1,21 \pm 0,284$  балла. Применение препарата циклофосфана у больных основной группы в три раза улучшили чувствительные нарушения в динамике.

Наблюдение в динамике чувствительных нарушений по шкале NIS показало, что процесс у больных с положительным HLA антигеном протекал гораздо тяжелее по сравнению с пациентами с отрицательным HLA антигеном. Дифференцированное лечение больных с ПРН показало, что общий балл по шкале NDS у больных с положительным HLA изменился с  $69,27 \pm 2,22$  до  $14,72 \pm 2,86$ , что указывает на положительную динамику. У больных с отрицательным HLA этот показатель был равен  $65,22 \pm 2,14$  балла, а после проведенного лечения  $12,16 \pm 1,44$  балла.

**Выводы.** Таким образом, нами выявлена повышенная встречаемость антител GM1 IgM, GD1b IgG и HLA у пациентов с полиневропатии, что может служить новым диагностическим критерием данного аутоиммунного заболевания, что доказывает его генетическую предрасположенность. Это говорит о том, что на первой стадии заболевания, вследствие лимфоцитарной инфильтрации происходит демиелинизация нервных волокон. Улучшение передачи нервного импульса в периферической нервной системе и снижение титра аутоантител после применения циклофосфана указывает на эффективность данного препарата в остановке аутоиммунного процесса.

### *Список литературы*

1. Давронов Л.О., Ниёзов Ш.Т., Джурабекова А.Т. Лечение энцефаломиелита и миелита у детей озонотерапией // Ответственный редактор: Сукиасян А.А., К.Э. Н., Ст. преп., 2015. С. 190.
2. Игамова С.С., Вязикова Н.Ф., Хамедова Ф.С. Электроэнцефалографические особенности эпилепсии в детском возрасте // Инновационная наука, 2015. № 6-2.

3. *Игамова С.С., Джурабекова А.Т., Хамедова Ф.С.* Комплексный подход к противосудорожной терапии при симптоматической эпилепсии и головная боль у больных с новообразованиями головного мозга // *Российский журнал боли*, 2015. С. 100.
  4. *Ниёзов Ш.Т., Джурабекова А.Т., Мавлянова З.Ф.* Эффективность озонотерапии в комплексном лечении миелитов у детей // *Врач-Аспирант*, 2011. Т. 45. № 2.3. С. 516-521.
  5. *Шомуродова Д.С.* Оптимизация диагностики и прогнозирования неврологических осложнений гестозов (обзор литературы) // *Вопросы науки и образования*, 2018. № 26 (38).
  6. *Эшимова Ш.К., Хакимова С.З., Джурабекова А.Т.* Оценка эффективности антитреморных препаратов у больных эссенциальным тремором // *Инновационная Наука*, 2016. № 1-3 (13).
  7. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино», 2001.
  8. *Aminov Z., Haase R. & Carpenter D.*, 2011. The Effects of Polychlorinated Biphenyls on Lipid Synthesis. *Epidemiology*. 22 (1), S. 298-S. 299.
  9. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // *European science review*, 2017. № 1-2.
  10. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // *The International Journal of Artificial Organs.* 2013. Т. 36. № 8.
  11. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // *Klinicheskaiia khirurgiia*, 1981. № 6. С. 78.
  12. *Gaybiyev A. et al.* Modern methods of diagnostics of polyneuropathy // *European Science Review*, 2018. № 9-10-2. С. 45-47.
-

# ENDOTHELIAL DYSFUNCTION FACTOR AS AN INDICATOR OF CLINICAL AND NEUROLOGICAL DISORDERS IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA

Shomurodova D.S.<sup>1</sup>, Igamova S.S.<sup>2</sup>, Djurabekova A.T.<sup>3</sup>, Shmirina K.V.<sup>4</sup>, Vyazikova N.F.<sup>5</sup>, Mamurova M.H.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Shomurodova Dilnoza Salimovna – PhD, Assistant;

<sup>2</sup>Igamova Saodat Suratovna – Assistant;

<sup>3</sup>Djurabekova Aziza Tahirovna – Professor;

<sup>4</sup>Shmirina Ksenia Vladimirovna - PhD, Assistant;

<sup>5</sup>Vyazikova Natalia Fedorovna - PhD, Assistant;

<sup>6</sup>Mamurova Mavluda Hamzayevna – PhD, Assistant,

DEPARTMENT OF NEUROLOGY AND NEUROSURGERY,

SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,

SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

**Abstract:** we examined 70 pregnant women who were hospitalized in the maternity ward 1-Clinic SamSMI, as well as in the regional perinatal center in the period from 2008 to 2019. The criteria for the inclusion of patients in the study were: in the main group - pregnant women with preeclampsia and in the comparison group - pregnant women with a physiological course of pregnancy in the late period. There is a strong correlation between the manifestations of clinical and neurological changes, as well as laboratory and biochemical parameters (FW, ADMA) and the data of functional diagnostic methods (EEG, Ultrasound investigation of BCV). In turn, these findings help us to identify the risk group in pregnant women with mild preeclampsia for a possible transition to severe preeclampsia, as well as selection of pregnant women among this cohort for possible development of cerebrovascular pathology during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. Which makes it possible to select the correct management of pregnancy and childbirth, and thus the treatment, as well as the prevention of cerebrovascular disease in the future.

**Keywords:** preeclampsia, pregnant women, endothelial dysfunction, von Willebrand factor.

Preeclampsia is one of the most severe complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period, making up one of the leading causes of maternal and perinatal morbidity and mortality [1]. In Europe, the frequency of this complication is 2–5%, in developing countries, 12–15% [2, 3, 6, 7, 9, 11, 14].

The pathogenesis of PE has not been fully studied, and the diagnosis and prediction of PE has so far been a difficult task. Today it is considered that hypertensive disorders during pregnancy (including PE) is a complex endothelial dysfunction (endotheliosis), in which there is a violation of growth, differentiation and functioning of the vessels of the placenta, associated with inadequate production of vascular endothelial growth factor, and also violation of the coagulating potential of the blood with the development of the chronic variant of DIC - syndrome [1, 4, 5, 8, 10, 12, 13].

Insufficient understanding of the pathogenesis of preeclampsia significantly limits the development of reliable prognostic examination methods and effective preventive measures. Due to the close connection with the pathophysiology of preeclampsia, dysfunction of the vascular endothelium causes an increased interest of researchers. One of the most studied methods for assessing endothelial function is the determination of specific biochemical markers in the blood, the concentration of which increases with the pathology of pregnancy.

**Purpose of the study.** To study the clinical neurological and diagnostic parallels in pregnant women with preeclampsia.

**Material and methods of research.** We examined 70 pregnant women, hospitalized in maternity ward 1-Clinic SamSMI, as well as in the regional perinatal center in the period from 2008 to 2019. Criteria for inclusion of patients in the study were: the core group -

pregnant women with preeclampsia and control group - pregnant women with physiological pregnancy at later date.

The main group consisted of 40 pregnant women with a verified diagnosis of preeclampsia in pregnant women aged 17 to 44 years, in gestation from 20 to 42 weeks, which in turn were divided into two subgroups. Of these, 20 women with mild preeclampsia, 20 women with severe preeclampsia.

The comparison group consisted of 30 pregnant women with a physiological course of pregnancy, also from 17 to 44 years, in the period of pregnancy from 36 to 41 weeks. All women underwent a complete clinical and neurological examination, paraclinical examination, including examination of the fundus of the eye, laboratory tests (blood test, urine test, biochemical blood test, prothrombin time, prothrombin index, determination of blood clotting time), as well as from the methods of functional diagnostics of Echo-EG. Methods of functional diagnostics, EEG, Ultrasound investigation of BCV. All women were identified markers of endothelial dysfunction, for example, Willebrand Factor - as an indicator of hemostasis and asymmetric dimethyl arginine (ADMA), as an indicator of the degree of hypoxia.

**The results and discussion.** Clinical neurological characteristics, laboratory data, and methods of functional diagnostics, including EEG, Ultrasound investigation of BCV, were studied in order to diagnose the severity of preeclampsia, in a correlation aspect. All pregnant women were divided into groups, by age. Of these, pregnant women under the age of 20 years made up 20 women (28.6%), from 21 to 30 years old - 35 women n (50%), from 31 to 40 years old - 13 (18.6%), and over 40 years - 2 (2.6%). If we group pregnant women by the number of comorbidities, it becomes clear that monopathology was observed in 20, which was 28.6%. Two concomitant pathologies were observed in 7 (10%) pregnant women, three pathologies - in 10 (14.3%), four pathologies - in 8 (11.4%), five pathologies - in 5 (7.1%) and also was not about concomitant pathology - in 20 (28.6%) women.

The surveyed pregnant women from the main group presented various complaints, both general and neurological. The most frequent complaints were headaches, which were noted in 30 (75%) pregnant women, edemas, various localization, occurred in 20 (50%). Complaints for increasing of A/P were 18 (45%) women, dizziness in 15 (37.5%), general weakness in 19 (47.5%), nausea and vomiting in 9 (22.5%), pain in the stomach in 16 (40%), irritability in 13 (32.5%), cramping pain and lower abdomen in 8 (20%), the appearance of "flies" before the eyes, noise in the ears, and also congestion in the ear in 7 (17.5%). 5 (12.5%) pregnant women had complaints of double vision in the eyes and eyeshadow, 5 (12.5%) women had numbness in their hands, 7 (17.5%) had poor sleep, 3 (7, 5%) there were complaints from the side of the chest rganov, also in 4 (10%) pains in the extremities, in 3 (7.5%) there were bouts of convulsions, according to relatives. Pain in the surgical scar was observed in 2 (5%) pregnant women, lack of labor in 2 (5%), tremor in the hands in 2 (5%), tearfulness in 2 (5%), unpleasant sensations in the heart area. 1 (2.5%), lack of air in 1 (2.5%). Among pregnant women, 9 (22.5%) did not make any complaints.

When examining the neurological status in pregnant women from the main group, the following parameters were assessed: cerebral symptoms, CN, motor system, reflex system, coordinating system, sensitive area, vegetative system, and also the higher nervous system. Of the cerebral symptoms, in 2 (5%) pregnant women, cranial pain was observed in the visceral region during percussion, in 1 (2.5%) slight stiffness of the occipital muscles was observed. In the neurological status of the patients, various disorders in the cranial nerve system were noted: decreased vision in 2 (5%) women, restriction of movement of the eyeballs, mostly in the right abduction in 4 (10%), horizontal nystagmus in 29 (72.5%), disturbance of accommodation in 7 (17.5%), disturbance of convergence in 8 (20%), anisokoria in 2 (5%), diplopia in 7 (17.5%), reduction in the reaction of pupils to light in 3 (7.5%) pregnant. In 2 (5%) there was pain in the exit point of the trigeminal nerve and palpation, dizziness in 13 (32.5%), tinnitus in 7 (17, 5%). There was smoothed naso-labial

folds for 18 (45%), the deviation of the tongue in 21 (52.5%) of pregnant women. In the motor area: clear paresis, paralysis was not observed in 37 (92.5%) women, hemisyndrome in 3 (7.5%) pregnant women. Changes in the reflex sphere were of the following nature: reflexes of average vitality were observed in 18 (45%), lively reflexes in 16 (40%), increased in 6 (15%). From pathological reflexes, Babinsky pathological reflex was observed in 8 (20%). Research analysis of coordinating system shows that in 15 (37.5%) women staggering occurred in Romberg position, with performance coordinating tests with intension, 11 (27.5%) was noted in position Romberg, observing coordinating tests.

When examining the sensitive area of the patient noted hypesthesia in 3 (7.5). Studying the autonomic nervous system, we can conclude that in these patients dermographism red, diffuse was noted in the majority, accounting for 28 (70%), white, diffuse dermographism in 12 (30%). Distal hyperhydrosis was observed in 15 (37.5%), emotional lability in 12 (30%) pregnant women.

From the methods of functional diagnostics, we used EEG to assess the state of the functional activity of the cerebral cortex. This pregnant women, divided into groups EEG was carried out etc. A comparative analysis of these parameters between the physiological pregnancy and pre-eclampsia (inclusive preeclampsia mild to severe) for a comparative assessment of the functional activity of the cerebral cortex. Based on the EEG values of the above groups in a comparative aspect, it can be concluded that during physiological pregnancy, the normal variant is mainly observed, without pathological deviations, and in the background there is a decrease in the functional activity of the cerebral cortex, and in the last place there is a sharp background rhythm, in small quantities. And in the group of mild pregnant women with preeclampsia, in general, approximately half of these pregnant women experienced a decrease and sharpness of the background rhythm, then paroxysmal activity, and also a quarter of patients had a decrease in the threshold of convulsive readiness of the cerebral cortex. It should be noted that in case of severe pre-eclampsia, the above-mentioned changes were observed, as well as in the case of a slight degree, in addition to which the deformation of the background rhythm and epileptic activity in the form of sharp-spike and sharp-slow waves also joined (fig. 1.).

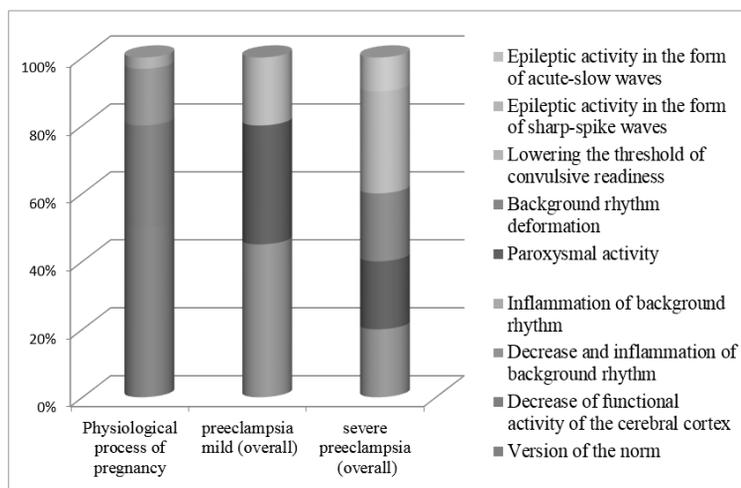


Fig. 1. EEG indicators in a comparative aspect in the physiological course of pregnancy and in preeclampsia of pregnant women

Consequently, which in turn allows us to assume that, the more pronounced the degree of pre-eclampsia, the more varied the EEG changes, and also the convulsive and epileptic activity increases. The next stage of the study was the study of indicators of Ultrasound

investigation of BCV in pregnant women with a physiological course, as well as with mild and severe preeclampsia, in a comparative aspect (table. 1.).

*Table 1. Indicators of the ultrasound diagnosis of brachio-cephalic vessels in a comparative aspect in the groups studied at admission*

	<b>Physiological pregnancy</b>	<b>Mild pre-eclampsia</b>	<b>Severe pre-eclampsia</b>	<b>Normal performance</b>
Diameter of blood vessels				
POSA	7.5	7.45	5.55	5-8 mm
LOSA	6.6	6.8	5.1	5-8 mm
PPA	2.2	1.75	1.55	2-3 mm
LPA	2.3	1.9	1.55	2-3 mm
Blood flow velocity				
POSA				
Vps	56	68	77.5	50-80 cm/s
Wed	25	26	38	25-30 cm/s
RI	0.9	0.95	1.35	0.8-1.0 cm/s
PI	1.1	1.45	1.85	1.0-1.5 cm/s
LOSA				
Vps	54	65.5	76.5	50-80 cm/s
Wed	29	29.5	33.5	25-30 cm/s
RI	0.9	0.9	1.3	0.8-1.0 cm/s
PI	one	1.35	1.7	1.0-1.5 cm/s
PPA				
Vps	39	56	59	30-50 cm/s
Wed	sixteen	26	28	15-25 cm/s
RI	0.8	1.3	1.8	0.8-1.0 cm/s
PI	1.1	1.75	2.05	1.0-1.5 cm/s
LPA				
Vps	37	52.5	53.5	30-50 cm/s
Wed	18	24	27.5	15-25 cm/s
RI	0.9	1.4	2.1	0.8-1.0 cm/s
PI	1.3	1.75	2.3	1.0-1.5 cm/s

There is an increase in the velocity indices of the vascular blood flow, as the degree of preeclampsia progresses. A narrowing of the lumen (diameter) of the vessel, as the degree of preeclampsia progresses, is also noted. In addition, a marked increase in speed indicators mainly in the vertebral arteries. Also marked increase in indicators: RI, PI.

These pregnant women, subdivided into groups, studied endothelial dysfunction indicators, examining the state of von Willebrand blood (WF) and Asymmetric dimethylarginine (ADMA). This study was conducted for a comparative analysis of these indicators between physiological pregnancy, as well as preeclampsia (including mild and severe preeclampsia).

The factor Willebrand factor (WF) in pregnant women from the main group, in a subgroup of women with preeclampsia Mild grade was normal in 4 (40%) women, and there was an increase in performance in 6 (60%) pregnant women. On average, the rate indicator was equal to 109.5. And the raised indicator was on average equal - 172.2. And in the subgroup with severe preeclampsia, the rate was normal in 3 (30%) women, and there was an increase in rates in 7 (70%) pregnant women. On average, the rate indicator was equal to - 120.3. And the raised indicator was on average equal - 196.3.

Asymmetric dimethylarginine (ADMA) in pregnant women of the main group, in the subgroup with mild preeclampsia, was normal in 5 (50%) women, and in 5 (50%) patients there was an increase in this indicator. The norm indicator was on average equal to 113.4. And the raised indicator was on average equal - 185.2. And in the subgroup with severe preeclampsia, it was normal in 2 (20%) women, and in 8 (80%) patients there was an increase in this indicator. The average rate was on average - 115. And the raised indicator was on average equal - 211.8. According to the results of our own research, we can conclude that pregnant women with preeclampsia have neurological symptoms, which increases with the progression and severity of preeclampsia. Accordingly, the complaints of patients with the nervous system also increase depending on the degree of preeclampsia.

If we talk about electroencephalography indices, it can be concluded that during pregnancy with mild and severe preeclampsia, pathological changes in the cerebral cortex are observed, prone to convulsive and epileptiform activity, by the interest of deep structures, depending on the degree of preeclampsia, that is the more pronounced the degree of preeclampsia, the more severe the changes in the EEG indices are characteristic, which is not observed during the physiological course of pregnancy. Based on the data shown above, by the ultrasound diagnosis of brachio-cephalic vessels, it can be concluded that in this category of patients, the total CIM does not change, the vascular geometry is not changed, there is no deformation of the BCV, extravasal pressure, and also no plaques are noted. There is an increase in the velocity indices of the vascular blood flow, as the degree of preeclampsia progresses. A narrowing of the lumen (diameter) of the vessel, as the degree of preeclampsia progresses, is also noted. In addition, a marked increase in speed indicators mainly in the vertebral arteries. Also marked increase in indicators: RI, PI. Analyzing the results of laboratory data, it can be concluded that during physiological pregnancy the level of endothelial dysfunction factors like von Willebrand Factor (FW) and Asymmetric Dimethylarginine (ADMA) do not increase, which in turn indicates normal functioning of the vascular endothelium. And with preeclampsia, depending on the severity, these indicators also increase accordingly, which indicates the damage to the vascular endothelium in this pathology of pregnancy.

It is equally important to emphasize that there is a strong correlation between the manifestations of clinical and neurological changes, as well as a laboratory of ornio-biochemical parameters (FW, ADMA) and the data of functional diagnostic methods (EEG, Ultrasound investigation of BCV). In turn, these findings help us to identify the risk group in pregnant women with mild preeclampsia for a possible transition to severe preeclampsia, as well as selection of pregnant women among this cohort for possible development of cerebrovascular pathology during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. What makes it possible to select the correct management of pregnancy and childbirth, and thus the treatment, as well as the prevention of cerebrovascular disease in the future.

### References

1. *Aliiev M.A., Mamadaliev A.M., Mamadalieva S.A.* The effectiveness of endolumbal insufflation of ozone and pyracetam in the treatment of posttraumatic cerebral arachnoiditis // *Международный научно-исследовательский журнал*, 2015. № 10 (41) Part 4. C. 45-51.
2. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia / *The International Journal of Artificial Organs.*, 2013. T. 36. № 8.
3. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // *Klinicheskaia khirurgiia*, 1981. № 6. C. 78.
4. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // *The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia*. Springer, Dordrecht, 2008. C. 249-252.

5. *Abdullayeva N.N., Vyazikova N.F., Shmyrina K.V.* Osobennosti epilepsii u lits, perenesshikh ostroye narusheniye mozgovogo krovoobrashcheniya // Dobrokhotov readings. S. 31.
6. *Beknazarov N., Shmyrina K.V., Dzhurabekova A.T.* Kachestvo zhizni zhenshchin pri diskogennoy bolezni poyasnichnokreststovogo otdela pozvonochnika // Innovatsionnaya nauka, 2015. № 6-2.
7. *Dzhurabekova A.T., Zhurayeva I.A., Isanova Sh.T.* Epilepsiya u detey na fone yododefitsita // Otvetstvennyy redaktor: Sukiasyan A.A., k. E. N., st. Prep., 2015. S. 197.
8. *Zakirova N.I.* Materinskaya smertnost' v regione s vysokoy rozhdayemost'yu // Akusherstvo i ginekologiya, 1998. № 2. S. 21-24. *Igamova S.S., Vyazikova N. F., Khamedova F. S.* Elektroentsefalograficheskiye osobennosti epilepsii v detskom vozraste // Innovatsionnaya nauka, 2015. № 6-2.
9. *Igamova S.S., Dzhurabekova A.T., Khamedova F.S.* Kompleksnyy podkhod k protivosudorozhnoy terapii pri simptomaticheskoy epilepsii i golovnaya bol' u bol'nykh s novoobrazovaniyami golovnoy mozga // Rossiyskiy zhurnal boli, 2015. S. 100.
10. *Mavlyanova Z.F.* Refleksoterapiya i aromaterapiya v lechenii bol'nykh distsirkulyatornoy entsefalopatiyey // Sovremennaya farmatsiya: problemy i perspektivy razvitiya, 2015. S. 428-431.
11. *Mavlyanova Z.F., Kulmirzayeva Kh.I.* Kliniko-neyrovizualizatsionnaya kartina ishemicheskogo insulta v ostrom periode // Vestnik kazakhskogo natsional'nogo meditsinskogo universiteta, 2015. № 2.
12. *Olloberdiyev K.H., Dzhurabekova A.T., Shmyrina K.V.* Patomorfologiya intrakranial'nykh arteriy pri sakharnom diabete u bol'nykh, umershikh ot ostrykh narusheniy mozgovogo krovoobrashcheniya // Vestnik khakasskogo gosudarstvennogo universiteta im. N. F. Katanova, 2015. № 12. S. 78-80.
13. *Salokhiddinova Sh.Sh., Yusupova N.N., Dzhurabekova A.T.* Sovremennyy podkhod k diagnostike kognitivnykh narusheniy u bol'nykh s distsirkulyatornoy entsefalopatiyey // innovatsionnaya nauka, 2015. № 6-2.
14. *Shmyrina K.V. i dr.* Rol' srednego meditsinskogo personala v reabilitatsii patsiyentov s posledstviyami perenesennogo ostrogo narusheniya mozgovogo krovoobrashcheniya // zdorov'ye, demografiya, ekologiya finno-ugorskikh narodov, 2017. № 4. S. 21-24.
15. *Shmyrina K.V.* Kachestvo zhizni bol'nykh s khronicheskimi vertebrogennymi bolyami v spine i voprosy ratsionalizatsii lechebnoy taktiki: dis. – avtoref. Dis. Na soiskaniye uch. Stepeni kand. Med. Nauk.: spets. 14.00. 013 «nevrologiya»/K. V. Shmyrina, 2011.
16. *Shomurodova D.S.* Prognoz poslerodovykh oslozhneniy pozdnykh gestofov u zhenshchin metodom eeg kartirovaniya // vrach-aspirant, 2011. T. 44. №.1.1. S. 128-133.
17. *Shomurodova D.S., Dzhurabekova A.T., Yusupova N.N.* Intensivnost' golovnoy boli u beremennykh s preeklampsiyey // Rossiyskiy zhurnal boli, 2015. S. 113.

# ОПТИМАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ

Муртазаев З.И.<sup>1</sup>, Рустамов М.И.<sup>2</sup>, Шербеков У.А.<sup>3</sup>, Хужабаев С.Т.<sup>4</sup>,  
Байсариев Ш.У.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Муртазаев Зафар Ибрафулович – доцент;

<sup>2</sup>Рустамов Муродулла Исомиддинович – ассистент;

<sup>3</sup>Шербеков Улугбек Ахрарович - заведующий кафедрой;

<sup>4</sup>Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич – ассистент;

<sup>5</sup>Байсариев Шовкат Усманович – ассистент,

кафедра общей хирургии,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** приводим анализ результатов хирургического лечения 132 больных эхинококкозом легких (86 больных с неосложненным и 46 – с осложненным эхинококкозом легких). Из них 118 (90,28%) произведены мининвазивные оперативные вмешательства. При не осложненном эхинококкозе легких, только у 14 (87,5%) пациентов из 16 намеченных оказалось возможным провести эхинококкэктомия чисто торакоскопически через троакарные проколы. В 61 случаях выполнена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия с применением минидоступа. При двусторонней локализации кист у 7 (63,64%) больных произведены поэтапные операции, а в 3 (36,36%) случаях – одномоментная эхинококкэктомия. В основном у 84 (97,67%) произведены органосохраняющие операции с ликвидацией остаточной полости в легком шовной пластикой в различных модификациях. У 2 (1,52%) больных при краевом расположении и пневмоциррозом произведена краевая резекция легкого с эхинококковой кистой.

**Ключевые слова:** эхинококкоз легких, видеоторакоскопическая эхинококкэктомия.

В настоящее время эхинококкоз печени и легких является одним из частых заболеваний человека и продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой во многих странах мира, особенно в эпидемиологически неблагополучных регионах. Республики Центральной Азии – один из регионов, где частота заболеваемости достигает высоких цифр, примерно 9 человек на 100000 населения. В последние годы осложненное течение эхинококкоза по данным различных авторов составляет от 25 до 45%. Одним из важных проблем является высокая заболеваемость лиц молодого возраста. Летальность при эхинококкозе достигает 2,5-7% [1,2,4,6,10,13,16,18].

Единственным радикальным методом лечения эхинококкоза является хирургический и внедрение эндохирургической технологии устранило один из наиболее существенных недостатков традиционной полостной хирургии - несоответствие между травматичным доступом и минимальным вмешательством на самом органе. Широкое развитие оперативной эндоскопии, малая травматичность и низкая частота осложнений, экономическая эффективность и снижение сроков реабилитации больных позволяет пересмотреть принципы лечения больных с эхинококкозом всех локализаций. В литературе появились сообщения по торакоскопической эхинококкэктомии из легких и лапароскопической эхинококкэктомии из печени, селезенки [5,7,8,9,11,12,14,15,17,19].

**Цель исследования:** улучшить результаты хирургического лечения больных эхинококкозом легких.

**Материал и методы исследования.** Приводим анализ результатов хирургического лечения 132 больных эхинококкозом легких (86 больных с неосложненным и 46 - с осложненным эхинококкозом легких). Из них 118 (90,28%) произведены мининвазивные оперативные вмешательства. Возраст больных

варьировал от 5 до 83 лет. Мужчин - 57 (43,18%), женщин - 75 (56,82%). Не осложненным эхинококкозом оперировано 86 больных. В зависимости от объема и размеров эхинококковой кисты были малые - до 5 см - у 15 (17,4%), средние - 5-10 см - 38 (44,2%), большие - более 10 см - у 33 (38,4%), преобладало расположение кист в нижних долях - у 48 (55,8%) больных. Эхинококковые кисты выявлены слева у 26 (30,23%), справа у 39 (45,35%), с двух сторон у 11 (12,79%), в сочетании с печенью у 10 (11,63%). 14(16,28%) больным произведена торакоскопическая эхинококкэктомия, у 61(70,93%) больного выполнена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия из миниторакотомного доступа и у 11(12,79%) больных кисты из легких удалены из широкого торакотомного доступа.

Под нашим наблюдением находились 46 больных с осложненным эхинококкозом легких. Из них с нагноением -12 (26,09%), с прорывом в бронх - 28 (60,87 %), в плевральную полость - 6 (13,04%). При нагноившихся кистах легкого, с признаками выраженной гнойной интоксикации, производили торакоцентез в III или VII межреберье по передней и задней аксиллярной линии, вводили торакоскоп и определяли точную локализацию кисты. После чего производили торакоцентез над кистой и разработанной нами специальным «троакар-экстрактором» проникали в кисту, отсасывали и извлекали хитиновую оболочку, промывали полость хлоргексидином, фурациллином. Остаточную полость ревизировали эндоскопом с последующим оставлением дренажной трубки в полости.

В следующие 2-3 дня полость промывали антисептиками и подсоединяли дренажную трубку к аппарату ОП-1 (активное дренирование). После очищения полости от гнойного отделяемого оставляли на пассивный дренаж. Обычно на 10-15 сутки полость сплющивалась или уменьшалась в объеме. Дренажную трубку убирали на 12-15 сутки в зависимости от состояния остаточной полости.

**Результаты и обсуждения.** При не осложненном эхинококкозе легких, только у 14 (87,5%) пациентов из 16 намеченных оказалось возможным провести эхинококкэктомию чисто торакоскопически через троакарные проколы. В 2 (12,5%) случаях интраоперационные технические трудности потребовали перехода на миниторакотомию.

Размеры кист варьировали от 5 до 8 см. В 3 (21,43%) случаях после торакоистоскопии произведена частичная перицистэктомия и из-за отсутствия бронхиальных свищей произведен капитонаж по Вишневному. В 2 (14,28%) случаях остаточная полость ликвидирована по Вахидову. И в остальных 9 (64,29%) случаях фиброзная полость ликвидирована по Боброву. Послеоперационное осложнение наблюдалось у 2 (14,28%) пациента (остаточная полость в легком). В 2 случаях, из-за технических трудностей во время торакоскопической эхинококкэктомии троакарным способом, пришлось перейти к миниторакотомии и после мануальной ревизии произведена эхинококкэктомия.

В 61 случаях выполнена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия с применением минидоступа. Размеры кист варьировали от 10 до 17 см. В 2 (3,28%) случаях удалены по 3 кист, еще у 3 (4,92%) по 2 кисты. При локализации кист в верхней доле у 8 (21,05%) миниторакотомия произведена по 4 и у 30 (78,95%) больных по V межреберью, а при кистах нижних долей всего у 7 (14,58%) по VII межреберью и у 41 (85,42%) по VI межреберью. При больших кистах в 42 (68,85%) случаях миниторакотомию производили без предварительной торакоскопии с целью предотвращения повреждения кисты во время торакоцентеза и торакоскопии.

Капитонаж полости производили в зависимости от конфигурации и объема кисты. При округлых кистах у 25 больных полость ликвидирована по способу Вахидова. При глубоких полуовальных кистах у 14 больных капитонаж произведен вертикальными полукушетными швами. У 14 больных выполнена методика Боброва-Спасокукоцкого. В 8 случаях выполнена методика Вишневого. При двусторонней локализации кист у

7 (63,64%) больных произведены поэтапные операции, а в 3 (36,36%) случаях - одномоментная эхинококкэктомия. 11 (12,79%) больным эхинококкэктомия из легкого произведена из широкого торакотомного доступа. У всех больных применена переднебоковая торакотомия. Следует признать, что эхинококкэктомия из легких торакотомным доступом чаще всего производилась только лишь при сложных случаях эхинококкоза.

В 6 (54,55%) случаях это был рецидивный эхинококкоз, у 3 (27,27%) - множественный эхинококкоз, где кисты разбросаны, еще у 2 (18,18%) выявлены гигантские кисты. В большинстве случаев - 9 (81,82%) произведены органосохраняющие операции с ликвидацией остаточной полости в легком шовной пластикой в различных модификациях. У 2 (18,18%) больных по методике Вишневого, у 3 (27,27%) - по Боброву – Спасокукоцкому, и 4 (36,36%) наложены вертикальные полукисетные швы. А 2 (18,18%) больным произведены краевые резекции легких. В основном у 84 (97,67%) произведены органосохраняющие операции с ликвидацией остаточной полости в легком шовной пластикой в различных модификациях. У 2 (1,52%) больных при краевом расположении и пневмоциррозом произведена краевая резекция легкого с эхинококковой кистой.

В настоящее время при нагноении эхинококковых кист производим трансторакальное дренирование кист под контролем торакоскопии или рентгеноскопии. Данный способ дренирования применен у 12 больных, в 7(58,33%) случаях произведено дренирование полостей под контролем торакоскопа, в 5(41,67%) случаях – под рентгенологическим контролем. С правосторонней одиночной кистой у 8(66,67%) больных, левосторонней - у 4(33,33%) больных. Из 12 случаев у одного больного отмечено осложнение, что проявлялось ограниченной эмпиемой плевры. После консервативных мероприятий с дренированием гнойника процесс разрешился. В одном случае полость кисты не облитерировалась, осталась сухая остаточная полость. В данном случае диаметр кисты превышал 12 см.

С прорывом кисты в бронх, без явных признаков нагноения, оперировано 28 больных. У 12 (42,86%) больных кисты локализовались в правом, у 9 (32,14%) - в левом легком и в 7 (25%) случаях отмечено двухстороннее расположение кист. У 2 больных диагностировано по 3 кисты в одном легком и у 5 – по 2 кисты.

Всем больным произведены оперативные вмешательства. У 25 (89,29%) больных операции выполнены миниторакотомным путем. В данной категории из-за возможных осложнений минидоступ производился без предварительной торакоскопии. После полипозиционной рентгеноскопии, в соответствии с нашей методикой, в 3 случаях доступ произведен по IV, в 7 - по V, в 14 - по VI и у 6 больных по VII межреберью. В 2 (8%) случаях из минидоступа удалось убрать по 3 кисты из одной доли, а у 4 (16%) больных удалены по 2 кисты из двух долей. В 7 случаях локализация кист было двухсторонним. У 4 (57,14%) больных первым этапом произведены операции на стороне осложненной кисты. У 3 (42,86%) больных проведена одномоментная операция через минидоступы. У этих больных была большая вероятность прорыва кист противоположного легкого во время операции или ближайший послеоперационный период. Прорыв кисты в плевральную полость считается одним из тяжелых осложнений эхинококкоза. Для профилактики пиопневмоторакса больные своевременно должны быть подвергнуты операции.

У наших больных в 6 случаях при рентгенологическом исследовании выявлен гидропневмоторакс. У всех больных выполнили операцию через миниторакотомный доступ после предварительной торакоскопии, где выявили прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость.

При прорыве эхинококковых кист в плевральную полость во всех 6 случаях произведена санация плевральной полости озонированным физиологическим раствором, удаление хитиновой оболочки и капитонаж остаточной полости. С

сочетанным эхинококкозом легких и печени были оперированы 10 больных. 6 больным оперативные вмешательства на легких и печени произведены через отдельные доступы одновременно. В 4 случаях – эхинококкэктомия из легких и печени выполнена одновременно отдельными мини доступами, а в 2 случаях миниторакотомный доступ сочетался с широкой лапаротомией. 4 пациентам удаление кист из легких и печени проведено поэтапно. При этом все этапы лечения проведены с использованием только мини - доступов.

В большинстве случаев – у 42 (91,30%) произведены органосохраняющие операции с пластикой остаточной полости в различных модификациях. Показанием к лобэктомии у 2 (1,52%) пациентов явились случаи осложненного эхинококкоза, при которых кисты занимали всю долю легкого и привели к ее пневмоциррозу.

**Выводы.** Таким образом, проведение эхинококкэктомии из легких через малоинвазивные доступы было возможным более чем у 2/3 пациентов и применение эндовизиальной технологии позволило сократить число послеоперационных осложнений с 35,71% до 4% и сроки лечения с 14,2 до 6,4 дней. По нашему мнению, проведение торакоскопической эхинококкэктомии требует дальнейшего технического усовершенствования. В этом отношении проще выполнимо и эффективно по результатам эхинококкэктомия из миниторакотомного доступа.

Вместе с тем следует признать, что эхинококкэктомия из торакотомного доступа чаще всего показано при рецидивном эхинококкозе грудной полости и иногда при осложненном течении заболевания.

Одномоментные операции из минидоступов, при двустороннем эхинококкозе легких или в сочетании с печенью, являются операциями выбора и могут выполняться у больных с хорошими функциональными показателями сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

### *Список литературы*

1. *Аззамов Ж.А.* Современные взгляды на патологию эхинококкоза печени (обзор литературы) //Вопросы науки и образования, 2018. № 11 (23).
2. *Бирюков Ю.В., Стреляева А.В., Шамсиев А.М.* Иммунокоррекция при хирургическом лечении эхинококкоза легких //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 2000. № 1. С. 53-62.
3. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
4. *Гаффаров У.Б. и др.* Сравнительная оценка способов обработки полости эхинококковой кисты в эксперименте //Детская хирургия, 2008. № 5. С. 48-52.
5. *Гостищев В.К. и др.* Способ коррекции остаточной полости печени при эхинококкэктомии у взрослых //Анн. хир. Гепатол., 1995. № 5. С. 63-71.
6. *Гостищев В.К. и др.* Иммунный статус, Иммунодиагностика и иммунокоррекция при хирургическом лечении эхинококкоза печени //Анналы хирургии, 1999. № 4. С. 39-47.
7. *Гостищев В.К. и др.* Гомеопатия в лечении эхинококкоза печени, осложненного пециломикозом и хронической обструктивной болезнью легких //Традиционная медицина, 2014. № 2. С. 18-27.
8. *Давлатов С.С. и др.* Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография / С.С. Давлатов, Ш.С. Касымов, З.Б. Курбаниязов. Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2018. – 160 с.
9. *Муртазаев З.И. и др.* Выбор оптимальной хирургической тактики при эхинококкозе легких //Национальная Ассоциация Ученых, 2016. № 3-1. С. 51-54.
10. *Рахманов К.Э. и др.* Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени //Завадские чтения, 2018. С. 121-124.

11. *Рахманов К.Э. и др.* Профилактика и медикаментозное лечение эхинококкоза легких //Актуальные вопросы современной пульмонологии. Ма, 2018. С. 142.
12. *Стреляева А.В. и др.* Лечение эхинококкоза печени взрослых больных, осложненного пециломикозом и ХОБЛ //Хирургическая практика, 2014. № 1. С. 37-42.
13. *Стреляева А.В. и др.* Лечение эхинококкоза легких, осложненного пециломикозом, у взрослых больных //Хирургическая практика, 2014. № 1. С. 43-50.
14. *Стреляева А.В. и др.* Поражение сердца при эхинококкозе печени у взрослых больных //Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 2012. № 4. С. 40-42.
15. *Усаров Ш.Н. и др.* Дифференцированная тактика хирургического лечения эхинококкоза печени //Вопросы науки и образования, 2019. № 2 (45).
16. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей. //Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение //Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
17. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста //Ташкент: Из-во «Ибн-Сино», 2001.
18. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. Ташкент: Изд-во – O'qituvchi, 2006.
19. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Шамсиев Ж.З.* Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени //European science, 2018. № 6 (38).
20. *Шамсиев Ж.А. и др.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени //European science, 2017. № 7 (29).
21. *Шамсиев Ж.А., Акилов Х.А.* Пути улучшения результатов хирургического лечения и профилактики рецидивов эхинококкоза печени у детей //Новые технологии в детской хирургии, 2014. С. 294-304.
22. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза печени //Медицинский журнал Узбекистана, 2016. № 1. С. 45-48.
23. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза печени //Медицинский журнал Узбекистана, 2016. № 1. С. 45-48.
24. *Aminov Z., Haase R., & Carpenter D.,* 2011. The Effects of Polychlorinated Biphenyls on Lipid Synthesis. *Epidemiology.* 22 (1), S. 298-S. 299.
25. *Axrorovich S.U. et al.* Surgical tactics in liver echinococcosis of subphrenic localization //Volume 2. Medical science. С. 212.
26. *Axrorovich S.U. et al.* Surgical tactics in liver echinococcosis of subphrenic localization //Volume 2. Medical science. С. 212.
27. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate //European science review, 2017. № 1-2.
28. *Minaev S.V. et al.* Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver //World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
29. *Mukhitdinovich S.A. et al.* Prevention and pharmacotherapy of liver echinococcosis // Voprosy nauki i obrazovaniya, 2017. № 10 (11).
30. *Nasritdinovich U.S. et al.* Comprehensive diagnosis of liver echinococcosis (literature review) // Voprosy nauki i obrazovaniya, 2019. № 2 (45).
31. *Nazyrov F.G. et al.* Шляхи покращення результатів хірургічного лікування ехінококкоза печінки //Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина, 2018. Т. 8. № 3 (29). С. 39-43.
32. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia //The International Journal of Artificial Organs, 2013. Т. 36. № 8.

33. *Sulatanbaevich B.A., Yakshiboevich S.Z., Jamshedovich V.J.* Role of chemotherapy in prophylaxis of the liver echinococcosis recurrence //Вопросы науки и образования, 2018. № 24 (36).
34. *Shamsiev AM. et al.* Экспериментально-морфологічне обґрунтування ефективності застосування альбендазолу для профілактики рецидиву ехінококозу після операції //Клінічна та експериментальна патологія, 2018. Т. 17. № 3.
35. *Yakhshiboevich S.Z., Jamshedovich V.J., Kamariddinova K.M.* Problem of recurrence of single-chamber liver echinococcosis after surgical treatment and ways to solve them (Literature review) //Вопросы науки и образования, 2018. № 24 (36).

---

## ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ДЮШЕННА

**Абдусаломова М.А.<sup>1</sup>, Мавлянова З.Ф.<sup>2</sup>, Махмудов С.М.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*Абдусаломова Мафтуна Акбаровна – ассистент;*

<sup>2</sup>*Мавлянова Зилола Фархадовна – заведующая кафедрой;*

<sup>3</sup>*Махмудов Сардор Мамашарифович – ассистент,  
кафедра медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** в данной статье приведены наиболее актуальные методы, используемые в медико–социальной реабилитации детей с болезнью Дюшенна. Также представлены данные авторов о влиянии реабилитации на данное заболевание. Для осуществления полноценной социальной реабилитации больным необходимо комплексный подход специалистов разного профиля: невролога, физиотерапевта, врача ЛФК, массажиста, трудотерапевта, ортопеда, психотерапевта при обязательном участии членов семьи и друзей.

**Ключевые слова:** медико–социальная реабилитация, прогрессирующая мышечная дистрофия, болезнь Дюшенна, физиотерапия.

**Актуальность.** Прогрессирующие мышечные дистрофии (ПМД) – группа наследственных заболеваний, начинающихся в большинстве случаев в детстве (реже – позже) и характеризующаяся мышечной слабостью, атрофиями мышц и прогрессирующим течением вследствие прогрессирующей дегенерации мышечных волокон. Мышечные дистрофии полностью не вылечиваются, назначают только симптоматическую терапию [19-25]. Мышечная дистрофия Дюшенна (МДД) - это летальное рецессивное нервно-мышечное расстройство, связанное с X-хромосомой и вызванное мутациями в гене дистрофина, приводящими к отсутствию или недостаточности функционального дистрофина - белка цитоскелета, который обеспечивает силу, стабильность и функциональность миофибрилл. Популяционная частота данного заболевания: 1:3500 мальчиков и 21,7 на 100 000 живорожденных мальчиков [12-17]. Прогрессирующее мышечное повреждение и дегенерация возникают у людей с МДД, что приводит к мышечной слабости, связанной с этой двигательной задержкой, потере передвижения, дыхательным нарушениям и кардиомиопатии [2-11]. Хотя клиническое течение поражения скелетных мышц и сердца может быть переменным, смерть обычно происходит в результате нарушения работы сердца или функции дыхания.

**Цель исследования.** Оптимизация медико-социальной реабилитации при болезни Дюшенна.

**Материал и методы исследования.** Нами было обследовано 30 больных детей, среди которых 10 девочек и 20 мальчиков с синдромом Дюшенна. Все больные были

разделены в зависимости от стадии заболевания: 9 (30%) больных с начальной стадией, 16 (53,3%) больных на стадии умеренно выраженных двигательных нарушений, 5 (16,7%) больных с выраженными двигательными расстройствами. Всем больным проводили базисную терапию, а также назначался комплекс реабилитационных мероприятий: лечебная и дыхательная гимнастика, лечебный массаж, электромиостимуляция, трудотерапия, аутогенная тренировка, психотерапия. Реабилитационные мероприятия при наследственных заболеваниях нервной системы должны основываться на комплексном дозированном применении современных методик, включающих сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов (физиопроцедуры и лечебная гимнастика) [3]. Интенсивные физические нагрузки детям с ПМД противопоказаны, так как это может приводить к повреждению мышечных волокон, но в то же время умеренная физическая деятельность им необходима [1]. В этой связи актуальна проблема разработки новых реабилитационных технологий для этой категории детей. Для больных с выраженными двигательными нарушениями длительность занятия подбиралась индивидуально. Стимуляцию мышц проводили с помощью аппарата «Миоритм 040». При эквивалентной установке стоп рекомендовали больным ношение ортопедической обуви и корригирующих корсетов. Даны рекомендации для приспособления в среде их обитания. Утратившим способность к самостоятельному передвижению рекомендовали использовать костыли, ходунки и кресло-каталку. У некоторых больных наблюдались личностные нарушения. Для устранения этих проблем одновременно с транквилизаторами и антидепрессантами использовали ролевые игры, рисование, чтение и занятия на компьютере. Психологи использовали индивидуальную личностно ориентированную психотерапию. С помощью аутогенной терапии стимулировали внутренние механизмы психической и вегетативной сферы больных. В качестве трудотерапии применяли тренировку элементарных бытовых навыков и обучали пользованию инвалидной коляской. Эффективность методов медико-социальной реабилитации оценивали посредством неврологического осмотра и опросника SF-36 [7].

**Результаты исследования.** После лечения у больных наблюдались улучшения двигательных функций и функция самообслуживания. Отмечали снижение паттернов прогрессирующей мышечной дегенерации и слабости, постуральной компенсации, риска прогрессирующей контрактуры и деформации, а также функциональных потерь в результате дефицита дистрофина. Полученные результаты показали, что реабилитационные мероприятия должны осуществляться слаженной работой неврологов, врачей-физиотерапевтов, специалистов по трудотерапии, логопедов - дефектологов, ортопедов и поставщиков медицинского оборудования длительного пользования.

Следует отметить, что при работе с больными МДД крайне важно учитывать основные принципы медико-социальной реабилитации: комплексность, поэтапность и непрерывность, индивидуализация реабилитационных мероприятий, необходимость активного участия больных в реабилитационных программах. Социальная реабилитация должна включать снабжение бытовыми приспособлениями с учетом характера двигательного дефекта и обучение навыкам самообслуживания. А самому пациенту необходимо понимание того, что он способен выполнять сам хотя бы самые простые элементы самообслуживания: самостоятельно передвигаться с помощью различных приспособлений, есть, соблюдать личную гигиену и пр. Если для больных, лишенных возможности передвигаться, в настоящее время есть множество внедренных средств (коляски, ходунки и пр.), то для больных, не имеющих такой возможности, такие средства пока не внедрены в практику социальной реабилитации.

**Выводы.** Медико-социальная реабилитация у детей с синдромом Дюшенна замедляет прогрессирование болезни, сохраняет способность к самообслуживанию,

активные и пассивные движения, обеспечивает профилактику осложнений, оказывает психологическую поддержку, а также позволяет возобновить социально – бытовую активность. Для осуществления полноценной медико-социальной реабилитации необходим комплексный подход специалистов разного профиля: невролога, физиотерапевта, врача ЛФК, массажиста, трудотерапевта, ортопеда, психотерапевта при обязательном участии членов семьи, родственников и друзей. Необходимо дальнейшее изучение реабилитационных методов, особенно по параметрам интенсивности, частоты, времени и типу упражнений, так как в настоящее время не существует медикаментозной терапии, способствующей полному излечению детей с мышечной дистрофией Дюшенна [4].

### **Список литературы**

1. *Абдусаматова Б.Э. и др.* Частота выполнения утренней гимнастики и закаливающих процедур среди учащихся //Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2015. – №. 4.
2. *Абдуллаева Н.Н.* Клинический анализ эпилептических припадков у лиц пожилого возраста //Проблемы биологии и медицины. , 2012. Т. 1. С. 9.
3. *Абдуллаева Н.Н.* Постинсультная эпилепсия у пожилых //Аспирант и соискатель, 2011. № 3. – С. 94-95.
4. *Ахмедова Д.А., Хакимова С.З., Джурабекова А.Т.* Особенности постинсультной депрессии в раннем и позднем восстановительном периодах //Инновационная наука, 2015. № 6-2.
5. *Баратова С.С., Мавлянова З.Ф., Шарафова И.А.* Индивидуально-типологические особенности, обуславливающие выбор вида спортивной деятельности //Современные проблемы психологии и образования в контексте работы с различными категориями детей и молодежи, 2016. С. 190-191.
6. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
7. *Давлатов С.С. и др.* Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография / С.С. Давлатов, Ш.С. Касымов, З.Б. Курбаниязов. Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2018. 160 с.
8. *Джурабекова А.Т., Хамркулова Ф.М., Юлдашева З.Т.* Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна, новый подход к лечению //Умумий амалиёт доктори ахборотномаси, 2006. № 1-2. С. 59-61.
9. *Камилова Р.Т. и др.* Влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние юных спортсменов //Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2016. № 4.
10. *Камалова Ё.А., Умирова С.М., Наимова Х.А.* Влияние различных способов дозирования на физическую работоспособность детей города Самарканда //Материалы XXIII съезда Физиологического общества им. ИП Павлова с международным участием, 2017. С. 2248-2250.
11. *Очилов Х.М., Джурабекова А.Т., Усмонова Ш.* Синдромальная и назологическая структура болей в спине у детей // Проблемы биологии и медицины. С. 96.
12. *Пак Е.А., Мавлянова З.Ф., Ким О.А.* Показатели состояния сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся каратэ //Спортивная медицина: наука и практика 2016. Т. 6. № 1. С. 21-25.
13. *Салохиддинова Ш.Ш., Юсупова Н.Н., Джурабекова А.Т.* Современный подход к диагностике когнитивных нарушений у больных с дисциркуляторной энцефалопатией //Инновационная наука, 2015. №.6-2.

14. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсунов Ш.А., Юлдашев Б.А. Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей. Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение // Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
  15. Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М. Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино», 2001.
  16. Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж. Малая хирургия детского возраста. Ташкент: Изд-во O'qituvchi, 2006.
  17. Шмырина К.В. и др. Роль среднего медицинского персонала в реабилитации пациентов с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2017. № 4. С. 21-24.
  18. Minaev S.V. et al. Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
  19. Kasimov S. et al. Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs, 2013. Т. 36. № 8.
  20. Kasymov S.Z., Davlatov S.S. Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome // Akademicheskiiy zhurnal Zapadnoy Sibiri, 2013. Т. 9. № 1. С. 31-32.
  21. Slepov V.P. et al. Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaya khirurgiya, 1981. № 6. С. 78.
  22. Sayit I. Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication // European science review, 2016. № 7-8.
  23. Zayniev S.S. Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
  24. Shamsiyev A.M., Khusinova S.A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
  25. Shamsiyev A., Davlatov S. A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // International Journal of Medical and Health Research, 2017. С. 80.
-

# РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА

Муинова К.К.<sup>1</sup>, Ташкенбаева Э.Н.<sup>2</sup>, Мажидова Г.Т.<sup>3</sup>, Алиева Н.К.<sup>4</sup>,  
Истамова С.С.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Муинова Камола Комиловна - резидент магистратуры;

<sup>2</sup>Ташкенбаева Элеонора Негматовна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой;

<sup>3</sup>Мажидова Гулбахор Талибовна – ассистент;

<sup>4</sup>Алиева Нодира Курбановна - резидент магистратуры;

<sup>5</sup>Истамова Ситора Саидкуловна - резидент магистратуры,  
кафедра внутренних болезней № 2,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** нами было обследовано 596 мужчин, из них выявлено 162 (27,2%) в возрасте от 35 до 45 лет страдающие с ишемической болезнью сердца. С каждым больным была проведена беседа в виде стандартизированного опроса, который включал в себя выявление БСК, в том числе ИМ в семейном анамнезе. Проводился мониторинг измерения артериального давления. Наибольшую информативность в плане оценки вероятности развития инфаркта миокарда представляют следующие признаки: возраст, повышение концентрации общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности, смерть от инсульта или сердечного приступа.

**Ключевые слова:** инфаркта миокарда, болезни системы кровообращения, ишемическая болезнь сердца, артериальное давление, холестерин.

**Актуальность.** Болезни системы кровообращения (БСК) и в первую очередь острый инфаркт миокарда является основной причиной первичной инвалидизации и смертности населения. Ежегодно в мире от БСК умирает около 70 млн человек, что составляет 29% от всех случаев смертности в мире по данным ВОЗ и около половины из них приходится на смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ). Причины смертности многообразны и включают как социальные детерминанты состояния здоровья, так и высокую распространенность факторов риска в популяции. Соответственно, необходимо внедрение эффективных мер сохранения здоровья на всех уровнях, включая систему здравоохранения [6,7, 8].

В последние годы отмечается омоложение инфаркта миокарда (ИМ) и заболевания все чаще развивается у лиц моложе 45 лет, что связано с современными изменениями образа жизни и повышенного риска раннего развития сердечно-сосудистой патологии. К факторам риска относятся молодые мужчины, курильщики, лица с наследственной предрасположенностью к раннему развитию БСК и имеющие проблемы с трудоустройством. Для прогноза заболевания важна оценка риска развития осложнений, в частности сердечной недостаточности, а у лиц молодого возраста риск ее развития наименьший. Причиной ОИМ является тромбирование коронарного сосуда в зоне имеющейся атеросклеротической бляшки. Клинические проявления и последствия ИМ зависят от локализации обструкции, тяжести и продолжительности ишемии миокарда [2-10]. Несмотря на большой прогресс в диагностике и лечении кардиоваскулярной патологии сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой в кардиологии и всего здравоохранения [4,5].

**Целью исследования** явилось изучить наиболее достоверные признаки развития ИМ среди лиц мужского пола в молодом возрасте в зависимости от основных факторов риска и семейного анамнеза.

**Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 596 мужчин, из них выявлено 162 (27,2%) в возрасте от 35 до 45 лет страдающие с ишемической болезнью сердца (ИБС). С каждым больным была проведена беседа в виде стандартизированного опроса, который включал в себя выявление БСК, в том числе ИМ в семейном анамнезе. Проводился мониторинг измерения артериального давления (АД). Изучались данные электрокардиографии, эхокардиографии, холтеровского мониторирования, антропометрии. Определяли концентрацию в крови холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Были проанализированы все признаки семейного анамнеза и факторов риска.

**Результаты исследования** показали, что из 162 мужчин с ИБС, 60 (37,0%) ранее перенесли ИМ. Из анамнеза среди 160 больных ИБС родители, а именно отцов составило 71, а матерей – 46, которые были живы в момент опроса. Из анамнеза среди родителей данных пациентов причиной смерти у 24 родителей мужского пола и 22 родителей женского пола оказался сердечный приступ, от мозгового инсульта умерли 10 родителей мужского пола и 16 матерей.

Для изучения взаимосвязей развития ИМ, ФР и показателей семейного анамнеза была применена одна из процедур многомерного дискриминантного анализа (ДА), так называемый пошаговый ДА (ПДА), позволяющий определить подмножество признаков, наилучшим образом описывающих зависимость распространённости ИМ от ФР и признаков стандартизированной анкеты «Семейный анамнез».

По результатам нашего исследования все основные ФР, за исключением общего ХС, ХСЛПНП и курения, преобладали в группах мужчин с ИБС по сравнению с мужчинами без ИБС. Больные с ИМ в среднем были старше, чем мужчины без этого заболевания, имели более высокий уровень образования, более высокие концентрации ХС, ТГ, уровни систолического АД и диастолического АД, индекса массы тела (ИМТ).

Отдельно рассматривались группы больных с ИМ по нестрогим (26 мужчин) и строгим (15 мужчин) критериям.

Установлено, что распространённость ИМ по нестрогим критериям связана с такими ФР, как возраст, ХС, ХС ЛПНП, БСК у родителей, сахарный диабет у матери или у отца, повышение систолического АД у обследуемого. В тоже время распространённость ИМ по строгим критериям зависит от сочетания других признаков, первые три из них совпадают (возраст, концентрация ХС, ХС ЛПНП) с информативными признаками, определяющими вероятность развития ИМ по нестрогим критериям. Следующими по значимости являются смерть отца от инсульта или сердечного приступа. Наконец, последний признак- концентрация ТГ в плазме крови пациента.

В обоих случаях признаки, при анализе семейного анамнеза, занимают существенное место среди других изучаемых признаков. Так, из 6 признаков, наилучшим образом описывающих зависимость от них распространённости ИМ по нестрогим критериям, 5 показателей из семейного анамнеза, а из 5 признаков определяющих вероятное развитие ИМ по строгим критериям, 3 показателя являлись данными семейного анамнеза. На следующем этапе исследования, на основании отобранных признаков были построены прогностические модели. Рассчитанные оценки индексов указывают на то, что чем выше по значению ФР, взятые в совокупности, тем выше вероятность развития ИМ. При этом результаты сравнительного анализа эмпирических (наблюдаемых) и теоретических оценок вероятности развития ИМ свидетельствуют о высокой достоверности отобранных признаков. Так, если в первой группе, в которую попали обследованные с наименьшими величинами отобранных признаков, риск ИМ составляет 1 случай на 30, то у мужчин, попавших в шестую группу, с наиболее высокими значениями выбранных показателей, риск заболеваемости почти в 10 раз выше.

Таким образом, как показали материалы исследования, структура наследственной предрасположенности к ИМ чрезвычайно сложна. Выбранная схема исследования была эффективной в изучении роли семейного анамнеза в распространенности ИМ среди мужчин отобранной группы и дала возможность получить количественные оценки исследованных ФР.

Выявление признаков, вносящих основной вклад в функцию информативности, вычисленной с учетом размерности пространства признаков и объема выборки, позволило определить, что для ИМ по строгим критериям признаков в порядке наибольшей информативности расположились следующим образом: возраст, уровень ТГ, ХС, концентрация ХС ЛПНП, смерть отца от инсульта или сердечного приступа.

Использование отобранных признаков для построения прогностических индексов, рассчитанных на основе дискриминантной модели, свидетельствует о статистически достоверном вкладе совокупности признаков в вероятность развития ИМ. Как показали расчеты, прогностические индексы эмпирического и теоретического риска развития ИМ в значительной мере совпадают. Если лица по отобранным признакам входят в первую группу 10% распределения, то риск развития ИМ у мужчин 35-45 лет составляет 1 случай на 30, тогда как в шестой группе – риск развития ИМ имеет каждый третий обследованный.

**Выводы.** Таким образом, данные анкеты семейного анамнеза: смерть от сердечного приступа отца или матери, смерть отца от инсульта, наличие у матери артериальной гипертонии, инсульта, сахарного диабета статистически достоверно чаще встречаются у мужчин в возрасте 35-45 лет, страдающих ИБС, по сравнению с лицами без этого заболевания.

Наибольшую информативность в плане оценки вероятности развития инфаркта миокарда представляют следующие признаки: возраст, повышение концентрации общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности, смерть от инсульта или сердечного приступа. Расчеты прогностических индексов эмпирического и теоретического рисков развития инфаркта миокарда, по результатам настоящего исследования, свидетельствуют, что среди мужчин в возрасте 35-45 лет, у которых получены самые низкие показатели, по выявленному набору признаков инфаркта миокарда может развиться в 1 из 30 случаев, а среди этих же мужчин с наибольшими значениями отобранных признаков, т.е. находящихся в верхних группах распределения в 1 из 3 случаев.

### *Список литературы*

1. *Абдуллаев К.З., Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О.* Факторы риска кардиоваскулярных осложнений у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST//«Наука и общество в эпоху перемен». Материалы IV Международной научно-практической конференции. г. Уфа. 15-16 октября 2018 г. Стр. 15-19.
2. *Абдиева Г.А., Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Суннатова Г.И., Мирзаев Р.З.* Предикторы развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST//«Наука и общество в эпоху перемен». Материалы IV Международной научно-практической конференции. г. Уфа. 15-16 октября 2018 г. Стр. 12-15.
3. *Алиева Н.К., Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О.* Различия в частоте развития основных осложнений у больных с острым инфарктом миокарда// Евразийский союз ученых (ЕСУ). № 9 (54). 2018. 3 часть. Стр. 32-34.

4. *Аиранов Х.А., Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н., Мирзаев Р.З., Суннатова Г.И. и Мухтаров С.Н.*, 2018. Изменение маркеров некроза кардиомиоцитов у больных с инфарктом миокарда в зависимости от возраста. Материалы IV Съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. Ташкент, 13-14 сентября.
5. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни, 1996.
6. *Гаджиева А.У., Блинова С.А.* Структурные изменения устьевого отдела каудальной полой вены потомства крыс с алкогольной интоксикацией в период лактации // Проблемы биологии и медицины, 2012. Т. 1. С. 43.
7. *Кадырова Ф., Насырова З., Ташкенбаева Э., Тогаев Д.* "Распространенность бессимптомной гиперурикемии среди больных ишемической болезнью сердца" Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 53 (2017).
8. *Насырова Зарина Акбаровна, Шарипова Юлдуз Шамсиддиновна, Хасанжанова Фариди Одилловна.* "Влияние аффективных расстройств на прогрессирование ишемической болезни сердца". Научный журнал. 3 (37) (2019).
9. *Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н., Абдиева Г.А., Зугуров И.Х., Кадырова Ф.Ш.* Влияние гиперурикемии на клиническое течение и развитие осложнений ИБС. Наука и образование: проблемы и стратегии развития, 2017; 2 (1):34-7.
10. *Наврзובה Ш.И., Саъдуллоева И.К.* Особенности цитокинового статуса у детей с врожденным дефектом межжелудочковой перегородки сердца // Проблемы биологии и медицины, 2012. Т. 1. С. 85.
11. *Самиев У.Б., Шодикулова Г.З.* "Гаптоглобин и группа крови–генетические маркеры ревматоидного артрита." Академический журнал Западной Сибири. 3 (2012): 27-27.
12. *Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Абдуллаев К.З.* Особенности течения нестабильной стенокардии у больных хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса //Наука и современное общество: взаимодействие и развитие, 2018. Т. 2. № 1. С. 34-36.
13. *Ташкенбаева Э.Н., Кадыров Р.Н., Бердиева З.Р., Рофеев М.Ш., Муранов Б.А.* "Особенности клинического течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с сердечно-сосудистой патологией". Вестник экстренной медицины. 3 (2013).
14. *Ташкенбаева Э.Н. и др.* "Связь тяжести хронической сердечной недостаточности от локализации острого инфаркта миокарда". Наука и современное общество: взаимодействие и развитие. 2.1 (2018): 36-38.
15. *Тогаев Д.Х., Ташкенбаева Э.Н., Кадырова Ф.Ш., Юсупов Ш.Ш. и Муранов Б.А.*, 2013. Применение методов коррекции эндотелиальном дисфункции и пуринового обмена у больных с ишемической болезнью сердца. Вестник экстренной медицины, 3.
16. *Тогаев Д.Х. и Ташкенбаева Э.Н.* Влияние лозартана и небивалола на функцию эндотелия и уровень мочевой кислоты у больных с ишемической болезнью сердца и бессимптомной гиперурикемией. Огляди литературы, 118.
17. *Хасанжанова Фариди Одыловна, Ташкенбаева Элеонора Негматовна.* "Роль изменения маркеров некроза кардиомиоцитов у больных инфарктом миокарда в зависимости от возраста". Актуальные научные исследования в современном мире 10-6 (2018): 42-45.
18. *Хасанжанова, Фариди Одыловна, Ташкенбаева Элеонора Негматовна.* "Различия в частоте развития основных осложнений у больных с острым инфарктом миокарда". Актуальные научные исследования в современном мире 10-6 (2018): 39-41.

19. *Хасанжанова Ф.О. и др.* "Предикторы неблагоприятного прогноза с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в условиях экстренной медицинской помощи". Материалы IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана (2018): 278.
20. *Халимова Д.Д.* Сравнительная характеристика и эффективность деятельности ВОП в условиях городской поликлиники //Проблемы биологии и медицины, 2012. Т. 1. С. 11.
21. *Хусанов Х.Ш., Бадалова С.И.* Метаболический синдром у детей и подростков //Проблемы биологии и медицины, 2012. Т. 1. С. 148.
22. *Шодикулова Гуландом Зикрияевна.* "Влияние L-аргинина на дисфункцию эндотелия у больных с врождённым пролапсом митрального клапана". Казанский медицинский журнал. 95.3, 2014.
23. *Шодикулова Г.З., Ташкенбаева Э.Н.* "Состояние функции эндотелия и протективный эффект ионов магния (Mg 2) у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани с врожденным пролапсом митрального клапана." Вісник проблем біології і медицини. 2.2, 2012.
24. *Шодикулова Г.З., Ташкенбаева Э.Н.* "Состояние функции эндотелия и протективный эффект ионов магния (Mg 2) у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани с врожденным пролапсом митрального клапана". Вісник проблем біології і медицини. 2.2, 2012.
25. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей./ Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение //Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
26. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста //Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино», 2001.
27. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
28. *Юнусова Н.Ж. и др.* Значение нитратов в процессе реваскуляризации миокарда при остром коронарном синдроме //Проблемы биологии и медицины, 2013. С. 111.
29. *Ярмухамедова С.Х., Шодикулова Г.З.* "Параметры внутрисердечной гемодинамики и структурнофункционального состояния миокарда при монотерапии больных эссенциальной гипертензией моксонидином." Академический журнал Западной Сибири 6, 2011: 37-38.
30. *Ярмухамедова Г.Х., Абдуллаева Ч.А., Авезов Д.К., Ярмухамедова С.Х.* Особенности полиморфизма гена NO-синтазы у больных узбекской национальности с хронической сердечной недостаточностью. Журнал теоретической и клинической медицины, 2017 (3):36-7.
31. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science, 2014. Т. 76. № 3-4. С. 255.
32. *Mamatkulov A. et al.* Detection of Q-fever in Samarkand region of Uzbekistan: mite surveillance study //International Journal of Infectious Diseases, 2019. Т. 79. С. 141.
33. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia //The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
34. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children //Klinicheskaiia khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
35. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.

# СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Юнусов О.Т.<sup>1</sup>, Карабаев Х.К.<sup>2</sup>, Сайдуллаев З.Я.<sup>3</sup>, Дусияров М.М.<sup>4</sup>, Шеркулов К.У.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Юнусов Ойбек Тураевич – ассистент;

<sup>2</sup>Карабаев Худойберди Карабаевич – профессор;

<sup>3</sup>Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич – ассистент;

<sup>4</sup>Дусияров Мухаммад Мукумбоевич – ассистент;

<sup>5</sup>Шеркулов Кодир Усмонкулович – ассистент,

кафедра общей хирургии,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** в основу работы положен анализ результатов лечения 35 пострадавших с термическими поражениями (15 женщин и 20 мужчин) в возрасте от 10 до 60 лет, находившихся на лечении в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2018-2019 гг. Клиническая оценка включала следующие критерии: количество и характер отделяемого; кровоточивость ран; сроки эпителизации донорских участков, пересаженных аутодермотрансплантатов; полноту эпителизации; выраженность раневой боли. Местное однократное нанесение гемостатического препарата Гепроцел на рану при аутодермопластике способствует быстрой адгезии трансплантата, обеспечивает скорое и полное приживление кожных лоскутов.

**Ключевые слова:** ДВС - диссеминированное внутрисосудистое свертывание, ХН – хирургическая некрэктомия, АДП - аутодермопластика, GE - гемостатические средства, ТР – травматическая операция.

**Актуальность.** Термические поражения представляют серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему. Развитие тяжелой индустрии и химической промышленности, а также широкое использование электрической энергии в быту и промышленности способствуют значительному учащению ожоговых поражений [1-4]. Данные литературы указывают о стабильном числе пострадавших с термической травмой, доля которых составляет от 5-12% среди травм мирного времени. В общей структуре травматизма ожоги занимают 2-3 место [12-15], при этом высока доля глубоких ожоговых повреждений, требующих обязательного хирургического лечения [5-7]. Сущность оперативного лечения глубоких ожогов заключается в том, чтобы тем или иным способом восполнить дефект кожных покровов, образовавшихся в результате их омертвления [12-16].

Наиболее распространенным методом восстановления целостности кожного покрова является свободная пластика кожи. Пластическому закрытию ожоговой раны предшествует ее подготовка, заключающаяся в очищении раны от некротических тканей и формировании ложа, благоприятного для приживления трансплантатов [18, 22]. Подготовка ожоговых ран к аутодермопластике может проводиться в разные сроки, различными методами, отличающимися большей или меньшей "агрессивностью". Во всех случаях заключительным этапом является закрытие раневой поверхности [19-21]. Исторически сложилось два основных направления хирургического лечения обожженных: 1) аутодермопластика гранулирующих послеожоговых ран после спонтанного отторжения некротических тканей или химической некрэктомии; 2) ранняя хирургическая некрэктомия до развития воспаления в ране с последующей аутодермопластикой [15-17]. Самостоятельное отторжение омертвевших тканей при глубоких ожогах приводит к полному очищению раневой поверхности через 4-6 недель. Длительное существование ожогового струпа препятствует осуществлению

аутодермопластики, способствует развитию в ожоговой ране гноеродной микрофлоры и выделению токсических веществ [9, 17]. Благодаря раннему хирургическому лечению (удаление ожогового струпа в первые 3-7 дней после травмы с одновременной или отсроченной аутодермопластикой) появляются возможности для изменения хода ожоговой болезни и прерывания ее течения [7]. Сокращаются сроки подготовки ожоговых ран к аутодермопластике, время восстановления целостности кожных покровов, длительность стационарного лечения, число инфекционных осложнений и летальных исходов [1-3].

Ранняя хирургическая некрэктомия довольно травматичная операция, и может сопровождаться обильной кровопотерей. По данным Тюрникова Ю.И., Евтеева А.А. (1994, 1999) кровопотеря составляла не менее 250-300 мл с раневой поверхности в 10%. По другим данным, при раннем иссечении омертвевших тканей на площади 100 см<sup>2</sup> ведет к потере 76 мл крови, а удаление грануляций на такой же площади – 64 мл [17-20].

Необходимо также иметь в виду, что операция аутодермопластики предусматривает образование обширных "донорских" раневых поверхностей, нередко равных по площади ожоговым. Учитывая операционный риск, связанный с кровопотерей и болевой импульсацией, увеличение площади утраченной кожи, ставит этот вид операции на особое место [9-12].

Следовательно, адекватно проведенная во время операции местная гемостатическая терапия может предотвратить кровопотерю, тем самым улучшить результаты лечения данного контингента больных.

**Цель исследования.** Улучшить результаты ранней некрэктомии с аутодермопластикой у обожженных путем использования местного гемостатического средства «Гепроцел».

**Материалы и методы.** В основу работы положен анализ результатов лечения 35 пострадавших с термическими поражениями (15 женщин и 20 мужчин) в возрасте от 10 до 60 лет, находившихся на лечении в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2018-2019 гг.

В большинстве наблюдений причиной травмы являлось пламя (23 сл.), также наблюдались ожоги кипятком (9 сл.), контактные ожоги (3 сл.).

Общая площадь поражения у пациентов составляла от 5 до 20% поверхности тела, а глубокого ожога III-IV степени до 10%. Всем пациентам выполняли раннюю некрэктомию до здоровых тканей с появлением капиллярного кровотечения с одновременной аутодермопластикой. Гемостаз осуществляли гемостатическим порошком из производных целлюлозы препаратом «Гепроцел» 10 мг порошка 1 раз в день в течении 3 суток.

**Результаты.** Клиническая оценка включала следующие критерии: количество и характер отделяемого; кровоточивость ран; сроки эпителизации донорских участков, пересаженных аутодермотрансплантатов; полноту эпителизации; выраженность раневой боли. Объем оперативного вмешательства проведенных 30 пациентам с глубокими ожогами заключалось в применении гемостатического препарата Гепроцел для остановки кровотечения после иссечения некротизированной кожи и подкожных структур. Наши исследования показали, что ранняя хирургическая некрэктомия и взятие расщепленных аутодермотрансплантатов с донорских участков сопровождается кровопотерей (6-10 мл крови на площади 100 см<sup>2</sup>), а после применения гемостатического порошка «Гепроцел» кровотечение полностью прекращается и раневая поверхность принимает блестящий вид из-за адгезированной к ней пленки. Болевые ощущения были незначительными. При закрытии раневого дефекта донорским аутодермотрансплантатом отмечена хорошая адгезия кожного лоскута к подлежащей ране. При осмотре на следующие сутки признаков некроза кожного трансплантата не отмечено. Донорская рана также чистая, признаков инфицирования и болевых ощущений не отмечено.



3. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент. 1996.
4. *Давлатов С.С. и др.* Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография / С.С. Давлатов, Ш.С. Касымов, З.Б. Курбаниязов. Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2018. 160 с.
5. *Карабаев Х.К. и др.* Методы подготовки глубоких ожоговых ран к аутодермопластике //Актуальные проблемы термической травмы. Материалы междунар. конф. СПб, 2002. С. 303-305.
6. *Турсунов Б.С. и др.* Патоморфологические изменения в органах дыхания при термоингаляционной травме //Сборник научных трудов, 2005. Т. 1. С. 209.
7. *Турсунов Б.С., Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К.* Патоморфологические изменения в органах больных при термоингаляционной травме //Сборник научных трудов I съезда комбустиологов России, 2005. С. 209.
8. *Юсупов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните //Педиатрия, 2009. Т. 61. № 7.
9. *Шакиров Б.М. и др.* Тактика лечения сандаловых ожогов стопы //Вопросы травматологии и ортопедии, 2012. № 2. С. 24-26.
10. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей./Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение //Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
11. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста //Ташкент: Из-во «Ибн-Сино, 2001.
12. *Шамсиев А.М., Зайниев С.С.* Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит //Детская хирургия, 2012. № 1.
13. *Aminov Z., Haase R. & Carpenter D.,* 2011. The Effects of Polychlorinated Biphenyls on Lipid Synthesis. *Epidemiology.* 22 (1). S. 298-S. 299.
14. *Babajanov A.S. et al.* Choices in surgical treatment of thermal burns //Science and world, 2013. С. 24.
15. *Davlatov S.S., Kasimov S.Z.* Extracorporeal technologies in the treatment of cholemic intoxication in patients with suppurative cholangitis //The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 175-179.
16. *Indiaminov S.I.* Morphological features of the human brain in different variants of fatal blood loss on the background of alcohol intoxication //Herald of Russian State Medical University. Moscow, 2011. № 5. С. 63-66.
17. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate //European science review, 2017. № 1-2.
18. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia //The International Journal of Artificial Organs, 2013. Т. 36. № 8.
19. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children //Klinicheskaja khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
20. *Sayit I.* Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication //European science review, 2016. № 7-8.
21. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.

# ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ И ГЕОФИЗИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЗЕМЛИ

Картунова Л.С.

*Картунова Людмила Савельевна - доктор архитектуры, руководитель,  
ООО «Urboekologija Plus», г. Рига, Латвия*

**Аннотация:** изменения климата и здоровья людей носят угрожающий характер и требуют незамедлительного внимания. В связи с увеличившимся потоком космической энергии от плазменных структур и активного Солнца имеет место разогрев верхней мантии и активизация сейсмических процессов на Земле. Горячая плазма влияет на биосферу и все среды Земли, вызывая их изменения. Длительное пребывание человека в измененной среде опасно для психического здоровья и требует принятия мер. На уровень психической заболеваемости большое влияние оказывает интенсивность магнитного поля территории. Длительное проживание населения в зонах тектонических разломов также может стать причиной нарушения психики людей. Цель данной статьи - обратить внимание общества на природные геофизические факторы, наряду с техногенными, влияющие на психику человека, и дать предложения по уменьшению этого влияния.

Начало XX века ознаменовалось грандиозными победами человечества в области градостроительства, развития производства, энергетики, коммуникаций, науки и культуры. Но наряду с достижениями, получил развитие ряд негативных процессов, таких как загрязнение природных сред, радикальное преобразование естественного ландшафта, рост заболеваемости и появление странностей в поведении людей. Формы этих странностей весьма многообразны: это гиперреактивность и неуправляемость в поведении детей, рост агрессивности в обществе, пугающие проекты интерьеров и др. В произведениях искусства появляется ощущение скрытой напряженности, опасности, тяга к дисгармонии, эстетизации процессов разрушения и гибели. В XXI веке у населения наблюдается рост интереса к спиритизму, оккультизму, потустороннему миру. Примером могут служить картины художника Кристиана Бректе (Латвия), выполненные для персональной выставки - «Внимание! Опасность неврозов и кастрации!».

XX век стал веком бурного развития систем информации и связи. Изобретаются и внедряются в практику радио, телефон, телевизор. В конце XX века начинается массовая компьютеризация всех отраслей человеческой деятельности. Информационные технологии постепенно вытесняют старые информационные системы. Растет время, проводимое человечеством за компьютером. Дети осваивают информационные устройства с раннего возраста. Сокращается пребывание на свежем воздухе, уровень подвижности, взаимное общение. С мобильным телефоном человек не расстается ни на минуту. Нарушения психики становятся не единичным, а массовым, глобальным явлением. На основе анализа 5000 выборочных обследований, проведенных в 125 странах мира за период с 1950 по 1993 годы, данных Гарвардской школы здравоохранения, Всемирной организации здравоохранения [3,4], а также мировых эпидемиологических исследований, делаются следующие выводы.

1. В течении XX века значительно выросла заболеваемость психическими расстройствами, и снизился возраст распространенности всех психических и поведенческих расстройств.

2. В начале XXI века усреднённый среднегодовой показатель распространения всех психических и поведенческих расстройств увеличился в 10 раз, в т.ч.:

- а) психозы - .....рост в 3,8 раз
- б) пограничные расстройства - ..... рост в 21,4 раз
- в т.ч., неврозы и другие невротические расстройства...рост в 61,7 раз

в) алкоголизм -..... рост в 58,2раз

г) олигофрения -.....рост в 30 раз

3. Психические и поведенческие расстройства становятся первостепенной проблемой здравоохранения.

Социальная роль психических болезней еще никогда не достигала таких значений как за последнее десятилетие XX в. Из 10 ведущих причин инвалидности в мире в 1990 г. уже 5 составляли психические и поведенческие расстройства: униполярная депрессия, алкоголизм, биполярное аффективное расстройство, шизофрения и абсессивно-конвульсивное расстройство. Среди причин смерти в первой пятерке – депрессивное расстройство и самоубийство [1-6]. По данным ВОЗ (2006 г.) из 870 млн. чел., проживающих в Европейском регионе, около 100 млн. чел. испытывает состояние тревоги и депрессии, свыше 21 млн. - страдает от расстройств, связанных с употреблением алкоголя, свыше 7 млн. - болеют болезнью Альцгеймера и другими видами деменции, около 4 млн. - шизофренией, по 4 млн. - биполярными расстройствами и паническими расстройствами [1-6]. Проблема ухудшения психического здоровья населения ставит под угрозу существование популяции «Homo sapiens». «Актуальность и острота проблемы психического здоровья человека в современном мире настолько велики - пишет психиатр из Украины Л. Н. Юрьева - что нередко сами перспективы человеческого существования связываются с успехом научных разработок этих проблем» [1].

Что же такое «психика», и с чем связано нарушение психического здоровья человека? На этот вопрос современная медицина ищет ответ в области социальных отношений между отдельными людьми и их группами. Психиатр Л.Н.Юрьева пишет: *«скорее всего, произошедшие изменения связаны с влиянием макро- и микросоциальных факторов»* [1]. Аналогичного мнения придерживаются и другие авторы, которые рассматривают человека только как социальное существо, забывая о его биологической сущности и о том, что здоровье человека существенно или даже полностью зависит от параметров его среды. На это указывали Е. Одум, В. Вернадский, Л. Гумилев [6-8]. Среда обитания или «экологическая ниша» человека представляет собой совокупность конкретных абиотических\* и биотических\*\* условий, в которых мы обитаем. По мере развития человечество постепенно изучает среду своего обитания, открывая новые, ранее неизвестные её свойства.

Большой прорыв в науке произошел в середине XX века. Человек узнал о существовании физических полей и их влиянии на природную среду и человека. К настоящему моменту имеется обширная литература о влиянии излучений на организм человека, в т.ч., на его психику [10-17]. Сегодня известны многие природные факторы, влияющие на психику человека и приводящие ее к серьезным нарушениям. Это такие факторы, как:

- космические излучения, создающие внешнее магнитное поле Земли;
- аномальное магнитное поле Земли (АМПЗ) на участках интенсивных положительных магнитных аномалий и
- низкочастотные электромагнитные излучения, действующие в тектонических разломах земной коры (*техногенные факторы здесь не рассматриваются*).

\* Абиотические факторы - это комплекс условий неорганической среды, влияющих на организмы (*свет, температура, излучения космические и земные, и др.*).

\*\* Биотические факторы среды - это влияние одних организмов на другие (*в обществе - это преимущественно социальные факторы*).

И биосфера, и Земля являются подсистемами природных комплексов, подчиняющихся единым космическим законам. В настоящий исторический период (2

млн. лет назад) Солнечная система завершила длительный путь (72 млн. лет) в вакууме и вошла в «рукав» Ориона [19].

Преодолев оболочку рукава к концу 1-го млн. лет, Солнечная система вошла во внутреннее пространство рукава Ориона - зону плотной материи, насыщенную метеоритами и астероидами (*создана международная программа по астероидной опасности с участием ЛР*). В 1775 г. на пути Солнечной системы возникает препятствие в виде огромного гипотетического плазменного локального пузыря (ГПЛП). Вход в ГПЛП ознаменовался на Земле мощным Лиссабонским землетрясением. Плазма пузыря представляет собой горячую (6 - 10 тыс. град. С°) ионизированную «материю», содержащую значительное количество водорода и электромагнитной энергии [19]. «Удар» плазменных потоков приняла на себя гелиосфера Солнца, а в 1859 г. она вошла в одно из плазменных облаков внутри ГПЛП (*рис.1*). При этом произошла крупнейшая из всех известных человечеству магнитных бурь.



Рис. 1. Солнечная система проходит межзвездное плазменное облако внутри ГПЛП

Плазменные структуры являются источником значительных электромагнитных излучений и потоков водорода, ведущих себя как излучение. Космическое электромагнитное излучение нарушает работу магнитного поля Солнца и планет. Солнце приходит в активное состояние. Возрастают потоки «солнечного ветра» на Землю, а излучения попадают в атмосферу Земли через незащищенные радиационными поясами «окна» на полюсах (*см.рис.2-радиационные пояса Земли*).

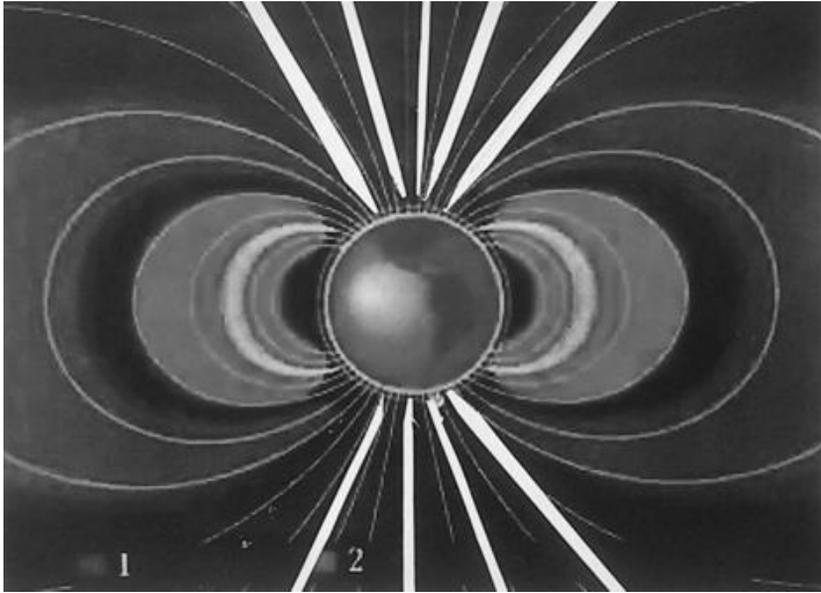


Рис. 2. Радиационные пояса Земли и входы космических излучений на полюсах (1- электронный пояс и 2- протонный пояс)

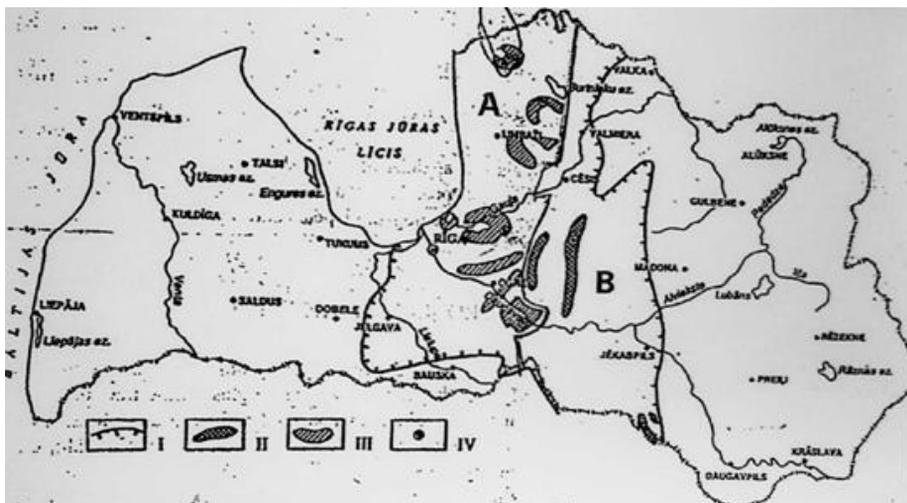
В результате изменения положения Солнечной системы в Галактике резко увеличилось поступление в атмосферу Земли и космической, и солнечной плазмы. Возросла интенсивность магнитного поля планеты. По прогнозам астрофизиков путь Солнечной системы через плазменное облако потребует около 3000 лет [20]. Далее Солнечная система будет двигаться в плазме ГПЛП, а затем войдет в следующее облако. Прохождение потребует более миллиона лет.

Сложившаяся космическая ситуация ставит перед человечеством задачи защиты от избыточных поступлений энергии в атмосферу Земли. Современная наука рассматривает пока два варианта защиты:

- экранирование зон входа космической энергии на полюсах и
- частичную утилизацию поступающей космической энергии.

Профессор Корнуэльского университета Ричард Лавлей считает, что в астрофизике можно использовать принцип экранирования космического излучения магнитным излучением, направленным с Земли. Технические возможности нашей цивилизации, в принципе, позволяют это осуществить.

Мы рассмотрели одну из трёх причин, которые влияют на заболеваемость людей психическими расстройствами, а именно влияние возросшей интенсивности внешнего магнитного поля Земли. Этот фактор оказывает на здоровье населения не локальное воздействие, а фоновое как результат общего повышения интенсивности внешнего магнитного поля Земли. Перед человечеством стоит задача создания технологий, с помощью которых можно было бы контролировать количество энергии, поступающей в атмосферу Земли. А сейчас рассмотрим две другие причины, вызывающие рост (рис.3)



1. Границы Рижского железнорудного р-на; 2. Залежи железных руд Гарсенского типа (А); 3. Залежи железных руд Стайцельского типа (В); 4. Исследовательские скважины, пробуренные с целью определения наличия железных руд.

Рис. 3. Рижский железнорудный район (РЖР) [28]

заболеваний психики и связанные с земной корой. Эти причины человечество может контролировать уже сегодня. Это аномальное магнитное поле и сейсмически активные зоны. Выяснить влияние этих факторов на население можно, разделив районы Латвии на три группы как:

- районы, расположенные в интенсивном аномальном магнитном поле;
- районы, пересекаемые сейсмически активными разломами;
- районы вне магнитных аномалий и сейсмически активных зон.

Латвия относится к территориям с интенсивным аномальным магнитным полем, что связано с наличием в центральной части страны месторождений железных руд, а также относительно близким к поверхности кристаллическим фундаментом (от 0,25 км до 2,1 км – см.рис. 3).

Интенсивные магнитные аномалии (от 500\* нТл до 10 000 нТл) расположены в Рижском железнорудном районе (РЖР). Территории к западу и востоку от РЖР характеризуются слабоинтенсивным магнитным полем до 500 нТл. Многочисленные исследования влияния электромагнитного поля на организмы во всём мире, начиная с работ французского ученого аббата Ленобля в 1777 году, медиков Шарко и Дюрвиля, кончая современными исследованиями космической медицины, свидетельствуют о значительном влиянии электромагнитных излучений на психику человека [10 - 17, 25].

Такие излучения создают теллурические токи Земной коры. Исследования в Латвии и исследования зарубежных специалистов свидетельствуют о том, что магнитное поле с интенсивностью свыше 1000 нТл отрицательно влияет на организм, приводя к заболеваниям и сокращению его продуктивности [10 - 17, 25].

По данным статистики США, чем интенсивнее аномальное магнитное поле территории, тем больше коек занято в психиатрических больницах, тем выше число припадков эпилепсии и тем чаще случаи самоубийств. Из трёх республик Балтики – Латвия наиболее богата магнитными аномалиями. На втором месте находится Эстония, на третьем - Литва. Соответственно в психиатрических лечебницах на 100 тыс. чел. в Латвии – 19,4 места, в Эстонии – 14,0 мест, в Литве - 13,2. По данным 2011 г. в Латвии 140 тыс. психически больных людей, что составляет 6% от всех жителей страны.

Положительные магнитные аномалии с интенсивностью выше 700-1000 нТл являются патогенными зонами и создают проблемы не только с психикой, но и со многими другими системами организма, такими как эндокринная, кровеносная и половая система [25]. В Латвии положительные интенсивные магнитные аномалии сосредоточены в РЖР. Служба государственной медицинской статистики публиковала данные по заболеваемости психическими болезнями в Латвии с привязкой к административным территориям, начиная с 1987 года по 1998 год (*в дальнейшем данные не публиковались*). Имеющиеся данные за 10 лет позволяют сравнить уровень заболеваемости в РЖР и в районах, где отсутствуют крупные разломы и залежи железной руды.

В РЖР размещаются 8 административных районов, указанных в табл.1. Там же приведены данные заболеваний психики по годам и средняя по каждому району интенсивность аномального магнитного поля. Средняя интенсивность аномального магнитного поля РЖР составляет 517,2 нТл.

Таблица 1. Заболеваемость населения Латвии психическими болезнями\*в зоне Рижской магнитной аномалии на 100тыс. чел. в год [25]

№.№ п.п.	Районы	Годы					Ср. инт. МП(нТл)
		1988	1993	1994	1997	1998	
1	Айзкрауклес	2286	2080	2200	3520	4092	+221
2	Бауский	2057	2020	2130	5551	1662	+727
3	Екабпилсский	3281	3400	3360	3463	3419	+273
4	Лимбажский	1959	2210	2270	3803	4004	+346
5	Огрский	1724	1870	1920	2154	2146	+1398
6	Рижский	1846	1680	1740	2634	2656	+947
7	Валкский	2607	2560	2650	4749	4214	-172
8	Валмиерский	2180	2420	2450	2509	1988	+398
	Средняя забол.	2484	2242	2321	2871	2855	+517

Территорию Латвии членят на различные по величине литосферные блоки тектонических разломов. Наиболее крупные системы тектонических разломов - это Лиепайско - Псковская зона разломных нарушений, Елгавский разлом и разломы, членящие Латвию на три части (Балтийскую синеклизу, Латвийскую седловину и Балтийский щит (рис.4).

Согласно исследованиям главного сейсмолога Латвии доктора геологии Валерия Никулина, сейсмически опасны территории, указанные на рис. 4.



Обозначения. М. 1:5000000,1981 [26]

- разломные нарушения, членящие территорию литосферных плит
- 1. Балтийский щит
- 2. Балтийская синеклиза
- 3. Латвийская седловина
- Елгавский разлом
- ▨ Лиеп.-Рижс.-Пск. зона

Рис. 4. Схема тектонического районирования Балтики

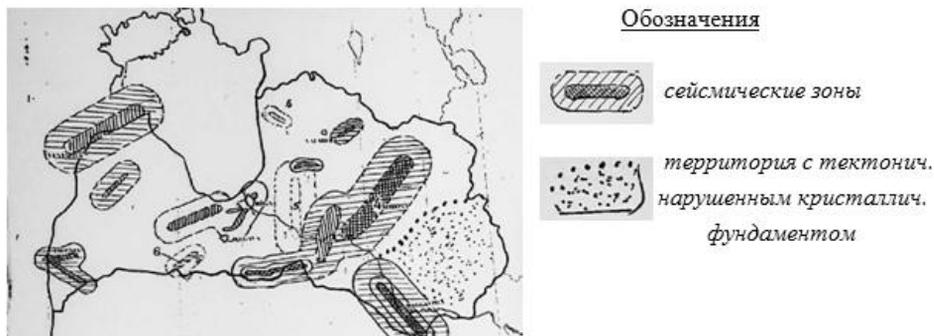


Рис. 5. Схема тектонических зон Латвии

Кроме того, наиболее раздробленной частью кристаллического фундамента Латвии является Латгальский кристаллический фундамент (рис. 6).

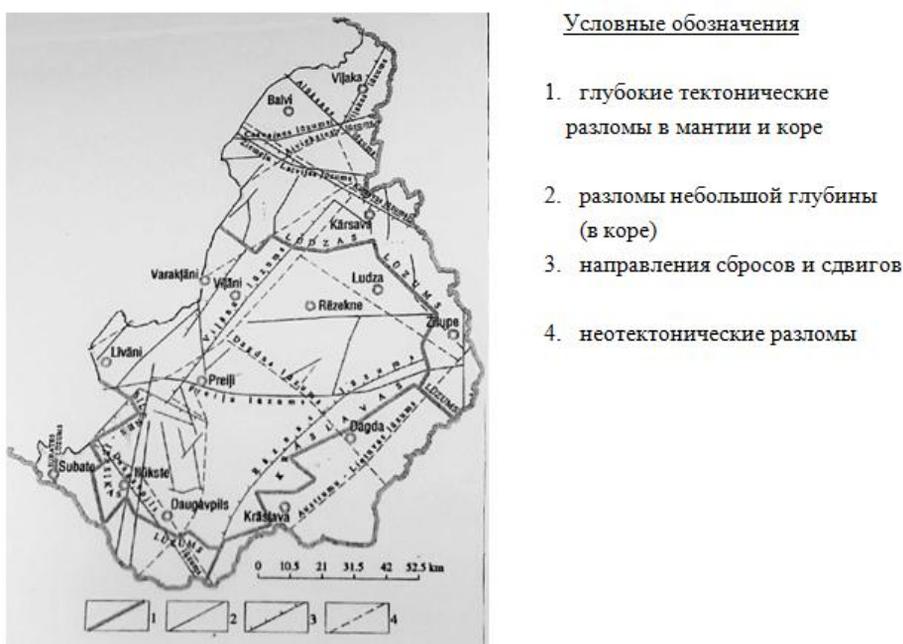


Рис. 6. Тектоническая карта Латгалии (В.В.Ветренников)

Данные по заболеваемости населения психическими болезнями в районах, расположенных в наиболее сейсмических местах, даны в табл. 2., и заболеваемость с годами возрастает. В восточных странах с высокой сейсмичностью, например, рост пациентов в психиатрических больницах даже ассоциируется с приближающимся землетрясением.

Таблица 2. Заболеваемость населения Латвии психическими болезнями в районах с проявлениями сейсмической активности в земной коре (на 100 тыс. чел. в год)

№.№ п.п.	Районы	Годы					Ср.интенс.
		1988	1993	1994	1997	1998	МП (нТл)
1	Алуксненский	1525	1680	1750	2741	2581	-93
2	Даугавпилский	2116	1880	3200	2662	2889	+75
3	Гулбенский	1946	3180	3200	3959	4209	-102
4	Елгавский	2165	1800	1870	4578	3294	+183
5	Лиепайский	2390	3000	3190	4495	2677	+77
6	Мадонский	1764	1910	2130	2820	3078	+175
7	Резекненский	2171	2470	2760	9813	5647	+77
8	Салдусский	1715	1680	1610	4251	4669	+23
9	Вентспилский	1408	1840	1910	4022	4455	+219
	Среднее знач.	1911	2160	2902	4371	3722	+70,4

Заболеваемость в остальных районах Латвии, в которых нет магнитных аномалий и тектонических активных разломов, приведена в табл. 3.

Таблица 3. Заболеваемость населения Латвии психическими болезнями в районах, где отсутствуют магнитные аномалии и крупные тектонические разломы на 100 тыс. чел. в год [25]

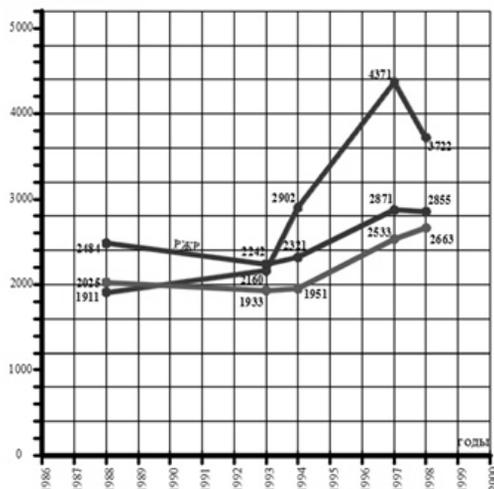
№.№ п.п.	Районы	Годы					Средняя
		1988	1993	1994	1997	1998	интенс. МП(нТл)
1	Валкский	1776	2040	2080	3238	3425	+28
2	Цесиский	2237	2150	2170	1218	1519	-21
3	Добельский	2242	2340	2480	2891	2535	+318
4	Краславский	1904	1940	2060	2726	2713	+74
5	Кулдигский	2010	1420	1520	2670	2930	+28
6	Лудзенский	2115	1840	1760	2601	2713	-11
7	Прейльский	1796	1790	1840	2820	3026	+5
8	Талсинский	2107	1980	1900	2718	2906	+189
9	Тукумский	2036	1900	1750	1895	2202	-2
	Средн. знач.	2025	1933	1951	2533	2663	+67,5

\* В таблице указана численность больных, состоящих на учете

По данным таблиц 1, 2, 3 построен график динамики психической заболеваемости в Латвии за 10 лет, который наглядно показывает рост психической заболеваемости на всей территории Латвии и превышение заболеваемости в магнитных аномалиях и, особенно, в сейсмически активных зонах (рис. 7).

**Динамика заболеваемости населения Латвии психическими болезнями в магнитных аномалиях и в зонах крупных тектонических разломов. ( на 100 000 жителей в год)**

заболеваемость психическими болезнями  
на 100 000 жителей



- в Рижском железорудном районе,
- в районах, не содержащих магнитных аномалий и крупных тектонических разломов,
- в районах - зонах крупных тектонических нарушений

Рис. 7. График динамики заболеваемости психическими болезнями

Первопричиной стрессовых состояний и психической неадекватности людей, преимущественно являются физические поля космоса и Земли, учет которых позволяет снизить уровень психической заболеваемости в стране и одновременно снизить уровень агрессивности и криминальных преступлений.

Анализ причин роста числа психических заболеваний позволяет утверждать:

1. Глобальный рост числа психических заболеваний связан с изменившимся положением Солнечной системы в Галактике и ее прохождением плазменных структур «рукава» Ориона. Вследствие этого длительное пребывание в измененной среде опасно для психики человека и требует принятия мер по контролю количества поступающей из космоса энергии.

2. На уровень психической заболеваемости большое влияние оказывает интенсивность аномального магнитного поля территории. Этот фактор необходимо учитывать при расселении населения. Оптимальные отклонения интенсивности магнитного поля от среднего значения  $\pm 150$  нТл. Длительное проживание человека на территории с интенсивностью магнитного поля свыше 1000 нТл или ниже 700 нТл может создать угрозу его здоровью и жизнедеятельности.

3. В настоящий исторический период в связи с увеличившимся потоком космической энергии от плазменных структур и активного Солнца имеет место разогрев верхней мантии и активизация сейсмических процессов на Земле. Длительное проживание населения в зонах активных тектонических разломов может также стать причиной нарушения психики людей. Представляется целесообразным провести проверку активности тектонических разломов, используя в качестве индикатора эманацію радиоактивного газа радона.

4. Для профилактики заболеваемости населения в целом и психической заболеваемости, в частности, необходима разработка законодательных актов, запрещающих или, по крайней мере, не рекомендующих размещение жилья, психоневрологических и др. учреждений в 500 метр. зоне влияния по обе стороны от разлома, в зоне магнитных аномалий с интенсивностью свыше 1000 нТл или ниже 700 нТл, а также в зонах техногенных электромагнитных полей.

Комментарий доктора философии естествознания Г.Цветкова (г.Рига).

Как показывают многочисленные исследования, длительное пребывание человека в измененной среде опасно для здоровья и требует смены среды на приемлемую или принятия специальных мер по защите организма. В частности, на уровень психической заболеваемости большое влияние оказывает интенсивность магнитного поля территории, превышающая 1000 нТл. Длительное проживание населения в зонах тектонических разломов также может стать причиной нарушения психики людей. Освоение космического пространства поставило перед человечеством задачу – приспособиться к жизни в среде, вообще не имеющей аналогов на Земле. Крайне низкая интенсивность гравитационного поля негативно отражается на опорно-двигательной системе, создаёт проблемы для работы кровеносной, костно-сkeletalной и других систем. Космонавты столкнулись также с повышенной радиоактивностью, электромагнитным излучением и бактериологической опасностью. Освоение космоса требует углублённого изучения взаимосвязи человека со средой, его биологической сущности и возможностей. Одновременно, освоение космоса помогает человечеству лучше узнать планету, на которой оно живёт. Важно также – исследовать, как влияет пребывание в космосе на организм в долговременной перспективе, проанализировать воздействие всех факторов, а не только радиации или отсутствия гравитации. Речь, конечно, идёт о других физических полях, о длительном нахождении человека в атмосфере космической станции, потреблении «искусственной» неземной воды, пищи и др.

Важен психологический аспект: находясь на орбите, мы ежедневно в иллюминаторе видим Землю, подсознательно знаем, что в любой момент можем спуститься. Земля – дом человечества, его колыбель. Изменённые физические условия среды меняют человеческую психику. Так, например, летчик - испытатель Марина Попович, много лет провожавшая и встречавшая космонавтов из полётов, отмечает «эффект Соляриса» Станислава Лема: «В космос они уходят одними людьми, а возвращаются другими. Словно, столкнувшись там с неизведанным, они сами становятся частью этого». Мы пока ни психически, ни психологически не готовы к тому, чтобы покинуть Землю при полёте, например, на Марс с использованием ракет на химическом топливе - без надежды на возврат. Однако уже в 1980-х годах в СССР и в США появились первые работающие прототипы ионных и плазменных ракетных двигателей. Для этих двигателей важнейшей характеристикой является скорость истечения рабочего тела (к слову, моим дипломным проектом в военной академии был «Электрогазодинамический генератор сверхвысокого напряжения для ракет и космических аппаратов», разрабатываемый именно для повышения скорости истечения рабочего тела). Крайне амбициозная задача реализуется сегодня в России – создание ядерной энергодвигательной установки. Если эта задача будет реализована, то человечеству откроется дорога в дальний космос при полётах к Луне и на Марс, к другим планетам и спутникам в Солнечной системе.

И ещё об опасности таких полётов. Любой аппарат, который побывает, к примеру, на марсианской поверхности, при возвращении на Землю неизбежно привезёт на себе «пыль далёких планет». Весь вопрос в том, что содержит эта пыль? Как «спящие» инопланетные споры простейшей жизни могут повести себя в

земных условиях – в тепле, на свету, в атмосфере с кислородом и при огромном количестве воды? Они могут начать активно размножаться, и кто поручится, что это не принесёт угрозы человечеству и Земле? Ведь космонавты уже точно знают, что в космосе есть жизнь, на поверхности МКС в 400-х километрах от Земли были обнаружены колонии живых бактерий, споры океанских водорослей и межзвёздная «пыль». Проблемы были, есть и будут, и, тем не менее, человечество продолжает своё эволюционное развитие, решая их и готовясь к решению следующих задач.

### Список литературы

1. Юрьева Л.Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и на Украине // «Медицинские исследования». Журнал. Т. 1, 2001. С. 1-4.
2. Петраков Б.Д. Основные закономерности распространения психических болезней в современном мире и в РФ // XII съезд психиатров России. Москва, 1995. С. 98.
3. Murray C.J.L., Lopez A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality from diseases, injuries and risk factors in 1990 and to 2020//Global Burden of Disease and Injury Series. Vol.1. Boston: Harvard, 1996.
4. Eisenberg L. Past, present and future of psychiatry: personal reflections // The Canadian Journal Psychiatry, 1997. Vol. 42. September. P. 705-713.
5. Портнов А.А. Распространенность и статистика психических заболеваний (здоровье, болезни, психическое здоровье, психотерапия). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://ilive.com.ua/> (дата обращения: 11.11.2019).
6. Eugene P.Odum. Fundamentals of Ecology / Therd Edition, W.B.Sounders Company Philadelphia-London-Toronto, 1971. 733 p.
7. Вернадский В.И. Биосфера и ноосфера / Айрис Пресс, Москва, 2013. 270 с.
8. Гумилев Л.Н. Полное собрание сочинений / Этногенез и биосфера Земли. Изд-во АСТ. Москва, 2016. 1024 с.
9. Backer R.O. The effect of magnetic field upon central nervous system/ Biol. effects of magnetic fields. NY, Plenum Press, 1969. P. 207-214.
10. Hansons Hans-Arne M.D. Effect on the nervous system by exposure to electromagnetic fields Experemental and clinical stadies Institute of Neurobiology P.O. Box 33031; s.40033. Gotherlorg. Sweden, 1965.
11. Kartunova L., Venternnikov V. The impact of the anomalous magnetic field of the Earth of the demographical indices/ 14-Th N.B. Conference of Biomedical Engineering and Medical Physics. Riga, Latvia, June-16-20, 2008.
12. Presinger H.A. Geopsychology and geopsychopatalogy Mental processes and disorders associated with geochemical and geophysical factors: Experiment. 43, 92-192, 1975.
13. Холодов Ю.А. Влияние электромагнитных и магнитных полей на центральную нервную систему / Изд-во «Наука». Москва, 1970. 36 с.
14. Серпов В. Ю. Влияние естественных магнитных полей на безопасность жизнедеятельности человека в зонах геофизических аномалий Европейской части России – диссертация ВАК 14.00.07. С. Петербург, 2007, 321 с.
15. Холодов Ю.А. Минутя органы чувств / Доклад на семинаре «Биологическое действие геомагнитных полей», Тбилиси, 1991, С. 13-14.
16. Удинцев Н.А., Хмынин С.М. Влияние магнитного поля на семенники / Изд. Томского университета, Томск, 1980. 127 с.
17. Rassell D.R. Effects of constant magnetic field on invertebrate neorus. In: Biological effects of magnetic fields, Vol. 2. NY, Plenum Press. P. 227.
18. Смотровин Е.Г. Путешествия по Млечному пути. Ритмы Земли в Галактике / [planeta.may.su/](http://planeta.may.su/)>Главная>2012>июнь>4.
19. Измоденов В.В. Граница гелиосферы // Земля и Вселенная, 2005. № 4. С. 34-45.

20. Котушкина О.А., Измоденов В.В., Александр Д.Б. Рассеянное солнечное Лаймон-альфа излучение вблизи границы гелиосферы... /доклад на 10-й конф. «Физика плазмы в Солнечной системе», 16.02. - 20.02.2015.
  21. Магнитное экранирование в космосе. БИНТИ №44, 31.10.1979. С. 37/ «Science News» (США). Том 115. № 25, 1979. С. 410.
  22. Trushins J. u.c. Zinatniski petnieciskais paskats apakshprojekta temai „Geofizisko faktoru ietekme uz demograf. proces..”, 5sej. 2591 lpp.11k. S, 2010.
  23. Куклев Ю.Н. Физическая экология // Высшая школа. Москва, 2001. 139 с.
  24. Сараева Н.М. Психологический статус человека на территориях экологического неблагополучия. Изд-во ЛКИ, Москва, 2008. 176 с.
  25. LR medicinas statistikas gadagramatas 1989, 1991, 1995, 1998, izd. 32,35,38,42, Labklajibas ministrija, Riga, 1989, 1992, 1995, 1999.
  26. Тектоническая карта Латвийской ССР. М. 1: 500000. Ред. Мисанс Я.И. Ленингр. картогр. ф-ка ВСЕГЕИ, 1981.
  27. Latvijas zemes dzilju resursi/ Valsts geologiskais dienests. Riga, 1997. 27 lpp.
  28. Kartunova L. Effect of Solar Radiation on demographic rate in Latvia // International Conference „Radiation interaction with and.”. Kaunas, 2010.
  29. Noviks G., Chubars E., Kartunova L., Vetreņņikovs V. Vides dimensija. Latgale (Regionikc. Environmental, Dimension. Latgale). Rezekne: RTA. 2019. 278 lpp.
  30. Картунова Л.С., Цветков Г.С. Глобальные изменения климата Земли: потепление или похолодание? // Наука, образование и культура, Москва, 2019. № 2 (36). С. 53-63. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.scieceproblems.ru/> (дата обращения: 11.11.2019).
  31. Картунова Л.С., Цветков Г.С. Глобальные изменения климата Земли: потепление или похолодание? // Наука, образование и культура, Москва, 2019. № 2 (36). С. 53-63. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.scieceproblems.ru/> (дата обращения: 11.11.2019).
-

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БРОНХОДИЛЯТОРОВ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ

Шарипов Р.Х.<sup>1</sup>, Ахмедова М.М.<sup>2</sup>, Расулова Н.А.<sup>3</sup>, Расулов А.С.<sup>4</sup>,  
Ирбутаева Л.Т.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Шарипов Рустам Хаитович – доктор медицинских наук, доцент;

<sup>2</sup>Ахмедова Махбуба Махмудовна – доцент;

<sup>3</sup>Расулова Надира Алишеровна – кандидат медицинских наук, ассистент;

<sup>4</sup>Расулов Алишер Собирович – доцент;

<sup>5</sup>Ирбутаева Лола Таиббековна – ассистент,

кафедра педиатрии и общей практики, факультет последипломного образования,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** целью работы явилось сравнение клинической эффективности бронходилляторов у детей раннего возраста. Был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Полученные результаты показали, что у больных I-й группы (24) применение небутамола способствовало более быстрому уменьшению выраженности тахипноэ, улучшению общего состояния, уменьшению цианоза носогубного треугольника и кашля, исчезновению симптомов бронхообструкции. Тогда как у детей II-й группы, получавших эуфиллин (24), положительная динамика отмечена в более поздние сроки и у небольшого количества больных. На 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66,6% больных, при применении же небутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Таким образом, хорошая переносимость и быстрое улучшение клинического состояния больных доказывают преимущество назначения небутамола при лечении бронхообструкции.

**Ключевые слова:** дети, бронхообструктивный синдром, оценка.

**Актуальность.** В последнее время появился ряд исследований, свидетельствующих о благоприятном влиянии ингаляционной терапии небутамолом на обструкцию дыхательных путей [2,5]. Однако, недостаточно работ, в которых изучалось бы влияние перорального назначения препарата у детей раннего возраста. Известно, что эуфиллин является одним из наиболее популярных препаратов, применяемых при лечении бронхообструктивного синдрома [3]. Вместе с тем, он требует определенной осторожности при применении, поскольку имеет небольшую терапевтическую широту, длительный период полураспада и вызывает ряд побочных эффектов со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой системы и других органов [1,4].

Все выше указанное диктует необходимость поиска наиболее эффективных и удобных при применении у детей грудного возраста препаратов, снимающих бронхообструкцию с наименьшим побочным влиянием.

**Целью работы** явилось сравнение клинической эффективности бронходилляторов у детей раннего возраста.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения указанной цели был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением небутамола и эуфиллина. С целью контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий осуществляли ЭКГ исследование до и после лечения бронходилляторами у всех наблюдаемых больных. Чрезкожное определение насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом осуществлялся с помощью аппарата пульсоксиметр NELLCOR до применения препаратов и в динамике через 60 мин., 24 ч., 48 ч., 72 ч. после введения небутамола и эуфиллина.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Общее состояние наблюдаемых больных было средне-тяжелым в 81,2% (n-39) случаях, тяжелым в 18,8% (n-9). При осмотре отмечено: бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа почти у всех больных. При аускультации легких у всех наблюдаемых больных выслушивались сухие, средне-, крупнопузырчатые, а также единичные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны сердечно-сосудистой системы у всех больных тоны сердца были приглушены. Больные I-й группы (n-24) в составе комплексной терапии получали небутамол внутрь (1 мг/кг 3 раза в день).

Во II-ю группу также были включены 24 ребенка, которым в составе комплексной терапии 3 раза в сутки перорально был назначен эуфиллин в стартовой дозе 4-6 мг на 1 кг массы с последующим переходом на поддерживающую дозу 3 мг/кг. Полученные результаты показали, что у больных I-й группы значительно быстрее наступало клиническое улучшение: уже на 10-й минуте после введения небутамола отмечалось уменьшение выраженности тахипноэ, у 22 больных на 2-3 й день выявлено улучшение состояния, уменьшение цианоза носогубного треугольника, кашля и одышки, исчезновение симптомов бронхообструкции. У детей II-й группы положительная динамика отмечена у 17 больных: полное снятие бронхообструктивного синдрома наблюдалось у 11 больных на 3 день лечения; кашель с мокротой исчезали на 5-6 день лечения. У 6 больных было достигнуто лишь незначительное улучшение: мокрота стала слизистой, количество ее уменьшилось. Результаты наших исследований показали, что у больных, получавших небутамол, исчезновение симптомов интоксикации происходило на 2-3 день у 91,6% больных, а во II-й группе этот показатель составил 79,1%. Особый интерес представляет купирование бронхообструктивного синдрома: так, на 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66,6% больных, при применении небутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Кашель с выделением мокроты у больных, получавших небутамол, исчезал на 7 день у 91,6% больных, а в группе сравнения – на 7 день у 66,6% больных.

Происходила нормализация оксигенации крови у детей I-й группы, причем статистически достоверно увеличение насыщения крови кислородом было выявлено уже на 60-й минуте наблюдения (55%). Увеличение насыщения крови кислородом параллельно отмечалось и во II-й группе, но было менее выраженным (35%). У детей I-й группы мы наблюдали снижение частоты сердечных сокращений, что может быть объяснено уменьшением выраженности бронхиальной обструкции и нагрузки на аппарат дыхания, снижением сосудистого сопротивления в большом и малом кругах кровообращения. Тогда как у больных II-й группы отмечалась тахикардия к 60-й минуте после введения препарата, причем различия по этому показателю между группами оставались достоверными на протяжении всего периода исследования.

У больных I-й группы наблюдалось уменьшение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, которые имели место до начала терапии, это могло быть связано, в том числе, с улучшением дыхательной функции легких. У 2 (8,3%) детей из II-й группы наблюдалось увеличение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, что могло быть связано с развитием побочных эффектов эуфиллина. Однако в целом эти явления были нестойкими и быстро исчезали на фоне отмены препарата. Еще одним из важных показателей клинической эффективности небутамола является сокращение пребывания больных в стационаре на 2,6 дней по сравнению терапией эуфиллином, что в среднем составило  $7,4 \pm 0,6$  койко-дней против  $10,0 \pm 0,6$ .

Таким образом, хорошая переносимость, легкая дозируемость, отсутствие необходимости в обучении правильной технике приема, достоверное улучшение клинического состояния больных и отсутствие серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы позволяют рекомендовать небутамол при

лечении бронхообструкции. Особенно это касается детей раннего возраста, у которых могут быть сложности в проведении ингаляционной терапии. Наш опыт лечения острого обструктивного бронхита свидетельствует о возможности применения сальбутамола у больных с нетяжелым и среднетяжелым течением. При тяжелой бронхиальной обструкции преимущество следует отдавать небулизации небутамола, которая позволяет достичь эффекта в более короткий срок.

**Выводы:** 1. Пероральная терапия небутамолом у детей наиболее предпочтительна в связи с хорошей переносимостью, отсутствием побочных эффектов и необходимости в обучении правильной технике приема. 2. Применение перорально вводимого небутамола обеспечивает более быстрый и стойкий эффект, чем зуфиллин при бронхиальной обструкции у детей раннего возраста. 3. Исследования основных витальных показателей и чрезкожного насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии желательнее проводить через 60 минут, 24 ч, 48 ч, 72 часа после приема бронхорасширяющих препаратов. Такая последовательность дает возможность широкого их использования не только с целью диагностики, но и контроля эффективности проводимого лечения.

### *Список литературы*

1. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент. 1996.
2. *Камилова Р.Т. и др.* Влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние юных спортсменов // Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2016. № 4.
3. *Пак Е.А., Мавлянова З.Ф., Ким О.А.* Показатели состояния сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся каратэ // Спортивная медицина: наука и практика, 2016. Т. 6. № 1. С. 21-25.
4. *Расулов А.С. и соавт.* Реабилитация детей первого года жизни с рахитом и анемией // International journal on immunorehabilitation. April, 2001, Volume 3, 17.
5. *Шавази Н.М., Лим М.В., Тамбриазов М.* Генеалогические аспекты острого обструктивного бронхита у детей // Вестник врача, 2017. С. 39.
6. *Шавази Н.М. и др.* Возможности небулайзерной терапии бронхообструктивного синдрома у детей // Вестник врача, 2017. С. 35.
7. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино», 2001.
8. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. Ташкент: Изд-во O'qituvchi, 2006.
9. *Шарипов Р.Х. и др.* Бронхообструктивный синдром и методы коррекции у детей // Вестник врача. С. 52.
10. *Indiaminov S.I.* Morphological features of the human brain in different variants of fatal blood loss on the background of alcohol intoxication // Herald of Russian State Medical University. Moscow, 2011. № 5. С. 63-66.
11. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.
12. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // Nagoya journal of medical science, 2014. Т. 76. № 3-4. С. 255.
13. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
14. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaja khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
15. *Sayit I.* Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication // European science review, 2016. № 7-8.

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ДЕФЕКТА ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ ЧЕЛЮСТЕЙ

Ибрагимов Д.Д.<sup>1</sup>, Гаффаров У.Б.<sup>2</sup>, Исхакова З.Ш.<sup>3</sup>, Имомов К.Н.<sup>4</sup>,  
Ахмедов Б.С.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Ибрагимов Даврон Дастамович - базовый докторант;

<sup>2</sup>Гаффаров Усмон Бобоназарович - заведующий кафедрой;

<sup>3</sup>Исхакова Зухра Шарифкуловна – ассистент;

<sup>4</sup>Имомов Камол Нурмамат угли - магистр;

<sup>5</sup>Ахмедов Бинали Сахадинович – магистр,

кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом детской челюстно-лицевой хирургии,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** в статье отражены результаты исследования свойства препарата «Коллапан-Л» в комплексном лечении больных с радикулярной кистой челюстей, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии городского медицинского объединения города Самарканда. Полученные результаты исследования доказывают эффективность использования препарата «Коллапан-Л» в комплексном лечении больных с радикулярной кистой челюстей.

**Ключевые слова:** радикулярная киста, цистэктомия, остеопластический материал, кистагранулема, периапикального воспаления.

**Актуальность.** В структуре стоматологических заболеваний больные с одонтогенными кистами и кистоподобными доброкачественными образованиями занимают определенное место, и их количество не имеет тенденцию к снижению [1-4]. Согласно Международной гистологической классификации опухолей все опухоли и опухолеподобные образования, развитие которых связано с зубной системой, отнесены к группе одонтогенных опухолей и опухолеподобных образований, а радикулярные кисты в соответствии с пересмотренной Международной классификацией болезней, травм и причин смерти включены в раздел болезней пульпы зуба и периапикальных тканей [10].

Радикулярная киста – это полость, имеющая хорошо сформированную фиброзную стенку, для которой, примерно в 90% наблюдений [1,3] были характерны те или иные проявления воспалительной реакции и внутренняя стенка, выстланная плоским эпителием. Чаще возникает в результате хронического периапикального воспаления [4]. Пациент с радикулярной кистой может не предъявлять никаких явных жалоб, они возникают при нагноении содержимого или прорастании кисты в гайморову пазуху [5,6]. Длительное существование кисты приводит к деформации костной ткани и повышению риска перелома челюсти. Для диагностики используются данные объективного осмотра, дентальной рентгенографии, электрооднотометрии и пункции с последующим цитологическим исследованием [7,9]. Лечение радикулярной кисты производится хирургическим путем [8].

**Материал и методы.** Проведены операции цистэктомии однокорневых зубов верхней и нижней челюсти у 29 пациентов в возрасте от 35 до 55 лет, находящихся на стационарном лечении в городском медицинском объединении города Самарканд, показаниями для данного вмешательства было: радикулярные кисты, кистагранулемы однокорневых зубов верхней и нижней челюсти. Основную группу составили 16, контрольную - 13 пациентов с вышеперечисленными патологиями. В обеих группах, больным перед хирургическим вмешательством проводилось клиничко-лабораторное обследование и был запланирован оперативный метод лечения-цистэктомия с замещением дефекта челюстей остеопластическим материалом. Оперативное вмешательство проводилось традиционным методом. Пациентам основной группы

после пломбирования зуба с радикулярной кистой, был произведен разрез слизистой оболочки в проекции верхушки корня однокорневого зуба. Отсепарирован слизисто-надкостничный лоскут, произведена антисептическая обработка кистозной полости, полностью удалена кистозная оболочка вокруг верхушки корня, кистозная полость полностью замещена препаратом «Коллапан-Л». Замещенную полость накрыли слизисто-надкостничным лоскутом, рана зашита узловыми швами наглухо. Учитывая, что хирургические вмешательства в полости рта у пациентов как правило, сопровождаются большой вероятностью инфицирования, применение препарата «Коллапан-Л», содержащего в составе антибактериальный препарат линкомицин обеспечивало длительность бактерицидного эффекта на микроорганизмы, образующие зубной налет, способствовало предупреждению и лечению гингивитов, уменьшению воспаления десны. Пациентам контрольной группы проводилось аналогичное лечение без применения препарата Коллапан-Л.

**Результаты и их обсуждение.** У всех прооперированных больных послеоперационная рана зажила первичным натяжением. На 7–8 день после операции сняты швы. Результаты лечения прослежены у больных в сроки от 2 месяца до 1,5 года. У группы больных с применением препарата Коллапан-Л определяется плотная костная ткань на месте дефекта. В пределах дефекта зубы устойчивы. Рентгенологическим обследованием установлено, что активная регенерация костной ткани на месте бывшего дефекта начинается на втором месяце и уже через 3–5 месяцев контуры небольших дефектов до 0,5 см становятся малозаметными. Через 5 месяцев после операции цистэктомии с применением препарата Коллапан-Л местный статус без особенностей, пальпируется плотная костная ткань.

Пациентам контрольной группы проводилось аналогичное лечение без применения препарата Коллапан-Л, при котором определяется неплотная костная ткань на месте дефекта. Зубы неустойчивы в пределах дефекта, десны вокруг зубов в проекции операции отечны и наблюдается кровоточивость десневых сосочков при малейшем дотрагивании. Наше наблюдение показывает, рентгенологическое обследование больных с операцией "цистэктомии" без применения остеорегенераторного препарата регенерация костной ткани на месте бывшего дефекта в отличие от основной группы начинается на четвертом месяце уже через 4–7 месяцев контуры небольших дефектов становятся малозаметными. Через 7 месяцев после операции цистэктомии пальпируется плотная костная ткань.

**Выводы:** Использование биокomпозиционного материала на основе гидроксиапатита «Коллапан-Л» обеспечивает положительные результаты хирургических вмешательств. Процессы восстановления новообразованной костной ткани ускоряются, обуславливая интенсивное формирование костных структур. Заполнение послеоперационного дефекта биокomпозитным материалом благотворно влияет на течение послеоперационного периода, что выражается в значительном уменьшении послеоперационного отека мягких тканей, сохранении функции зуба и сокращении числа осложнений.

### **Список литературы**

1. *Зоиров Т.Э. и др.* Состояние гигиены и пародонта при лечении методом шинирования у больных с переломом челюсти // Вопросы науки и образования, 2019. № 23 (71).
2. *Ризаев Ж.А., Шамсиев Р.А.* Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) // Вісник проблем біології і медицини, 2018. Т. 1. № 2 (144).
3. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.

4. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино», 2001.
5. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
6. *Юсупалиева К.* Использование современных методов медицинской визуализации при диагностике деструктивных изменений зубочелюстной области // Научные разработки: евразийский регион, 2017. С. 54-57.
7. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. №.1-2.
8. *Minaev S.V. et al.* Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
9. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
10. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaja khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.

## АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

**Хаятов Р.Б.<sup>1</sup>, Велиляева А.С.<sup>2</sup>, Тураев Б.Т.<sup>3</sup>, Тураев Т.М.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>*Хаятов Рустам Батырбекович - ассистент;*

<sup>2</sup>*Велиляева Алие Сабриевна - кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой;*

<sup>3</sup>*Тураев Бобир Темирпулатови - ассистент;*

<sup>4</sup>*Тураев Толиб Махмуджонович – ассистент,  
кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан*

**Ключевые слова:** *аффективные расстройства, алкогольная зависимость, суицид.*

**Введение.** В структуре алкогольной зависимости около 55% пациентов страдают биполярными аффективными расстройствами. Биполярная аффективная патология зачастую определяет причину формирования суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью. В течение жизни для 84% больных с алкогольной зависимостью при наличии расстройств аффективной сферы характерно развитие суицидального поведения [1, 2]. Наряду с людьми без сопутствующей соматической патологией равно как и у больных употребляющих психоактивные вещества с ВИЧ-инфекцией основными симптомами аффективных нарушений является подавленное настроение, нарушение сна, потеря аппетита, похудание, утомляемость, пониженная самооценка, ощущение беспомощности, психомоторная заторможенность, социальная изоляция и суицидальные намерения [3].

**Цель исследования:** изучение влияния аффективных расстройств в структуре алкогольной зависимости на возникновение суицидальных попыток.

### **Материалы и методы исследования:**

При квалификации сочетанных особенностей личности использовались классификация П.Б. Ганнушкина, классификация акцентуаций характера К. Леонгарда, А.Е. Личко. Степень выраженности расстройств аффективной сферы в преморбиде выявлялась по патогномичной симптоматике и в соответствии с критериями исключалась из исследования, тем самым определялась критериям нормы или акцентуации характера. Характерологические аспекты анализировались на совокупности информации объективного и субъективного анамнезов, психологического статуса, а также дополнительных данных психологического

обследования с помощью теста ММРІ. Для контроля аффективных расстройств использовались: шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), шкала

Монтгомери – Асберга для оценки депрессии (MADRS), шкала самооценки депрессии Бека, шкала самооценки тревоги Шихана. Общее количество больных, вошедших в исследование, составило 84 человека. Все больные прошли стационарный курс лечения, а также наблюдались амбулаторно в отделении Самаркандского областного наркологического диспансера. Число больных алкогольной зависимостью с сочетанными расстройствами аффективной сферы составило 64 человека, возрастной диапазон – от 23 до 48 лет, средний возраст –  $37,4 \pm 2,5$  года. С алкогольной зависимостью, не ассоциированной с аффективными расстройствами, было 20 человек, возраст от 18 до 30 лет, средний возраст –  $23,2 \pm 3,2$  года. Все пациенты были мужского пола.

**Результаты и их обсуждение:** При анализе аффективных нарушений в вышеупомянутых группах пациентов с алкогольной зависимостью были выявлены следующие виды аффективных нарушений в соответствии с ведущими психопатологическими синдромами. 1-я группа ( $n = 64$ ): депрессивный – 26,0%; тревожно-депрессивный – 31,0 %; тревожный – 22,1 %; депрессивно-ипохондрический – 12,0%; астенодепрессивный – 9,0 %. 2-я группа ( $n = 20$ ): депрессивный – 5,8%; тревожно-депрессивный – 12,2%; тревожный – 9,7 %; депрессивно-ипохондрический – 1,9%; астено-депрессивный – 8,0%. Для описания степени тревожности всем обследуемым больным 1-й и 2-й групп проведено тестирование по шкале Спилберга – Ханина. Тестирование выявило высокий уровень как личностной, так и ситуационной тревожности. В ходе проведения неспецифической терапии уровень личностной тревожности снизился незначительно и продолжал оставаться высоким в 1-й группе и средним во 2-й группе. Аналогичная картина определялась по признакам ситуационной тревожности. Данные методов Спилберга – Ханина у больных алкогольной зависимостью выявили, что уровень личной и ситуационной тревожности в 1-й группе оставался относительно высоким, в то время как во 2-й группе уровни личной и ситуационной тревожности снижались относительно показателей, определяемых до проведения терапии алкогольной зависимости. Были определены типы аффективных расстройств в соответствии с ведущими психопатологическими расстройствами: тревожно-депрессивный, депрессивный, тревожный, депрессивно-ипохондрический, астено-депрессивный. Следует отметить, что выявленные расстройства отмечались нетипичностью, нечёткостью, неоднородностью, малой структурированностью, отсутствием постоянства, цикличностью, нестабильностью, размытостью между объективно выраженными расстройствами и их субъективной оценкой больными. Среди аффективных нарушений, наблюдающихся у больных в обеих группах, чаще всего отмечались тревога, дистимия. Патологическое влечение к алкоголю является одним из основных синдромов алкогольной зависимости. Исходя из многочисленных жалоб пациентов с алкогольной зависимостью, воздействие аффективных расстройств часто приводит к возникновению суицидальных мыслей. Аффективные расстройства являются одним из наиболее частых вариантов патологии при алкогольной зависимости. Они проявляются у больных с зависимостью от алкоголя как в острые периоды болезни в запойных состояниях, при алкогольном абстинентном синдроме, так и во время воздержания от приема алкоголя - в период становления и даже стабилизации ремиссии. Общей особенностью всех депрессивных синдромов, возникающих в рамках алкогольной зависимости, является наличие в них тревоги с различной степенью выраженности. По мнению большинства авторов, более целесообразно разделять тревожные расстройства на: возникающие в структуре патологического влечения и самостоятельные, если они сохраняются после

купирования основных симптомов патологического влечения. Вместе с тем, аффективные (депрессивные) нарушения синдромологически равнозначны патологическому влечению к алкоголю и обладают рядом особенностей, к которым относятся их малая дифференцированность, структурная нечеткость, преобладание в качестве базисного расстройства тревоги.

### **Выводы**

Коморбидность аффективных расстройств у больных алкогольной зависимостью имеет определяющее значение, поскольку, зачастую определяют возникновение и течение суицидального поведения. Применение фармакотерапии при лечении пациентов с алкогольной зависимостью ориентировано на подавление доминирующего элемента синдрома зависимости – патологического влечения, но на профилактику возникновения суицидальных попыток больными никакого влияния не оказывает. Обострения патологического влечения, сопровождающиеся аффективным компонентом, определяют неблагоприятное течение алкогольной зависимости и способствуют возникновению и течению суицидального поведения.

### ***Список литературы***

1. Ашуров З.Ш., Ходжаева Н.И. Девиантное поведение у больных алкоголизмом с коморбидными расстройствами личности // Неврология, 2015. № 1 (61). С. 49–51.
  2. Бузина Т.С. Психологическая модель профилактики зависимости от психоактивных веществ и сочетанных с ней парентеральных инфекций: автореф. дис. ... докт. психол. наук. М., 2016. 42 с.
  3. *Очилов У.У., Кубаев Р.М., Хаятов Р.Б.* Психические расстройства при употреблении психоактивных веществ с ВИЧ-инфекцией // Проблемы биологии и медицины. Самарканд, 2016. № 2 (87). С. 183-185.
-

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОТВАРА АНИСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИИМПЛАНТИТОВ

Шодиев С.С.<sup>1</sup>, Исматов Ф.А.<sup>2</sup>, Нарзиева Д.Б.<sup>3</sup>, Тухтамишев Н.О.<sup>4</sup>,  
Ахмедов Б.С.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Шодиев Саъдулла Самехжанович – ассистент;

<sup>2</sup>Исмаев Фаррух Аслиддинович – ассистент;

<sup>3</sup>Нарзиева Дилфуза Бахтиёровна – ассистент;

<sup>4</sup>Тухтамишев Навруз Орифжонович – магистр;

<sup>5</sup>Ахмедов Бинали Сахадинович – магистр,

кафедра челюстно-лицевой хирургии,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** в данной статье проанализированы и тщательно изучены характерные особенности периимплантатной жидкости и слюны у 42 больных с периимплантитами I и II класса. В основной группе для лечения пациентов мы использовали полоскание отваром аниса, а в сравниваемой группе лечение периимплантита проводилось на основе традиционных хирургических методов. По результатам исследования в ближайшие сроки после лечения периимплантитов мы обнаружили, что в основной группе у 93% пациентов при применении комплексного лечения периимплантитов с использованием отвара аниса уже на 2-е сутки наблюдалось значительное улучшение самочувствия, уменьшение отеков и утихание болей в области послеоперационного поля. В сравниваемой группе, у 80% больных болевой синдром продолжался более 3 суток.

**Ключевые слова:** дентальная имплантация, периимплантит, отвар аниса.

**Актуальность.** Большим достижением в стоматологии считается широкое внедрение в практику относительно нового перспективного направления – имплантологии. Суть имплантологии заключается во внедрении в костную ткань титанового имплантата различной конструкции. Данные некоторых международных авторов утверждают, что в зубном протезировании по всему миру нуждаются приблизительно от 45 до 65% процентов населения, и в основном возраст нуждающихся колеблется от 35-45 лет, при этом у женщин потребность в зубном протезировании на 20% больше. Главной задачей дентальной имплантологии, помимо восстановления утраченных зубов также является и возвращение целостности зубного ряда вместе с полноценным возмещением жевательной функции и эстетического вида каждого пациента. Послеоперационные осложнения, связанные с травматизацией раневым повреждением и асептическим воспалением (периимплантиты), остаются на высоком уровне [1; 2]. Так, воспалительные осложнения после дентальной имплантации составляют от 10 до 40%, притом что проявления воспаления часто проходят бессимптомно для пациентов и выявляются при клинико-рентгенологическом обследовании.

Частота воспалительных осложнений привлекает внимание имплантологов к проблеме профилактики и лечения мукозита и периимплантита [3]. Одним из перспективных направлений в современной восстановительной медицине является создание новых более эффективных немедикаментозных методов лечебно-профилактических мероприятий, которые существенно повысили бы функциональные резервы как здорового, так и больного человека [1; 4].

Как известно флора Узбекистана богата растениями которые имеют широкий спектр лечебного воздействия. С этой точки зрения нам представляется интересным изучение лечебного эффекта аниса.

**Цель исследования.** Изучение эффективности применения отвара аниса при лечении периимплантитов.

**Материалы и методы исследования.** Для проведения исследования мы отобрали 42 больных, у которых после дентальной имплантации наблюдались явления периимплантита, и разделили их на 2 группы: основная и сравнимая. В основной группе лечение пациентов проводилось также хирургическими методами (кюретаж, удаление грануляционных тканей, назначение антибиотиков), однако дополнительно назначали полоскание отваром аниса. В сравнимой группе лечение периимплантита проводилось на основе традиционных хирургических методов лечения без дополнительного назначения.

При проведении своих исследований мы придерживались классификации S.A. Jovanovika (1990), который степень тяжести воспаления подразделяет на следующие группы: 1-й класс - воспаление периимплантатных мягких тканей (мукозит); 2-й класс - мукозит с мягким горизонтальным или вертикальным дефектом кости на 1/5 длины находящегося в кости имплантата; 3-й класс - мукозит со среднетяжелым горизонтальным или вертикальным дефектом кости на 1/3 длины находящегося в кости имплантата; 4-й класс - мукозит с тяжелым горизонтальным или вертикальным дефектом кости более чем на 1/3 длины находящегося в кости имплантата.

Во время исследования изучали гигиенический индекс Федорова-Володкиной, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА), проводили пробу Шиллера-Писарева, определяли пародонтальный индекс Рассела и pH ротовой жидкости, а также провели цитологическое исследование десневой жидкости.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При проведении клинико-лабораторных обследований в ближайшие сроки после лечения периимплантитов мы обнаружили, что в основной группе у 93% пациентов при применении комплексного лечения с использованием отвара аниса уже на  $2,1 \pm 0,9$  суток наблюдалось значительное улучшение самочувствия, уменьшение отеков и утихание болей в области послеоперационного поля. Это можно объяснить тем, что применение отвара аниса в области оперативного вмешательства оказывает противоотечное, бактерицидное, анальгезирующее воздействие, а также значительно усиливаются регенеративно-репаративные функции организма. В сравнимой группе, у 80% больных болевой синдром продолжался  $3,2 \pm 0,21$  суток, что немного больше, чем в основной ( $P > 0,05$ ). В основной группе средние сроки купирования отека составили  $4,3 \pm 0,36$  суток, а в сравнимой группе  $6,1 \pm 0,27$  суток ( $P < 0,05$ ). Температура тела в сравнимой группе нормализовалась только на  $1,9 \pm 0,8$  суток ( $P < 0,05$ ), а у больных основной группы на  $1,1 \pm 0,2$  суток. Сроки заживления слизистой оболочки в двух клинических группах составляли в основной  $8,3 \pm 1,2$  суток, а в сравнимой группе  $10,6 \pm 2,1$  суток соответственно.

Для полной ликвидации воспалительных явлений потребовалось в основной группе -  $8,9 \pm 1,9$  суток, в сравнимой группе -  $12,2 \pm 2,4$  суток ( $P < 0,05$ ). По результатам нашего исследования также была выявлена положительная динамика показателей локальной реактивности организма за счет комбинированного лечения пациентов. Так, в основной исследуемой группе абсолютное количество нейтрофилов в 1 мл смешанной слюны было выше, чем у пациентов сравнимой группы. В то же время в основной группе замечена выраженная тенденция к нормализации числа нейтрофилов в слюне. В сравнимой группе при традиционном методе лечения также отмечается тенденция к нормализации количества нейтрофилов, но уже в менее выраженной форме. Исходя из этого в основной группе исследования имеется ощутимая разница в динамике нормализации числа нейтрофилов. При сопоставлении результатов, после проведения количественной оценки периимплантатной жидкости и слюны у больных с периимплантитом отмечается значительный прирост объема

эпителиальных клеток по сравнению с нормой. Наряду с этим по сравнению со здоровыми людьми у пациентов с 1-м классом периимплантита отмечается повышение содержания эпителиальных клеток в слюне  $5,1\pm 0,9$  и  $1,7\pm 0,1$  ( $p<0,001$ ) и в периимплантатной жидкости -  $4,8\pm 0,5$  в 3 раза по отношению с десневой жидкостью -  $1,6\pm 0,3$  ( $p<0,001$ ). У пациентов с более выраженным течением периимплантита (2-й класс) по сравнению со здоровыми людьми отмечается лишь небольшая разница в содержании эпителиальных клеток в этих средах и составляет в слюне  $-4,9\pm 0,3$  и  $1,7\pm 0,1$  ( $p<0,001$ ), в периимплантатной жидкости -  $4,1\pm 0,2$  по сравнению с десневой-  $1,6\pm 0,3$  ( $p<0,001$ ). Данное явление свидетельствует о формировании защитной функции организма в ответ на воспалительный процесс, поэтому разница в этом случае была не столь значимой, тогда как при периимплантите 1-го класса защитные функции организма еще не активировались, и поэтому разница показателей была существенной. В основной группе на 5 день лечения при периимплантитах как 1-го, так и 2-го класса отмечается нормализация количества эпителиальных клеток в полной мере и в слюне, и в периимплантатной жидкости.

В сравниваемой же группе относительная нормализация этих же показателей происходит только через месяц. Во время исследования содержания лейкоцитов в слюне и в периимплантатной жидкости у пациентов с наличием периимплантита определенно отмечается повышение числа лейкоцитов по сравнению с нормой. Так, при 1-м классе периимплантита число лейкоцитов в периимплантатной жидкости составляет -  $5,0\pm 0,6$ , когда при норме в десневой жидкости  $1,2\pm 0,2$  ( $p<0,01$ ), в слюне -  $3,1\pm 0,4$  при норме  $0,9\pm 0,1$ . При 2-м классе периимплантита количество лейкоцитов в периимплантатной жидкости составляет -  $4,3\pm 0,5$ , тогда как при норме  $1,2\pm 0,2$  ( $p<0,01$ ), в слюне -  $3,2\pm 0,5$ , а в норме  $0,9\pm 0,1$  ( $p<0,01$ ). На основании полученных результатов выяснено, что у пациентов с периимплантитами отмечается повышенное содержание числа лейкоцитов как в периимплантатной жидкости, так и в слюне, что характеризует присутствие воспалительного процесса. В основной группе на 5 день лечения у пациентов с периимплантитом 1-го класса отмечается значительное снижение, до нормальных показателей, числа лейкоцитов и эпителиальных клеток как в периимплантатной жидкости, так и в слюне. Также у этих больных полностью восстанавливается цитологическая картина, которая характеризуется увеличением зрелых форм эпителиальных клеток до 91%, что практически соответствует показателям здоровых лиц. В сравниваемой группе у больных с периимплантитом 1-го класса, хоть и отмечалось определенное снижение числа лейкоцитов и эпителиальных клеток как в периимплантатной жидкости, так и в слюне, однако они еще существенно отличались от нормальных величин. Так, количество зрелых эпителиальных клеток (6-я степень зрелости) составляло 57%, при всем этом данные результаты значительно отличаются от цитологических показателей здоровых лиц и от результатов, полученных в основной группе. У пациентов сравниваемой группы с периимплантитом 2-го класса также отмечалось стремление цитологических показателей в лучшую сторону, но по сравнению с основной группой были менее значимы как в отношении количественных, так и качественных показателей ( $p<0,05$ ). После курса лечения у пациентов с периимплантитом 1-го класса в основной группе были полностью восстановлены, до уровня здоровых лиц, количественные и качественные показатели эпителиальных клеток и лейкоцитов в периимплантатной жидкости и в слюне. У этой же категории больных в сравниваемой группе после лечения традиционными методами также отмечалось снижение, в изучаемых биологических средах, количества эпителиальных клеток и лейкоцитов ( $p<0,05$ ), только в этом случае показатели были практически в 2 раза выше, чем в основной группе, и значительно превышали значения здоровых лиц. Наиболее ощутимая разница показателей сравниваемой группы по отношению к основной группе исследуемых была выявлена в дифференциации эпителиальных клеток, поскольку

повышение количества зрелых форм эпителиальных клеток в сравниваемой группе отмечалось лишь на 17%, в то время как в основной группе 91%.

Через месяц после проведенного лечения у пациентов основной группы с 1-м и 2-м классом периимплантита в 100% и 98,2% случаев соответственно воспалительный процесс в десне купировался, и десна находилась в здоровом состоянии. Лишь у 1,8% больных основной группы со II классом периимплантита сохранились явления гингивита легкой степени. В сравниваемой группе у пациентов с 1-м и 2-м классом периимплантита эффективность лечения составила 92% и 80% соответственно, в этих случаях десна была здоровой, а у оставшихся 8% больных с I классом периимплантита и у 20% больных со II классом периимплантита явления гингивита сохранились. Отсюда следует, что через 1 месяц после лечения периимплантита гигиеническое состояние полости рта у пациентов основной группы значительно лучше, чем у сравниваемой. Так, в основной группе больные с I классом периимплантита в 100% случаев были излечены, в то время как в сравниваемой группе пациенты с этим же классом периимплантита в 8% случаев нуждались в дальнейшем проведении повторного лечения.

Таким образом, применение отвара аниса при лечении пациентов с I и II классом периимплантита позволяет значительно повысить эффективность хирургических методов лечения. Это объясняется тем, что отвар аниса оказывает антибактериальное, противовоспалительное воздействие, ускоряет регенеративно-репаративные функции организма, что влияет на образование зрелой костной структуры в области дефекта, тем самым повышая прочность фиксации имплантата. В итоге это отражается на отдаленных результатах за счет более эффективного купирования воспалительного процесса на ранних этапах.

#### **Список литературы**

1. *Боймуратов Ш.А., Юсупов Ш.Ш.* Медицинская реабилитация больных с сочетанной деформацией наружного носа и зубочелюстной системы //Вісник наукових досліджень, 2014. № 1. С. 47-49.
2. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
3. *Гаффаров У.Б. и др.* Сравнительная оценка способов обработки полости эхинококковой кисты в эксперименте //Детская хирургия, 2008. № 5. С. 48-52.
4. *Гаффаров У.Б., Шамсиев Ж.А.* Наука о человеке // Материалы VIII конгресса молодых ученых и специалистов/Под ред. ЛМ Огородовой, ЛВ Капилевич. Томск: Сиб ГМУ, 2007. С. 273.
5. *Гаффаров У.Б.* Роль кислотообразующей функции желудка у детей с эхинококкозом (клинико-экспериментальное исследование): дис. Уфа: У.Б. Гафаров, 2007.
6. *Давлатов С.С. и др.* Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография / С.С. Давлатов, Ш.С. Касымов, З.Б. Курбаниязов – Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2018. – 160 с.
7. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей //Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т.9. № 1.
8. *Камилова Р.Т. и др.* Влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние юных спортсменов //Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2016. № 4.
9. *Мавлянова З.Ф.* Клинико-нейровизуализационная картина ишемического инсульта в остром периоде //Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2015. № 2.

10. Муратова Н.Ю., Хасанов И.И., Юсупов Ш.Ш. Применение ультразвуковой кавитации при лечении гнойных ран челюстно-лицевой области //Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2017. № 1. С. 5-10.
11. Пак Е.А., Мавлянова З.Ф., Ким О.А. Показатели состояния сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся каратэ //Спортивная медицина: наука и практика, 2016. Т. 6. № 1. С. 21-25.
12. Юсупов Ш.А. Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните //Педиатрия, 2009. № 7.
13. Юсупов Ш.А. Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей //Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.
14. Шамсиев А.М., Атакулов Ж. ., Лёнюшкин А.М. Хирургические болезни детского возраста //Ташкент: Из-во «Ибн-Сино», 2001.
15. Шамсиев А.М., Зайниев С.С. Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит //Детская хирургия, 2012. № 1.
16. Шамсиев Ж.А., Рахманов К. ., Шамсиев Ж.З. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени //European science, 2018. № 6 (38).
17. Шамсиев Ж.А. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени //European science, 2017. № 7 (29).
18. Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза печени //Медицинский журнал Узбекистана, 2016. № 1. С. 45-48.
19. Шамсиев Р.А. Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (Обзор литературы) //Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
20. Шамсиев Р.А. Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба //Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
21. Indiaminov S.I. Morphological features of the human brain in different variants of fatal blood loss on the background of alcohol intoxication //Herald of Russian State Medical University. Moscow, 2011. № 5. С. 63-66.
22. Jamshid S., Ravshan S. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate //European science review, 2017. № 1-2.
23. Malik A. et al. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science, 2014. Т. 76. № 3-4. С. 255.
24. Minaev S.V. et al. Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver //World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
25. Kasimov S. et al. Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs, 2013. Т. 36. № 8.
26. Sayit I. Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication //European science review, 2016. № 7-8.
27. Zayniev S.S. Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children //Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
28. Shamsiev A.M., Zayniev S.S. Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомиєліту //Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
29. Yusupov S.S., Boymuradov S.A. Хірургічне лікування перелому dna орбіти з 3d реконструкцією //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука, 2017. № 3.



ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»  
HTTP://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU  
EMAIL: INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU

 РОСКОМНАДЗОР  
СВИДЕТЕЛЬСТВО ПИ № ФС 77-62928

 НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ  
БИБЛИОТЕКА  
LIBRARY.RU

 Google™  
scholar



Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы на любом носителе в любом формате и адаптировать (создавать производные материалы) — делать ремиксы, видоизменять и создавать новое, опираясь на эти материалы. С указанием авторства.

Вы должны обеспечить соответствующее указание авторства, предоставить ссылку на лицензию, и обозначить изменения, если таковые были сделаны.

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>



ЦЕНА СВОБОДНАЯ